

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

Łukasz Müldner-Nieckowski

Związek lęku z objawami dysfunkcji seksualnych
oraz zmiana ich nasilenia w wyniku psychoterapii

Praca doktorska

Promotor: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ

Pracę wykonano w Katedrze Psychoterapii UJ CM
P.o. kierownika: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ

Kraków, 2015

Podziękowania

*Pragnę serdecznie podziękować mojemu Promotorowi,
Panu Profesorowi Krzysztofowi Rutkowskiemu,
za życzliwe wsparcie, cenne wskazówki, cierpliwość
oraz opiekę merytoryczną nad realizacją
mojego projektu badawczego.*

*Dziękuję także licznym osobom, które wspierały mnie
merytorycznie i duchowo w okresie tworzenia
tej pracy, a w szczególności:*

*mojej Żonie Małgorzacie Trofimiuk-Müldner,
ojcu Piotrowi Müldnerowi-Nieckowskiemu,*

ponadto

*dr. hab. Romualdowi Polczykowi,
dr. Jerzemu A. Sobańskiemu,
mgr Małgorzacie Kalinowskiej,
mgr. Piotrowi Mężyńskiemu*

oraz

*Koleżankom i Kolegom z zespołu Katedry Psychoterapii UJ CM,
dzięki którym możliwe było zarówno opisanie znakomitych efektów
terapii prowadzonej w Oddziale Dziennym, jak i pozyskanie
materiału niezbędnego do opracowania prezentowanych badań.*

Spis treści

1. Wstęp	9
2. Wprowadzenie teoretyczne	11
2.1. Zdrowie seksualne	11
2.2. Dysfunkcje seksualne	11
2.2.1. Definicja dysfunkcji seksualnych	11
2.2.2. Rozpowszechnienie objawów dysfunkcji seksualnych	14
2.2.3. Etiologia dysfunkcji seksualnych	17
2.3. Lęk i objawy nerwicowe a dysfunkcje seksualne.....	19
2.3.1. Natura i etiologia zaburzeń nerwicowych	19
2.3.2. Zależności między lękiem i dysfunkcjami seksualnymi.....	21
2.3.2.1. Rola lęku w etiologii dysfunkcji seksualnych.....	21
2.3.2.2. Rola dysfunkcji seksualnych w etiologii zaburzeń lękowych.....	23
2.3.2.3. Związek występowania u pacjentów objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych.....	24
2.4. Wpływ psychoterapii na zmianę nasilenia dysfunkcji seksualnych.....	25
2.4.1. Zmiana w zakresie dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii ukierunkowanej na leczenie dysfunkcji seksualnych ..	25
2.4.2. Zmiany w zakresie nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii nieukierunkowanej swoiście na leczenie dysfunkcji seksualnych.....	28
3. Cel badań.....	30
4. Materiał i metody.....	31
4.1. Założenia metodologiczne	31
4.2. Grupa badana.....	32
4.2.1. Kwalifikacja uczestników.....	32
4.2.2. Opis interwencji – psychoterapia stosowana w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.....	33
4.2.2.1. Kwalifikacja do leczenia	33
4.2.2.2. Formy oddziaływań i czynniki leczące	34
4.2.2.3. Rola problematyki seksualnej	35
4.3. Zastosowane narzędzia badawcze	36
4.3.1. Ocena dysfunkcji seksualnych – Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego (KSS2).....	36
4.3.1.1. Badane objawy dysfunkcji seksualnych – skale KSS2	38
4.3.1.2. Wskaźnik XKSS – nasilenie mieszanej dysfunkcji seksualnej ...	43
4.3.2. Ocena nasilenia i charakteru objawów lękowych.....	43
4.3.2.1. Kwestionariusz Objawowy KO „O” (KO).....	43
4.3.2.1.1. Kategorie objawów lękowych uwzględniane w prezentowanych analizach.....	44
4.3.2.1.2. Ogólna Wartość Kwestionariusza (OWK).....	45
4.3.2.2. Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej (KON-2006), wskaźnik X-KON	46
4.3.3. Wyniki badania klinicznego	46
4.3.4. Ankieta życiorysowa.....	47
4.4. Przebieg badania.....	47
4.4.1. Pomiar 1. – przed psychoterapią.....	47
4.4.2. Pomiar 2. – po psychoterapii	47
4.5. Zastosowane metody analizy statystycznej	48

5. Analiza statystyczna cech grupy badanej.....	50
5.1. Dane socjodemograficzne.....	50
5.2. Dane dotyczące leczenia.....	52
5.2.1. Rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10.....	52
5.2.2. Dotychczasowy przebieg choroby.....	54
5.3. Dane dotyczące seksualności badanych.....	56
5.3.1. Rozwój psychoseksualny.....	57
5.3.2. Zakłócenia w przeżywaniu seksualności.....	59
5.3.3. Orientacja seksualna.....	60
5.3.4. Relacje seksualne.....	61
5.4. Charakterystyka grupy badanej – podsumowanie.....	64
6. Wyniki analizy statystycznej.....	66
6.1. Statystyki opisowe wyników kwestionariuszy z uwzględnieniem płci.....	66
6.1.1. Objawy nerwicowe oraz poziom neurotyzmu.....	66
6.1.2. Objawy dysfunkcji seksualnych.....	69
6.1.3. Częstość występowania objawów dysfunkcji seksualnych.....	73
6.1.3.1. Suma objawów ze wszystkich skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2 – wskaźnik XKSS.....	73
6.1.3.2. Występowanie przynajmniej jednego objawu w poszczególnych skalach czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2.....	76
6.1.4. Częstość występowania objawów składowych, tworzących skalę czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2.....	79
6.1.5. Podsumowanie wyników kwestionariuszy badających objawy lękowe, neurotyczność oraz objawy dysfunkcji seksualnych.....	83
6.2. Ocena rzetelności skal KSS2 grupujących objawy dysfunkcji seksualnych.....	86
6.2.1. Skale objawów fizjologicznych dysfunkcji seksualnych KSS2.....	86
6.2.2. Skale objawów emocjonalnych dysfunkcji seksualnych KSS2.....	87
6.2.3. Skale objawów uogólnionych dysfunkcji seksualnych KSS2.....	87
6.2.4. Podsumowanie analizy rzetelności skal KSS2.....	88
6.3. Analiza istotności statystycznej zmian w zakresie objawów lękowych i dysfunkcji seksualnych pomiędzy stanem przed psychoterapią i po niej.....	89
6.3.1. Istotność statyczna zmiany między pierwszym a drugim pomiarem – analizy oparte na średnich wartości skal KO.....	89
6.3.2. Istotność statyczna zmiany między pierwszym a drugim pomiarem – analizy oparte na średnich wartości skal KSS2.....	91
6.3.3. Analiza istotności zmiany w zakresie sumy skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych, w których wystąpił przynajmniej jeden objaw (XKSS).....	94
6.3.4. Analiza istotności zmiany w zakresie częstości występowania przynajmniej jednego objawu w skalach KSS2.....	94
6.3.5. Podsumowanie analiz istotności statystycznej zmiany pomiędzy pomiarami.....	96
6.4. Analiza skupień wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2.....	98
6.4.1. Analiza skupień w pomiarze 1., przed psychoterapią.....	99
6.4.1.1. Skupienia dla pomiaru 1. KKS2 a inne zmienne.....	102
6.4.2. Analiza skupień w pomiarze 2., po psychoterapii.....	103
6.4.2.1. Skupienia dla pomiaru 2. KKS2 a inne zmienne.....	106

6.4.3.	Analiza skupień dla zmiany wartości skal KSS2.....	106
6.4.3.1.	Skupienia dla zmiany między pomiarami KKS2 a inne zmienne	109
6.4.4.	Podsumowanie wyników analizy skupień	111
6.5.	Analizy związków między objawami lęku i objawami dysfunkcji seksualnych.....	113
6.5.1.	Analizy dla pomiaru 1., przed psychoterapią. Lęk a dysfunkcje seksualne.....	114
6.5.1.1.	Analizy korelacji wyników uzyskanych w pierwszym pomiarze	115
6.5.1.1.1.	Analiza korelacji wartości skal objawów nerwicowych KO z wartościami skal dysfunkcji seksualnych KSS2.....	115
6.5.1.1.2.	Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji na wynikach pomiaru 1.	119
6.5.1.1.3.	Podsumowanie analiz korelacji wartości skal KO i KSS2 w pomiarze przed psychoterapią	121
6.5.1.2.	Analizy regresji krokowej wielokrotnej dla pojedynczych zmiennych zależnych – objawy lękowe a dysfunkcje seksualne w 1. pomiarze.....	124
6.5.1.2.1.	Analiza regresji R1.1 – wartości początkowe skal KO jako predyktory wartości początkowych skal KSS2	125
6.5.1.2.2.	Analiza regresji R1.2– wartości początkowe skal KSS2 jako predyktory wartości początkowych skal KO.....	128
6.5.1.2.3.	Podsumowanie wyników analiz regresji dla wartości skal KO i KSS2 w pierwszym pomiarze	130
6.5.1.3.	Korelacje między skupieniami wyznaczonymi dla skal kwestionariusza KSS2 a skalami KO w pomiarze pierwszym – przed psychoterapią.....	132
6.5.1.3.1.	Podsumowanie wyników analiz korelacji między skupieniami skal KSS ze skalami KO w pierwszym pomiarze	134
6.5.1.4.	Modelowanie równań strukturalnych (SEM) na wybranych zmiennych, związanych z objawami dysfunkcji seksualnych i zaburzenia lękowego	135
6.5.1.4.1.	<i>Model 1.</i> Zaburzenie lękowe i dysfunkcja seksualna jako wzajemnie zależne czynniki latentne	136
6.5.1.4.2.	<i>Model 2.</i> Pierwotny wpływ lęku na dysfunkcje seksualne, analizowany rozdzielnie w podgrupach mężczyzn i kobiet.....	139
6.5.1.4.3.	<i>Model 3-K.</i> Lęk jako czynnik pierwotnie wpływający na dysfunkcje seksualne – model finalny – kobiety.....	142
6.5.1.4.4.	<i>Model 3-M.</i> Lęk jako czynnik pierwotnie wpływający na dysfunkcje seksualne – model finalny – mężczyźni.....	143
6.5.1.4.5.	<i>Model 4.</i> Pierwotny wpływ dysfunkcji seksualnych na wtórne zaburzenie lękowe	145
6.5.1.4.6.	<i>Model 5-K.</i> Pierwotny wpływ dysfunkcji seksualnych na wtórne zaburzenie lękowe. Kobiety	147
6.5.1.4.7.	<i>Model 5-M.</i> Pierwotny wpływ dysfunkcji seksualnych na wtórne zaburzenie lękowe. Mężczyźni	148

6.5.1.4.8.	Podsumowanie wyników analizy modeli równań strukturalnych.....	150
6.5.2.	Analizy zmian między pomiarami – lęk i zmiana lęku a zmiana w zakresie dysfunkcji seksualnych.....	150
6.5.2.1.	Analizy korelacji dotyczące zmiany w przebiegu psychoterapii	151
6.5.2.1.1.	Analizy korelacji wartości skal KO w pierwszym pomiarze ze zmianami wartości skal KSS	151
6.5.2.1.2.	Analizy korelacji zmiany wartości skal KO ze zmianą wartości skal KSS2 w przebiegu psychoterapii	154
6.5.2.1.3.	Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji – zmiany w wartościach skal KO i KSS2	157
6.5.2.1.4.	Podsumowanie wyników analiz korelacji zmiany w zakresie objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii	159
6.5.2.2.	Analizy regresji krokowej wielokrotnej dla zmian w zakresie wartości skal KO oraz skal KSS2.....	163
6.5.2.2.1.	Analiza regresji <i>R2.1</i> – wartości początkowe skal KO jako predyktory zmiany wartości skal KSS2	163
6.5.2.2.2.	Analiza regresji <i>R2.2</i> –zmiany wartości skal KO jako predyktory zmiany wartości skal KSS2	165
6.5.2.2.3.	Analiza regresji <i>R2.3</i> – wartości początkowe skal KSS2 jako predyktory zmiany wartości skal KO	166
6.5.2.2.4.	Analiza regresji <i>R2.4</i> –zmiany wartości skal KSS2 jako predyktory zmiany wartości skal KO	168
6.5.2.2.5.	Podsumowanie wyników analiz regresji dla zmian między dwoma pomiarami – przed psychoterapią i po niej.....	170
6.5.2.3.	Skupienia dla pomiaru 1. a skupienia wyłonię na zmianach – analiza korelacji.....	175
6.5.2.3.1.	Podsumowanie wyników analiz korelacji skupień dla 1. pomiaru i skupień dla zmiany w przebiegu psychoterapii	177
6.5.2.4.	Korelacje wartości skal KO w pomiarze początkowym oraz zmiany wartości skal KO ze skupieniami na zmianach wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2	178
6.5.2.4.1.	Korelacje wartości skal KO w pomiarze początkowym ze skupieniami dla zmian wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2	178
6.5.2.4.2.	Korelacje zmiany skal KO ze skupieniami na zmianach dysfunkcji seksualnych	180
6.5.2.4.3.	Podsumowanie wyników analiz korelacji skupień dla zmiany w przebiegu psychoterapii ze skalami objawów nerwicowych	183
7.	Wnioski i dyskusja.....	185
7.1.	Występowanie objawów dysfunkcji seksualnych u osób, u których występują objawy lękowe.....	185
7.1.1.	Objawy dysfunkcji występujących w czasie sytuacji erotycznych ..	187
7.1.2.	Objawy dysfunkcji uogólnionych.....	190
7.1.3.	Ogólna satysfakcja z życia seksualnego	192

7.2.	Zmiana nasilenia objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii	193
7.2.1.	Intensywna, krótkoterminowa grupowa i indywidualna psychoterapia integracyjna z przewagą podejścia psychodynamicznego a inne metody psychoterapii stosowane w leczeniu dysfunkcji seksualnych	199
7.2.1.1.	Zaburzenia pożądania	199
7.2.1.2.	Zaburzenia podniecenia	199
7.2.1.3.	Zaburzenia orgazmu	200
7.2.1.4.	Zaburzenia związane z bólem	201
7.2.1.5.	Mieszane dysfunkcje seksualne	202
7.3.	Związki między nasileniem objawów lękowych a nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych	203
7.3.1.	Poszczególne kategorie objawów lękowych a objawy dysfunkcji seksualnych	206
7.3.1.1.	Zaburzenia pożądania	206
7.3.1.2.	Zaburzenia podniecenia	208
7.3.1.3.	Zaburzenia orgazmu	209
7.3.1.4.	Zaburzenia związane z bólem w czasie zbliżeń	212
7.3.1.5.	Negatywne doświadczenia emocjonalne przeżywane w czasie zbliżeń seksualnych	214
7.3.1.6.	Dyssatisfakcja seksualna	215
7.3.1.7.	Awersja seksualna	217
7.3.1.8.	Hiperseksualność	218
7.3.1.9.	Zaniżona samoocena seksualna	219
7.4.	Modele relacji między zaburzeniem lękowym a dysfunkcjami seksualnymi	221
7.4.1.	Model 1. Zaburzenie lękowe i dysfunkcja seksualna jako metacynniki	221
7.4.2.	Modele 3-K, 5-K i 3-M. Związek zaburzenia lękowego z dysfunkcjami seksualnymi	223
7.5.	Związki między zmianą nasilenia objawów lękowych i zmianą nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych	228
7.5.1.	Nasilenie objawów przed psychoterapią a zmiana w jej przebiegu ..	228
7.5.2.	Zmiana nasilenia objawów lękowych a zmiana nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych	230
8.	Podsumowanie	233
9.	Streszczenie	240
10.	Summary	244
11.	Aneksy	248
11.1.	Aneks 1. Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego	248
11.1.1.	Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego – wersja dla kobiet	248
11.1.2.	Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego – wersja dla mężczyzn	255
11.2.	Aneks 2. Skale dysfunkcji seksualnych KSS2	262
11.3.	Aneks 3. Wyniki analiz, których nie umieszczono w tekście głównym ..	268
11.3.1.	Analiza korelacji wartości skal KO z wartościami skal dysfunkcji seksualnych KSS w pomiarze 1.	268
11.3.2.	Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji dla pomiaru 1.	269

11.3.3. Analizy korelacji wartości skal KO w pomiarze 1. ze zmianami wartości skal KSS2.....	272
11.3.4. Analizy korelacji zmiany wartości skal KO ze zmianą wartości skal KSS2	273
11.3.5. Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji – zmiany w wartościach skal KO i KSS2	274
11.4. Aneks 4. Wykaz skrótów i oznaczeń.....	278
12. Literatura	279

1. Wstęp

Przedstawione w pracy badania miały na celu rozpoznanie ogólnych związków między objawami lęku a objawami dysfunkcji seksualnych oraz szczegółowych relacji między określonymi rodzajami tych objawów i zmianą ich nasilenia w przebiegu psychoterapii.

W czasie psychoterapii grupowej zaburzeń nerwicowych obserwuje się u osób leczonych częste występowanie i wysokie nasilenie różnorodnych objawów, których głównym mechanizmem jest lęk, a wielu pacjentów cierpi także z powodu zaburzeń funkcjonowania seksualnego. W badaniu klinicznym tych osób przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu można również stwierdzić, że w czasie terapii dochodzi do zmian nasilenia zarówno objawów lęku, jak i dysfunkcji seksualnych.

Na podstawie tych obserwacji podjęto badania mające na celu potwierdzenie i dokładne określenie związków między następującymi zjawiskami klinicznymi:

- lękiem, ocenianym za pomocą badania nasilenia poszczególnych rodzajów objawów nerwicowych;
- dysfunkcją seksualną, na którą składają się problemy występujące w czasie relacji intymnych oraz objawy uogólnionych trudności seksualnych i obniżona satysfakcja z życia seksualnego;
- zmianą nasilenia objawów lękowych oraz zmianą nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych, ocenianą na podstawie wyników kwestionariuszy w pomiarze wykonanym przed psychoterapią i po niej.

Leczenie badanej grupy trwało trzy miesiące i polegało na intensywnej (codziennej) grupowej i indywidualnej psychoterapii w warunkach dziennego oddziału szpitalnego, w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego. Pacjenci uczestniczyli w badaniu poprzez wypełnianie stosowanych rutynowo oraz specjalnie do tego celu opracowanych kwestionariuszy (których wzory umieszczono w aneksie 1).

Część teoretyczna pracy zawiera definicje badanych zjawisk oraz przegląd piśmiennictwa. Następnie opisano założenia i metodologię badań własnych.

Po omówieniu analizy statystycznej cech demograficznych grupy badanej przedstawiono wyniki analiz statystycznych danych medycznych.

Pierwsza część badawcza pracy, zawierająca opis statystyczny, w tym testy istotności zmian, rzetelność skal nowego kwestionariusza seksuologicznego oraz analizę skupień pomiarów nasilenia dysfunkcji seksualnych, stanowi przygotowanie do analiz związków zachodzących między zmiennymi. Następnie zaprezentowano wyniki analiz zależności zmiennych za pomocą kilku metod, służących możliwie dokładnemu doprecyzowaniu relacji wykrywalnych. Zastosowano analizę korelacji, badającą związki między poszczególnymi zmiennymi, następnie analizę regresji, która umożliwia ocenę tych związków, ale przy uwzględnieniu jednoczesnego wpływu innych zmiennych.

Badania te zostały poszerzone w dwóch kierunkach. Pierwszy z nich miał na celu analizę obserwowanych zjawisk klinicznych przez modelowanie równań strukturalnych, pozwalające ocenić wiarygodność hipotetycznych modeli wzajemnych relacji lęku i wybranych dysfunkcji seksualnych. Celem drugiego było dokonanie oceny zróżnicowania grupy badanej i dynamiki zachodzących w niej zmian, za pomocą analiz korelacji między skupieniami pomiarów nasilenia dysfunkcji seksualnych ze skupieniami zmiany w zakresie tych pomiarów oraz poszczególnymi rodzajami objawów lękowych.

Dodatkowym celem badań była ocena przydatności utworzonego w celu ich przeprowadzenia Kwestionariusza Satysfakcji z Życia Seksualnego (KSS2), na podstawie którego utworzono skale do oceny poszczególnych rodzajów objawów dysfunkcji seksualnych.

Każdy etap opisu wyników analiz statystycznych zawiera podrozdział, który go podsumowuje. Wyniki zostały omówione w rozdziale „Wnioski i dyskusja” i odniesione do hipotez w rozdziale „Podsumowanie”.

2. Wprowadzenie teoretyczne

2.1. Zdrowie seksualne

Satysfakcjonująca aktywność seksualna stanowi podstawowy składnik jakości życia i zdrowia psychicznego. Podkreśliła to Światowa Organizacja Zdrowia, ustanawiając jako jeden ze swoich celów promowanie zdrowia seksualnego i seksualnych praw człowieka. Deklaracja praw seksualnych stanowi między innymi, że „seksualność jest integralną częścią osobowości każdej istoty ludzkiej, a jej pełny rozwój zależy od zaspokolenia podstawowych ludzkich potrzeb, takich jak pragnienie obcowania, intymności, ekspresji uczuć, czułości i miłości” oraz że „pełen rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym”. Wśród praw wymienionych w deklaracji znajduje się „prawo do informacji seksualnej opartej na badaniach naukowych” oraz „prawo do seksualnej opieki zdrowotnej” [1].

2.2. Dysfunkcje seksualne

Dysfunkcje seksualne są zjawiskiem powszechnym, a ich występowanie wiąże się często z innymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi. Poszerzanie wiedzy naukowej na temat natury zaburzeń seksualnych oraz metod ich leczenia jest więc celem ważnym z perspektywy medycznej oraz istotnym społecznie.

2.2.1. Definicja dysfunkcji seksualnych

Zachowania seksualne i ich zakłócenia, będące głównym przedmiotem przedstawianych badań, należy analizować w odniesieniu do szerszego kontekstu. Seksualność człowieka rozpatruje się zwykle w pięciu wymiarach funkcjonalnych [2], w których istotną rolę odgrywają czynniki biologiczne i psychologiczne, w tym interpersonalne. Spośród tych wymiarów cztery względnie stałe: tożsamość płciowa, orientacja seksualna, preferencje seksualne oraz role płciowe stanowią podłoże dla wymiaru najbardziej zmiennego – zachowań seksualnych. Zachowaniom tym towarzyszą przeżycia emocjonalne, stanowiące zarówno ich wynik, jak i motywację do podejmowania kolejnych kontaktów płciowych. Uzyskanie satysfakcji seksualnej, związanej z radosnym przeżywaniem sytuacji erotycznych, może być zahamowane w przypadku wystąpienia zakłóceń somatycznych i

psychicznych. Powtarzalność i uciążliwość objawów upoważnia do rozpoznania dysfunkcji seksualnej.

Na podstawie badań fizjologii i psychologii zbliżeń seksualnych opracowano podział objawów dysfunkcji seksualnych na grupy według charakterystycznych wykładników fizjologicznych etapów cyklu reakcji seksualnej oraz typowych zespołów objawowych [3]. W klasyfikacjach znajdują się także grupy objawów dysfunkcji związane z doświadczaniem bólu w czasie zbliżeń, obniżoną przyjemnością i brakiem spełnienia seksualnego, a także nadmiernymi potrzebami seksualnymi.

W klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych ICD-10, w rozdziale F [4] objawy dysfunkcje seksualne są opisane wyłącznie w obrębie rozpoznań, które wykluczają jako ich przyczynę inne zaburzenia psychiczne i somatyczne (F52 – dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną).

Według klasyfikacji tej dysfunkcje seksualne polegają na przewlekłym, częstym i uciążliwym występowaniu problemów psychofizjologicznych, uniemożliwiających doświadczanie zbliżeń seksualnych adekwatnie do potrzeb danej osoby.

Kryteria ogólne, określające czym jest dysfunkcja seksualna, według ICD-10 pozwalają na jej rozpoznanie w przypadku, gdy:

- osoba nie jest zdolna do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień,
- dysfunkcja występuje często, lecz w pewnych sytuacjach może się nie ujawniać,
- dysfunkcja występowała przez co najmniej 6 miesięcy,
- dysfunkcji nie można przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania wg ICD-10 ani schorzeniom somatycznym (jak np. zaburzenia endokrynologiczne) czy farmakoterapii.

W zakresie kryteriów szczegółowych klasyfikacja ta pozwala na rozpoznanie następujących rodzajów dysfunkcji seksualnych:

- zaburzenia pożądania: brak lub utrata potrzeb seksualnych, osłabienie pożądania seksualnego;
- zaburzenia przyjemności seksualnej: awersja seksualna, brak radosnego przeżywania seksualnego;
- zaburzenia podniecenia: zaburzenia pobudzenia seksualnego u kobiet, zaburzenia erekcji u mężczyzn;

- zaburzenia orgazmu: zahamowanie orgazmu, wytrysk przedwczesny;
- dysfunkcje seksualne związane z bólem: pochwica nieorganiczna, dyspareunia nieorganiczna;
- nadmierny popęd seksualny;
- inne, w tym nieswoiste dysfunkcje seksualne.

Należy zauważyć, że klasyfikacja ta znacznie zawęża rozpoznania dysfunkcji seksualnych (poprzez kryteria ogólne), a także pozostawia jako nieokreślone sytuacje, w których przykładowo:

- pragnienia danej osoby nie odpowiadają jej predyspozycjom anatomiczno-fizjologicznym [5],
- objawy występują krócej niż 6 miesięcy,
- osoba ma objawy dysfunkcji seksualnych, lecz relacji seksualnych nie nawiązuje z wyboru;
- osoba ma zaburzenie osobowości lub inne zaburzenie psychiczne niezwiązane bezpośrednio z dysfunkcją seksualną.

W klinicznej ocenie znaczenia i uciążliwości poszczególnych problemów związanych z funkcjonowaniem seksualnym istotny jest także kontekst ich występowania. Brane są pod uwagę takie czynniki, jak np.:

- historia doświadczania danego problemu – występowanie zawsze, od określonego momentu lub okresowo w powiązaniu z określonymi przyczynami (dysfunkcje objawowe, pierwotne i wtórne);
- pojawianie się problemu we wszystkich relacjach seksualnych czy tylko w relacji z konkretnym partnerem (sytuacyjne i uogólnione);
- występowanie problemu w zawsze czy tylko w określonych okolicznościach (np. stresu, wyjazdu, obecności domowników);
- częstość występowania problemu, z uwzględnieniem różnic w jego uciążliwości;
- wpływ występowania danego problemu na przeżywanie własnej seksualności, podejmowanie kolejnych prób inicjowania kontaktów seksualnych, jakość relacji partnerskiej;
- autonarrację na temat występowania danego problemu;

- współwystępowanie innych problemów seksualnych;
- współwystępowanie objawów innych zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych,
- odniesienie występowania objawów do poziomu satysfakcji seksualnej z uwzględnieniem tendencji do medykalizacji i patologizacji określonych doświadczeń niekoniecznie powodujących cierpienie;
- kontekst partnerski, rodzinny, społeczny i kulturowy;
- pozostałe wymiary seksualności – tożsamość płciowa, orientacja seksualna, preferencje seksualne, role płciowe;
- stan rozwoju psychoseksualnego;
- czynniki środowiskowe i styl życia.

Traktowanie dysfunkcji seksualnych jako odrębnej kategorii zaburzeń psychicznych wydaje się w wielu przypadkach odbiegać od rzeczywistości klinicznej ze względu na ich związki z innymi zaburzeniami. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych opisano między innymi za pomocą potwierdzonego analizą równań strukturalnych modelu, uwzględniającego uzewnętrzniony i uwewnętrzniony czynnik psychopatologiczny [6, 7]. Czynnik uwewnętrzniony obejmuje w tym modelu dwa inne czynniki – lęk, którego wskaźnikami są między innymi fobie i napady paniki, oraz distress, związany z depresją, dystymią, lękiem uogólnionym. Czynnik uzewnętrzniony składa się z różnorodnych zaburzeń zachowania. Model ten wydaje się dobrze opisywać także związki między dysfunkcjami seksualnymi i innymi zaburzeniami psychicznymi. Dysfunkcje seksualne mogą być rozumiane jako jeden z elementów uwewnętrznionego (latentnego) wymiaru zaburzenia psychicznego [8-10]. Mogą współistnieć i podlegać wzajemnym wpływom z innymi wewnętrznymi zakłóceniami, takimi jak lęk czy depresyjność. Jednocześnie wiążą się wielokierunkowo z zakłóceniami interpersonalnymi, wśród których szczególne znaczenie mają trudności w relacjach partnerskich, które w wymienionym modelu uznano za należące do uzewnętrznionego czynnika zaburzenia (ujawniającego się w zachowaniach, interakcjach).

2.2.2. Rozpowszechnienie objawów dysfunkcji seksualnych

Historia badań dotyczących występowania dysfunkcji seksualnych w populacji ogólnej obarczona jest trudnościami metodologicznymi. Głównymi przeszkodami w prowadzeniu spójnych i powtarzalnych badań były rozbieżne opinie badaczy co do kryteriów

rozpoznań poszczególnych dysfunkcji (klasyfikacja objawów, uwzględnianie wieloczynnikowości – elementów psychicznych, fizjologicznych i relacyjnych), metod ich badania i obiektywizacji, przyjmowanego kryterium czasowego („aktualnie”, 1, 3, 6, 12 miesięcy), a także uciążliwości danego objawu – np. czy utrudnia lub uniemożliwia współżycie, obniża satysfakcję oraz czy występuje stale lub epizodycznie.

Pierwsza rzetelna metaanaliza wszystkich badań empirycznych powstała w 1990 r. i dotyczyła 47 badań. Autorzy określili występowanie najczęściej zgłaszanych dysfunkcji seksualnych. Tylko wybrane dysfunkcje były przedmiotem oceny w populacji ogólnej. Według badań 36-38% mężczyzn doświadczało przedwczesnego wytrysku, 4-9% zaburzeń erekcji, 4-10% zahamowania orgazmu. W populacji kobiet u 5-10% występowało zahamowanie orgazmu. Odnotowano też wzrost częstości rozpoznawania zaburzeń pożądania w kolejnych dekadach [11].

W badaniach z 1998 roku oceniono występowanie dysfunkcji seksualnych w ogólnej populacji (Anglia) na przestrzeni całego życia badanych i aktualnie (ostatnie 3 miesiące). Grupa badana liczyła ok. 2000 osób o średnim wieku 50 lat (18-75). Kiedykolwiek w życiu różnych dysfunkcji seksualnych doświadczało 54% mężczyzn i 68% kobiet. Aktualny problem seksualny dotyczył 34% mężczyzn i 41% kobiet. Potrzebę profesjonalnej pomocy deklarowało 52% osób z dysfunkcjami seksualnymi, przy czym tylko 10% z tej grupy ją uzyskało [12].

W 1999 roku opublikowano badania dotyczące występowania dysfunkcji seksualnych przeprowadzone na populacji ogólnej obywateli USA. Zostały opisywane przez S. Leiblum jako pierwsze w historii badania poprawne metodologicznie. Obejmowały ok. 2000 dorosłych osób w wieku 18-59 lat i dotyczyły występowania dysfunkcji seksualnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Analiza obejmowała siedem obszarów problemowych: obniżenie pożądania, zaburzenie podniecenia, trudność w osiągnięciu orgazmu lub wytrysku, lęk dotyczący sprawności, przedwczesny orgazm lub wytrysk, ból w czasie stosunku oraz brak przyjemności ze zbliżeń seksualnych. Stwierdzono częstsze występowanie dysfunkcji seksualnych u mężczyzn (43%) niż u kobiet (31%), a także zależność częstości występowania od wieku, poziomu wykształcenia i przynależności do grupy rasowej [13].

W 2001 roku powstała kolejna metaanaliza, podsumowująca 10 lat badań opublikowanych po roku 1990. Obejmowała 52 badania empiryczne, zawierające dane epidemiologiczne na temat dysfunkcji seksualnych. Analiza pozwoliła określić częstość występo-

wania tylko niektórych dysfunkcji seksualnych. W populacji mężczyzn: aktualne występowanie zaburzenia pożądania (0-3%), zaburzenia erekcji (0-5%) oraz zaburzenia orgazmu (0-3%); występowanie na przestrzeni 12 miesięcy przedwczesnego wytrysku (4-5%). W populacji kobiet zbadano jedynie zaburzenie orgazmu (7-10%).

Z badań populacyjnych przeprowadzonych w 2002 r. w Polsce (około 1000 osób) wynikały znacznie wyższe odsetki aktualnych dysfunkcji seksualnych. Kobiety zgłaszały najczęściej zanik potrzeby seksualnej (25%), trudność z osiągnięciem orgazmu (17%), ból w czasie stosunku (13%), brak orgazmu (10%), pochwicę (2%). Mężczyźni – przedwczesny wytrysk (37%), zanik potrzeby seksualnej (8%), zaburzenie erekcji (8%) oraz brak wytrysku nasienia (4%) [14]. Tak znaczące różnice uzyskanych wyników w porównaniu z opisanymi wyżej mogą wskazywać na wspomniane rozbieżności między stosowanymi kryteriami rozpoznania zaburzenia (lub występowania objawu).

W 2005 roku opublikowano wyniki największych do tej pory badań na temat zachowań seksualnych (*Global Study of Sexual Attitudes and Behavior*). Badania były prowadzone w 29 krajach z zastosowaniem tej samej metodologii. Objęły grupę 27.500 mężczyzn i kobiet w wieku 40-80 lat. Oceniano występowanie dysfunkcji seksualnych przez minimum 2 miesiące w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed datą badania. Wśród respondentów deklarujących współżycie seksualne, epizodyczne lub częste objawy dysfunkcji seksualnych występowały u 38% kobiet i 29% mężczyzn. Najczęstszymi dysfunkcjami seksualnymi były: wytrysk przedwczesny (14%) i zaburzenia erekcji (10%) u mężczyzn oraz brak pożądania (21%), anorgazmia (16%) i zaburzenia lubrykacji (16%) u kobiet [15, 16].

Kolejnym istotnym badaniem populacyjnym była opublikowana w 2007 praca oceniająca występowanie dysfunkcji seksualnych w populacji osób starszych (65-85 lat, USA). Stwierdzono spadek aktywności seksualnej wraz z wiekiem oraz występowanie dysfunkcji seksualnych niemal u połowy badanych. Najczęściej występowało obniżenie pożądania (43%), problemy z lubrykacją (39%) i niezdolność do osiągnięcia orgazmu (26%). Wśród mężczyzn najczęstsze były problemy z erekcją (37%). Używanie leków bądź suplementów diety w celu uzyskania poprawy w zakresie funkcji seksualnych podawało 14% mężczyzn. Tylko 38% mężczyzn i 22% kobiet omawiało swoje problemy seksualne z lekarzem [17].

Szersze w zakresie wieku badanych (od 18 r.ż.) opracowanie z 2008 r., dotyczące 31.581 kobiet (USA) wykazało występowanie istotnych w subiektywnej ocenie dysfunkcji seksualnych u 12% badanych. Częstość dysfunkcji seksualnych była wyższa u kobiet starszych (45-64 lat) - 14,8% niż u młodszych (18-44 lat) – 10,8% [18].

Ograniczone do jednego kraju (Danii) opracowanie opublikowane w 2011 r. odnosi się do przeprowadzonego w 2005 r. badania populacji 4.415 aktywnych seksualnie osób w wieku 16-45 lat. Występowanie przynajmniej jednej uciążliwej dysfunkcji seksualnej w ciągu 12 miesięcy deklarowało 11% mężczyzn i 11% kobiet. Mniej częste lub mniej uciążliwe objawy dysfunkcji podało natomiast 68% mężczyzn i 69% kobiet, co dobrze ukazuje skalę różnic w wynikach związanych z przyjętymi kryteriami, w tym przypadku odniesienia się nie tylko do samego faktu występowania objawów, ale także do ich uciążliwości [19].

Przeprowadzone w 2012 roku badanie seksualności Polaków (w wieku 18-49) oceniało między innymi zadowolenie z życia seksualnego i sprawności seksualnej. Ocenilo je pozytywnie (suma odpowiedzi *raczej dobrze*, *dobrze* i *bardzo dobrze*) 80% respondentów, a negatywnie tylko 7% (*raczej źle*, *źle*, *bardzo źle*). Wśród ocenianych problemów seksualnych w skali ostatnich 12 miesięcy dominowały: u mężczyzn – zbyt duże potrzeby seksualne (16%), za duża chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnerki (16%) oraz przedwczesny wytrysk nasienia (13%); u kobiet – bolesność w czasie stosunku (17%), zbyt mała chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera (16%), suchość w pochwie podczas stosunku (13%), problemy z osiągnięciem orgazmu (9%), zbyt małe potrzeby seksualne (8%) [20].

2.2.3. Etiologia dysfunkcji seksualnych

W ciągu ostatnich kilku dekad nastąpił znaczący rozwój zarówno w zakresie wiedzy na temat seksualności człowieka, jak i metod leczenia zaburzeń seksualnych. Jednym z szeroko dyskutowanych tematów są przyczyny występowania objawów dysfunkcji seksualnych i ich związek z innymi jednostkami chorobowymi. Etiologia dysfunkcji seksualnych w przebiegu chorób organicznych, np. zaburzeń endokrynologicznych, naczyniowych czy neurologicznych, została dość dobrze poznana. Niektóre zaburzenia, takie jak np. zaburzenie pożądania, pochwica czy anorgazmia u kobiet albo wytrysk przedwczesny u mężczyzn, są uznawane za częściowo lub głównie psychogenne. Indywidualne określenie przyczyn dysfunkcji seksualnych powinno determinować wybór metody leczenia

danego pacjenta – od psychoedukacji i psychoterapii, przez trening behawioralny, farmakoterapię, po zabiegi chirurgiczne.

Koncepcje na temat przyczyn dysfunkcji seksualnych ewoluowały wraz ze wzrostem liczby doniesień, eksplorujących rolę etiologiczną różnych potencjalnych czynników, mogących wpływać na ich powstawanie. Najwcześniejsze opracowania przypisywały główną rolę mechanizmom psychologicznym – występowaniu różnych form lęku [3, 21, 22], obniżeniu nastroju i błędnych schematów poznawczych [23, 24] lub rozdzielnie – uwarunkowaniom biologicznym [25, 26]. Aktualnie stosowane modele etiologiczne zakładają, że jednoczesny wpływ na powstawanie i utrzymywanie się zaburzenia ma wiele czynników z różnych obszarów [10, 27-30]. Mimo stwierdzenia u danego pacjenta pierwotnie głównie somatogennych lub głównie psychogennych przyczyn zaburzeń, pozostałe czynniki mają zazwyczaj równie istotny wpływ na przebieg dysfunkcji seksualnych i efekty ich leczenia. Niezależnie od rodzaju dysfunkcji seksualnej praktycznie zawsze w diagnostyce uwzględnia się czynniki somatyczne – m.in. konstytucjonalne, hormonalne, naczyniowe, neurologiczne, toksyczne; psychologiczne – w tym intrapsychiczne i interpersonalne; oraz środowiskowe – jak np. styl życia, poziom zmęczenia, rodzaj pracy, warunki bytowe.

W 1997 r. zaproponowano model patogenezy wiążący poszczególne czynniki etiologiczne dysfunkcji seksualnych [10, 28]. Założono, że w powstawaniu dysfunkcji kluczową rolę odgrywają interakcje między obszarami zakłóceń (somatycznych i psychologicznych) oraz indywidualna interpretacja wynikających z tego doświadczeń. Istotną cechą tego modelu jest uwypuklenie faktu, że samo wystąpienie pojedynczego zakłócenia nie musi powodować powstania i utrwalenia się dysfunkcji seksualnej. Dopiero interakcje między wydarzeniem środowiskowym, zakłóceniem integralności biologicznej, poziomem wsparcia interpersonalnego i indywidualną strukturą psychologiczną determinują powstawanie i przebieg dysfunkcji seksualnych. Przykładowo w etiologii zaburzeń wzwodu u mężczyzn istotne są szczególnie czynniki naczyniowe, hormonalne i neurologiczne, jak również związane z emocjonalnym i poznawczym przetwarzaniem doświadczeń. Podobnie w wypadku kobiet zaburzenia reakcji genitalnej mają podłoże zarówno hormonalne lub naczyniowe, jak i związane z przeżywaniem trudności w relacji partnerskiej. Wzajemne zależności między czynnikami mają charakter cyrkularny, oparty na pętach zwrotnych sprzężeń [13, 31-36].

Poszukując wzajemnej zależności czynników etiologicznych dysfunkcji seksualnych u kobiet, stwierdzono, że zachowanie seksualne jest funkcją wpływów biologicznych i

psychospołecznych, a czynniki ryzyka z obu tych obszarów składają się na przyczyny dysfunkcji seksualnych oraz ich mechanizmy podtrzymujące. Ponadto u większości kobiet zaburzenia seksualne są wywoływane i podtrzymywane raczej przez czynniki psychologiczne niż somatyczne, z wyjątkiem takich okoliczności jak menopauza, podeszły wiek czy przewlekła choroba ogólnoustrojowa. Nawet uwarunkowane biologicznie dysfunkcje seksualne wpływają znacząco na obraz ciała, zachowanie, indywidualne przeżywanie oraz dynamikę interpersonalną, co sprawia, że charakteru tych zaburzeń nie można zredukować do problemu stricte somatycznego [29].

W publikacjach z ostatnich lat podtrzymano model wiążący czynniki biologiczne, psychoseksualne oraz związane z kontekstem (w tym interpersonalne), przyjmując założenie ich wzajemnych interakcji [30]. Liczne opracowania potwierdzają jednoczesne występowanie wielu przyczyn dysfunkcji seksualnych, między innymi w odniesieniu do zaburzeń pożądania, zaburzeń reakcji genitalnej oraz dyspareunii u kobiet, a także zaburzeń pożądania i wzwodu u mężczyzn [27, 30, 37].

Podsumowując, wieloczynnikowy model etiologii dysfunkcji seksualnych zakłada w ich powstawaniu:

- współwystępowanie zakłóceń somatycznych, psychologicznych i systemowych;
- wzajemny, cyrkularny wpływ czynników z poszczególnych obszarów;
- kluczowe znaczenie interpretacji doświadczeń przez pacjenta.

2.3. Lęk i objawy nerwicowe a dysfunkcje seksualne

2.3.1. Natura i etiologia zaburzeń nerwicowych

Lęk jest opisywany w ramach psychopatologii zarówno jako określony nastrój (lęk, obawa, trwoga, panika) [38], jak i niekoniecznie jawny (uświadamiany przez pacjenta) czynnik psychiczny, związany z szerokim spektrum zakłóceń funkcjonowania. Do zaburzeń lękowych (nerwicowych) zalicza się więc zarówno zespoły objawowe, w których przypadku pacjenci przeżywają bezpośrednio uczucie lęku (fobia, lęk paniczny, lęk uogólniony, natręctwa, jak i zaburzenia, w których lęk jako emocja nie pełni roli głównej – dysfunkcje somatyczne (np. zaburzenie somatyzacyjne, ból psychogeny, neurastenia) albo zmieniony stan psychiczny (np. zaburzenia dysocjacyjne, zespół depersonalizacji-derealizacji) [39].

W zakresie zaburzeń nerwicowych jednostki nozologiczne klasyfikacji chorób ICD-10 definiowane są na podstawie przewagi określonej kategorii objawów, co jednak nie wyklucza występowania innych objawów związanych z lękiem. Większość rozpoznań jest także ograniczona kryteriami czasowymi i określającymi nasilenie dolegliwości. W badaniach dotyczących zaburzeń nerwicowych najczęściej stosowane są kryteria badawcze klasyfikacji chorób ICD lub DSM, skale obejmujące wybrane grupy objawów (kwestionariusze objawowe) lub określone cechy lęku i innych stanów psychicznych. Odzwierciedla to pośrednio różnicę w poglądach na temat zaburzeń lękowych związaną z pytaniem, czy są to rozdzielne jednostki chorobowe, czy też różne przejawy jednego zaburzenia o bogatej symptomatologii. Niewątpliwie niektóre z nich (np. zaburzenie stresowe pourazowe, zespół natręctw, zaburzenie dysocjacyjne) mają specyficzną, różną od innych rozpoznań etiologię i obraz objawowy [4, 40, 41]. Z drugiej strony wydaje się je łączyć wspólna, związana z lękiem dynamika zaburzenia, a także podobna reakcja na oddziaływania terapeutyczne [42-47].

Mimo, że rozwój zaburzeń nerwicowych opisywany jest w wielu ujęciach teoretycznych, nie opracowano dotąd jednoznacznego wyjaśnienia ich etiologii. Panuje zgoda co do tego, że jest ona wieloczynnikowa. Brane są pod uwagę czynniki biologiczne (mózgowe i inne somatyczne), środowiskowe (rozwój psychiczny, aktualne czynniki stresowe) i psychologiczne, przy czym współcześnie największe znaczenie przypisuje się mechanizmom psychologicznym. Do tych ostatnich należą między innymi: wyparte uczucia, pragnienia i związane z nimi konflikty – według teorii psychodynamicznych [48-50]; nieprawidłowe przekonania, wyuczony wzorce myślenia i reagowania – według nurtu poznawczo-behawioralnego [51-55]; delegacje systemowe i regulacyjna funkcja objawów – według teorii systemowych [56-59]; obrony związane z dylematami dotyczącymi sensu życia, śmierci, samotności i odpowiedzialności, lub np. negowanie własnej indywidualności – w ujęciu egzystencjalnym [60]. Istotna wydaje się także koncepcja postulująca znaczenie struktury osobowości w podatności na powstawanie zaburzeń nerwicowych. Według niej objawy lękowe pojawiają się i nasilają w sytuacjach stresowych u osób z mniej dojrzałym, nieelastycznym repertuarem umiejętności psychicznych i mechanizmów obronnych [59]. Z tego punktu widzenia zaburzenia lękowe (wyłączając reakcje na stres o charakterze katastroficznym) mogą stanowić przejaw dekompensacji funkcji regulacyjnych neurotycznej (nerwicowej) osobowości [61-65].

2.3.2. Zależności między lękiem i dysfunkcjami seksualnymi

Seksualność jest sferą życia szczególnie podatną na wszelkie zakłócenia ogólnego funkcjonowania psychicznego. Uzyskanie pobudzenia seksualnego, zdolność do podejmowania zachowań seksualnych i czerpania z nich przyjemności wymagają spokoju psychofizycznego, na którego tle ujawnia się pożądanie i rodzi podniecenie seksualne, a także niskiego poziomu stresu, wystarczającego poczucia bezpieczeństwa i swobody w relacji z partnerem, nastawienia na odczuwanie przyjemności, spontaniczności oraz adekwatnej samooceny [66]. Wszystkie te aspekty są zazwyczaj zakłócone w przebiegu zaburzeń nerwicowych [67].

Próby określenia natury związków przyczynowych między zaburzeniami seksualnymi i nerwicowymi były czynione od początku rozwoju psychoanalizy [68]. Obecnie przyjmuje się, że dysfunkcje seksualne, występujące w obrazie zaburzeń psychicznych, w tym nerwic, nie są objawami podstawowymi, ale współwystępującymi, a czasem poprzedzającymi objawy podstawowe [69]. Przyglądając się bliżej propozycjom rozumienia teoretycznego powiązań między zakłóceniami w kontaktach seksualnych i przeżywaniem lęku, można stwierdzić, że relacje te są złożone. Nie ograniczają się do prostych związków przyczynowo-skutkowych, lecz mają charakter wielokierunkowy i cyrkularny [9].

2.3.2.1. Rola lęku w etiologii dysfunkcji seksualnych

Fizjologicznie, co potwierdzono zarówno w odniesieniu do mężczyzn [70], jak i kobiet [71], udział lęku w powstawaniu dysfunkcji seksualnych wynika z jego hamującego wpływu na reakcję seksualną. Lęk stanowi wspólny, końcowy efekt synergicznego oddziaływania psychologicznych, biologicznych i moralnych (społecznych) czynników wpływających na seksualność. Jest on związany z aktywnością współczulnego układu nerwowego, którego przewaga nad układem przywspółczulnym wpływa negatywnie na pożądanie, reakcję genitalną i orgazm [72-77].

W rozumieniu klasycznej teorii psychoanalitycznej występowanie objawów dysfunkcji seksualnych, analogicznie do innych objawów nerwicowych, może być spowodowane między innymi zaprzeczeniem lub wyparciem konfliktów między popędowością seksualną a normami społecznymi, w tym dotyczących kompleksu edypalnego, zawiści o członka lub lęków kastracyjnych. W teorii tej popęd seksualny jest jedną z dwóch sił, obok popędu agresji, będących źródłem intencji, motywacji i wtórnie – zachowań. Po-

trzeby seksualne są realizowane bezpośrednio – autoerotycznie lub w relacjach partnerskich, oraz pośrednio, między innymi w uznawanym za dojrzały mechanizmie sublimacji – poprzez akceptowane społecznie zachowania, np. miłość, twórczość lub pomaganie innym. Czynnikiem hamującym realizację pragnień seksualnych, poza normami wyznaczanymi społecznie, jest wewnętrzny, częściowo nieświadomy, zbiór zasad i zakazów (superego). Zdrowe funkcjonowanie umożliwia jednocześnie częściowe realizowanie potrzeb popędowych i podporządkowanie się normom społecznym i wewnętrznym. Jeżeli mechanizmy psychiczne uzyskiwania tego typu kompromisów nie są skuteczne (dojrzałe), mogą powstawać objawy nerwicowe, które także stanowią możliwość pośredniej ekspresji popędów, jednak w sposób uciążliwy, utrudniający funkcjonowanie [78]. Współczesna psychoanaliza traktuje także dysfunkcje seksualne, jako objawy spełniające specyficzne funkcje regulacyjne w ramach działania aparatu psychicznego, w sposób bardzo podobny do objawów lękowych. Mogą one przykładowo chronić przed wstydem związanym z ciałem, a pochodzącym z negatywnego nastawienia rodziców wobec nagości, czy też wiązać się z introjekcją zakłóconych postaw rodzicielskich wobec seksualności lub odtwarzaniem dysfunkcyjnych zachowań seksualnych rodziców [68].

W podobny sposób zaburzenia lękowe są łączone z dysfunkcjami seksualnymi przez teorie uczenia społecznego. Według nich dzieci uczą się seksualności głównie przez obserwację i naśladowanie postaw rodziców. Negatywne przekonania i lęki rodziców przenoszą się na życie seksualne ich dzieci. Przykładowo lęk i poczucie winy związane z przeżywaniem przyjemności seksualnej mogą zostać przekazane dziecku poprzez restrykcyjną reakcję rodzica na dziecięcą masturbację. W dorosłości wspomnienie zażenowania rodziców bądź doświadczenia kar za odkrywanie swojej seksualności, może promować negatywny stosunek do własnego ciała, obawę przed fizyczną bliskością czy powodować ograniczenie przyjemności ze stymulacji seksualnej i wtórnie prowadzić do powstawania dysfunkcji seksualnych, które na zasadzie sprzężenia zwrotnego dodatkowo nasilają wymienione wcześniej zakłócenia [79].

Ważną rolę lęku w hamowaniu funkcji seksualnych rozpoznaje się w przypadku występowania lękowych wzorców przywiązania [21, 23, 80, 81]. Lęk przed bliskością wiąże się negatywnie ze wszystkimi obszarami funkcjonowania seksualnego. U osób, u których stwierdza się lękowe wzorce przywiązania, sytuacja kontaktu seksualnego może aktywować uczucie niepokoju związanego z relacją i pobudzać emocje niezwiązane z seksem, co zmniejsza zdolność do satysfakcjonującego uczestniczenia w zbliżeniach. Osoby te

mogą także traktować aktywność seksualną jako niezależną od miłości, a nawet sprzeczną z potrzebami podmiotowości i czułości [82].

Koncepcje poznawczo-behawioralne lokują objawy dysfunkcji seksualnych wśród zaburzeń uwarunkowanych dezadaptacyjnymi wzorcami myślenia i przeżywania oraz wyuczonymi, zakłóconymi sposobami reagowania. Metoda leczenia oparta na tych założeniach rozpoznaje wyuczone nieprawidłowe wzorce myślenia, wpływające na stan emocjonalny i zachowanie [83] [23, 84]. Jednym z przykładów może być rozumienie przyczyny występowania wytrysku przedwczesnego u mężczyzny jako efektu wielokrotnej, choć niekoniecznie bezpośredniej, ekspresji niezadowolenia z jakości współżycia przez partnerkę oraz wytworzenia nawyku koncentracji w czasie zbliżenia głównie na zaspakajaniu potrzeb partnerki i czasie trwania stosunku (tzw. *performance anxiety*) [3, 9, 85]. Lęk sprawia, że osoby, doświadczające go w czasie kontaktów seksualnych, nie koncentrują się na stymulacji, ale na samym lęku [86]. Powstaje cykl negatywnie sprzężonych reakcji, wiążących przeżywanie lęku i występowanie dysfunkcji seksualnych, pogłębiających się aż do poziomu awersji. Kształtowanie się tego rodzaju wzorców przeżywania występuje częściej u osób, mających ogólną tendencję do negatywnej oceny własnych zachowań, a także do unikania nieprzyjemnych sytuacji, zamiast uczenia się na podstawie niepowodzeń. Stanowi w tym znaczeniu cechę osobowości, predestynującą do wystąpienia zarówno zaburzeń nerwicowych, jak i dysfunkcji seksualnych [28, 87]. W ramach koncepcji poznawczych wskazuje się także na wpływ wczesnych, negatywnych doświadczeń seksualnych na powstawanie między innymi awersji seksualnej, zaburzeń erekcji i pochwicy [9, 88, 89].

2.3.2.2. Rola dysfunkcji seksualnych w etiologii zaburzeń lękowych

Jak wcześniej wspomniano, wielu autorów zakłada wzajemny, dwukierunkowy czy też cyrkularny wpływ zaburzeń lękowych i dysfunkcji seksualnych [9, 69, 70, 90-94]. Znany jest pogląd, że brak zaspokojenia w relacjach seksualnych może prowadzić nie tylko do dysfunkcji seksualnych, ale także do powstawania objawów nerwicowych [79]. Przewlekłe występowanie samych dysfunkcji seksualnych może przyczyniać się do rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych, wpływać destabilizująco na bliskie relacje interpersonalne i wywoływać zakłócenia funkcjonowania w wielu innych obszarach życia [95]. Pojawienie się problemów w życiu seksualnym, choćby związane z brakiem nawet podstawowej wiedzy o tej sferze funkcjonowania [69], bardzo silnie oddziałuje na prze-

zywanie siebie, obniżając samoocenę, powodując wycofanie się z relacji interpersonalnych, promując przekonanie o nieadekwatności własnych działań, nasilając lęk przed negatywną oceną [66].

W literaturze przedmiotu pojawiają się różnorodne wyjaśnienia teoretyczne tych zjawisk. W nurcie psychodynamicznym istotną rolę przypisuje się skutkom nadużyć seksualnych w dzieciństwie lub przekraczaniu granic psychologicznych w bliskości z rodzicem, co może zakłócać prawidłowy rozwój psychoseksualny, np. rozwiązywanie konfliktu edypalnego. Tego rodzaju zakłócenie stanowi wspólne źródło powstawania zarówno dysfunkcji seksualnych, jak i objawów lękowych [96]. Niektórzy autorzy podkreślają znaczenie zakłóceń nerwicowych w relacji partnerskiej – jako przyczyn dysfunkcji seksualnych [97, 98] i zarazem skutku ich występowania. Zauważono także, że konflikty seksualne, obwinianie partnera lub siebie (np. oskarżenia o „sabotaż seksualny” związku, o karanie przez odmawianie współżycia), brak potwierdzenia samooceny w kategorii męskości / kobiecości przez udane kontakty seksualne oraz niepewność w zakresie identyfikacji z rolami związanymi z płcią, należą do częstych sytuacji podawanych przez pacjentów i pacjentki oddziałów nerwic [99, 100]. Z perspektywy poznawczej opisuje się mechanizm błędnego koła zaburzenia, w którym doświadczenie odmiennego od oczekiwań funkcjonowania seksualnego – własnego lub partnera – jest interpretowane negatywnie, lękowo, i wtórnie prowadzi do nasilenia dysfunkcji, w tym potencjalnie do pojawienia się ich nowych objawów u obojga partnerów, co w efekcie prowadzi do powstawania i pogłębiania się objawów nerwicowych [9].

2.3.2.3. Związek występowania u pacjentów objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych

Ze względu na brak przekonujących modeli eksperymentalnych, które pozwalałyby w izolowany sposób określić *in vivo* relacje przyczynowo-skutkowe między zjawiskami powiązаныmi dwukierunkowo (lub cyrkularnie), co ma miejsce w wypadku objawów dysfunkcji seksualnych i objawów nerwicowych, większość badań zależności między tymi fenomenami ograniczało się do oceny statystycznej nasilenia, a nie wektorów ich wzajemnych oddziaływań.

Można jednak znaleźć badania, które potwierdzają istnienie zależności między nasileniem lęku jako emocji lub neurotyzmem jako cechą osobowości a nasileniem dysfunkcji seksualnych [9, 87, 101-105]. Przykładowo, analiza danych historycznych, pochodzą-

cych z kwestionariuszy objawowych, wypełnianych przez pacjentów leczonych z powodu nerwic i zaburzeń osobowości w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 1980-2002, wykazała, że ponad połowa badanych (53-59%) była niezadowolona z jakości swojego życia seksualnego [66]. Podobnie w badaniu przeprowadzonym w Centrum Psychoterapii II Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w grupie pacjentów oddziałów dziennych, uczestniczących w psychoterapii grupowej, 99% zadeklarowało występowanie u siebie objawów przynajmniej jednej dysfunkcji seksualnej. Wśród kobiet najczęściej występowała anorgazmia, zaburzenie reakcji genitalnej oraz lęk przed współżyciem, a w grupie mężczyzn obniżenie popędu seksualnego, lęk przed współżyciem i trudności w utrzymaniu erekcji. Przynajmniej jeden rodzaj objawów dysfunkcji występował u ponad połowy badanych. Dodatkowo badanie wykazało, że 80% pacjentów nie zgłasza spontanicznie objawów dysfunkcji seksualnych zarówno w czasie psychoterapii, jak i podczas konsultacji indywidualnych [106, 107]. W innych badaniach wykazano wysoką częstość występowania objawów dysfunkcji seksualnych u pacjentów leczonych z powodu zaburzeń lękowych, szczególnie lęku napadowego i fobii społecznej [108].

Powstało także wiele opracowań zawierających analizy związków między poszczególnymi rodzajami dysfunkcji seksualnych a nasileniem lęku i konkretnych nerwicowych zespołów objawowych, określanymi zazwyczaj według kryteriów zaburzeń występujących w klasyfikacji chorób ICD-10, lub, częściej, DSM (głównie wersji IV) [12, 31, 90, 108-130]. Odniesienia do ich wyników znajdują się w rozdziale 7. tej pracy.

2.4. Wpływ psychoterapii na zmianę nasilenia dysfunkcji seksualnych

2.4.1. Zmiana w zakresie dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii ukierunkowanej na leczenie dysfunkcji seksualnych

Przez większość XX wieku dysfunkcje seksualne były uznawane za zaburzenie głównie psychogenne, w związku z czym stosowano przede wszystkim psychologiczne metody leczenia. Popularna początkowo psychoanaliza [131-133] była stopniowo wypierana przez, włączane w nurt terapii seksualnej [3, 92, 134-138], metody behawioralne i poznawczo-behawioralne [139-143]. Istotne znaczenie w terapii zaburzeń seksualnych miała także, rozwijana w różnych podejściach, terapia par [144-148]. W czasie ostatnich dwóch dekad coraz znaczącą rolę zaczął pełnić model leczenia biologiczny, oparty

głównie na farmakoterapii [140]. Podejście to, niezależnie od swojej popularności, spotyka się z krytyką, oceniającą je jako jednowymiarowe i wyłącznie objawowe [149]. Stanowisko to skłoniło wielu klinicystów do poszukiwania możliwości integracji wymienionych metod i dostosowywania formy terapii do indywidualnego profilu psychopatologicznego pacjentów, a nie wyłącznie do rodzaju przeżywanych przez nich dolegliwości [136, 150, 151]. Przykładem zintegrowanego modelu leczenia może być propozycja algorytmu terapii obniżonego pożądania seksualnego u mężczyzn, zakładającego zróżnicowanie postępowania – od leczenia biologicznego, po psychoterapię indywidualną i partnerską, w zależności od czynników etiologicznych zaburzenia, występujących u danego pacjenta [152]. Seksuologiczna terapia integralna łączy metody psychospołeczne i „medyczne”, nie traktując zaburzenia seksualnego w sposób typowy dla zaburzeń somatycznych. Wśród jej celów można wymienić: eliminację objawów, neutralizację lęku, poprawę samooceny i obrazu własnego ciała, wyzwolenie potencjału erotycznego, promowanie przeżywania intymności w relacji seksualnej, edukację seksualną i restrukturyzację błędnych przekonań [153, 154].

Większość prac dotyczących terapii dysfunkcji seksualnych koncentruje się na ocenie ich efektywności. Opisywane są głównie te metody terapii, które okazały się skuteczne. Zazwyczaj są to specjalnie skonstruowane programy leczenia, ukierunkowane na usuwanie danego rodzaju objawów. Brakuje badań, które uwzględniałyby seksualność w całościowym obrazie funkcjonowania psychicznego pacjentów, co postulowały psychoanaliza i humanistyczne podejścia w psychoterapii [155]. Badanie skuteczności metod eliminowania poszczególnych objawów bez uwzględniania ich potencjalnej funkcji w całości życia psychicznego pacjenta lub oceny, które czynniki mają wpływ na efekt terapeutyczny, wydaje się niewystarczające, choć ze zrozumiałych względów łatwiejsze metodologicznie.

Dostępne są w piśmiennictwie metaanalizy [139, 140, 155-160], zbierające badania skuteczności różnorodnych programów terapeutycznych. Odnoszą się one do konkretnych dysfunkcji seksualnych. Przeważająca większość prac dotyczy stosowania metod poznawczo-behawioralnych i behawioralnych oraz technik terapii seksualnej. Analizy wykazały, że interwencje psychospołeczne mogą powodować korzystne zmiany w zakresie funkcjonowania seksualnego, zarówno w leczeniu mężczyzn [155], jak i kobiet [160]. Badania porównujące grupy pacjentów korzystających z terapii do grup oczekujących na terapię wykazują istotny efekt leczniczy w wypadku terapii par i terapii grupowej. Mniej

badan potwierdziło go w wypadku terapii indywidualnej. Wykazano też przewagę terapii grupowej nad terapią par w odniesieniu do poprawy ogólnej satysfakcji z życia seksualnego [156].

Autorzy metaanaliz przedstawiają szereg krytycznych uwag wobec dostępnych badań analizujących zmiany w zakresie dysfunkcji seksualnych. Poza uchybieniami metodologicznymi [92], których w pracach z ostatnich dwóch dekad jest coraz mniej, wątpliwości krytyków budzą ogólne trendy tworzenia programów badawczych i terapeutycznych. Należą do nich między innymi:

- wykluczanie z badań mniejszości seksualnych i osób niebędących w związkach;
- heteronormatywność i koncentracja na genitalno-genitalnych kontaktach jako normie współżycia seksualnego;
- koncentracja na fizjologii i zawężonym spostrzeganiu seksualności, bez uwzględniania m.in. przyjemności i satysfakcji seksualnej;
- brak opisu ilościowego i jakościowego efektu zmian oraz czynników związanych ze zmianą;
- brak oceny długoterminowych efektów leczenia; brak dokładnego określenia sposobu prowadzenia terapii, umożliwiającego porównanie pracy różnych ośrodków i terapeutów, oraz czynników wpływających na jej efektywność [139, 161].

Jakkolwiek opierając się na wynikach licznych doniesień można stwierdzić, że potwierdzono empirycznie skuteczność specyficznych form oddziaływania w wypadku większości występujących dysfunkcji seksualnych [155, 162-164], otwarte pozostaje pytanie, czy te same metody leczenia mogą być skuteczne w wypadku dysfunkcji seksualnych pierwotnych, którym nie towarzyszą inne zaburzenia psychiczne, i wtórnych, w różnym stopniu zależnych od podstawowego zaburzenia, np. depresyjnego lub lękowego, czy też od zaburzenia osobowości. Ponadto okazuje się, że metaanalizy, wyznaczające ostrzejsze kryteria włączenia poszczególnych badań do oceny porównawczej wyników [156], nie potwierdzają naukowej wiarygodności wielu doniesień, co sprawia, że nie ma pewności co do skuteczności interwencji psychospołecznych w leczeniu np. takich dysfunkcji jak zaburzenie erekcji, pochwica czy wytrysk przedwczesny, choć skuteczność ta w świetle wielu opublikowanych badań wydawała się od dawna potwierdzona. Obszar

ten niewątpliwie wymaga dalszych badań, w których korzystne byłoby uwzględnienie między innymi wpływu różnych czynników leczących, występujących w przebiegu psychoterapii, na nasilenie dysfunkcji seksualnych.

2.4.2. Zmiany w zakresie nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii nieukierunkowanej swoiście na leczenie dysfunkcji seksualnych

Jak wynika z badań przytoczonych w rozdziale 3.2.3, objawy dysfunkcji seksualnych często współwystępują z objawami innych zaburzeń psychicznych, przede wszystkim lękowymi i depresyjnymi. Z perspektywy klinicznej istotne jest to, czy zaburzenia te mają wspólne mechanizmy przyczynowe oraz czy oddziaływania terapeutyczne ukierunkowane na leczenie jednych, powodują także poprawę w zakresie drugich [165-167]. Badania wskazują, że doświadczający problemów seksualnych pacjenci, u których rozpoznano także inne zaburzenie psychiczne, mają gorsze długoterminowe wyniki leczenia i rzadko wracają do terapii [91, 165]. Można się więc spodziewać, że nieleczenie zaburzeń towarzyszących i koncentrowanie się wyłącznie na terapii dysfunkcji seksualnej daje efekt terapeutyczny ograniczony lub nietrwały [122, 168, 169].

Rozważania te komplikuje proponowane przez badaczy różnicowanie między dysfunkcjami pierwotnymi [15] (w wypadku których to symptomy lękowe lub depresyjne miałyby charakter wtórny lub polegały na współwystępowaniu niezależnym) a wtórnymi, zależnymi od wstępnie występującego zaburzenia nerwicowego lub depresyjnego [170]. Jednocześnie trudno pominąć obserwacje kliniczne, świadczące o wzajemnym, wielokierunkowym wpływie tych czynników u badanych pacjentów, co sugerowałoby potrzebę poszukiwania wspólnych czynników leczących [9].

W literaturze przedmiotu można odnaleźć pojedyncze doniesienia, świadczące o potencjalnie korzystnym wpływie psychoterapii na funkcjonowanie seksualne pacjentów, jeśli jest ona ukierunkowana na leczenie zaburzeń nerwicowych lub depresyjnych. Opisano wystąpienie tego efektu w wypadku stosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej [165, 171] oraz krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej, połączonej z pracą z ciałem [172]. Korzystną zmianę w zakresie poziomu niezadowolenia z życia seksualnego zaobserwowano także w badaniach dotyczących efektów zintegrowanej 3-miesięcznej psychoterapii grupowej i indywidualnej nerwic i zaburzeń osobowości w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie [173, 174].

Oprócz statystycznej oceny wielkości zmiany w zakresie różnych parametrów funkcjonowania seksualnego istotne byłoby rozpoznanie w dalszych badaniach, w jakim stopniu specyficzne, a w jakim niespecyficzne czynniki terapeutyczne, wpływają na efekt leczenia w zakresie dysfunkcji seksualnych przy uwzględnieniu współwystępowania zaburzeń lękowych lub depresyjnych. Ponadto znaczący wydaje się postulat dokonania oceny długoterminowych skutków leczenia, przypisywanych głównie specyficznym czynnikom leczącym [42]. Nie sformułowano jeszcze rzetelnej odpowiedzi na pytanie, czy interwencje terapeutyczne i doświadczenia pacjentów w przebiegu terapii, które w swoisty sposób ingerują w mechanizmy podtrzymujące zaburzenia nerwicowe, działają również swoiście w odniesieniu do współistniejących dysfunkcji seksualnych. Niezależnie od tego, biorąc pod uwagę cytowane powyżej doniesienia, wydaje się, że praca terapeutyczna wyłącznie nad objawami dysfunkcji seksualnych rzadko przynosi poprawę w zakresie innych zaburzeń psychicznych, natomiast psychoterapia nerwic i zaburzeń nastroju często (choć nie u wszystkich pacjentów) korzystnie wpływa na jakość życia seksualnego.

3. Cel badań

Celem badań były:

- 1) ocena związku nasilenia objawów lęku z nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych
oraz
- 2) ocena związku zmiany nasilenia objawów lęku ze zmianą nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych.

Ich realizację zaplanowano jako weryfikację następujących hipotez:

1. Nasileniu objawów lękowych towarzyszy występowanie objawów dysfunkcji seksualnych.
2. Zmianie nasilenia objawów lękowych towarzyszy zmiana nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych.
3. Nasilenie objawów lękowych wiąże się dodatnio z nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych.
4. Nasilenie objawów lękowych różnego typu wiąże się w różnym stopniu z zakłóceniem poszczególnych typów dysfunkcji seksualnych.
5. Lęk oraz dysfunkcja seksualna jako czynniki latentne (mechanizmy stanowiące podłoże objawów psychopatologicznych – lękowych i seksualnych) występują w związku istotnym statystycznie.
6. Nasilenie objawów nerwicowych wiąże się z obniżeniem satysfakcji seksualnej pośrednio, poprzez związek z nasileniem zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, bólem w czasie współżycia.
7. Zmiana nasilenia objawów lękowych w przebiegu 3-miesięcznej intensywnej psychoterapii grupowej i indywidualnej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego wiąże się ze zmianą nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych.

4. Materiał i metody

4.1. Założenia metodologiczne

Doświadczenie kliniczne oraz liczne prace badawcze potwierdzają, że u pacjentów z zaburzeniami lękowymi często występują objawy dysfunkcji seksualnych. Mogą one powstawać niezależnie od zaburzenia lękowego (dysfunkcja pierwotna), w związku z istnieniem zaburzenia lękowego (dysfunkcja wtórna) lub wiązać się z lękiem w sposób złożony (etiologia mieszana). Zaobserwowano także, że subiektywne zdanie pacjentów na temat jakości ich życia seksualnego w różnej mierze zależy nie tylko od faktu występowania objawów dysfunkcji seksualnych, ale również od ogólnego pogorszenia funkcjonowania, związanego m.in. z nerwicą. Istotna wydaje się ocena, jak często zaburzenia seksualne, wykrywane u pacjentów nerwicowych, stanowią jeden z elementów przeżywania zaburzenia lękowego, a co za tym idzie ustępują wraz ze zmniejszeniem się nasilenia lęku (np. w wyniku skutecznej psychoterapii). Nie można też pominąć postulowanego przez wielu autorów (co szczegółowo opisano w części teoretycznej pracy) obustronnego związku między tymi grupami objawów – rozumienia niektórych form nerwicy jako wyniku zakłóceń w sferze seksualnej – oraz dysfunkcji seksualnych jako jednego z przejawów nerwicy. W prezentowanej pracy przyjęto również założenie, że istotne może być to, jakiego rodzaju objawy dysfunkcji seksualnych silniej wiążą się z nasileniem objawów lękowych, a co za tym idzie, że być może poddają się leczeniu ukierunkowanemu na zaburzenie nerwicowe. Ważne wydawało się też rozpoznanie, które z nich pozostają w mniejszym stopniu zależne od poziomu lęku i mają tendencję (statystyczną) do utrzymywania się mimo poprawy w zakresie nasilenia lęku.

W celu przeprowadzeniu analiz związków lęku i dysfunkcji seksualnych założono istnienie dwóch teoretycznych metaczynników psychopatologicznych (czynników latentnych): zaburzenia lękowego oraz dysfunkcji seksualnej. Każdy z tych dwóch czynników reprezentowany jest w indywidualnej psychopatologii przez wiele różnych objawów lękowych i seksualnych, które dla celów prezentowanych badań pogrupowano, tworząc skale kliniczne odpowiednich kwestionariuszy. Zabieg ten umożliwia dokonanie analiz nie tyle w odniesieniu do pojedynczych objawów, co do ich typów. Pozwala to ocenić zależności zarówno między wspomnianymi dwoma czynnikami – lękiem oraz dysfunkcją seksualną – jak i poszczególnymi składowymi tych czynników, zwiększając tym samym użyteczność kliniczną badań.

4.2. Grupa badana

Badaniem została objęta grupa 268 pacjentów Oddziału Dziennego Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych – Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w wieku od 19 do 55 lat, mężczyzn (M) i kobiet (K) w proporcji płci typowej dla składu grupy uczestników psychoterapii w oddziale dziennym (32% M, 68% K). Badanie prowadzono w latach 2009-2011. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM, było finansowane w ramach dotacji celowych w latach 2008-2011. Dane uzyskane w wyniku badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów. Przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Protokół badania umożliwiał wycofanie zgody na udział w badaniu w trakcie jego trwania. Żaden pacjent nie skorzystał z tej możliwości.

4.2.1. Kwalifikacja uczestników

Wybór uczestników grupy badanej przeprowadzono na podstawie kryteriów włączających i wykluczających.

Kryteria włączające:

- rozpoznanie u pacjenta zaburzenia lub zaburzeń z rozdziału F4 zgodnie z kryteriami diagnostycznymi wg klasyfikacji ICD-10 [4];
- rozpoczęcie 3-miesięcznej zintegrowanej psychoterapii w oddziale dziennym;
- zgoda na udział w badaniu;
- wiek 18-55 lat.

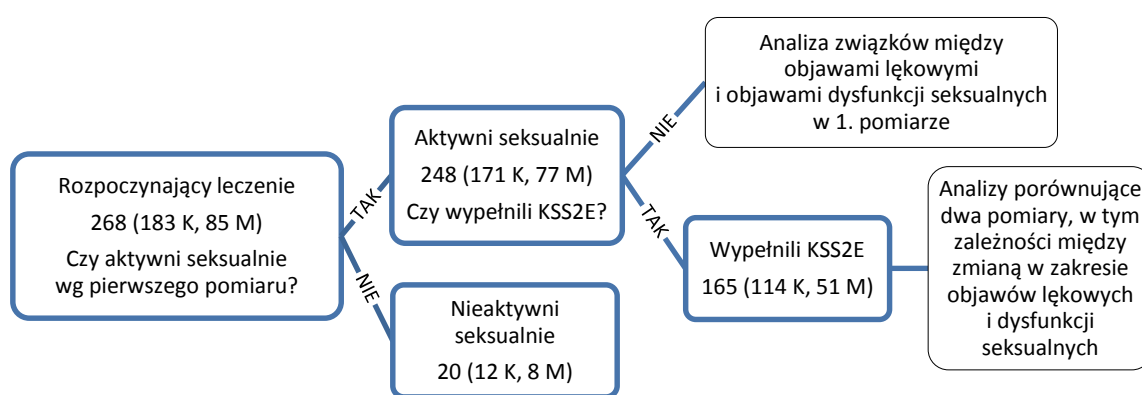
Badanie psychiatryczne, na którego podstawie zostało ustalone rozpoznanie, było uzupełnione o dane z badania psychologicznego oraz dane zebrane za pomocą narzędzi psychometrycznych, m.in.: Kwestionariusza Objawowego „O”, Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 oraz Ankiety Życiorysowej.

Kryteria wykluczające:

- rozpoznanie istotnej klinicznie choroby somatycznej, będącej przyczyną występujących u pacjenta objawów psychicznych;
- rozpoznanie ostrej reakcji na stres (F43.0 wg ICD-10) lub zaburzenia stresowego pourazowego (F43.1 wg ICD-10);
- występowanie zaburzeń psychotycznych lub zaburzeń nastroju;
- stwierdzenie zmian organicznych OUN;

- niewypełnienie kwestionariusza KSS2 na początku leczenia;
- rezygnacja z leczenia w pierwszych dwóch tygodniach pobytu w oddziale;
- wycofanie zgody na udział w badaniu w trakcie leczenia.

Ze względu na zróżnicowanie pacjentów pod względem aktywności seksualnej oraz dostępności danych z drugiego pomiaru (po zakończeniu terapii) do udziału w poszczególnych analizach zakwalifikowano grupy o różnej liczbie osób. Proces decyzyjny związany z włączeniem pacjentów do poszczególnych analiz obrazuje rys. 4.1.



Rysunek 4.1. Liczba pacjentów w podgrupach włączonych do poszczególnych analiz. KSS2E – Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego, zastosowany po psychoterapii (ewaluacyjny)

4.2.2. Opis interwencji – psychoterapia stosowana w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

4.2.2.1. Kwalifikacja do leczenia

Przed rozpoczęciem pobytu w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie (dalej zwanym Oddziałem) każdy pacjent przeszedł procedurę kwalifikacji do leczenia. Badani uczestniczyli w dwóch konsultacjach z lekarzem psychiatrą oraz jednej z psychologiem [175]. Na podstawie uzyskanych w trakcie konsultacji danych, poszerzonych o wyniki testów psychologicznych (m.in. opisanych dalej: Kwestionariusza Objaw-

wowego KO „O”, Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006, Ankiety Życiorysowej, a także: Kwestionariusza Motywacji, Testu Uzupełniania Zdań, kwestionariusza CTQ i innych), rozpoznano zaburzenia zgodnie z kryteriami klasyfikacji ICD-10 oraz oceniono zdolność do korzystania z proponowanej formy psychoterapii (m.in. w zakresie możliwości wglądowych, motywacji, siły ego). Pacjenci zakwalifikowani do udziału w psychoterapii po okresie oczekiwania (1-6 miesięcy), rozpoczęli leczenie od rozmowy kontraktowej z wyznaczonym psychoterapeutą indywidualnym.

4.2.2.2. Formy oddziaływań i czynniki leczące

W Oddziale funkcjonuje równolegle 6 grup terapeutycznych o liczebności 8-11 osób. Program leczenia trwa standardowo 12 tygodni i obejmuje w każdym tygodniu: w trzech grupach pracujących przed południem – 15 45-minutowych sesji terapii grupowej, 5 15-minutowych sesji relaksacyjnych, jedno 45-minutowe spotkanie indywidualne oraz jedno spotkanie społeczności oddziału (około 60 minut), oraz w trzech grupach popołudniowych – 6 godzinnych sesji psychoterapii grupowej, 2 fakultatywne 1,5-godzinne sesje psychoterapii o charakterze warsztatowym (z użyciem wybranych technik psychoterapeutycznych, m.in. psychodramy, pantomimy, muzykoterapii, technik wizualizacyjnych, np. sterowanego wyobrażenia, rysunku, kolażu) oraz jedno 45-minutowe spotkanie indywidualne. W prezentowanych badaniach uczestniczyły w równej proporcji osoby ze wszystkich 6 grup.

Psychoterapię w każdej grupie prowadzi zespół psychoterapeutów, w którego skład wchodzi minimum dwie osoby uprawnione do prowadzenia psychoterapii, na stałe zatrudnione w oddziale, oraz osoby odbywające staż w Oddziale, w ramach szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. Sesje psychoterapii grupowej przebiegały z udziałem obserwatorów, głównie pozostałych osób z zespołu terapeutycznego i okresowo studentów ostatnich lat studiów medycznych lub lekarzy stażystów. W zebraniach zespołów terapeutycznych oraz obserwacji grup uczestniczą także przynajmniej raz w tygodniu superwizorzy psychoterapii oraz ordynator Oddziału. Psychoterapia indywidualna prowadzona jest raz w tygodniu, w większości przypadków przez tego samego psychoterapeutę przez cały okres pobytu pacjenta w Oddziale.

Prowadzona w Oddziale psychoterapia ma charakter integracyjny, zarówno w zakresie formy – łączący oddziaływania indywidualne, grupowe i międzygrupowe (zebrania społeczności), jak i rodzaju stosowanych interwencji terapeutycznych.

Postawa terapeutów charakteryzuje się takimi wspólnymi czynnikami, jak: unikanie transparencji, stosowanie interwencji pobudzających pacjenta do autoeksploracji, skupienie uwagi równocześnie na procesy grupowe, interpersonalne i wewnątrzpsychiczne; unikanie udzielania bezpośrednich rad i wskazówek; wycofywanie własnej aktywności w celu pobudzania aktywności uczestników grupy.

Stosowane interwencje i czynniki leczące mają głównie charakter psychodynamiczny, są to m.in. interpretacja przeniesienia, praca z oporem, interpretowanie naruszenia ram terapii, stosowanie klaryfikacji, konfrontacji i interpretacji wobec materiału nieświadomego, w tym mechanizmów obronnych ego; wzmacnianie siły ego, analiza symboliki i funkcji objawów.

Wprowadzane są także oddziaływania z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej, np. korygowanie dysfunkcyjnych mechanizmów poznawczych, budowanie autonomii i niezależności pacjenta, wzmacnianie poczucia własnej wartości i poziomu asertywności.

W pracy z grupą obecne są również elementy technik interpersonalnych, m.in. stwarzanie w grupie możliwości powstawania doświadczeń korektywnych, pobudzanie członków grupy do wzajemnej, otwartej wymiany informacji na swój temat, ze szczególnym uwzględnieniem tego, co odnosi się do zaburzeń, ich objawów oraz tego, co wydarza się tu i teraz w grupie.

Podejście terapeutyczne integrujące różne rodzaje oddziaływań pozwala dostosowywać repertuar interwencji do problematyki danego pacjenta oraz dynamiki prowadzonej grupy, przy jednoczesnym zachowaniu stałości i ciągłości pracy. Konsekwentnie utrzymywane są ramy organizacyjne terapii (obecność wszystkich pacjentów na wszystkich spotkaniach, punktualność), oraz przestrzegane obowiązujące normy – dotyczące m.in. zachowania przez uczestników tajemnicy, unikania zachowań zagrażających i ryzykownych, i innych, wynikających z regulaminu Oddziału.

4.2.2.3. Rola problematyki seksualnej

Seksualność pacjentów leczonych w Oddziale nie jest tematem tabu. Na etapie kwalifikacji do leczenia aktywność seksualna pacjentów i dane na temat rozwoju seksualnego stanowią jeden z istotnych obszarów badania. Tematyka relacji seksualnych i jakości życia seksualnego stanowi ważną część wywiadu psychologicznego. Nie zmienia to faktu, że wielu pacjentom trudno jest rozmawiać o swojej seksualności i że potrzebują oni jasnych komunikatów, potwierdzających adekwatność poruszania związanych z nią spraw,

także w trakcie terapii. W pokonywaniu trudności związanych z porozumiewaniem się w ramach tematyki seksualnej pomagają, równoległe z grupowymi, sesje indywidualne. Zdarza się, że pacjenci początkowo zastrzegają chęć rozmowy o problemach seksualnych tylko na spotkaniach indywidualnych, co jednak zwykle w toku dalszej terapii przestaje być dla nich istotne. Decydują się komunikować trudności w tej sferze także na sesjach grupowych. W czasie spotkań grupy terapeuci pracują z pacjentami nad problematyką seksualną podobnie często jak nad sprawami związanymi z innymi ważnymi obszarami życia. Seksualność nie stanowi wyróżnionego tematu terapii. Objawy dysfunkcji seksualnych są w większości przypadków traktowane podobnie jak objawy lękowe – analizowane są ich funkcje, związane z nimi mechanizmy obronne, ich znaczenie symboliczne itp. Tylko sporadycznie pacjenci są konsultowani seksuologicznie. Nie są stosowane specyficzne metody terapii seksualnej (techniki behawioralne, treningowe, psychoedukacja seksuologiczna itp.). Objawy dysfunkcji seksualnych są więc jednym z wielu poruszanych obszarów pracy terapeutycznej, a stosowane wobec tej problematyki interwencje mają charakter głównie psychodynamiczny i poznawczy.

4.3. Zastosowane narzędzia badawcze

4.3.1. Ocena dysfunkcji seksualnych – Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego (KSS2)

Uwzględniając sugestie autorów metaanaliz [139, 161], według których w większości opisywanych badań pacjenci pytani są wyłącznie o subiektywną ocenę danej sfery funkcjonowania seksualnego, w prezentowanym badaniu przyjęto zasadę, by tam, gdzie to możliwe, dokonywać ilościowej analizy faktów klinicznych – w tym wypadku objawów, których częstość występowania pacjenci relacjonują.

Ze względu na brak w aktualnym piśmiennictwie polskojęzycznego narzędzia, które umożliwiłoby szczegółową, ilościową ocenę objawów dysfunkcji seksualnych w kontekście pozostałych wymiarów seksualności, na użytek badań zaprojektowano nowe narzędzie. Kwestionariusz powstał we współpracy z zespołem klinicystów – psychiatrów, psychoterapeutów i seksuologów z Katedry Psychoterapii UJ CM. Ma on charakter inwentarza samoopisowego. Za pomocą pierwszej wersji kwestionariusza (KSS1) zostało przeprowadzone badanie pilotowe (kwestionariusz zawierał w większości pytania otwarte), które pozwoliło opracować grupy pytań zamkniętych i stworzyć drugą wersję

(KSS2). Kwestionariusz miał od tej pory dwie wersje, dla mężczyzn i kobiet, a także uwzględniał osoby homoseksualne. Po przeprowadzeniu wstępnej analizy wyników kwestionariusza wypełnionego przez grupę 177 studentów [176, 177], skorygowano błędnie sformułowane pytania oraz odrzucono niezrozumiałe lub zbędne. Powstała w ten sposób wersja narzędzia została wykorzystana w prezentowanych badaniach jako główne źródło informacji na temat objawów dysfunkcji seksualnych oraz jakości życia seksualnego pacjentów.

Ocenie poddawane były objawy dysfunkcji seksualnych występujące w przebiegu zaburzeń nerwicowych. W związku z tym w dalszej części pracy stosowany jest w odniesieniu do badanych zjawisk termin „objawy dysfunkcji seksualnych”, w odróżnieniu od „dysfunkcji seksualnych” rozumianych jako zespół rozpoznań według klasyfikacji ICD-10. W przeprowadzonych analizach ilościowych znaczenie miały rodzaj i intensywność doświadczanych przez pacjentów objawów. Założono, że nasilenie dysfunkcji jest lepiej obrazowane przez to, jak często zakłóca ona życie erotyczne pacjenta, niż przez to, od jak dawna dany problem występuje. Przykładowo, epizodyczne pojawianie się zakłócenia czynności seksualnych w okresie nawet dłuższym niż przyjęte w klasyfikacji ICD-10 6 miesięcy, wydaje się mieć mniejsze znaczenie niż jego występowanie w czasie każdego z choćby kilku ostatnich zbliżeń seksualnych. Stąd w ocenie intensywności badanych zaburzeń przyjęto w kwestionariuszu kryterium liczby wystąpień danego objawu w czasie 10 ostatnich kontaktów seksualnych pacjenta.

Kwestionariusz składa się z czterech części. Pierwsza, poprzedzona informacją dla pacjenta, zawierającą słownik stosowanych pojęć seksuologicznych, stanowi ustrukturyzowany wywiad dotyczący rozwoju psychoseksualnego i czynników obciążających ten rozwój oraz aktualnej aktywności seksualnej. Część druga bada szczegółowo występowanie poszczególnych grup objawów związanych z aktywnością seksualną, z podziałem na ich występowanie w sytuacjach erotycznych, w których nie doszło do stosunku płciowego, i tych, w których osoba badana odbyła spółkowanie. Trzecia część zawiera zmienne, mające na celu ocenę wybranych obszarów życia seksualnego, jak autoerotyzm, przekonania dotyczące seksualności, jakość pożądania seksualnego, stosunek do bliskości fizycznej. Część czwarta dotyczy dotychczasowego leczenia seksuologicznego oraz nastawienia i oczekiwań w odniesieniu do podejmowanej psychoterapii.

W analizach dotyczących związków objawów lękowych z objawami dysfunkcji seksualnych posłużono się skalami KSS2, złożonymi ze zmiennych przyporządkowanych do opisanych niżej grup. Pierwszych 8 skal składa się z pytań dotyczących występowania

określonych problemów w czasie zbliżeń płciowych (sytuacji erotycznych i stosunków). Badani proszeni byli o ocenę, w ilu na 10 ostatnich zbliżeń (w okresie maksimum 6 miesięcy) pojawił się dany problem. W dalszych analizach jako kryterium częstego występowania danego zakłócenia przyjęto jego występowanie w przynajmniej 5 na 10 sytuacji erotycznych. Arbitralnie przyjęty próg pięćdziesięcioprocentowej częstości występowania objawów stanowił kompromis między nie-ilościowymi kryteriami stosowanymi w klasyfikacji ICD-10 („dysfunkcja występuje często, lecz nie zawsze musi się ujawniać”), doświadczeniem klinicznym, podpowiadającym, że pojedyncze epizody objawów często nie oznaczają trwałego zaburzenia, oraz potrzebą uzyskania wyników na tyle różnicujących badaną populację, żeby pozwalały ocenić zależności między badanymi zjawiskami.

Pozostałych 5 skal kwestionariusza obejmuje ocenę zakłóceń niezależnych od uczestniczenia osoby badanej w sytuacjach erotycznych. Ich wartość jest obliczana jako średnia odpowiedzi na poszczególne pytania skali, do których osoba badana odnosiła się w zakresie od „tak” do „nie”, z uwzględnieniem możliwych dwóch odpowiedzi pośrednich „raczej tak” i „raczej nie”. Nie było możliwości udzielenia odpowiedzi całkowicie neutralnej. Analizę rzetelności skal KSS2 przedstawiono w rozdziale 6.2. Wzór kwestionariusza został zamieszczony w aneksie nr 1.

4.3.1.1. Badane objawy dysfunkcji seksualnych – skale KSS2

Poniżej zostały wymienione grupy analizowanych objawów dysfunkcji seksualnych. Odpowiadają im skale dysfunkcji seksualnych KSS2, które zawierają pytania o występowanie problemów seksualnych przyporządkowanych do 13 kategorii. Osiem z nich obejmuje zakłócenia, pojawiające się w czasie sytuacji erotycznych (nazywane w dalszej części pracy "skalami czynnościowymi"), pozostałych pięć – zaburzenia związane z funkcjonowaniem seksualnym, ale nie dotyczące bezpośrednio zbliżeń płciowych ("skale dysfunkcji uogólnionych"). Są to:

Zaburzenia pożądania – obejmują objawy dysfunkcji, które w ICD-10 przypisano rozpoznaniu „*brak lub utrata potrzeb seksualnych*”, a które są doświadczane w czasie zbliżenia seksualnego. Osoba jest niezainteresowana, nie reaguje na bodźce erotyczne, nie odczuwa potrzeby seksualnej, nie odczuwa pożądania albo jest ono niewystarczające do odbycia satysfakcjonującego stosunku płciowego.

Zaburzenia podniecenia – zawierają objawy opisane w rozpoznaniu „*brak reakcji genitalnej*”. W wypadku mężczyzn dotyczy to głównie erekcji – jej braku lub niewystarczającej twardości członka w czasie stosunku – ale także braku emocjonalnego czynnika

podniecenia. W grupie kobiet zbyt niskie podniecenie przejawia się przede wszystkim niewystarczającym do odbycia stosunku nawilżeniem pochwy, brakiem uogólnionej seksualnej reakcji fizjologicznej, a także subiektywnego uczucia przyjemnego pobudzenia seksualnego.

Zaburzenia orgazmu – odnoszą się do rozpoznań „*zaburzenia orgazmu*” (zahamowanie) oraz „*wytrysk przedwczesny*” (u mężczyzn, odpowiadający orgazmowi przedwczesnemu u kobiet). Problemy, które wiążą się z fazą orgazmu mają wspólny czynnik, którym jest wystąpienie reakcji szczytowania w nieodpowiednim czasie (zbyt wcześnie lub zbyt późno) i (lub) zbyt niskiej intensywności. Występują też zakłócenia, w wyniku których subiektywne przeżycie orgazmu nie współgra z reakcją fizjologiczną, co wiąże się z nieodczuwaniem wystarczającej przyjemności mimo fizjologicznej reakcji orgazmu.

Zaburzenia związane z bólem – zawierają objawy dysfunkcji, które sklasyfikowane są w ICD-10 jako „*pochwica nieorganiczna*” oraz „*dyspareunia nieorganiczna*”. Wspólnym czynnikiem dla tej grupy objawów jest występowanie w czasie zbliżeń płciowych, głównie w związku z penetracją pochwy, różnego typu dolegliwości bólowych. W przypadku pochwy pojawia się bolesny skurcz mięśni zlokalizowanych wokół pochwy, często zanim dojdzie do penetracji, a w dyspareunii ból towarzyszy ruchom frykcyjnym i może występować także u mężczyzn.

Kolejne cztery grupy objawów dotyczą subiektywnych doświadczeń związanych ze zbliżeniem płciowym. Jedyną z nich, której objawy zawierają się w klasyfikacji ICD-10, jest **grupa objawów dyssatisfakcji seksualnej**. Jej zawartość można odnieść w przybliżeniu do rozpoznania „*brak radosnego przeżywania*”. Problemy zawarte w tej grupie dotyczą przeżywania niewystarczającej przyjemności, zaangażowania, nieodpowiedniego spełnienia i zaspokojenia w danej sytuacji erotycznej. Pozostałe trzy grupy objawów to: **objawy napięcia w czasie zbliżeń seksualnych**, zawierające różne warianty doświadczania psychicznego i fizycznego napięcia, niepokoju, poczucia winy i wstydu; **objawy lęku seksualnego**, grupujące przeżycia lękowe, takie jak obawa przed niespełnieniem oczekiwań partnera, brakiem kontroli nad reakcjami ciała, dotykaniem narządów płciowych; **negatywna ocena zbliżeń seksualnych**, obejmująca stwierdzenia związane z niezadowoleniem i negatywną ewaluacją danego zbliżenia, w tym czasu trwania i jakości zachowań seksualnych własnych i partnera.

W badaniu wprowadzono także 5 grup zaburzeń, wiążących się z nasileniem dysfunkcji seksualnych, których objawy występują poza kontaktami seksualnymi.

Obniżenie pożądania spontanicznego pozwala ocenić zahamowanie pożądania płciowego, które osoba badana przeżywa poza sytuacjami kontaktu z partnerem. Pożądanie spontaniczne, w odróżnieniu od pożądania reaktywnego (pojawiającego się w czasie kontaktu seksualnego) [178, 179], oznacza ogólny poziom potrzeby seksualnej, który jest w znacznym stopniu niezależny od dostępności partnera czy innej możliwości realizacji tej potrzeby, a przejawia się w formie fantazjowania, snów erotycznych, myślenia o seksie, poszukiwania bodźców seksualnych. Wg ICD-10 obniżenie pożądania spontanicznego mieści się w rozpoznaniach „*brak lub utrata potrzeb seksualnych*” oraz „*obniżenie pożądania seksualnego*”.

Ogólna dyssatisfakcja seksualna stanowi miarę niezadowolenia osoby badanej z jakości jej życia erotycznego i realizacji potrzeb seksualnych. Odnosi się, podobnie jak dyssatisfakcja seksualna i negatywna ocena zbliżeń płciowych, do rozpoznania „*brak radosnego przeżywania*”.

Awersja seksualna grupuje objawy negatywnego emocjonalnego stosunku pacjenta do seksu, własnej seksualności i swojego ciała. Są to przejawy dysfunkcji objętej rozpoznaniem „*awersji seksualnej*” w ICD-10.

Hiperseksualność oznacza tu subiektywne przeżywanie autoerotycznej aktywności seksualnej jako nadmiernej i mającej charakter uzależnienia oraz ocenianie własnego popędu seksualnego jako zbyt nasilonego. Dotycząca tej kategorii przeżyć skala KSS2 odnosi się do problematyki ujętej w rozpoznaniu „*nadmierny popęd seksualny*” wg ICD-10, koncentrując się jedynie na własnej ocenie pacjenta, stanowiącej jeden z istotnych przejawów zaburzenia, opisywanego w literaturze jako „uzależnienie od seksu” [180, 181], „patologiczna hiperseksualność” [182], kompulsywne zachowania seksualne [183, 184] lub „hiperfilia” [185]. Zaburzenie to ma charakter wieloczynnikowy, a jego symptomatologia jest na tyle szeroka, że wykracza poza ramy tego opracowania, jednak ze względu na istotność kliniczną hiperseksualności i występowanie tego rodzaju dysfunkcji w klasyfikacji ICD-10, zdecydowano się włączyć wyniki tej skali do zakresu badań.

Zaniżona samoocena seksualna obrazuje inny niż satysfakcja aspekt rozpoznania „*brak radosnego przeżywania*” wg ICD-10, którym jest stosunek osoby badanej do własnej seksualności i atrakcyjności seksualnej, związany z przeżyciami seksualnymi. Kategoria ta pozwala określić, jaką wartość (pozytywną czy negatywną) nadaje osoba badana poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym przejawom swojej seksualności.

Podsumowanie zawartości skal KSS2

Zamieszczone poniżej tabele zawierają skrócony opis skal objawów dysfunkcji seksualnych kwestionariusza KSS2. Tabele 4.1 i 4.2 zawierają skale, które w dalszej części pracy nazywane są „skalami czynnościowymi”, ponieważ dotyczą problemów pojawiających się w czasie czynności seksualnych – w sytuacjach erotycznych bez stosunku płciowego, przed rozpoczęciem stosunku lub w jego trakcie. Tabela 4.3 zawiera natomiast skale, oceniające trudności związane z życiem seksualnym, nie dotyczące bezpośredniej aktywności seksualnej. Skale te są nazywane dalej „skalami dysfunkcji uogólnionych”. Pełne zestawienie pytań, które wchodzi w skład wymienionych skal, znajduje się w aneksie 2.

Tabela 4.1. Skale oceniające częstość występowania poszczególnych problemów w czasie ostatnich 10 zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem płciowym)

Nazwa skali	Grupa objawów
Zaburzenia pożądania	brak pożądania seksualnego, wygasanie pożądania w trakcie zbliżenia
Zaburzenia podniecenia	<i>mężczyźni:</i> brak wzwodu członka, niepełny wzwód, erekcja ustępująca w czasie zbliżenia, brak odczucia podniecenia, gotowości do stosunku; <i>kobiety:</i> brak poczucia podniecenia przed stosunkiem i w trakcie niego, brak podniecenia fizycznego, gotowości do stosunku
Zaburzenia orgazmu	<i>mężczyźni:</i> brak orgazmu, przyjemności związanej z wytryskiem; przedwczesny wytrysk, opóźniony wytrysk, brak wytrysku; <i>kobiety:</i> brak przyjemności związanej z orgazmem, opóźnienie orgazmu, brak orgazmu
Zaburzenia związane z bólem	<i>mężczyźni:</i> ból członka w czasie wzwodu, penetracji, w trakcie, po zakończeniu stosunku; nieprzyjemne odczucia fizyczne w czasie seksu; <i>kobiety:</i> ból w okolicy wejścia do pochwy w czasie gry wstępnej, przy próbie lub w czasie penetracji; bolesny skurcz mięśni pochwy, bolesność odczuwana po stosunku

Tabela 4.2. Skale oceniające częstość występowania poszczególnych problemów w czasie ostatnich 10 zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem płciowym)

Nazwa skali	Grupa objawów
Dyssatisfakcja seksualna	brak przyjemności, radości, zaangażowania; odczuwanie niezadowolenia, brak zaspokojenia seksualnego
Napięcie w czasie zbliżeń seksualnych	odczuwanie w trakcie zbliżeń napięcia fizycznego i psychicznego, poczucia winy, wstydu
Lęk w czasie zbliżeń seksualnych	obawy dotyczące niesprawności seksualnej, niezaspokojenia potrzeb partnera; lęk przed własną nagością i kontaktem seksualnym z drugą osobą
Negatywna ocena zbliżeń seksualnych	negatywna ocena poznawcza dotycząca zaspokojenia partnera, formy zbliżenia i aktywności partnera, czasu trwania zbliżenia – gry wstępnej i stosunku płciowego

Tabela 4.3. Skale oceniające subiektywną ocenę wybranych aspektów seksualności osoby badanej. Odpowiedzi na zawarte w nich pytania dotyczą okresu ostatnich 6 miesięcy przed badaniem

Nazwa skali	Grupa objawów
Obniżenie pożądania spontanicznego	obniżone wskaźniki spontanicznego pożądania seksualnego: występowania erotycznych marzeń sennych, fantazji seksualnych, pozytywnego stosunek do nich; doświadczenia pożądania seksualnego i zainteresowania sprawami związanymi z seksem
Ogólna dyssatisfakcja z życia seksualnego	negatywna ocena zadowolenia z życia seksualnego, brak czerpania z niego przyjemności i radości; pragnienie zmian i oczekiwanie większej satysfakcji
Awersja seksualna	negatywny stosunek do własnego ciała, odczuwanie wstrętu, kojarzenie ekspresji i aktywności seksualnej z przykrymi odczuciami lub cierpieniem
Hiperseksualność	nadmierne potrzeby seksualne, przekonanie o uzależnieniu od seksu lub masturbacji, częsta aktywność seksualna w Internecie
Zaniżona samoocena seksualna	negatywna ocena własnej atrakcyjności, sprawności seksualnej, nieodczuwanie przyjemności z myślenia o seksie i podniecenia seksualnego

4.3.1.2. Wskaźnik XKSS – nasilenie mieszanej dysfunkcji seksualnej

Wskaźnik XKSS został opracowany w trakcie prezentowanych badań. Przesłanką do jego utworzenia była obserwacja częstego współwystępowania u badanych objawów różnych rodzajów czynnościowych dysfunkcji seksualnych. Wartość wskaźnika oznacza liczbę skal, w których badany podał występowanie przynajmniej jednego objawu w przynajmniej 5 na 10 ostatnich zbliżeń seksualnych. Minimalna wartość współczynnika to 0, maksymalna: 8.

4.3.2. Ocena nasilenia i charakteru objawów lękowych

Analogicznie jak w przypadku oceny nasilenia dysfunkcji seksualnych, w odniesieniu do lęku i zaburzeń lękowych zdecydowano się oprzeć analizy nie tyle na ustaleniu, czy pacjenci spełniają kryteria rozpoznania poszczególnych jednostek nozologicznych wg ICD-10, ile na pomiarze uciążliwości objawów charakterystycznych dla najczęściej występujących zaburzeń nerwicowych. Decyzja ta podyktowana była wspomnianymi w części teoretycznej doniesieniami, w których autorzy podkreślają wielobjawowy charakter zaburzeń nerwicowych. Przyjęto, że celowa jest ocena uciążliwości szerszego spektrum objawów u każdej badanej osoby, a oparcie analiz wyłącznie na rozpoznaniu klinicznym według klasyfikacji chorób byłoby nadmiernie zawężające i utrudniłoby szczegółowe analizy zależności ilościowych między badanymi zjawiskami.

4.3.2.1. Kwestionariusz Objawowy KO „O” (KO)

Kwestionariusz Objawowy KO „O” opracowano w latach 1975-1978. Pacjenci oceniają występowanie i nasilenie 135 objawów nerwicowych w tygodniu przed badaniem. KO pozwala na opis obrazu psychopatologicznego, ocenę globalnego nasilenia objawów, monitorowanie przebiegu i efektywności leczenia. Jest jednym z częściej stosowanych polskich narzędzi, utworzonych na podstawie podejścia kryterialnego [186]. Zmienne kwestionariusza celowo zawierają wyrażenia charakterystyczne dla języka potocznego, co umożliwia pacjentom rozumienie pytań i naturalne zgłaszanie dolegliwości, które występują najczęściej w przebiegu zaburzeń nerwicowych [187]. Kwestionariusz ma dobre właściwości psychometryczne, w tym rzetelność skal, utworzonych poprzez grupowanie wyników zmiennych [42, 174, 186, 188-191]. Jest często stosowany w badaniach populacji polskiej [192, 193].

4.3.2.1.1. Kategorie objawów lękowych uwzględniane w prezentowanych analizach

Zmienne kwestionariusza zostały przyporządkowane do 14 skal [191], spośród których 9 zawiera objawy lękowe, a pozostałe badają wybrane cechy zaburzeń osobowości (unikanie i zależność oraz histrioniczność i impulsywność), niezadowolenie z życia seksualnego (skala stosowana w prezentowanych badaniach jako kontrolna), nieorganiczne zaburzenia snu oraz objawy dystymii. Poniżej opisano, odniesione do odpowiednich skal KO oraz rozpoznań wg klasyfikacji chorób ICD-10, kategorie objawów nerwicowych (u podłoża których leży lęk), uwzględnione w głównych analizach prezentowanych badań.

Wspólną cechą objawów zawartych w skali **objawów fobicznych** jest występowanie lęku i tendencji do unikania sytuacji lękorodnych, a także antycypacji takich sytuacji. W klasyfikacji ICD-10 wyróżniono trzy rodzaje fobii – agorafobię, fobię społeczną i fobię specyficzną. Objawy tych trzech kategorii fobii mieszczą się w opisywanej skali.

Skala **objawów lęku uogólnionego i napadowego** obejmuje objawy związane z przeżywaniem przez pacjentów jawnego lęku, który nie wiąże się z konkretnymi okolicznościami. Włączone są tu napady lęku i przeżywanie lęku uogólnionego. Z tego rodzaju objawami skojarzony jest zbiór rozpoznań ICD-10 o nazwie „inne zaburzenia lękowe”, który zawiera dodatkowo mieszane kategorie zaburzeń lękowych i depresyjno-lękowych.

Skala **objawów obsesyjno-kompulsyjnych** zawiera objawy nerwicy natręctw. Podstawową cechą natręctw jest cykliczne występowanie napięcia psychicznego i lęku oraz czynności lub myśli, które przynoszą chwilową ulgę, jeżeli przymus jest realizowany. W ICD-10 zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne stanowi odrębne rozpoznanie.

W skali **objawów konwersyjnych** umieszczono objawy charakterystyczne dla zaburzeń dysocjacyjnych czucia i ruchu, stanowiących w kategoriach ICD-10 podzbiór zaburzeń dysocjacyjnych. Objawy konwersyjne polegają na występowaniu czynnościowych zakłóceń przypominających deficyty neurologiczne, jednak nie związanych z uszkodzeniem układu nerwowego, lecz powstających w reakcji na silne pobudzenie emocjonalne. Objawom tym nie towarzyszy lęk jawny.

Skala **objawów autonomicznych** składa się objawów charakterystycznych dla czynnościowego pobudzenia współczulnej części układu nerwowego (autonomicznych objawów lęku). Objawy te mogą zarówno towarzyszyć przeżywaniu silnego lęku jawnego, jak i zastępować doświadczenie lęku oraz innych emocji (np. złości). Przyporządkowanie tej kategorii objawów do rozpoznań wg klasyfikacji ICD-10 nie jest jednoznaczne. Mogą

one występować w wielu zaburzeniach – m.in. w fobiach, lęku napadowym i uogólnionym, a także w zaburzeniach somatoformicznych, np. w zaburzeniu somatyzacyjnym lub zaburzeniu autonomicznym pod postacią somatyczną.

W skali **objawów somatyzacyjnych** umieszczono objawy dolegliwości somatycznych charakterystycznych dla zespołu somatyzacyjnego i zaburzenia autonomicznego pod postacią somatyczną wg ICD-10. Objawy te zastępują negatywne przeżycia emocjonalne lub im towarzyszą. Są zmienne i zróżnicowane, pierwotnie pozbawione przyczyn biologicznych.

Objawy hipochondryczne obejmują przejawy nadmiernych, nieadekwatnych do rzeczywistej sytuacji zdrowotnej obaw przed zachorowaniem na poważną chorobę somatyczną. Podejrzewaniu u siebie ciężkiej choroby towarzyszy lęk. Występuje też przymus wykonywania badań, pozwalających wykluczyć chorobę zagrażającą życiu, której pacjent się obawia. Objawy te są charakterystyczne dla zespołu określanego w ICD-10 jako zaburzenie hipochondryczne.

Skala **objawów neurastenii** zawiera grupę objawów związanych z przewlekłym, nieadekwatnym do podejmowanych aktywności zmęczeniem, a także ogólnym zahamowaniem, brakiem sił i motywacji. Są to objawy typowe dla dość rzadko rozpoznawanego zespołu, którym jest neurastenia. Występuje ona jako osobne rozpoznanie w ICD-10, choć z doświadczenia klinicznego wynika, że dość często objawy neurasteniczne towarzyszą innym zaburzeniom nerwicowym.

Objawy umieszczone w skali **objawów depersonalizacji-derealizacji** wiążą się ze zjawiskiem zmienionej pod wpływem napięcia emocjonalnego percepcji siebie (depersonalizacja) lub otoczenia (derealizacja). Pacjent przeżywa siebie lub otoczenie jako zmienione, nierzeczywiste, dziwaczne. Jakkolwiek w ICD-10 istnieje osobne rozpoznanie zespołu depersonalizacji-derealizacji, objawy te często towarzyszą różnym zespołom zaburzeń nerwicowych i innych zaburzeń psychicznych.

4.3.2.1.2. Ogólna Wartość Kwestionariusza (OWK)

Suma wartości wszystkich zmiennych KO okazała się w wielu badaniach cennym wskaźnikiem nasilenia zaburzeń nerwicowych [42, 174, 186, 188]. Maksymalna możliwa do uzyskania wartość OWK wynosi 966, minimalna – 0. Wartość wskaźnika może być stosowana jako pomocnicze kryterium różnicujące osoby zdrowe i osoby z zaburzeniami nerwicowymi [188]. Wśród osób chorujących na nerwicę występują wartości powyżej 200 punktów u kobiet i 165 punktów u mężczyzn [42].

4.3.2.2. Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej (KON-2006), wskaźnik X-KON

Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006, opracowany w Katedrze i Zakładzie Psychoterapii UJ CM, umożliwia ocenę występowania i nasilenia cech osobowości, odpowiadających za występowanie zaburzeń nerwicowych [65, 188]. Drugim ważnym zastosowaniem tego narzędzia jest ocena wyników leczenia [42, 194, 195]. Kwestionariusz KON-2006 składa się z 243 zmiennych, zawiera 24 skale oraz zbiorczy współczynnik X-KON, odzwierciedlający stopień nerwicowej dezintegracji osobowości osoby badanej. Jest on sumą ważonych wyników 24 skal, pochodzących z odpowiedzi osoby badanej odniesionych do klucza, pomnożonych przez liczbę skal, w których wynik jest różny od zera. Wartość wskaźnika podawana jest po podzieleniu przez 10, co tworzy zakres od 0 do 110,4 punktu. Analizy ujawniły brak zależności wyników wskaźnika X-KON od wieku (wśród osób powyżej 18 r.ż.) oraz płci badanych. Wartości typowe dla osób z zaburzeniem nerwicowym wynoszą powyżej 18 punktów, a dla zdrowych – poniżej 8 punktów [196].

4.3.3. Wyniki badania klinicznego

Zgodnie z procedurą kwalifikacji do psychoterapii w Oddziale Dziennym każdy pacjent był dwukrotnie badany przez psychiatrę, który miał dostęp do wykonanych między pierwszą a ostatnią wizytą badań psychologicznych. W procesie diagnostycznym następowała także wymiana informacji między lekarzem a prowadzącym wywiad życiorysowy psychologiem. Efektem pracy psychiatry, po ostatniej konsultacji pacjenta i decyzji o przyjęciu go do grupy terapeutycznej, było potwierdzenie wstępnego rozpoznania wg klasyfikacji ICD-10 oraz podsumowanie danych z wywiadu, dotyczących ustalonego rozpoznania [66]. W prezentowanym badaniu wykorzystano informacje umieszczone w historii choroby: kwalifikacja do psychoterapii grupowej, rozpoznanie główne i dodatkowe, informacja o przyjmowanych przez pacjenta lekach.

4.3.4. Ankieta życiorysowa

Ankieta życiorysowa ma charakter ustrukturuwanego wywiadu, dotyczącego historii i sytuacji życiowej pacjenta. Zawiera 138 pytań. Służy usprawnieniu zbierania i poszerzeniu danych o 1) rodzinie, rodzicach, warunkach życia do 18 r.ż., 2) przebiegu edukacji, 3) rozwoju seksualnym, 4) okresie dorosłości – zatrudnieniu, sieci społecznej, warunkach materialnych, 5) relacjach partnerskich i z rodzicami partnera, 6) rodzicielstwie i dzieciach, 7) przebiegu nerwicy i dotychczasowego leczenia [197]. Ankietę życiorysową wykorzystano w opisie statystycznym grupy badanej.

4.4. Przebieg badania

4.4.1. Pomiar 1. – przed psychoterapią

Wypełnienie kwestionariusza KSS2 (Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego) odbywało się w początkowej fazie psychoterapii, w czasie pierwszych 7 dni pobytu pacjenta w oddziale. Jest to etap leczenia, który w założeniu zapewnia ocenę zmiennych przed efektywnym rozpoczęciem procesu terapeutycznego i jednocześnie w czasie, kiedy nawiązana relacja terapeutyczna ułatwia komfortowe z punktu widzenia pacjenta sprawozdawanie przez pacjenta spraw trudnych i intymnych, niekiedy ujawnianych po raz pierwszy, lecz już po zapoznaniu się z podstawową terminologią i zakresem problematyki.

Pozostałe narzędzia są stosowane rutynowo w procesie wstępnej diagnostyki przed przyjęciem pacjenta do leczenia w grupie psychoterapeutycznej. Były to: badanie psychiatryczne, Ankieta Życiorysowa, kwestionariusz objawowy KO „O”, Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006.

4.4.2. Pomiar 2. – po psychoterapii

W ostatnim tygodniu leczenia pacjenci z grupy badanej wypełnili analogiczne kwestionariusze i testy: KSS2E (ewaluacyjny Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego), KO oraz KON-2006. Część pacjentów (33%) nie wypełniła ewaluacyjnej wersji KSS2 w części dotyczącej aktywności seksualnej, jednocześnie nie wycofując zgody na udział w badaniu. Niezależnie od nieuczestniczenia tych osób w drugim pomiarze, podjęto decyzję o niewykluczeniu ich z analiz dotyczących pomiaru pierwszego. W analizach porównujących oba pomiary (badania związków zmiany wyników oraz związku pomiaru

1. i zmiany wyników) wprowadzone zostały wyłącznie dane osób, które uczestniczyły w obu pomiarach.

Przyczyny nieuczestniczenia w drugim pomiarze obejmowały:

- zadeklarowany brak aktywności seksualnej (podejmowania zbliżeń płciowych) w okresie od rozpoczęcia psychoterapii;
- zakończenie psychoterapii przed 12 tygodniem leczenia;
- różnorodnie motywowana odmowa wypełnienia kwestionariusza, między innymi: „brakiem czasu”, „nadmierną obszernością”, „całkowitym ustąpieniem problemów seksualnych”, „skrępowaniem w czasie wypełniania go po raz pierwszy”;
- niezwrócenie otrzymanego kwestionariusza bez udzielenia informacji na ten temat

4.5. Zastosowane metody analizy statystycznej

Do przeprowadzenia analiz wykorzystano program IBM SPSS 21 [198]. Do przeprowadzenia modelowania równań strukturalnych użyto programu AMOS 21 [199].

Zastosowano następujące techniki statystyczne:

1. Do opisu statystycznego zmiennych jakościowych: liczebności i wartości procentowe oraz testy χ^2 w ocenie różnic międzypłciowych.
2. Do opisu statystycznego zmiennych liczbowych: średnie i odchylenia standardowe.
3. Do analizy różnic między podgrupami w zakresie zmiennych liczbowych: testy t Studenta.
4. Do badania rzetelności wewnętrznej skal: współczynnik *alfa* Cronbacha.
5. Do oceny zmiany w zakresie zmiennej dychotomicznej: testy McNemara oparte na rozkładzie dwumianowym.
6. Do analizy wielkości zmian w interakcji z płcią: dwuczynnikowe analizy wariancji ANOVA.
7. Do poszukiwania skupień badanych osób, odznaczających się podobnym profilem w zakresie pewnej grupy zmiennych: analiza skupień metodą grupowania k-średnich.

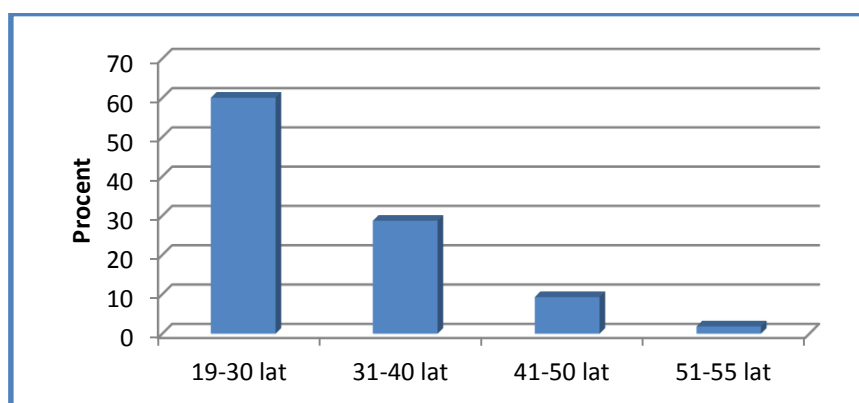
8. Do badania związku między zmiennymi jakościowymi a zmiennymi szacunkowymi: nieparametryczna analiza wariancji Kruskala-Wallisa (np. między skupieniami a wykształceniem).
9. Do analizy korelacji między zmiennymi liczbowymi: współczynniki korelacji liniowej r Pearsona.
10. Do wykrywania predyktorów istotnych statystycznie przy kontroli innych predyktorów (zmienne liczbowe): krokowe wielokrotne analizy regresji (opis użytych wskaźników podano w rozdziale 6.5.1.2.1).
11. Do badania związku między dysfunkcjami seksualnymi a zaburzeniami lękowymi traktowanymi jako zmienne latentne oraz poszczególnymi dysfunkcjami i czynnikiem zaburzenia lękowego: Modelowanie Równań Strukturalnych (opis użytych wskaźników podano w rozdziale 6.5.1.4.1).

Projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nr KBET/149/B/2010. Badania zostały w znacznej części sfinansowane w ramach programu badawczego nr K/ZBW/000126, prowadzonego przez wnioskodawcę w latach 2009-2010 oraz programu nr K/DSC/000018 w roku 2011.

5. Analiza statystyczna cech grupy badanej

5.1. Dane socjodemograficzne

Kobiety stanowiły dwie trzecie badanej grupy (68,28%), a mężczyźni jedną trzecią (31,72%). Średni wiek osób badanych wynosił 30,77 roku ($OS = 7,44$; zakres 19-55). Wiek nie był istotnie zróżnicowany międzypłciowo ($p = 0,270$). Rozkład wieku w poszczególnych przedziałach ilustruje wykres 5.1.



Wykres 5.1. Wiek badanych

Dwie trzecie badanych nie było nigdy w związku małżeńskim (tab. 5.1). Jedna trzecia była w pierwszym małżeństwie. Pojedyncze osoby były rozwiedzione, w separacji lub po śmierci małżonka. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w tym zakresie między mężczyznami i kobietami.

Tabela 5.1. Stan cywilny

Stan cywilny $\chi^2(5) = 2,73; p = 0,741$	<i>N</i>	Procent
Panna / kawaler	175	65,30
Zamężna, żonaty po raz pierwszy	79	29,48
Zamężna, żonaty po raz drugi (lub więcej)	2	0,75
Separacja	3	1,12
Rozwiedziona / rozwiedziony	7	2,61
Wdowa / wdowiec	2	0,75
Ogółem	268	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

Okolo jednej czwartej badanych miało dzieci, z czego większość jedno lub dwoje, okolo 3% wszystkich badanych troje, a pojedyncze osoby czworo, pięcioro lub więcej (tab. 5.2).

Tabela 5.2. Liczba dzieci

Liczba dzieci $\chi^2(6) = 4,72; p = 0,580$	<i>N</i>	Procent
Nie ma i nie było dziecka	199	74,25
Jedno	32	11,94
Dwoje	25	9,33
Troje	8	2,99
Czworo	2	0,75
Pięcioro i więcej	1	0,37
Ogółem	268	100,00

Różnice międzyplciowe oceniane testem χ^2 .

Połowa uczestników badania miała wykształcenie wyższe (tab. 5.3). Pozostałe najbardziej liczebne podgrupy to osoby, które nie ukończyły studiów (głównie „aktualnie studiujący”) – okolo 20% – oraz osoby z wykształceniem średnim maturalnym (z których część także stanowią studenci).

Tabela 5.3. Wykształcenie

Wykształcenie $\chi^2(7) = 7,75; p = 0,355$	<i>N</i>	Procent
Nieukończone średnie (ogólnokształcące lub zawodowe itp.)	4	1,49
Ukończone średnie – gimnazjum (lub odpowiadające zawodowe)	4	1,49
Ukończone średnie – liceum (lub odpowiadające zawodowe)	10	3,73
Ukończone średnie z maturą	46	17,16
Nieukończone pomaturalne lub licencjackie	11	4,10
Licencjat lub pomaturalne ukończone	22	8,21
Nieukończone wyższe (poziom magisterski)	35	13,06
Wyższe ukończone	136	50,75
Ogółem	268	100,00

Różnice międzyplciowe oceniane testem χ^2 .

Jedna trzecia osób jako rodzaj zajęcia podała pracę umysłową, około 11% deklaruje aktywność zawodową w innych dziedzinach. Około 40% stanowią osoby bezrobotne (tab. 5.4).

Tabela 5.4. Rodzaj pracy

Rodzaj pracy <i>chi²(8) = 3,59; p = 0,892</i>	N	Procent
Jeszcze nie pracuje (na utrzymaniu rodziny lub np. uczeń, student itp.)	67	25,00
Pracownik umysłowy	85	31,72
Pracownik w usługach lub rzemiośle	18	6,72
Robotnik	1	0,37
Rolnik	2	0,75
Własna mała firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	6,72
Nie pracuje – chwilowo bezrobotny	44	16,42
Nie pracuje – renta	2	0,75
Inne	31	11,57
Ogółem	268	100,00

Różnice międzyplciowe oceniane testem *chi²*.

5.2. Dane dotyczące leczenia

5.2.1. Rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10

Do badania zakwalifikowano wyłącznie osoby, u których występowały nasilone objawy nerwicowe (tab. 5.5). Część pacjentów miała także rozpoznane, jako rozpoznanie dodatkowe, zaburzenie osobowości. Zaburzenia o typie fobii stanowiły 14,5% rozpoznań. Inne zaburzenia lękowe stanowiły 60% rozpoznań, z czego znaczną większość mieszane zaburzenia lękowe lub depresyjne i lękowe. Rozpoznanie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego dotyczyło tylko 5% osób. Reakcję adaptacyjną rozpoznano u 5,5%. W badaniach nie uczestniczyły osoby z rozpoznaniem ostrej reakcji na stres oraz stresowego zaburzenia pourazowego. Zaburzenie konwersyjne rozpoznano u jednej kobiety. U około 12,5% osób ustalono rozpoznanie jednego z zaburzeń pod postacią somatyczną. U pojedynczych osób rozpoznano neurastenię oraz zespół derealizacji-depersonalizacji.

Należy zaznaczyć, że rozpoznania, ustalone według klasyfikacji ICD-10 przez lekarza kierującego do leczenia w oddziale dziennym, odnosiły się do dominującego typu

objawów, uciążliwych dla danego pacjenta, co nie wykluczało występowania u poszczególnych osób także innych klas objawów. Stąd prawdopodobnie pochodzi liczna grupa osób z rozpoznaniem zaburzeń mieszanych – lękowych i depresyjno-lękowych.

Tabela 5.5. Pierwsze rozpoznanie wg ICD-10

Rozpoznanie	N	Procent	Grupa rozpoznań	Liczba w grupie rozpoznań	Procent w grupie rozpoznań
F40.0	15	5,60	fobie	39	14,56
F40.1	21	7,84			
F40.2	2	0,75			
F40.8	1	0,37			
F41.0	9	3,36	inne zaburzenia lękowe	161	60,07
F41.1	13	4,85			
F41.2	65	24,25			
F41.3	73	27,24			
F41.4	1	0,37			
F42.0	7	2,61	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	13	4,85
F42.1	5	1,87			
F42.2	1	0,37			
F43.2	15	5,60	reakcja adaptacyjna	15	5,60
F44.4	1	0,37	dysocjacyjne zaburzenia ruchu	1	0,37
F45.0	6	2,24	zaburzenia pod postacią somatyczną	33	12,32
F45.1	2	0,75			
F45.2	4	1,49			
F45.3	12	4,48			
F45.4	8	2,99			
F45.8	1	0,37			
F48.0	5	1,87	neurastenia	5	1,87
F48.1	1	0,37	zespół depersonalizacji-derealizacji	1	0,37
Ogółem	268	100			

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 . $\chi^2(22) = 12,90$; $p = 0,954$.

Wśród rozpoznań dodatkowych dominowały zaburzenia osobowości, z czego w większości były to rozpoznania zaburzeń innych, mieszanych i nieokreślonych (tab. 5.6). Specyficzne zaburzenie osobowości rozpoznano u niewielu osób, przy czym przeważały wśród nich: osobowość unikająca (3,3% całej grupy) oraz osobowość zależna (4,1%).

Rozpoznanie zaburzenia osobowości jako drugie dotyczyło w sumie około 60% badanych, z niewielką przewagą w grupie mężczyzn, na granicy istotności statystycznej ($\chi^2(1) = 3,54; p = 0,060, p_f = 0,080$).

Tabela 5.6. Drugie rozpoznanie wg ICD-10 (według częstości)

Drugie rozpoznanie $\chi^2(10) = 17,50; p = 0,094$	N	Procent
Bez drugiego rozpoznania	102	38,06
F61.0, Mieszane lub inne zaburzenie osobowości	64	23,88
F60.8, Inne określone zaburzenie osobowości	57	21,27
F60.9, Zaburzenie osobowości BNO	17	6,34
F60.7, Osobowość zależna	11	4,10
F60.6, Osobowość unikająca	9	3,36
F60.4, Osobowość histrioniczna	4	1,49
F44.8, Inne zaburzenie dysocjacyjne	1	0,37
F50.4, Przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi	1	0,37
F60.1, Osobowość schizoidalna	1	0,37
F60.3, Osobowość chwiejna emocjonalnie	1	0,37
Ogółem	268	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

5.2.2. Dotychczasowy przebieg choroby

Na podstawie ankiety życiorysowej obliczono częstość podawania w badanej grupie występowania w przeszłości ciężkich i przewlekłych chorób z grup wymienionych w tabeli 5.7. Ponad trzy czwarte badanych nie podało występowania istotnych chorób w przeszłości. Około 8,5% osób podało wystąpienie w przeszłości depresji, 10% choroby endokrynologicznej. Pojedyncze osoby relacjonowały wystąpienie chorób ortopedycznych lub reumatologicznych, kardiologicznych i ginekologicznych. Pytania ankiety życiorysowej mają w tym zakresie charakter ogólny, a wyniki należy traktować orientacyjnie, wskazują one jednak, że badana grupa nie cechowała się znacznymi obciążeniami w zakresie zdrowia somatycznego.

Występowanie problemów z płodnością potwierdziło około 7% badanych. Nie zaobserwowano istotnych różnic międzypłciowych w tym zakresie ($\chi^2(1) = 0,01; p = 0,989, p_f = 0,999$).

Tabela 5.7. Przebyte choroby

Rodzaj choroby <i>chi</i> ² (5) = 8,50; <i>p</i> = 0,131	<i>N</i>	Procent
Nie podano lub nie chorowali	206	76,87
Depresja	23	8,58
Choroby ortopedyczne/reumatologiczne	6	2,24
Choroby ginekologiczne	3	1,12
Choroby kardiologiczne	3	1,12
Choroby endokrynologiczne	27	10,07
Ogółem	268	100

Różnice międzypłciowe oceniane testem *chi*².

W przypadku większości badanych (75%) czas występowania objawów nerwicowych wyniósł przynajmniej rok przed zgłoszeniem się do leczenia w oddziale dziennym, z tego ponad 40% podawało trwanie nerwicy od wielu lat (tab. 5.8).

Tabela 5.8. Dotychczasowy czas trwania nerwicy

Czas trwania nerwicy <i>chi</i> ² (6) = 4,69; <i>p</i> = 0,583	<i>N</i>	Procent
Od około tygodnia	16	5,97
Od około miesiąca	12	4,48
Od około trzech miesięcy	18	6,72
Od około pół roku	22	8,21
Mniej więcej rok	43	16,04
Ponad dwa lata	46	17,16
Od wielu lat	111	41,42

Różnice międzypłciowe oceniane testem *chi*².

Jedna trzecia badanych nie leczyła się wcześniej z powodu nerwicy. Jedna trzecia była leczona przez lekarza innego niż psychiatrę, 14,5% korzystało z opieki sanatoryjnej, około 10% leczyło się psychiatrycznie, a 8,5% przeszło leczenie w oddziale szpitalnym (tab. 5.9).

Tabela 5.9. Dotychczasowe leczenie z powodu nerwicy

$\chi^2(4) = 2,09; p = 0,719$	N	Procent
„Nie dotyczy – nie leczono mnie w ogóle”	93	34,70
„Leczył mnie lekarz ogólny lub specjalista inny niż psychiatra”	87	32,46
„Leczył mnie psychiatra”	26	9,70
„Leczono mnie w sanatorium”	39	14,55
„Leczono mnie w oddziale psychiatrycznym, szpitalu lub klinice”	23	8,58
Ogółem	268	100

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

Na podstawie KSS2 oraz ambulatoryjnych historii choroby określono liczbę osób, które stosowały leki psychotropowe przed rozpoczęciem psychoterapii (w okresie, który obejmuje pytania stosowanego w badaniach kwestionariusza seksuologicznego). Korzystanie z psychofarmakoterapii zadeklarowało około 40% osób obojga płci (tab. 5.10).

Korzystanie z leczenia seksuologicznego w momencie kwalifikacji do psychoterapii w oddziale zadeklarowało zaledwie około 2,7% badanych. Leczenie seksuologiczne w przeszłości podały dwie kobiety (poniżej 1%).

Tabela 5.10. Leczenie farmakologiczne i seksuologiczne

	n	Procent	χ^2	p
Czy pacjent był leczony farmakologicznie przed psychoterapią (N = 268)	106	39,55	0,82	0,364
Czy pacjent aktualnie leczy się seksuologicznie (N = 261)	7	2,68	2,13	0,144
Czy pacjent dawniej leczył się seksuologicznie (N = 268)	2	0,74	0,94	0,626

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

5.3. Dane dotyczące seksualności badanych

W przedstawionym poniżej opisie wyników odpowiedzi na wybrane pytania KSS2, w których zastosowano zestaw czterech dystraktorów („tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „nie”), przyjęto, że kryterium bieguna odpowiedzi jest bardziej istotne, niż poziom wątpliwości co do jej trafności, który reprezentowały dystraktory z dodanym słowem „raczej”. Wartości odpowiedzi pośrednich znajdują się w odpowiednich tabelach.

5.3.1. Rozwój psychoseksualny

Jak wynika z tabeli 5.11, znacząca większość badanych podała (w tym nieco częściej kobiety), że ich rodzice unikali rozmów z dziećmi na temat seksu. Pacjenci uznali także, że nie zostali dobrze przygotowani do życia seksualnego przez rodziców. Około 16% uznało się za nigdy dotąd niegotowych do rozpoczęcia relacji seksualnych.

Tabela 5.11. Rozwój psychoseksualny

Odpowiedź	N*		Procent odpowiedzi				chi ²	p
			Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie		
Kiedy byłam/em dzieckiem, moi rodzice unikali tematów związanych z seksem	85	M	51,76	29,41	15,29	3,53	11,56	0,009**
	182	K	53,85	36,81	3,85	5,49		
Uważam, że rodzice dobrze mnie przygotowali do relacji seksualnych	260		2,69	13,08	36,15	48,08	2,74	0,433
Nigdy nie czułam/em się gotowa/y do rozpoczęcia relacji seksualnych	265		4,53	10,94	27,17	57,36	2,35	0,502
Nigdy w moim życiu nie odczuwałam pożądanego seksualnego	267		,37	1,12	6,37	92,13	2,18	0,535
Myślę, że doświadczyłam/em orgazmu (przynajmniej raz w życiu)	266		84,21	7,52	3,38	4,89	5,30	0,151
Dobrze (przyjemnie) wspominam mój pierwszy stosunek płciowy	226		32,74	33,63	22,12	11,50	1,41	0,704
Byłam/em w dzieciństwie nadużywana/y, molestowana/y seksualnie	267		7,87	4,49	7,87	79,78	5,67	0,129
Byłam/em nadużywana/y seksualnie w życiu dorosłym	265		3,02	3,77	5,28	87,92	6,75	0,080
Byłam/em siłą zmuszana/y do seksu	264		3,03	1,14	2,65	93,18	6,60	0,086

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi^2 .

* Dane rozdzielnie dla mężczyzn i kobiet podano wyłącznie w odniesieniu do zmiennej, w której ujawniła się istotna statystycznie różnica między płciami.

** W całej pracy kolorem czerwonym oznaczono dane istotne statystycznie.

Tylko pojedyncze osoby zadeklarowały, że nigdy nie odczuwały pożądanego seksualnego. Większość przynajmniej raz w życiu doświadczyła orgazmu. Pozytywne wspomnienie pierwszego stosunku płciowego deklarują dwie trzecie badanych, jedna trzecia nie wspomina go przyjemnie.

Nadużycie seksualne w dzieciństwie potwierdza 12% osób, 7% potwierdza, że były nadużywane seksualnie w życiu dorosłym, a 4% fakt odbywania czynności seksualnych pod przymusem.

Średni wiek inicjacji seksualnej badanych wyniósł 20,5 roku. Pierwsze sytuacje erotyczne poprzedzają inicjację seksualną o około 2 lat. Wiek rozpoczęcia pierwszego poważnego związku partnerskiego przypada w przybliżeniu na 20 rok życia. Nie stwierdzono istotności statystycznej różnic międzypłciowych w tym zakresie (tab. 5.12).

Tabela 5.12. Wiek poszczególnych wydarzeń związanych z inicjacją seksualną

Zmienna	<i>N</i>	Średnie	<i>OS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Wiek pierwszej sytuacji erotycznej	246	17,58	4,72	1,59	0,113
Wiek pierwszego stosunku płciowego	239	19,70	3,53	0,08	0,939
Wiek pierwszego poważnego związku partnerskiego	218	20,49	3,73	1,59	0,113

Różnice międzypłciowe oceniane testem *t* Studenta.

Badani, którzy twierdząco odpowiedzieli na pytania dotyczące doświadczenia nadużyć seksualnych, zostali także poproszeni o podanie okresu życia, w którym owe nadużycia występowały (tab. 5.13). Nadużycia w dzieciństwie miały miejsce przeciętnie w wieku 9 lat (przy odchyleniu standardowym 3,43 roku). Trwały średnio 2,6 roku. Doświadczenia deklarowane jako nadużycie w dorosłości rozpoczynały się średnio w 20 roku życia (odchylenie standardowe 3,6 roku) i trwały 7 lat. Zmuszanie siłą do aktywności seksualnej rozpoczynało się średnio w 17 roku życia (odchylenie standardowe 6,3 roku) i trwało 9 lat (przy odchyleniu standardowym 10,5 roku).

Tabela 5.13. Wiek powstania urazowych doświadczeń seksualnych

Zmienna	<i>N</i>	Średnia	<i>OS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Zgłoszenie faktu bycia nadużywanym/molestowanym seksualnie w dzieciństwie	początek (wiek)	31	8,81	3,43	-0,77	0,448
	czas trwania (lata)	18	2,61	3,50	-0,43	0,671
Zgłoszenie faktu bycia nadużywanym/molestowanym seksualnie w dorosłości	początek (wiek)	13	19,67	3,63	-0,43	0,671
	czas trwania (lata)	23	7,09	8,44	0,30	0,764
Zgłoszenie faktu bycia siłą zmuszanym(ną) do seksu	początek (wiek)	11	16,92	6,33	-0,98	0,328
	czas trwania (lata)	8	8,88	10,53	0,64	0,526

Różnice międzypłciowe oceniane testem *t* Studenta.

5.3.2. Zakłócenia w przeżywaniu seksualności

Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego bada różnorodne aspekty zakłóceń w zakresie przeżywania własnej seksualności (tab. 5.14). Pierwsze dwie zmienne dotyczą tzw. egodystonicznej orientacji seksualnej. Doświadczanie cierpienia w związku z określoną orientacją seksualną potwierdza 8% mężczyzn i tylko 0,5% kobiet. Podobnie 6% mężczyzn i 1,5% kobiet podało, że przyczyną cierpienia związanego z ich orientacją seksualną są reakcje otoczenia. Odpowiedzi twierdzących w tej sprawie udzieliły wyłącznie osoby deklarujące się jako homoseksualne lub biseksualne.

Kolejnym badanym obszarem był stosunek do własnego pożądania seksualnego. Obniżenie pożądania było przedmiotem oceny kilku zmiennych, umieszczonych w skali zaburzenia pożądania spontanicznego. Wprowadzono też dodatkową zmienną, odpowiadającą na pytanie, czy badany uważa swój popęd płciowy (potrzeby seksualne) za nadmierny. Ponad 20% mężczyzn i 8% kobiet odpowiedziało na to pytanie twierdząco.

Tabela 5.14. Zakłócenia w przeżywaniu seksualności

Odpowiedź	N*		Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	χ^2	p
Moja orientacja seksualna jest dla mnie przyczyną cierpienia	85	M	3,53	4,71	1,18	90,59	13,18	0,004
	182	K	0,55	0	3,30	96,15		
Reakcje otoczenia na moją orientację seksualną są dla mnie przyczyną cierpienia	84	M	4,71	1,18	3,53	90,59	11,99	0,007
	181	K	0,56	1,11	0	98,33		
Uważam, że moje potrzeby seksualne są zbyt duże	83	M	7,14	15,48	44,05	33,33	14,17	0,003
	181	K	1,67	6,11	42,22	50,00		
Czuję się źle, kiedy dotykam moich narządów płciowych	83	M	1,20	1,20	9,64	87,95	14,64	0,002
	180	K	4,95	9,89	18,68	66,48		
Czuję wstręt do mojego ciała	266		3,38	12,03	28,95	55,64	5,17	0,160
Czuję się swobodnie, kiedy patrzę na siebie naga/nagiego w lustrze	263		30,42	30,80	24,33	14,45	7,29	0,063
Seks kojarzy mi się z czymś złym moralnie	266		3,01	9,40	22,56	65,04	6,84	0,077
Seks kojarzy mi się z bólem, cierpieniem	261		1,15	4,60	16,48	77,78	5,64	0,131
Seks jest dla mnie obrzydliwy	83	M	2,35	0	4,71	92,94	10,73	0,013
	181	K	1,12	2,79	16,76	79,33		

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

* Dane rozdzielnie dla mężczyzn i kobiet podano wyłącznie w odniesieniu do zmiennej, w której ujawniła się istotna statystycznie różnica między płciami.

Dalsze trzy zmienne wiążą się ze stosunkiem do własnego ciała. Nieprzyjemne odczucia związane z dotykiem narządów płciowych zgłosiło 15% kobiet i 2% mężczyzn. Uczucie wstrętu do własnego ciała zadeklarowało 15% badanych obu płci. Trzecim badanym aspektem relacji do swojego ciała i wyglądu były wrażenia związane z oglądaniem własnej nagości w lustrze. Wyniki pokazały, że aż 40% badanych nie czuje się w takiej sytuacji swobodnie.

Następne trzy pytania kwestionariusza dotyczyły poznawczych odniesień badanych osób do seksualności. Skojarzenie seksu z „czymś złym moralnie” deklarowało 12% badanych, skojarzenie z bólem i cierpieniem 5%, a postrzeganie seksu jako obrzydliwego potwierdziło 2,5% mężczyzn i 4% kobiet.

5.3.3. Orientacja seksualna

Badani zostali w KSS2 zapytani o własną ocenę, jaką orientację seksualną w sobie identyfikują (tab. 5.15). Ocena ta dotyczyła uproszczonego rozumienia orientacji seksualnej rozróżniającego trzy typy orientacji – homoseksualny, biseksualny i heteroseksualny. Większość osób określiło swoją orientację jako heteroseksualną. Poniżej 3% zadeklarowało homoseksualność, a 4,7% mężczyzn i 0,5% kobiet określiło siebie jako osoby biseksualne. Poniżej 3% kobiet nie udzieliło odpowiedzi lub podało odpowiedzi sprzeczne.

Tabela 5.15. Orientacja seksualna badanych

Deklarowana orientacja seksualna $\chi^2(3) = 7,74; p = 0,052$	Płeć					
	Mężczyźni*		Kobiety*		Ogółem	
	N	Procent	N	Procent	N	Procent
Heteroseksualna	79	92,94	172	93,99	251	93,66
Homoseksualna	2	2,35	5	2,73	7	2,61
Biseksualna	4	4,71	1	0,55	5	1,87
Brak odpowiedzi lub odpowiedzi sprzeczne	0	0	5	2,73	5	1,87
Ogółem	85	100,00	183	100,00	268	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

* Dane rozdzielnie dla mężczyzn i kobiet podano ze względu na graniczną istotność statystyczną różnic międzypłciowych.

5.3.4. Relacje seksualne

Większość badanych była albo aktywna seksualnie w stałym związku z jednym partnerem (57%), albo nie miała żadnych kontaktów seksualnych (35%). Pozostałe osoby (7%) były aktywne seksualnie w krótkotrwałych relacjach lub jednocześnie w dłuższych i krótszych związkach (tab. 5.16).

Tabela 5.16. Aktywność seksualna

Obecnie Twoje życie seksualne toczy się: $chi^2(3) = 3,41; p = 0,333$	N	Procent
Nie dotyczy – nie mam kontaktów seksualnych	95	35,45
Na ogół w przelotnych, przypadkowych kontaktach	11	4,10
Zarówno w przelotnych kontaktach jak i dłuższych związkach	9	3,36
W dłuższym związku z jednym partnerem	153	57,09
Ogółem	268	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi^2 .

Odpowiedzi na pytania dotyczące aktualnego związku wskazują, że 35% badanych nie ma partnera, a 46% jest w stałym związku. Pozostałe osoby (w sumie 19%) wskazały na sytuację kryzysu w relacji partnerskiej lub relację nieudaną, która mogła się niebawem zakończyć (tab. 5.17).

Tabela 5.17. Ocena związku małżeńskiego / partnerskiego

Aktualny Twój związek lub małżeństwo uważasz za: $chi^2(6) = 7,14; p = 0,308$	N	Procent
Nie dotyczy – nie mam obecnie nikogo	93	34,70
Trwały	123	45,90
Przelotny	1	0,37
Niepewny ze względu na zewnętrzne okoliczności (np. wyjazd, sytuacja „trójkąta”, itp.)	14	5,22
Niepewny, myślę o zerwaniu	14	5,22
Niepewny, partner chce ze mną zerwać	6	2,24
Nasz związek obecnie się rozpada	17	6,34
Ogółem	268	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi^2 .

Spośród osób będących w związku dobry stan relacji (bardzo dobrze + raczej dobrze) zadeklarowała większość (77%) badanych (tab. 5.18). Miłość do partnera zadeklarowało 92% badanych będących w związku (tab. 5.19).

Tabela 5.18. Ocena relacji małżeńskiej / partnerskiej

Między Tobą a partnerem układa się: $chi^2(4) = 0,87; p = 0,929$	N	Procent
Nie dotyczy – nie mam obecnie partnera	92	34,33
Bardzo dobrze	37	13,81
Raczej dobrze	99	36,94
Raczej źle	32	11,94
Bardzo źle	8	2,99
Ogółem	268	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi^2 .

Tabela 5.19. Ocena uczuć w stosunku do małżonka / partnera

Twoje uczucia do współmałżonka, partnera: $chi^2(4) = 2,22; p = 0,695$	N	Procent
Nie dotyczy – nie mam obecnie partnera	91	33,96
Bardzo ją / go kocham	89	33,21
Raczej kocham	73	27,24
Jest mi obojętna / obojętny	8	2,99
Odczuwam niechęć	7	2,61
Ogółem	268	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi^2 .

Ocenie została poddana także jakość aktualnej relacji seksualnej badanych (tab. 5.20). Odpowiedzi na dotyczące jej pytania udzielały osoby będące w związku. Uwagę zwraca wysoka ocena atrakcyjności seksualnej partnerów/partnerek – 82% badanych było zadowolonych z ich umiejętności seksualnych, 84% odczuwało w stosunku do nich pożądanie seksualne. Jednocześnie wiele osób podało występowanie problemów w relacji seksualnej: 41% rozpoznawało znaczne różnice w potrzebach seksualnych swoich i partnera, 29% nie inicjowało kontaktów seksualnych ze względu na atmosferę emocjonalną w związku, 19% relacjonowało występowanie kłótni na temat spraw związanych z życiem erotycznym, 29% nie miało w domu dobrych warunków do uprawiania seksu.

Tylko 8% mężczyzn i 0,5% kobiet potwierdziło, że odczuwa pożądanie seksualne wobec innych osób, ale nie partnera, z którym jest w związku.

Tabela 5.20. Relacja seksualna

Odpowiedź:	N		Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	chi ²	p
Jestem zadowolona/y z umiejętności seksualnych mojego partnera (partnerki)	179		33,52	48,04	8,38	10,06	1,81	0,613
Ja i mój partner (partnerka) znacznie różnimy się potrzebami seksualnymi (temperamentem)	181		12,71	28,18	39,23	19,89	3,82	0,282
Odczuwam pożądanie seksualne, ale nie w odniesieniu do aktualnego partnera (partnerki)	65	M	3,53	4,71	1,18	90,59	10,16	0,017
	112	K	0,55	0	3,30	96,15		
Nie inicjuję kontaktów seksualnych ze względu na zły klimat emocjonalny między mną a partnerem (partnerką)	219		10,96	17,81	17,35	53,88	2,67	0,445
Odczuwam pożądanie seksualne do mojego partnera (partnerki)	168		55,62	28,35	8,56	7,48	6,72	0,151
Między mną a partnerem (partnerką) często dochodzi do sprzeczek, których przyczyną są problemy w naszym życiu erotycznym	180		6,11	13,33	27,78	52,78	2,50	0,475
W domu mam dobre warunki do seksu z partnerem (partnerką)	191		43,98	26,70	14,14	15,18	5,67	0,129

Różnice międzypłciowe oceniane testem *chi*².

Wyniki ogólnej oceny jakości współżycia seksualnego potwierdzają, że jedna trzecia badanych nie była aktywna seksualnie w relacjach. Wśród osób aktywnych 18% ocenia swoje kontakty seksualne jako udane we wszystkich zbliżeniach, a 48% w większości zbliżeń. Nieudane lub wyjątkowo udane zbliżenia (jedno z kryteriów ogólnych dysfunkcji seksualnej wg ICD-10) deklaruje jedna trzecia aktywnych seksualnie pacjentów (tab. 5.21).

Tabela 5.21. Ocena współżycia seksualnego

Ogólnie biorąc, Twoje współżycie seksualne jest: <i>chi</i> ² (4) = 3,20; <i>p</i> = 0,524	<i>N</i>	Procent
Nie dotyczy – nie mam kontaktów seksualnych	87	32,46
Udane we wszystkich zbliżeniach	32	11,94
Udane w większości zbliżeń	88	32,84
Tylko wyjątkowo jest udane	39	14,55
W ogóle jest nieudane	22	8,21
Ogółem	268	100,00

Różnice międzyplciowe oceniane testem *chi*².

5.4. Charakterystyka grupy badanej – podsumowanie

Wśród badanych było więcej kobiet niż mężczyzn, co odzwierciedla rozkład płci osób leczonych w oddziale dziennym w latach, w których zbierany był materiał badawczy. Płeć nie różnicowała większości wyników analiz charakterystyki grupy.

Grupę badaną stanowili pacjenci, u których rozpoznano zaburzenie nerwicowe, a także u 60% z nich, zaburzenie osobowości. W obu tych obszarach psychopatologii rozpoznawano najczęściej zaburzenia mieszane.

Większość badanych nie była obciążona chorobami somatycznymi. Dwie trzecie leczyło się wcześniej z powodu zaburzeń nerwicowych różnymi metodami, w tym 40% przyjmowało leki psychotropowe. Trzy czwarte potwierdziło występowanie objawów od roku lub dłużej niż rok.

Badane osoby to głównie młodzi dorośli ze średnim lub wyższym wykształceniem, spośród których około 40% w chwili badania nie pracowało. Jedna trzecia była w związku małżeńskim, a jedna czwarta miała dzieci. Prawie 60% było w stałym związku seksualnym, a jedna trzecia deklarowała brak kontaktów seksualnych. Większość badanych określiła swoją orientację seksualną jako heteroseksualną, około 5% biseksualną, a homoseksualną – 2,5%.

Okolo jednej czwartej badanych, będących w związku, określiło sytuację swojej relacji jako niestabilną. Znacząca większość podała, że czuje miłość do partnera. Osoby, które podawały, że są w relacji seksualnej, były w większości (82%) zadowolone z umiejętności seksualnych partnerów i odczuwały w stosunku do nich pożądanie seksualne (84%). Jednocześnie 20-40% z nich potwierdzało występowanie takich trudności, jak róż-

nice w potrzebach seksualnych, nieinicjowanie seksu ze względu na złą atmosferę emocjonalną, głównie związane z życiem erotycznym czy brak dobrych warunków do podejmowania kontaktów intymnych w miejscu zamieszkania. Dwie trzecie osób aktywnych seksualnie uważało swoje życie seksualne za udane, a jedna trzecia za nieudane.

Większość badanych negatywnie oceniła rolę rodziców w przygotowaniu ich do podejmowania relacji seksualnych, co mogło się wiązać z unikaniem przez rodziców rozmów na temat seksualności. Całkowity brak gotowości do wchodzenia w relacje seksualne zadeklarowało 16% osób. Dwie trzecie badanych pozytywnie wspomina pierwszy stosunek seksualny, który miał miejsce średnio w 20,5 roku życia i był poprzedzony pierwszymi kontaktami seksualnymi średnio dwa lata wcześniej.

Doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie potwierdziło 12% badanych, średnio w wieku 9 lat, które trwało średnio 2,5 roku. Przeżycie nadużyć seksualnych w życiu dorosłym deklarowało 7% osób z początkiem w 20 roku życia, trwających około 7 lat, a 4% doświadczyło zmuszania siłą do aktywności seksualnej, przeciętnie od 17 roku życia przez średnio 9 lat.

Grupa badana charakteryzowała się więc znacznym zróżnicowaniem w zakresie doświadczeń seksualnych, w tym urazowych, i aktywności seksualnej oraz oceny jakości relacji seksualnej – od braku kontaktów seksualnych kiedykolwiek, do udanego życia seksualnego w stałym związku.

6. Wyniki analizy statystycznej

6.1. Statystyki opisowe wyników kwestionariuszy z uwzględnieniem płci

Poniższy rozdział ma na celu przedstawienie podstawowych danych, istotnych dla dalszych analiz. Zawiera opis statystyczny ocenianych zmiennych – wartości wyników Kwestionariusza Satysfakcji z Życia Seksualnego (KSS2), kwestionariusza objawowego (KO) oraz wskaźnika neurotyczności X-KON.

Analizowane były dwa pomiary wartości skal wymienionych kwestionariuszy – przed i po psychoterapii. W opisie wyników uwzględniono istotność różnic międzypłciowych, natomiast istotność statystyczna różnic między wynikami w dwóch pomiarach została opisana w rozdziale 6.3.

6.1.1. Objawy nerwicowe oraz poziom neurotyzmu

Jak wynika z tabeli 6.1, średnie wartości wskaźnika OWK kwestionariusza objawowego KO „O” – wypełnionego przez pacjentów przed rozpoczęciem psychoterapii – plasowały się ponad progiem wyników charakterystycznych dla osób cierpiących na zaburzenie nerwicowe (norma: 165 dla M i 200 dla K) [188]. W drugim pomiarze – po zakończeniu psychoterapii – średnie wyniki oscylowały nieco poniżej zakresu normy, przy średniej zmianie wyniku o ponad 200 punktów (214,27 M, 205,95 K). Kobiety uzyskały w drugim pomiarze nieco wyższy wynik niż mężczyźni. Istotność statystyczna zmian została opisana w rozdziale 6.3.1.

Tabela 6.1. OWK – wskaźnik kwestionariusza objawowego, oceniający ogólne nasilenie objawów nerwicowych. Różnice międzypłciowe oceniane testem *t* Studenta¹

Zmienna	N		Średnie		Odch. St.		t	df	p
	M	K	M	K	M	K			
OWK, 1. pomiar	85	183	347,35	370,28	132,68	140,53	-1,26	266	0,207
OWK, 2. pomiar	81	182	131,79	163,18	102,25	116,24	-2,10	261	0,037

¹ Różnice międzypłciowe we wszystkich tabelach w rozdziałach 6.1.1 i 6.1.2 były oceniane testem *t* Studenta.

Badani uzyskali średnio wysokie wyniki w neurotyczności, ocenianej za pomocą wskaźnika X-KON w pierwszym pomiarze i prawie o połowę niższy w pomiarze drugim (tab. 6.2). Zmiana wynosiła około 20 punktów (21,62 M, 17,64 K). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic międzypłciowych. Średnie wyniki w pierwszym pomiarze lokalizują się w zakresie charakterystycznym dla osób chorujących na nerwicę – powyżej 18 punktów. W drugim pomiarze, po psychoterapii, średni wynik współczynnika znajdował się w okolicach tego progu, przy czym wartości X-KON u osób zdrowych (w badaniach na populacji ogólnej), jak wspomniano wcześniej (rozdz. 4.3.1.2), są zlokalizowane poniżej 8 punktów.

Tabela 6.2. X-KON – wskaźnik nasilenia neurotycznych cech osobowości wyliczony na podstawie kwestionariusza KON-2006

Zmienna	N		Średnie		Odch. St.		t	df	p
	M	K	M	K	M	K			
X-KON, 1. pomiar	85	183	37,65	38,42	22,50	22,12	-0,27	266	0,791
X-KON, 2. pomiar	81	182	16,03	20,78	19,57	21,03	-1,76	261	0,079

Średnie wartości wyników poszczególnych skal objawów lękowych KO w pierwszym pomiarze (tab. 6.3) wskazują na równomierne rozpowszechnienie grup objawów w badanej populacji. Wielkość bezwzględna wartości skal jest różna ze względu na liczbę objawów, które składają się na daną skalę. Istotne statystycznie różnice w wynikach w odniesieniu do płci stwierdzono w przypadku objawów autonomicznych oraz przejawów histrionicznych i impulsywnych cech osobowości (nieco wyższe wyniki w przypadku kobiet).

Tabela 6.3. Wartości początkowe nasilenia objawów w skalach KO, pomiar pierwszy

Skale KO – pierwszy pomiar	Średnie		OS		<i>t</i> (266)	<i>p</i>
	M (<i>n</i> =85)	K (<i>n</i> =183)	M	K		
Objawy fobiczne	12,12	14,39	11,03	12,11	-1,47	0,143
Lęk uogólniony i napadowy	39,95	42,83	14,45	15,55	-1,44	0,151
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	17,81	16,67	13,28	12,55	0,68	0,498
Objawy konwersyjne	28,58	29,74	22,69	20,71	-0,42	0,678
Objawy autonomiczne	24,76	29,68	15,76	15,96	-2,36	0,019
Objawy somatyzacyjne	24,42	27,87	15,70	17,26	-1,57	0,118
Objawy hipochondryczne	15,11	13,97	10,82	10,85	0,80	0,426
Objawy neurasteniczne	51,73	50,92	16,80	18,63	0,34	0,733
Objawy depersonalizacji-derealizacji	14,75	14,85	12,87	12,15	-0,06	0,954
Unikanie i zależność	39,65	41,50	16,65	17,81	-0,81	0,420
Impulsywność i histrioniczność	23,91	28,98	14,59	13,54	-2,79	0,006
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	10,36	11,49	7,95	8,51	-1,03	0,304
Dysfunkcje seksualne	10,65	12,49	8,86	10,75	-1,38	0,169
Objawy dystymiczne	33,55	34,89	12,48	11,88	-0,84	0,401

Wartości średnie wyników skal KO w drugim pomiarze – po psychoterapii – były znacznie niższe niż w pomiarze wykonanym przed psychoterapią (tab. 6.4). Szczególnie wyraźna poprawa uwidoczniła się w przypadku skal objawów: fobicznych, hipochondrycznych, depersonalizacji-derealizacji, objawów związanych z cechami osobowości – impulsywnością i histrionicznością oraz unikaniem i zależnością. Średnia wartość skali dysfunkcji seksualnych KO obniżyła się o połowę.

Różnice między płciami ujawniły się w przypadku skali objawów autonomicznych (podobnie jak w pomiarze pierwszym) oraz skali objawów somatyzacyjnych. W obu tych skalach kobiety uzyskały wyższe średnie wyniki. Podobna zależność dotyczyła skal grupujących objawy związane z cechami osobowości: histrionicznością i impulsywnością oraz unikaniem i zależnością.

Tabela 6.4. Wartości nasilenia objawów nerwicowych w skalach KO, pomiar drugi

Skale KO – drugi pomiar	Średnie		OS		<i>t</i> (261)	<i>p</i>
	M (<i>n</i> =81)	K (<i>n</i> =182)	M	K		
Objawy fobiczne	2,33	3,24	5,29	5,70	-1,22	0,224
Lęk uogólniony i napadowy	17,73	20,35	13,59	14,76	-1,36	0,174
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	6,37	6,38	9,99	9,86	-0,01	0,991
Objawy konwersyjne	11,15	12,39	15,87	13,63	-0,65	0,518
Objawy autonomiczne	9,43	13,76	10,76	11,66	-2,85	0,005
Objawy somatyzacyjne	7,69	11,24	8,26	11,63	-2,48	0,014
Objawy hipochondryczne	4,31	4,84	7,04	7,63	-0,53	0,598
Objawy neurasteniczne	21,62	25,03	18,22	19,98	-1,31	0,191
Objawy depersonalizacji-derealizacji	4,83	4,63	7,82	7,84	0,19	0,852
Unikanie i zależność	12,62	18,77	13,99	16,48	-2,93	0,004
Impulsywność i histrioniczność	9,75	14,41	10,09	12,71	-2,91	0,004
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	4,46	5,15	5,15	6,84	-0,81	0,417
Dysfunkcje seksualne	5,23	5,31	6,83	7,45	-0,08	0,936
Objawy dystymiczne	14,27	17,67	13,06	13,47	-1,91	0,058

6.1.2. Objawy dysfunkcji seksualnych

Poniżej przedstawiono opis statystyczny poszczególnych skal KSS2, z oceną różnic między płciami (testy *t* Studenta). Wartości średnie skal opisują średnią liczbę objawów, które osoby badane podały jako występujące przynajmniej 5 razy w czasie ostatnich 10 zbliżeń płciowych.

W związku z różną liczbą pytań w skalach zaburzeń podniecenia, orgazmu oraz związanych z bólem, co wynika z różnic w anatomii i fizjologii mężczyzn i kobiet, ocena różnic międzypłciowych ma w ich wypadku charakter orientacyjny, choć należy wziąć pod uwagę, że wystąpienie nawet pojedynczego objawu w danej skali ma znaczenie kliniczne i sygnalizuje istnienie zaburzenia określonego typu.

Z tabeli 6.5 wynika, że w odniesieniu do każdej z badanych grup fizjologicznych objawów dysfunkcji seksualnych, przeciętnie w pomiarze przed psychoterapią u badanych występuje średnio 1 objaw w czasie przynajmniej 5 na 10 sytuacji erotycznych. Wyjątek stanowi w wypadku mężczyzn znacznie niższe nasilenie zaburzeń związanych

z bólem oraz rzadsze występowanie zaburzeń fazy podniecenia. Istotnie statystycznie różnice między płciami dotyczą wyższego wyniku u kobiet w skali objawów zaburzeń pożądania oraz w skali zaburzeń bólowych.

Tabela 6.5. Skale objawów fizjologicznych dysfunkcji seksualnych KSS2 w 1. pomiarze

Skale KSS2 w pierwszym pomiarze	Maks. liczba obj. w skali		Średnia liczba objawów		OS		<i>t</i> (247)	<i>p</i>
	M	K	M (n=77)	K (n=172)	M	K		
Zab. pożądania	8	8	0,77	1,23	1,38	1,56	-2,25	0,025
Zab. podniecenia	7	4	0,56	0,85	1,24	1,10	-1,89	0,060
Zab. orgazmu	10	6	0,86	0,85	1,42	1,04	0,02	0,988
Ból w czasie zbliżeń	7	6	0,19	0,74	0,78	1,23	-3,58	< 0,001

W pomiarze wykonanym po psychoterapii (tab. 6.6) zaobserwowano niższe średnie w stosunku do pierwszego pomiaru, z wyjątkiem zaburzeń orgazmu u kobiet i zaburzeń fazy podniecenia u mężczyzn. Istotna statystycznie różnica między płciami ujawniła się w odniesieniu do wyższego u kobiet średniego wyniku w skali negatywnej oceny zbliżenia seksualnego. Istotność statystyczna zmian została szczegółowo opisana w rozdziale 6.3.2.

Tabela 6.6. Skale objawów behawioralnych dysfunkcji seksualnych KSS2 w 2. pomiarze

Skale KSS2 w drugim pomiarze	Maks. liczba obj. w skali		Średnia liczba objawów		OS		<i>t</i> (174)	<i>p</i>
	M	K	M (n=57)	K (n=119)	M	K		
Zab. pożądania	8	8	0,53	0,88	1,60	1,80	-1,27	0,206
Zab. podniecenia	7	4	0,95	0,45	1,65	0,92	2,54	0,012
Zab. orgazmu	10	6	0,58	0,87	1,27	1,22	-1,48	0,140
Ból w czasie zbliżeń	7	6	0,16	0,61	0,56	1,31	-2,47	0,015

Wartości średnie objawów subiektywnych w pomiarze wykonanym przed psychoterapią (tab. 6.7), podobnie jak w przypadku objawów fizjologicznych, wskazują na występowanie u badanych przeciętnie jednego objawu z każdej grupy, od czego odbiegają nieco poziomy dyssatisfakcji w wypadku mężczyzn (rzadsza) i negatywnej oceny w wypadku kobiet (częstsza).

Tabela 6.7. Skale objawów emocjonalnych dysfunkcji seksualnych KSS2 w 1. pomiarze

Skale KSS2 w pierwszym pomiarze	Maks. liczba obj. w skali		Średnia liczba objawów		OS		<i>t</i> (247)	<i>p</i>
	M	K	M (n=77)	K (n=172)	M	K		
Dyssatisfakcja	8	8	0,43	0,95	0,97	1,74	-2,45	0,015
Napięcie	7	7	1,05	1,24	1,49	1,54	-0,92	0,358
Lęk	6	6	0,97	0,77	1,24	1,12	1,26	0,208
Negatywna ocena	8	8	1,13	1,73	1,76	2,16	-2,13	0,034

Średnie w pomiarze po psychoterapii (tab. 6.8) są niższe w stosunku do pierwszego pomiaru w większości skal, poza nieco podwyższoną dysatisfakcją w przypadku mężczyzn. Jediną skalą, w której ujawniły się istotne statystycznie różnice międzypłciowe, była skala negatywnej oceny zbliżenia seksualnego – wynik wyższy u kobiet.

Tabela 6.8. Skale objawów emocjonalnych dysfunkcji seksualnych KSS2 w 2. pomiarze

Skale KSS2 w drugim pomiarze	Maks. liczba obj. w skali		Średnia liczba objawów		OS		<i>t</i> (174)	<i>p</i>
	M	K	M (n=57)	K (n=119)	M	K		
Dyssatisfakcja	8	8	0,51	0,89	1,45	1,80	-1,40	0,164
Napięcie	7	7	0,54	1,03	1,25	1,71	-1,93	0,056
Lęk	6	6	0,88	0,57	1,31	0,90	1,81	0,072
Negatywna ocena	8	8	0,70	1,50	1,66	2,33	-2,33	0,021

Skale umieszczone w tabeli 6.9 skonstruowane są inaczej niż skale dysfunkcji czynnościowych. Dotyczą one stwierdzeń określających wybrane cechy seksualności badanych, nie odnosząc się do konkretnych sytuacji erotycznych, lecz do subiektywnej oceny życia seksualnego w okresie ostatnich 6 miesięcy (w wypadku pierwszego pomiaru) i stanu po psychoterapii (w wypadku drugiego pomiaru). Średnia arytmetyczna z odpowiedzi na wszystkie pytania wchodzące w skład danej skali waha się od 1 = nie, przez raczej nie i raczej tak, do 4 = tak.

Średnie odpowiedzi na większość pytań w pierwszym pomiarze ułożone są między „nie” i „raczej nie” dla pierwszych czterech skal. Średnia wyników w skali hiperseksualności jest wyższa u mężczyzn, natomiast wyniki w skalach awersji seksualnej, zaniżonej samooceny seksualnej i obniżonego pożądania spontanicznego są wyższe w grupie

kobiet. W skali uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego średnie mieszczą się pomiędzy odpowiedziami „raczej nie” i „raczej tak”, bez istotnej statystycznie różnicy między płciami.

Tabela 6.9. Skale objawów uogólnionych dysfunkcji seksualnych KSS2 w 1. pomiarze

Skale KSS2 w pierwszym pomiarze	Maks. l. obj. w skali		Średni wynik (skala 1 = nie do 4 = tak)		OS		t (266)	p
	M	K	M (n=57)	K (n=119)	M	K		
Hiperseksualność	4	4	1,88	1,29	0,68	0,36	9,22	< 0,001
Awersja	6	6	1,37	1,63	0,41	0,56	-3,81	< 0,001
Zaniżona samoocena seksualna	4	4	1,83	2,13	0,48	0,65	-3,84	< 0,001
Obniżone pożądanie spontaniczne	5	5	1,92	2,18	0,41	0,54	-3,89	< 0,001
Ogólna dyssatisfakcja	4	4	2,52	2,62	0,77	0,78	-1,02	0,307

W drugim pomiarze, co widać w tabeli 6.10, istotna różnica między płciami ujawniła się w odniesieniu do skali hiperseksualności – wyższa wartość średnia dotyczy mężczyzn, przy czym wartości były bardzo podobne do uzyskanych w pomiarze pierwszym. Wartość skali uogólnionej dyssatisfakcji była w porównaniu do drugiego pomiaru nieco wyższa w grupie mężczyzn i identyczna w grupie kobiet. Nieco niższe w obu podgrupach były wartości skali awersji seksualnej oraz zaniżonej samooceny seksualnej. W wypadku kobiet w drugim pomiarze zaobserwowano niższą wartość w skali obniżonego pożądania spontanicznego, czego nie stwierdzono w grupie mężczyzn. Istotność różnicy między pomiarami została podana w rozdziale 6.3.2.

Tabela 6.10. Skale objawów uogólnionych dysfunkcji seksualnych KSS2 w 2. pomiarze

Skale KSS2 w drugim pomiarze	Maks. l. obj. w skali		Średni wynik (skala 1 = nie do 4 = tak)		OS		t (192)	p
	M	K	M (n=61)	K (n=133)	M	K		
Hiperseksualność	4	4	1,83	1,28	0,59	0,37	7,83	< 0,001
Awersja	6	6	1,34	1,44	0,42	0,47	-1,36	0,176
Zaniżona samoocena seksualna	4	4	1,79	1,89	0,54	0,65	-1,07	0,286
Obniżone pożądanie spontaniczne	5	5	1,90	1,95	0,51	0,56	-0,55	0,580
Ogólna dyssatisfakcja	4	4	2,75	2,62	0,85	0,89	0,94	0,347

6.1.3. Częstość występowania objawów dysfunkcji seksualnych

6.1.3.1. Suma objawów ze wszystkich skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2 – wskaźnik XKSS

Ponieważ zaobserwowano stosunkowo wysokie średnie wyniki w poszczególnych skalach KSS2 (średnio jeden objaw w każdej skali), sugerujące współwystępowanie objawów różnych rodzajów dysfunkcji seksualnych u badanych, utworzono współczynnik nasilenia mieszanej dysfunkcji seksualnej XKSS. Stanowi on w przypadku danego pomiaru sumę skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2, w których wystąpił przynajmniej jeden objaw. Skale te dotyczą występowania w czasie zbliżeń seksualnych: zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, dolegliwości bólowych, dyszatyfakcji, lęku, napięcia, oraz negatywnej oceny zbliżenia. Minimalna wartość współczynnika to 0, maksymalna: 8. W badanej grupie występowały wyniki od 0 do 5.

Jak wynika z tabeli 6.11, średnie w pierwszym pomiarze były wyższe niż w drugim. Różnice między płciami były istotne statystycznie w pomiarze 1., w którym u kobiet stwierdzono prawie dwukrotnie wyższą średnią liczbę skal, gdzie występował przynajmniej jeden objaw. Istotność statystyczna zmian została opisana w rozdziale 6.3.3.

Tabela 6.11. Wartości średnie pomiaru sumy skal czynnościowych KSS2, w których wystąpił przynajmniej jeden objaw. Różnice międzypłciowe

	N		Średnia		OS		t	df	p
	M	K	M	K	M	K			
XKSS – pomiar 1.	77	171	1,29	2,22	1,49	1,85	-3,88	246	< 0,001
XKSS – pomiar 2.	57	119	1,04	1,48	1,43	1,85	-1,60	174	0,111

Testy t Studenta.

W analizie różnic międzypłciowych w rozkładzie współczynnika XKSS w pierwszym pomiarze (tab. 6.12) stwierdzono istotne statystycznie różnice między płciami. Więcej mężczyzn (43%) niż kobiet (26%) nie miało objawów w ani jednej badanej skali czynnościowej dysfunkcji seksualnej. Jednak także więcej mężczyzn (25%) niż kobiet (16%) miało przynajmniej jeden objaw w jednej skali. Kobiety nieco częściej podawały występowanie przynajmniej jednego objawu w 2-5 skal.

Tabela 6.12. Rozkład wskaźnika XKSS, oceniającego liczbę współwystępujących dysfunkcji seksualnych, pomiar 1.

$chi^2 = 13,54; p = 0,019$	Płeć				Ogółem	
	M		K			
	N	%	N	%	N	%
0	33	42,86	45	26,32	78	31,45
1	19	24,68	28	16,37	47	18,95
2	6	7,79	24	14,04	30	12,10
3	11	14,29	24	14,04	35	14,11
4	5	6,49	19	11,11	24	9,68
5	3	3,90	31	18,13	34	13,71
Ogółem	77	100,00	171	100	248	100,00

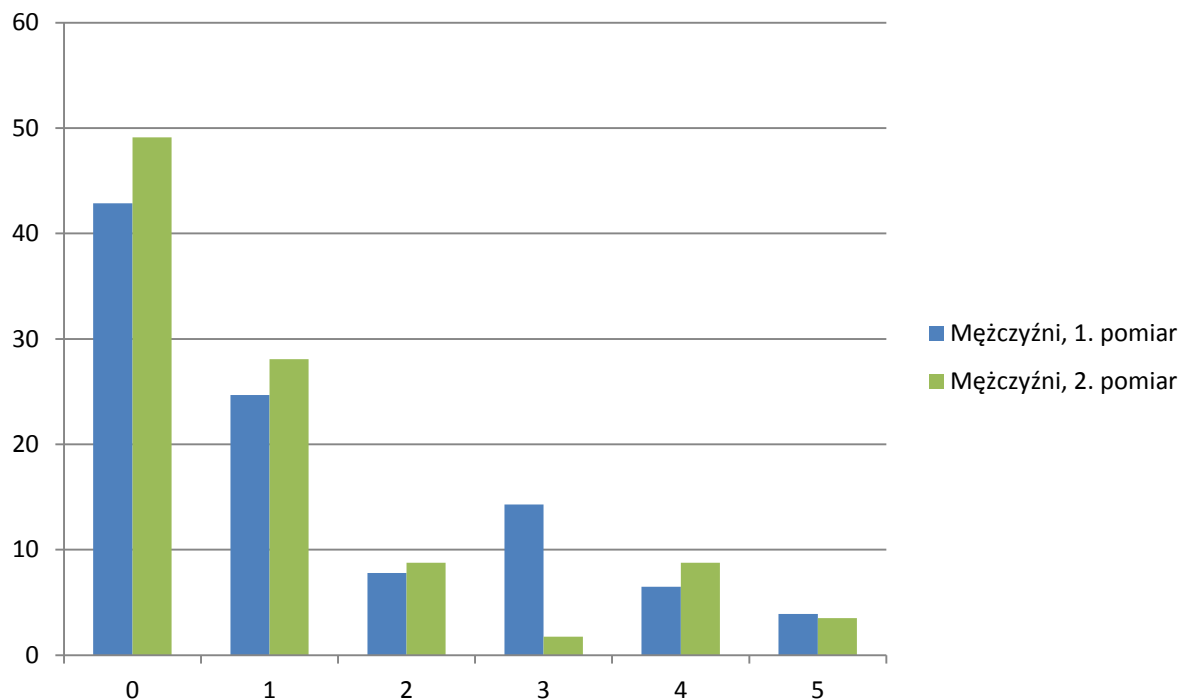
Różnice międzypłciowe oceniane testem chi^2 .

W rozkładzie dla drugiego pomiaru (tab. 6.13, wykr. 6.1, 6.2) nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach kobiet i mężczyzn. Połowa badanych nie miała w tym pomiarze objawów w żadnej skali, 18-28% miało przynajmniej jeden objaw w jednej skali. Podobne odsetki badanych doświadczały przynajmniej jednego objawu w 2-5 skal.

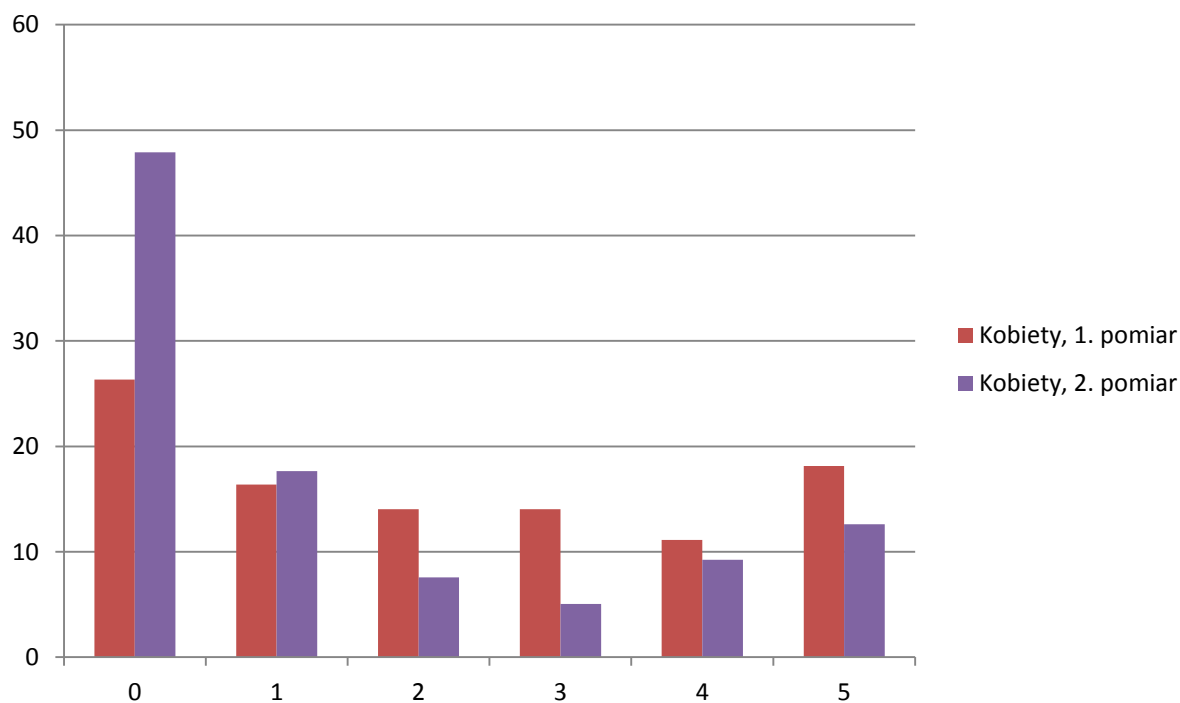
Tabela 6.13. Rozkład wskaźnika XKSS w pomiarze 2.

$chi^2 = 6,43; p = 0,266$	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	N	%	N	%	N	%
0	28	49,12	57	47,90	85	48,30
1	16	28,07	21	17,65	37	21,02
2	5	8,77	9	7,56	14	7,95
3	1	1,75	6	5,04	7	3,98
4	5	8,77	11	9,24	16	9,09
5	2	3,51	15	12,61	17	9,66
Ogółem	57	100,00	119	100	176	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi^2 .



Wykres 6.1. Liczba osób z danym wynikiem XKSS w dwóch pomiarach – mężczyźni (różnice między pomiarami były istotne statystycznie – rozdz. 6.3.3)



Wykres 6.2. Liczba osób z danym wynikiem XKSS w dwóch pomiarach – kobiety (różnice między pomiarami były istotne statystycznie – rozdz. 6.3.3)

6.1.3.2. Występowanie przynajmniej jednego objawu w poszczególnych skalach czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2

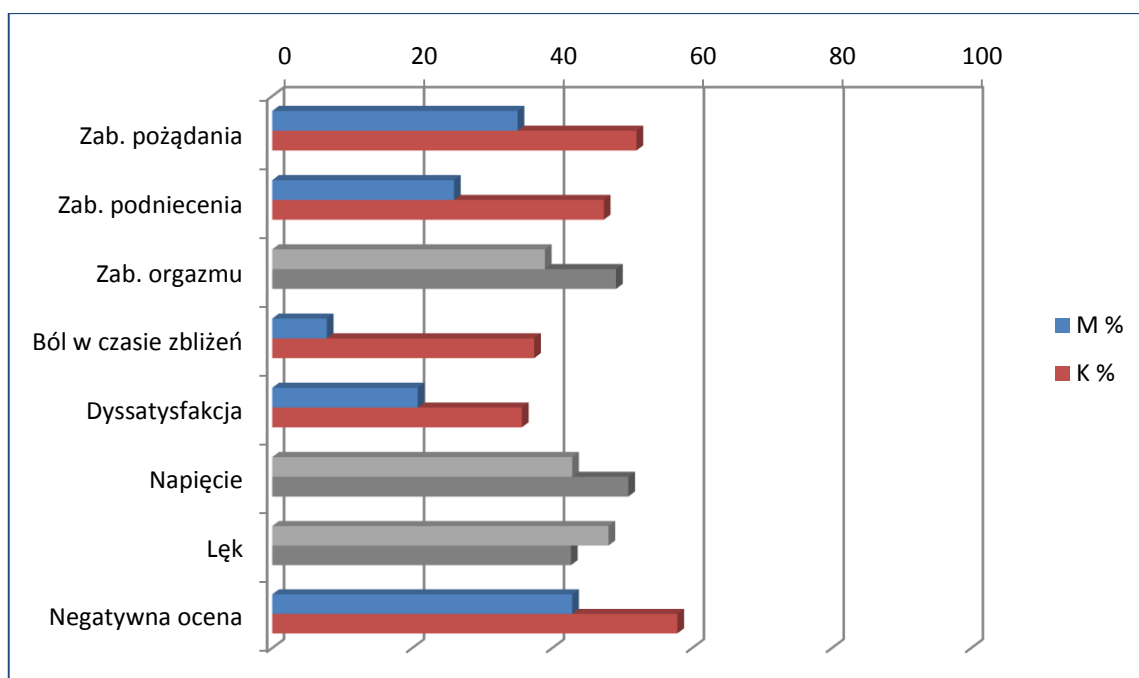
Poza utworzeniem wskaźnika nasilenia mieszanej dysfunkcji seksualnej (XKSS) przeprowadzono analizy oceniające częstość występowania u badanych poszczególnych rodzajów czynnościowych dysfunkcji seksualnych. Wyniki umieszczone w tabeli 6.14 oraz na wykresie 6.3 ukazują liczebność osób, które w pierwszym badaniu kwestionariuszem KSS podały występowanie przynajmniej jednego objawu z danej skali, występującego przynajmniej w 5 na 10 ostatnich sytuacji erotycznych.

Wyniki dla pomiaru wykonanego przed psychoterapią obrazują bardzo częste występowanie objawów zaburzeń fazy pożądania (35% M, 52% K), fazy podniecenia (26% M, 47% K) – istotnie niższe w wypadku mężczyzn, oraz fazy orgazmu (39% M, 49% K). Zaburzenie związane z bólem występowało wybitnie częściej w przypadku kobiet (8% M, 37% K). Dyssatisfakcja była częściej podawana przez kobiety (21% M, 35% K). Około połowy badanych podawało występowanie negatywnej oceny, napięcia i lęku, przy czym negatywną ocenę sytuacji erotycznych istotnie częściej kobiety (43% M, 58% K).

Tabela 6.14. Częstość występowania dysfunkcji seksualnych w poszczególnych skalach czynnościowych KSS2 – pomiar 1., przynajmniej jeden objaw w danej skali

Skale KSS2 (N = 248)	Mężczyźni (n = 77)		Kobiety (n = 171)		Ogółem		chi ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Zab. pożądania	27	35,06	89	52,05	116	46,77	6,15	0,013
Zab. podniecenia	20	25,97	81	47,37	101	40,73	10,07	0,002
Zab. orgazmu	30	38,96	84	49,12	114	45,97	2,21	0,137
Ból w czasie zbliżeń	6	7,79	64	37,43	70	28,23	23,02	< 0,001
Dyssatisfakcja	16	20,78	61	35,67	77	31,05	5,50	0,019
Napięcie	33	42,86	87	50,88	120	48,39	1,37	0,242
Lęk	37	48,05	73	42,69	110	44,35	0,62	0,432
Negatywna ocena	33	42,86	99	57,89	132	53,23	4,82	0,028

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi².



Wykres 6.3. Częstość występowania przynajmniej jednego objawu w danej skali dysfunkcji czynnościowych KSS2 – pomiar 1.

Kolorem szarym oznaczono skale, w zakresie których nie ma istotnych statystycznie różnic między płciami.

W pomiarze 2. częstości występowania przynajmniej jednego objawu z danej skali kwestionariusza KSS2 zaobserwować można wielokierunkowe różnice w stosunku do pomiaru sprzed psychoterapii (tab. 6.15, wykr. 6.4). W zakresie zaburzeń fazy pożądania nastąpiła znaczna redukcja częstości występowania objawów – z 35% do 12% w wypadku mężczyzn i z 52% do 27% w wypadku kobiet. Znaczący jest widoczny wzrost częstości podawania zaburzeń fazy podniecenia w grupie mężczyzn (zaburzenia erekcji) – z 26% do 40%. W grupie kobiet częstość zaburzeń fazy podniecenia zmniejszyła się z 47% do 24%. Częstość występowania zaburzeń fazy orgazmu zmniejszyła się znacznie w wypadku mężczyzn – z 39% do 24%, natomiast w grupie kobiet zmiana ta była korzystna, ale niewielka – z 49% do 42%. Zaburzenie bólowe występowało u mężczyzn rzadko i podobnie w obu pomiarach – 7,8% i 8,8%. W grupie kobiet częstość występowania objawów związanych z bólem zmniejszyła się z 37% do 24%.

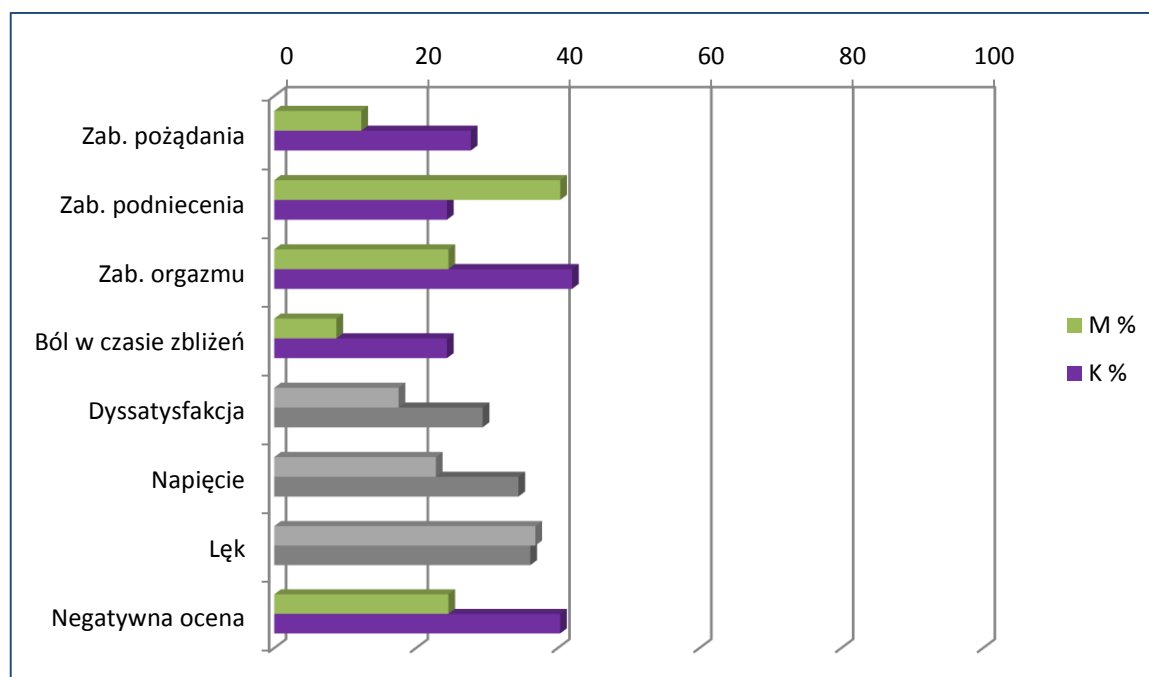
W zakresie skal zawierających objawy subiektywne częstość ich podawania była niższa w pomiarze 2. we wszystkich skalach. Stwierdzono nieznaczną różnicę w wypadku objawów dyssatisfakcji – z 21% do 17% u mężczyzn i z 35% do 29% u kobiet. Wyraźnie obniżyła się częstość przeżywania napięcia – z 43% do 23% u mężczyzn i z 51% do 24% u kobiet. Korzystnie zmieniła się częstość podawania objawów lęku w czasie sytuacji

erotycznych – z 48% do 36,84% u mężczyzn i z 43% do 36% u kobiet. Częstość przeżywania negatywnej oceny stosunku płciowego zmieniło się w wypadku mężczyzn z 43% do 24%, a u kobiet z 58% do 40%.

Tabela 6.15. Częstość występowania dysfunkcji seksualnych w poszczególnych skalach czynnościowych KSS2 – pomiar 2., przynajmniej jeden objaw w danej skali

Skale KSS2 (N = 176)	Mężczyźni n = 57		Kobiety n = 119		Ogółem		chi ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Zab. pożądania	7	12,28	33	27,73	40	22,73	5,24	0,022
Zab. podniecenia	23	40,35	29	24,37	52	29,55	4,73	0,030
Zab. orgazmu	14	24,56	50	42,02	64	36,36	5,07	0,024
Ból w czasie zbliżeń	5	8,77	29	24,37	34	19,32	6,02	0,014
Dyssatysfakcja	10	17,54	35	29,41	45	25,57	2,85	0,091
Napięcie	13	22,81	41	34,45	54	30,68	2,46	0,117
Lęk	21	36,84	43	36,13	64	36,36	0,01	0,927
Negatywna ocena	14	24,56	48	40,34	62	35,23	4,20	0,040

Różnice międzypłciowe oceniane testem chi².



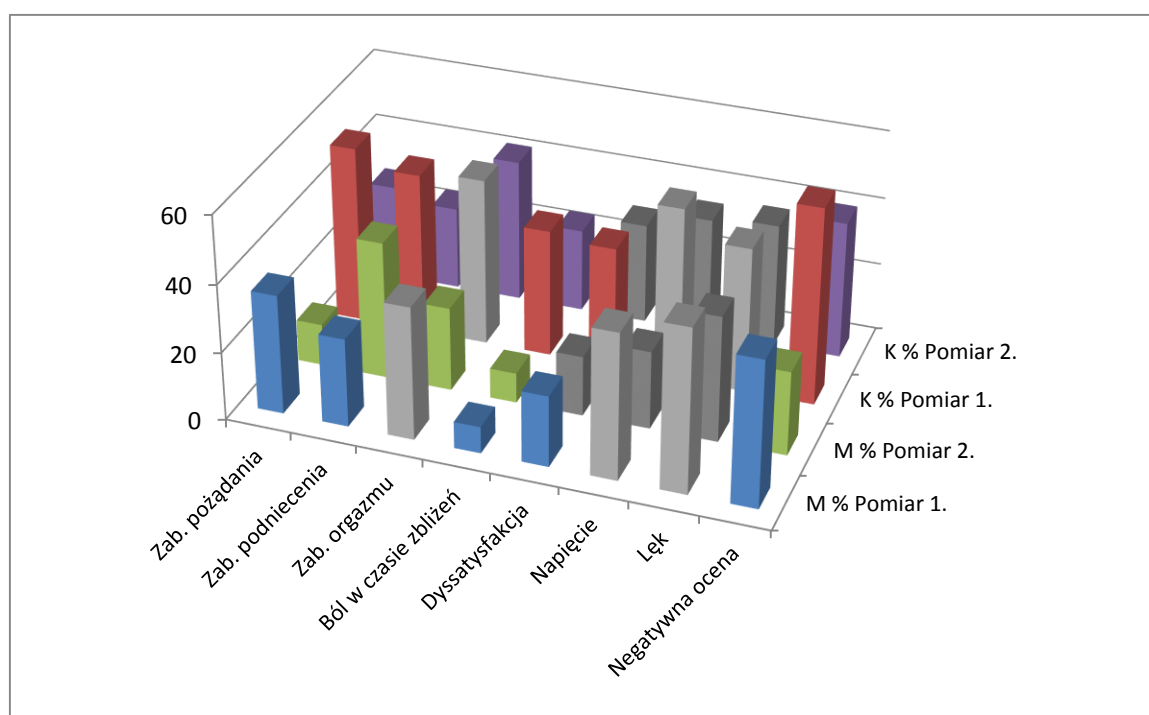
Wykres 6.4. Częstość występowania przynajmniej jednego objawu w danej skali dysfunkcji czynnościowych KSS2 – pomiar 2.

Kolorem szarym oznaczono skale, w zakresie których nie ma istotnych statystycznie różnic między płciami.

W ocenie powyższych zmian należy uwzględnić fakt, że porównywane populacje pacjentów różnią się liczebnością ze względu na uzyskanie pomiaru 2. nie od wszystkich pacjentów. Istnieje więc prawdopodobieństwo, że w grupie osób, które nie wypełniły kwestionariusza w pomiarze 2. mogła się znaleźć podgrupa deklarująca większą lub mniejszą częstość występowania objawów z opisywanych skal.

Zestawienie wyników częstości występowania objawów umieszczonych w poszczególnych skalach w podgrupach kobiet i mężczyzn obrazuje wykres 6.5.

Istotność statystyczna zmian w zakresie tych danych, uwzględniająca wyłącznie osoby, które wzięły udział w obu pomiarach, została opisana w rozdziale 6.3.4.



Wykres 6.5. Częstość występowania przynajmniej jednego objawu w danej skali dysfunkcji czynnościowych KSS2 – dwa pomiary, mężczyźni i kobiety

Kolorem szarym oznaczono skale, w zakresie których nie ma istotnych statystycznie różnic między płciami.

6.1.4. Częstość występowania objawów składowych, tworzących skale czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2

Na wyniki skal czynnościowych kwestionariusza KSS2 składają się odpowiedzi na pytania o częstość występowania objawów dysfunkcji w czasie zbliżeń seksualnych. Każde pytanie otrzymywało punktację 1 w wypadku relacjonowania 5 lub więcej epizodów wystąpienia danego objawu na 10 ostatnio przeżytych sytuacji erotycznych. Jeżeli

pacjent podawał występowanie objawów w 0-4 ostatnich sytuacji erotycznych, pytanie otrzymywało punktację 0. Suma punktów za poszczególne pytania stanowiła wynik surowy danej skali.

Poniżej podano, które pytania umieszczone w poszczególnych skalach okazały się mieć największy udział w wynikach skal w 1. pomiarze KSS2. Celem zestawienia jest doprecyzowanie, co składa się w głównej mierze na wartość wyników prezentowanych skal, różnych w wypadku mężczyzn i kobiet, a zawierających objawy zgrupowane według typu dolegliwości. Szczegółowy wykaz pytań składających się na skale KSS2 znajdują się w Aneksie 2. Podane poniżej wartości procentowe dotyczą częstości występowania danego objawu w podgrupie mężczyzn i kobiet w co najmniej 5 na 10 ostatnich zbliżeń seksualnych.

Skala zaburzeń pożądania

Mężczyźni doświadczali najczęściej braku ochoty na seks (17%), ustępowania pożądania w trakcie stosunku (13%), braku pożądania jako przyczyny nieinicjowania stosunku (10%).

Kobiety podawały w pierwszej kolejności brak zaangażowania i bierność (24%) oraz zupełny brak pożądania i ochoty na stosunek (21%), a także ustępowanie pożądania w trakcie stosunku (19%).

Skala zaburzeń podniecenia

W wypadku mężczyzn najczęstszymi objawami były: brak wystarczającego podniecenia, żeby odczuwać przyjemność z seksu (14%), nieodczuwanie podniecenia ani pożądania w czasie stosunku (10%), brak wystarczającej twardości członka w czasie stosunku (9%).

Kobiety także dość często (28%) przeżywały brak podniecenia wystarczającego do odczuwania przyjemności ze zbliżenia. Podawały dodatkowo brak gotowości do stosunku po grze wstępnej (21%) oraz nie odczuwanie podniecenia w trakcie stosunku (19%), a także niewystarczające do odbycia stosunku zwilżenie pochwy (18%).

Skala zaburzeń orgazmu

Najczęściej sprawozdawanym objawem w podgrupie mężczyzn było uzyskanie wytrysku zbyt wcześnie, żeby zaspokoić partnerkę (18%). Kolejne co do częstości objawy

to brak orgazmu mimo takiego pragnienia (15%), brak oczekiwanej przyjemności z przeżytego orgazmu (14% w sytuacji erotycznej, 9% w czasie stosunku) oraz nieco rzadziej – opóźnienie wytrysku (10%) oraz zanik podniecenia przed osiągnięciem orgazmu (9%).

W podgrupie kobiet częste były dwa objawy: brak orgazmu mimo pragnienia uzyskania go (27%) oraz utrata podniecenia i pożądania przed osiągnięciem orgazmu (24%). Istotne były też objawy: braku oczekiwanej przyjemności wynikającej z doznania orgazmu (12% w sytuacji erotycznej, 9% w czasie stosunku). Opóźnienie orgazmu podało 6% badanych kobiet.

Skala zaburzeń bólowych

Mężczyźni bardzo rzadko potwierdzali występowanie objawów z tej skali, głównie był to ból członka po stosunku (6%) i w czasie niego (5%).

Wśród kobiet najczęściej podawany był ból u wejścia do pochwy przy próbie penetracji i rozpoczęcia stosunku (20%). Rzadziej występował ból w okolicy wejścia do pochwy w czasie pieszczot (12%) oraz we wnętrzu pochwy w czasie stosunku (11%). Sytuację fizycznie nieprzyjemnego lub bolesnego seksu podało 9% kobiet. Bolesność w czasie stosunku, wynikającą z nadmiernego skurczu mięśni pochwy, podało 8% badanych.

Skala dyssatisfakcji ze zbliżeń seksualnych

Mężczyźni podobnie często (3-8%) relacjonowali występowanie takich objawów, jak: brak przyjemności, radości z seksu; brak zaspokojenia seksualnego, niezaspokojenie potrzeb seksualnych przez partnerkę, niezadowolenie po zbliżeniu, wrażenie nudy i monotonii, brak zaspokojenia popędu seksualnego po stosunku. Najczęściej podawany był ten ostatni objaw (8%).

Wśród kobiet te same co w wypadku mężczyzn negatywne doświadczenia były podawane przez 8-9% badanych, poza dwoma zaznaczanymi wybitnie częściej – wrażenie nudy, monotonii (23%) oraz brak zaspokojenia popędu płciowego w wyniku stosunku (20%).

Skala napięcia w czasie zbliżeń

W grupie mężczyzn najczęściej podawane były objawy: napięcia, braku możliwości odprężenia w sytuacji erotycznej (27%) oraz przed stosunkiem, kiedy doszło do stosunku (18%). Często zaznaczano także złe samopoczucie w czasie zbliżenia (niepokój, złość,

zniechęcenie) – 16% oraz napięcie w trakcie stosunku (14%), a także poczucie, że robi się coś złego (14%). Występowanie wstydu w czasie zbliżenia zaznaczyło 10% mężczyzn.

W wypadku kobiet najczęstsze były objawy napięcia i niemożności odprężenia się w czasie gry wstępnej (30%) i przed stosunkiem (23%), a także złe samopoczucie w czasie zbliżenia (niepokój, złość, zniechęcenie) – 24%. Często było napięcie w czasie stosunku (19%), a nieco rzadsze poczucie robienia czegoś złego (13%) i poczucie wstydu (12%).

Skala lęku w czasie zbliżeń

Najczęstszymi objawami w grupie mężczyzn były: obawa przed niezaspokojeniem partnerki (partnera) (27%) oraz koncentracja na tym, żeby stosunek trwał wystarczająco długo (30%). Często pojawiała się obawa o to, że wytrysk nastąpi zbyt wcześnie (14%) oraz że nie uda się utrzymać odpowiedniego wzwodu członka, by odbyć stosunek (13%). Obawa przed dotykiem genitaliów partnerki (partnera) zaznaczana była przez 9% mężczyzn.

Podobnie w wypadku kobiet dominowała obawa przed niezaspokojeniem partnera (partnerki) (25%). Drugą co do częstości była obawa, że badana nie będzie gotowa do stosunku, np. z powodu niewystarczającego nawilżenia pochwy (20%). Kobiety względnie często obawiały się obnażyć przed partnerem (partnerką) (10%). Koncentrację na odpowiednio długim czasie trwania stosunku relacjonowało 8% badanych.

Skala negatywnej oceny zbliżeń

Najczęściej zgłaszanym problemem w grupie mężczyzn było doświadczenie polegające na tym, że partnerka (partner) nie współżył(a) z badanym w taki sposób, na jaki miał(a) ochotę (24%). Podobnie często (15%) zaznaczano zdania dotyczące: niezaspokojenia potrzeb seksualnych partnerki (partnera), zbyt krótkiego czasu zbliżenia, zbyt długiego czasu zbliżenia, niezaspokojenia potrzeb seksualnych partnerki (partnera) mimo takiego pragnienia oraz zbyt długiego czasu trwania stosunku.

Kobiety negatywną ocenę zbliżeń wyrażały bardzo często. Między 19 a 23% badanych zaznaczyło każde z ośmiu dostępnych stwierdzeń, w tym, oprócz sześciu wymienionych wyżej dla grupy mężczyzn, także zbyt długi czas trwania stosunku oraz zbyt krótki czas trwania gry wstępnej, żeby uzyskać gotowość do odbycia stosunku.

6.1.5. Podsumowanie wyników kwestionariuszy badających objawy lękowe, neurotyczność oraz objawy dysfunkcji seksualnych

Badani pacjenci charakteryzowali się przed rozpoczęciem psychoterapii wysokim nasileniem objawów lękowych, neurotyczności, badanej wskaźnikiem X-KON, oraz objawów dysfunkcji seksualnych. Uczestnictwo w 3-miesięcznej psychoterapii grupowej wiązało się ze znaczną, pozytywną średnią zmianą w zakresie objawów nerwicowych i wskaźnika neurotyczności, natomiast zmiany w nasileniu poszczególnych dysfunkcji seksualnych były zróżnicowane, między innymi zależnie od płci. Istotność statystyczna różnic między pomiarami (zmiany w przebiegu psychoterapii), z uwzględnieniem płci, została opisana w rozdziale 6.3.

Różnice między płciami w zakresie nasilenia objawów lękowych i neurotyczności nie były znaczne – zaobserwowano jedynie nieco wyższe u kobiet wartości nasilenia objawów autonomicznych oraz objawów związanych z cechami histrioniczności i impulsywności. W drugim pomiarze płeć żeńska wiązała się dodatkowo z wyższym nasileniem objawów somatyzacyjnych oraz objawów unikania i zależności.

Oceniając średnie nasilenie dysfunkcji seksualnych, zaobserwowano występowanie w pomiarze przed psychoterapią przeciętnie jednego objawu w każdej grupie objawów, pojawiających się w czasie zbliżeń erotycznych. Różnice między płciami w nasileniu dysfunkcji fizjologicznych dotyczyły częstszego występowania bólu w czasie zbliżeń oraz objawów zaburzeń pożądania w grupie kobiet i objawów zaburzeń podniecenia u mężczyzn. Ten ostatni wniosek został zweryfikowany w dalszych analizach, które ujawniły, że wyższe wyniki średniego nasilenia dolegliwości fazy podniecenia w grupie mężczyzn wiążą się raczej z większym repertuarem współwystępujących problemów związanych z tą fazą reakcji niż częstszym występowaniem jakiegokolwiek objawu, co okazało się częstsze w grupie kobiet. W zakresie nasilenia dysfunkcji związanych z przeżywaniem psychicznym aktów seksualnych ujawniły się różnice w odniesieniu do dwóch grup objawów: u mężczyzn rzadziej występowały odczucie braku satysfakcji ze zbliżeń i negatywna ocena ich przebiegu.

W pomiarze po psychoterapii ujawniły się bardzo podobne różnice między płciami w nasileniu poszczególnych dysfunkcji, z wyjątkiem poprawy w grupie mężczyzn i braku poprawy w grupie kobiet w zakresie negatywnej oceny zbliżeń, oraz nieobecności, występujących w pierwszym pomiarze, różnic w nasileniu zaburzeń pożądania, a także pojawienia się różnicy w nasileniu zaburzeń podniecenia, przy czym nastąpiła korzystna

zmiana w tym zakresie u kobiet i niekorzystna w grupie mężczyzn. Istotność zmian została poddana analizie w rozdziale 6.3.2.

Wyniki nasilenia zaburzeń uogólnionych były na podstawie opisu statystycznego trudne do interpretacji, ponieważ ich wartość lokalizowała się blisko środka skali (choć bliżej odpowiedzi „nie” niż odpowiedzi „tak”). Zaznaczyły się natomiast wyraźne (istotne statystycznie) różnice między płciami – u kobiet występowało większe nasilenie awersji seksualnej, zaniżonej samooceny seksualnej oraz obniżonego pożądania spontanicznego. W pomiarze po psychoterapii różnice te nie wystąpiły, a wartości średnie wśród kobiet były niższe w stosunku do wyjściowych. W grupie mężczyzn wyższa była wartość średniego wyniku w skali hiperseksualności, co nie uległo zmianie w drugim pomiarze.

Poszukując odpowiedzi na istotne klinicznie pytanie – ile spośród badanych osób doświadczało dysfunkcji seksualnych przed psychoterapią i po niej – przeprowadzono analizę dodatkowego zbioru danych, zawierających informację o występowaniu przynajmniej jednego objawu z danej skali czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2 – jako wskaźnika obecności problemu, lub niewystępowania ani jednego objawu – jako kryterium braku problemu. Przez występowanie objawu rozumiane było podanie przez pacjenta jego obecności w przynajmniej 5 na 10 ostatnich zbliżeń seksualnych.

Będący sumą opracowanych w ten sposób skal wskaźnik XKSS, opisujący stopień wieloczynnikowości zaburzenia seksualnego, okazał się mieć dwukrotnie wyższą średnią wartość w grupie kobiet – 2,2, niż wśród mężczyzn – 1,2. W pomiarze po psychoterapii jego wartość zmniejszyła się bardziej w wypadku kobiet i nie była już istotnie różna między płciami. Analiza rozkładu wartości wskaźnika pozwoliła stwierdzić, ile osób przed psychoterapią i po niej nie miało żadnych objawów. W grupie kobiet było to 26%, a w grupie mężczyzn znacznie więcej – 40% (różnica istotna statystycznie). Po psychoterapii odsetki osób, które nie podawały żadnych objawów dysfunkcji, sięgały 50%.

Analizy częstości występowania przynajmniej jednego objawu w każdej z ośmiu badanych klas czynnościowych (pojawiających się w czasie zbliżeń erotycznych) dysfunkcji seksualnych ujawniły ich wysokie odsetki w pomiarze zarówno przed psychoterapią, jak i po niej. Wyjątek stanowiły zaburzenia o charakterze bólu w czasie stosunku w grupie mężczyzn (tylko 8%) oraz zaburzenia pożądania u mężczyzn w pomiarze 2. (12%). Wszystkie pozostałe dysfunkcje pojawiały się u 20-57% osób przed psychoterapią i 17-42% po psychoterapii. Uwidoczniły się istotne statystycznie różnice między płciami. Zaburzenia pożądania i podniecenia występowały o 20% częściej u kobiet. Ból w czasie zbliżeń seksualnych, występujący u mężczyzn, jak wspomniano wyżej, dość rzadko, w

grupie kobiet był podawany często (37%). Kobiety były także częściej niezadowolone ze zbliżeń seksualnych – dyssatisfakcja i negatywna ocena okazały się częstsze o 15% niż w grupie mężczyzn. Istotność różnic między pomiarami została przedstawiona w dalszej części pracy.

Obraz profilu dysfunkcji seksualnych, występujących w badanej grupie, dopełniają informacje płynące z przeglądu częstości występowania poszczególnych objawów wchodzących w skład skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2. Objawy **zaburzeń pożądania** okazały się częstsze u kobiet. U obu płci występował zarówno brak poczucia potrzeby seksualnej, jak i jej ustępowanie w czasie stosunku. W zakresie **zaburzeń podniecenia** w grupie mężczyzn dominowały problemy z uzyskaniem erekcji, natomiast wśród kobiet, częściej niż brak reakcji genitalnej, występowało zakłócenie psychicznej komponenty podniecenia, związanej z odczuwaniem przyjemności w trakcie stosunku. Wśród kobiet objawy te pojawiały się dwukrotnie częściej niż u mężczyzn. **Zaburzenia orgazmu** wśród mężczyzn oznaczały równie często przedwczesny wytrysk nasienia co brak orgazmu. W grupie kobiet dominował problem nieosiągnięcia orgazmu oraz rzadziej, brak przyjemności towarzyszącej jego przeżywaniu. **Ból w czasie zbliżeń**, rzadko występujący wśród mężczyzn, występował u nich w podobnej częstości w czasie stosunku i po nim. W grupie kobiet był to problem częsty, związany przede wszystkim z próbą penetracji oraz, rzadziej, ból występujący w trakcie stosunku. **Dyssatisfakcja ze zbliżeń** była relatywnie rzadko podawana przez mężczyzn, u których najczęstszym jej przejawem był brak poczucia zaspokojenia popędu płciowego po stosunku. Kobiety podawały występowanie objawów z tej grupy częściej niż mężczyźni, a najistotniejsze okazały się: wrażenie nudy i monotonii oraz podobnie – brak zaspokojenia po stosunku. Objawy składające się na skalę **napięcia w czasie zbliżeń** były podawane często w wypadku obu płci. Opisywały one szeroką gamę nieprzyjemnych odczuć, takich jak: napięcie, złe samopoczucie, poczucie winy, brak odprężenia, niepokój, zniechęcenie, złość, poczucie wstydu, przeżycie „robienia czegoś złego”. Najważniejszym składnikiem skali **lęku w czasie zbliżeń** była podawana przez jedną czwartą badanych obu płci obawa przed niezaspokojeniem partnera. Na drugim miejscu w grupie mężczyzn podawana była obawa przed zbyt krótkim czasem trwania stosunku (ze względu na przedwczesny wytrysk lub utratę wzwodu), a wśród kobiet obawa przed brakiem gotowości do stosunku z powodu niewystarczającego nawilżenia pochwy. Na wyniki skali **negatywnej oceny zbliżeń** w grupie mężczyzn składały się: na pierwszym miejscu stwierdzenie, że partnerka (lub partner) nie współżył(a) z badanym w oczekiwany sposób (jedna czwarta badanych), a w dalszej kolejności

inne zastrzeżenia do siebie lub partnera, np. zbyt długi lub zbyt krótki czas zbliżenia czy niezaspokojenie potrzeb seksualnych partnerki (partnera). Kobiety bardzo często podawały przejawy swojej negatywnej oceny zbliżeń, w tym dodatkowo zbyt krótki czas trwania gry wstępnej oraz zbyt długi czas trwania stosunku płciowego.

6.2. Ocena rzetelności skal KSS2 grupujących objawy dysfunkcji seksualnych

W celu oceny przydatności skal nowego kwestionariusza w diagnostyce indywidualnej przeprowadzono ocenę rzetelności, obliczając dla każdej ze skal, rozdzielnie dla płci, współczynnik *alfa* Cronbacha.

6.2.1. Skale objawów fizjologicznych dysfunkcji seksualnych KSS2

Analizy ujawniły różnice w zakresie rzetelności skal kwestionariusza KSS2 w zależności od płci (tab. 6.16). W zakresie skal fizjologicznych w grupie mężczyzn wystarczającą do diagnostyki indywidualnej rzetelność uzyskały skale zaburzeń pożądania, zaburzeń podniecenia, zaburzeń orgazmu oraz zaburzeń przebiegających z bólem. W grupie kobiet graniczną rzetelność uzyskano w wypadku skali zaburzeń pożądania i dość dobrą dla skali zaburzeń związanych z bólem. Natomiast skala zaburzeń podniecenia i skala zaburzeń orgazmu wykazały niską rzetelność². Może to wynikać ze zbyt małej liczby pytań zawartych w tych skalach, niezawierających w wypadku kobiet pełnego spektrum dolegliwości.

Tabela 6.16. Rzetelność skal fizjologicznych objawów dysfunkcji seksualnych KSS2

Skale KSS2	Liczba zmiennych		<i>Alfa</i> Cronbacha	
	M	K	M	K
Zab. pożądania	8	8	0,73	0,66
Zab. podniecenia	7	4	0,76	0,57
Zab. orgazmu	10	6	0,70	0,43
Ból w czasie zbliżeń	7	6	0,83	0,69

² W odniesieniu do analiz prowadzonych na dużych grupach niskie współczynniki *alfa* Cronbacha utrudniają rozpoznanie istniejących zależności, co może powodować niewykrywanie zależności statystycznych, które istnieją i które mogłyby potencjalnie ujawnić się w wypadku badania grup o większej liczebności. Nie zmniejszają one natomiast znaczenia wykrytych zależności, które mimo niskich współczynników rzetelności skal, ujawniają się jako istotne statystycznie.

6.2.2. Skale objawów emocjonalnych dysfunkcji seksualnych KSS2

W wypadku skal dotyczących doświadczeń emocjonalnych w przebiegu zbliżeń płciowych (tab. 6.17) różnice w uzyskanej rzetelności między płciami nie były w większości znaczne. Zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, dobrą rzetelność uzyskano w skalach napięcia i negatywnej oceny. Niską rzetelność w obu grupach wykazała skala lęku w czasie zbliżeń, co może wskazywać na większe rzeczywiste zróżnicowanie tej grupy objawów, niż te, które uwzględniono w pytaniach kwestionariusza. Skala dysatisfakcji miała dobrą rzetelność w grupie kobiet, a niską w grupie mężczyzn.

Tabela 6.17. Rzetelność skal emocjonalnych objawów dysfunkcji seksualnych KSS2

Skale KSS2	Liczba zmiennych		Alfa Cronbacha	
	M	K	M	K
Dysatisfakcja	8	8	0,64	0,84
Napięcie w czasie zbliżeń	7	7	0,71	0,69
Lęk w czasie zbliżeń	6	6	0,59	0,58
Negatywna ocena zbliżeń	8	8	0,79	0,81

6.2.3. Skale objawów uogólnionych dysfunkcji seksualnych KSS2

Wśród skal grupujących objawy dysfunkcji uogólnionych, dotyczących oceny ostatnich 6 miesięcy przed badaniem, dobrą rzetelność dla obu płci uzyskała tylko skala awersji seksualnej (tab. 6.18). Akceptowalną rzetelność wykazała także skala obniżonej samooceny seksualnej, ale tylko w grupie kobiet. Rzetelność obliczona dla pozostałych skal była niska.

Tabela 6.18. Rzetelność skal uogólnionych objawów dysfunkcji seksualnych KSS2

Skale KSS2	Liczba zmiennych		Alfa Cronbacha	
	M	K	M	K
Hiperseksualność	4	4	0,62	0,48
Awersja seksualna	6	6	0,73	0,77
Zaniżona samoocena seksualna	4	4	0,60	0,73
Obniżone pożądanie spontaniczne	5	5	0,40	0,43
Ogólna dysatisfakcja seksualna	4	4	0,68	0,69

6.2.4. Podsumowanie analizy rzetelności skal KSS2

Część ocenianych skal wykazała na podstawie wyników w grupie badanej zadowalającą rzetelność. Niektóre były rzetelne w przypadku jednej płci, a niezadowalająco rzetelne w drugiej. Uzyskane wyniki wskazują, że zróżnicowanie badanych zagadnień może być znacznie większe niż pierwotnie zakładano, tworząc kwestionariusz KSS2. Przykładowo problematyka hiperseksualności stanowi odrębne, szeroko dyskutowane zagadnienie, w wypadku którego podkreśla się duże różnice indywidualne pomiędzy profilem objawów i przebiegiem zaburzenia u osób dotkniętych tym problemem, wymagającym uwzględnienia m.in. zaburzeń więzi, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, deficytu kontroli impulsów czy zaburzenia preferencji seksualnych. Uzyskanie niskich rzetelności poszczególnych skal sugeruje więc potrzebę zwiększenia liczby pytań w tych skalach przy tworzeniu kolejnych wersji kwestionariusza. Skale, które wykazały dużą rzetelność, mogą być stosowane jako efektywne narzędzie kliniczne. Korzystając z aktualnej wersji kwestionariusza w ocenie indywidualnego profilu zaburzeń, w wypadku skal o małej rzetelności należy rozpatrywać poszczególne odpowiedzi na pytania, zawarte w tych skalach, a nie sumaryczne wartości skal. Niska rzetelność nie stanowi natomiast istotnej przeszkody w stosowaniu danej skali do analiz związków między zmiennymi w dużych grupach. Stosowanie skal o małej rzetelności może obniżać wykrywalność istniejących zależności, natomiast zwiększa wiarygodność efektów wykrytych pomimo tego faktu.

6.3. Analiza istotności statystycznej zmian w zakresie objawów lękowych i dysfunkcji seksualnych pomiędzy stanem przed psychoterapią i po niej

Do oceny istotności statystycznej zmian między stanem przed psychoterapią i po niej w zakresie poszczególnych zmiennych zastosowano metodę dwuczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) z jednym czynnikiem powtórnego pomiaru (pomiar 1. w stosunku do pomiaru 2.) oraz jednym czynnikiem międzygrupowym (była nim płeć). Analizy wykonane tą metodą odpowiadają na pytania: (1) czy wielkość zmiany jest istotna statystycznie ogółem (bez rozbicia na płcie), (2) czy wielkość zmiany jest zróżnicowana między kobietami i mężczyznami, (3) czy zmiana jest istotna statystycznie w grupie mężczyzn, (4) czy zmiana jest istotna statystycznie w grupie kobiet.

6.3.1. Istotność statyczna zmiany między pierwszym a drugim pomiarem – analizy oparte na średnich wartości skal KO

Poniżej, w tabeli 6.19, przedstawiono wyniki analiz istotności zmiany w zakresie skal KO ogółem (tj. bez rozbijania na płcie; kolumna: Istotność zmiany) oraz wyniki dotyczące międzypłciowego zróżnicowania wielkości zmiany (odpowiadające na pytanie, czy wielkość zmiany jest inna u kobiet i u mężczyzn; kolumna: Interakcja płci ze zmianą).

W zakresie żadnej analizowanej zmiennej (wszystkie skale KO oraz współczynnik OWK) nie stwierdzono, by wielkość zmiany była zróżnicowana międzypłciowo (w zakresie różnicy między pomiarami i w obrębie każdego z pomiarów). Natomiast wielkość zmiany w pomiarach okazała się istotna statystycznie zarówno we wszystkich skalach, jak i w wypadku wskaźnika OWK, badającego ogólne nasilenie objawów nerwicowych.

Średnie wartości zmiany były wysokie we wszystkich skalach. Procentowa wielkość zmiany oscylowała między 48 a 76% wartości wyjściowej. Szczególnie wyraźna proporcjonalnie poprawa (68-77%) dotyczyła skal: fobii, hipochondrii, somatyzacji, unikania/zależności. Najniższą zmianę (choć nadal aż 48-56%) zaobserwowano w przypadku skal: lęku uogólnionego i napadowego, zaburzeń snu oraz dysfunkcji seksualnych. Wyniki w pozostałych skalach zmieniły się między pomiarami w granicach 58-67%.

Tabela 6.19. Istotność statyczna zmiany wartości skal KO między 1. a 2. pomiarem – przed psychoterapią i po niej. ANOVA

Zmiana w zakresie skal KO	Istotność zmiany		Interakcja płci ze zmianą		Średnie (OS)		Średnie (BS)
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	pomiar 1.	pomiar 2.	zmiana
Objawy fobiczne	210,63	< 0,001	1,52	0,219	13,48 (11,80)	2,96 (5,58)	10,19 (0,70)
Lęk uogólniony i napadowy	399,57	< 0,001	0,06	0,814	41,77 (15,27)	19,54 (14,43)	22,12 (1,11)
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	208,96	< 0,001	0,61	0,435	16,99 (12,79)	6,38 (9,88)	10,83 (0,75)
Objawy konwersyjne	158,64	< 0,001	0,01	0,917	29,25 (21,23)	12,01 (14,33)	17,30 (1,37)
Objawy autonomiczne	224,81	< 0,001	0,05	0,830	28,16 (16,06)	12,43 (11,55)	15,64 (1,04)
Objawy somatyzacyjne	249,17	< 0,001	0,01	0,940	26,67 (16,72)	10,14 (10,82)	16,55 (1,05)
Objawy hipochondryczne	217,04	< 0,001	1,82	0,178	14,30 (10,79)	4,67 (7,45)	9,98 (0,68)
Objawy neurasteniczne	405,17	< 0,001	2,26	0,134	51,07 (18,12)	23,98 (19,49)	27,89 (1,39)
Objawy depersonalizacji-derealizacji	174,19	< 0,001	0,03	0,855	14,72 (12,40)	4,69 (7,82)	9,98 (0,76)
Unikanie i zależność	361,45	< 0,001	2,72	0,100	40,83 (17,51)	16,88 (15,98)	24,78 (1,30)
Impulsywność i histrioniczność	225,73	< 0,001	0,04	0,845	27,34 (14,02)	12,97 (12,14)	14,30 (0,95)
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	107,16	< 0,001	0,21	0,647	11,11 (8,37)	4,94 (6,37)	6,07 (0,59)
Dysfunkcje seksualne	84,58	< 0,001	2,21	0,139	11,81 (10,26)	5,29 (7,26)	6,14 (0,67)
Objawy dystymiczne	353,67	< 0,001	1,37	0,243	34,52 (12,12)	16,62 (13,41)	18,34 (0,98)
OWK (suma wyników skal)	483,23	< 0,001	0,19	0,664	362,02 (138,14)	153,51 (112,86)	210,11 (9,56)

Jak widać w tabeli 6.20, oceniana tą samą metodą istotność statystyczna zmiany wskaźnika X-KON, oceniającego poziom neurotyczności, okazała się wysoka, przy jednoczesnym braku istotności statystycznej różnicy w zakresie wielkości zmiany w zależności od płci.

Tabela 6.20. Istotność statyczna zmiany między 1. a 2. pomiarem wskaźnika neurotyczności X-KON, obliczonego na podstawie kwestionariusza KON-2006

	Istotność zmiany		Interakcja płci ze zmianą		Średnie (OS)		Średnie (BS)
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	pomiar 1.	pomiar 2.	zmiana
X-KON	173,90	< 0,001	1,79	0,182	38,17 (22,20)	19,27 (20,66)	19,63 (1,49)

W żadnej analizie istotności zmiany w zakresie skal KO, OWK oraz X-KON nie uzyskano istotnej interakcji zmiany z płcią, co oznacza, że wielkość zmiany nie była inna u kobiet i u mężczyzn.

6.3.2. Istotność statyczna zmiany między pierwszym a drugim pomiarem – analizy oparte na średnich wartości skal KSS2

Jak wspomniano na wstępie rozdziału 6.1.2, w wypadku następujących skal dysfunkcji seksualnych różna jest liczba i treść pytań: skali objawów zaburzeń fazy podniecenia i fazy orgazmu oraz zaburzeń związanych z bólem w czasie współżycia. Uniemożliwia to bezpośrednie porównania międzypłciowe dla tych skal. W związku z tym analizy istotności statystycznej wielkości zmian w tych skalach wykonano osobno dla grup kobiet i mężczyzn, metodą jednoczynnikową *t* Studenta.

W grupie mężczyzn analiza wykazała istotność statystyczną zmiany w przypadku skali zaburzeń fazy podniecenia (tab. 6.21). Była to zmiana niekorzystna z punktu widzenia efektu terapii. W pozostałych dwóch skalach testy nie wykazały istotności statystycznej zmiany.

Tabela 6.21. Istotność statystyczna zmiany w wartości skal KSS2 między 1. a 2. pomiarem – analizy jednozmiennowe, mężczyźni. Test *t* Studenta

Skale KSS2	Średnie (<i>n</i> = 53)		OS		<i>T</i> (52)	<i>p</i>
	pomiar 1.	pomiar 2.	pomiar 1.	pomiar 2.		
Zab. podniecenia	0,57	0,98	1,34	1,69	-2,39	0,020
Zab. orgazmu	0,94	0,62	1,57	1,3	1,76	0,084
Ból w czasie zbliżeń	0,26	0,17	0,92	0,58	1,04	0,302

Podobnie w grupie kobiet jedyną skalą, w której zakresie występuje istotna statystycznie zmiana, była także skala zaburzeń podniecenia, choć w tym wypadku jest to zmiana w kierunku korzystnym (tab. 6.22). Analiza zmiany w skali zaburzeń orgazmu oraz zaburzeń związanych z bólem nie wykazała ich istotności.

Tabela 6.22. Istotność statystyczna zmiany w wartości skal KSS2 między 1. a 2. pomiarem – analizy jednozmiennowe, kobiety. Test *t* Studenta

Skale KSS2	Średnie (<i>n</i> = 115)		OS		<i>T</i> (114)	<i>p</i>
	pomiar 1.	pomiar 2.	pomiar 1.	pomiar 2.		
Zab. podniecenia	0,8	0,44	1,08	0,92	3,31	0,001
Zab. orgazmu	0,84	0,85	1,04	1,22	-0,08	0,939
Ból w czasie zbliżeń	0,67	0,58	1,16	1,31	0,69	0,495

Analizę istotności zmiany w pozostałych skalach KSS2 wykonano metodą dwuczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). Wyniki przedstawiono w tabeli 6.23.

Tabela 6.23. Istotność zmiany w skalach uogólnionych KSS2, mierzona na podstawie średnich

Skale KSS2	Istotność zmiany		Interakcja płci ze zmianą		Średnie (OS)		Średnie (BS)
	F	p	F	p	pomiar 1.	pomiar 2.	zmiana
Zab. pożądania	3,46	0,065	0,04	0,842	1,06 (1,52)	0,77 (1,78)	0,28 (0,15)
Dyssatisfakcja	0,02	0,877	0,37	0,547	0,79 (1,52)	0,74 (1,70)	0,02 (0,13)
Napięcie	6,20	0,014	0,85	0,359	1,18 (1,53)	0,86 (1,58)	0,37 (0,15)
Lęk	1,73	0,190	0,11	0,736	0,85 (1,19)	0,69 (1,07)	0,15 (0,12)
Negatywna ocena	4,48	0,036	0,66	0,417	1,52 (2,08)	1,19 (2,13)	0,40 (0,19)
Hiperseksualność	1,20	0,275	0,08	0,775	1,49 (0,56)	1,46 (0,51)	0,03 (0,03)
Awersja seksualna	17,69	< 0,001	4,03	0,046	1,54 (0,54)	1,41 (0,45)	0,11 (0,03)
Zaniżona samoocena	16,89	< 0,001	9,22	0,003	2,03 (0,63)	1,85 (0,62)	0,14 (0,03)
Pożądanie spontaniczne	11,04	0,001	3,62	0,059	2,10 (0,50)	1,93 (0,55)	0,13 (0,04)
Ogólna dysatisfakcja	34,20	< 0,001	3,50	0,063	2,43 (0,66)	2,66 (0,88)	-0,26 (0,04)

Istotne statystycznie okazały się zmiany w skali napięcia w czasie współżycia, negatywnej oceny zbliżeń erotycznych, awersji seksualnej, niskiej samooceny seksualnej, obniżenia pożądania spontanicznego oraz uogólnionej dysatisfakcji z życia seksualnego. Ponadto zaobserwowano zmianę w zakresie skali zaburzeń pożądania, na granicy istotności.

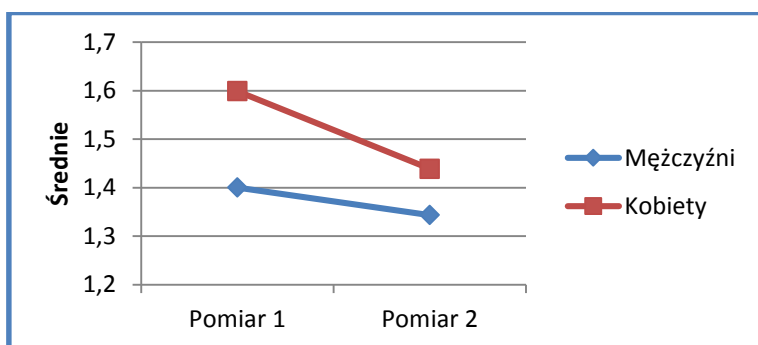
Zmiany miały charakter korzystny – nastąpiło ustępowanie zaburzeń – z wyjątkiem skali uogólnionej dysatisfakcji, której wartość średnia wzrosła między pomiarami, co oznacza pogorszenie w tym zakresie.

Zróznicowanie zmiany w obrębie wyników dla kobiet i mężczyzn było istotne statystycznie w skalach awersji seksualnej i niskiej samooceny seksualnej. Poniżej przedstawiono szczegółową analizę tych zależności.

Analiza różnic w obrębie płci dla skali awersji seksualnej (tab. 6.24, wyk. 6.6) wykazała, że zmiana była istotna statystycznie u kobiet ($p < 0,001$), lecz nie u mężczyzn ($p = 0,186$). Efekt ten może być związany z uzyskaniem wyższych wartości początkowych w wypadku kobiet.

Tabela 6.24. Średnie i odchylenia standardowe dla dwóch pomiarów w skali awersji seksualnej u kobiet i mężczyzn

	Średnie		OS	
	pomiar 1.	pomiar 2.	pomiar 1.	pomiar 2.
Mężczyźni	1,40	1,34	0,45	0,42
Kobiety	1,60	1,44	0,57	0,47

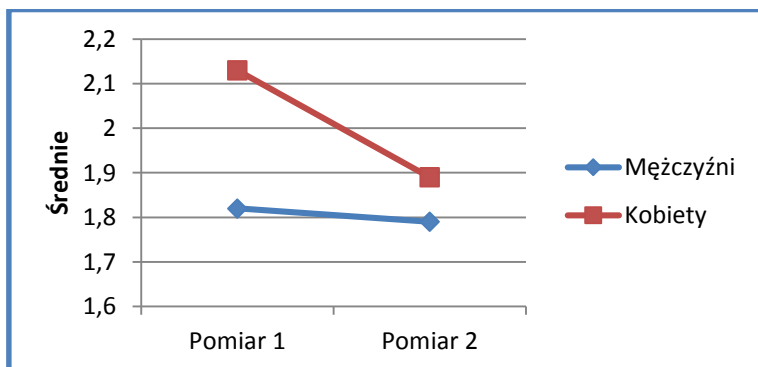


Wykres 6.6. Zmiana w skali awersji seksualnej u kobiet i mężczyzn

Podobnie w analizie związku płci ze zmianą w skali zaniżonej samooceny seksualnej w wypadku kobiet (tab. 6.25, wykr. 6.7) zmiana między pomiarami wartości skali była istotna statystycznie ($p < 0,001$), co jednak nie dotyczyło mężczyzn ($p = 0,186$). Może to być związane ze znacznie wyższymi początkowymi wartościami skali w grupie kobiet w pierwszym pomiarze.

Tabela 6.25. Średnie i odchylenia standardowe dla dwóch pomiarów w skali zaniżonej samooceny seksualnej u kobiet i mężczyzn

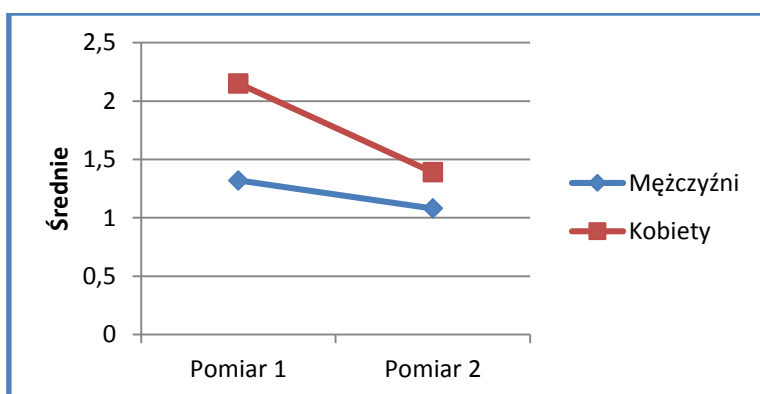
	Średnie		OS	
	pomiar 1.	pomiar 2.	pomiar 1.	pomiar 2.
Mężczyźni	1,82	1,79	0,53	0,54
Kobiety	2,13	1,89	0,65	0,65



Wykres 6.7. Zmiana w skali samooceny seksualnej u kobiet i mężczyzn

6.3.3. Analiza istotności zmiany w zakresie sumy skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych, w których wystąpił przynajmniej jeden objaw (XKSS)

W celu oceny istotności zmiany wskaźnika XKSS, obrazującego klinicznie nasilenie wieloobjawowej (mieszanej), czynnościowej dysfunkcji seksualnej, zastosowano analizę wariancji ANOVA. Wykres 6.8 obrazuje różnicę pomiędzy średnimi uzyskanymi przez badanych w dwóch pomiarach, rozdzielnie dla płci. Dwuczynnikowa analiza wariancji wykazała statystyczną istotność zmiany między pomiarami ($p = 0,001$, $F = 12,15$). Test nie wykazał istotnego zróżnicowania wielkości tej zmiany między kobietami a mężczyznami ($p = 0,078$, $F = 3,15$). Zwraca uwagę wyraźnie wyższy wynik w obu pomiarach w wypadku kobiet (zaburzenie bardziej wieloobjawowe), który opisano we wcześniejszych rozdziałach (choć istotne statystycznie różnice między płciami zaobserwowano tylko w pomiarze 1. – $p < 0,001$).



Wykres 6.8. Zmiana wartości wskaźnika XKSS, obrazującego liczbę współwystępujących objawów z zakresu czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2, w przebiegu psychoterapii – wartości średnie

6.3.4. Analiza istotności zmiany w zakresie częstości występowania przynajmniej jednego objawu w skalach KSS2

W tabeli 6.26 przedstawiono różnice w odsetkach osób, które w danej z czynnościowych skal KSS2 (związanych z przeżywaniem zbliżeń płciowych), podały występowanie przynajmniej jednego objawu, występującego w przynajmniej 5 na 10 ostatnich stosunków płciowych w czasie ostatnich 6 miesięcy (dla pierwszego pomiaru) lub w okresie terapii (dla drugiego pomiaru). W analizie wzięły udział wyłącznie osoby, które ukończyły terapię i wypełniły kwestionariusze w pierwszym i drugim pomiarze.

Analizy istotności zmiany w całej grupie badanej wykazały istotną zmianę w wypadku większości skal, poza skalą dyssatisfakcji po zbliżeniach oraz lęku w czasie zbliżeń seksualnych. W analizach rozdzielnych dla płci (tab. 27 oraz 28) nie potwierdzono istotnej zmiany w zakresie skali zaburzeń orgazmu. Poza tym ujawnił się istotny statystycznie wzrost częstości występowania zaburzeń podniecenia w grupie mężczyzn, odwrotnie niż w grupie kobiet, u których wystąpiło obniżenie wyników w tej skali. Wśród mężczyzn nie odnotowano zmiany w zakresie częstości występowania bólu w czasie stosunku. Zmiana w zakresie skal pożądania, napięcia oraz negatywnej oceny była istotna w wypadku obu płci.

Tabela 6.26. Zmiana w zakresie doświadczania przynajmniej jednego objawu z danej skali KSS2. Mężczyźni i kobiety łącznie (testy McNemara)

N = 167	Pomiar 1.		Pomiar 2.		Zmiana	p_d
	N	Procent	N	Procent	Procent	
Zab. pożądania	74	44,91	36	22,16	22,75	< 0,001
Zab. podniecenia	65	38,92	47	28,74	10,18	0,030
Zab. orgazmu	75	45,51	59	35,93	9,58	0,029
Ból w czasie zbliżeń	45	27,54	30	18,56	8,98	0,020
Dyssatisfakcja	52	31,74	39	23,95	7,78	0,066
Napięcie	79	47,90	50	30,54	17,37	< 0,001
Lęk	72	43,71	60	36,53	7,19	0,148
Negatywna ocena	85	51,50	56	34,13	17,37	< 0,001

p_d : poziom p oparty na rozkładzie dwumianowym

Tabela 6.27. Ogółem zmiana w zakresie doświadczania przynajmniej jednego objawu z danej skali KSS2. Mężczyźni (testy McNemara)

N = 53	Pomiar 1.		Pomiar 2.		Zmiana	p_d
	N	Procent	N	Procent	Procent	
Zab. pożądania	19	35,85	7	13,21	22,64	0,004
Zab. podniecenia	13	24,53	22	41,51	-16,98	0,049
Zab. orgazmu	21	39,62	14	26,42	13,20	0,118
Ból w czasie zbliżeń	5	9,43	5	9,43	0	---
Dyssatisfakcja	12	22,64	9	16,98	5,66	0,549
Napięcie	24	45,28	13	24,53	20,75	0,027
Lęk	26	49,06	19	35,85	13,21	0,167
Negatywna ocena	23	43,40	13	24,53	18,87	0,052

p_d : poziom p oparty na rozkładzie dwumianowym

Tabela 6.28. Ogółem zmiana w zakresie doświadczania przynajmniej jednego objawu z danej skali KSS2. Kobiety (testy McNemara)

N = 114	Pomiar 1.		Pomiar 2.		Zmiana	p_d
	N	Procent	N	Procent	Procent	
Zab. pożądania	56	49,12	30	26,32	22,80	< 0,001
Zab. podniecenia	52	45,61	26	22,81	22,80	< 0,001
Zab. orgazmu	55	48,25	46	40,35	7,90	0,163
Ból w czasie zbliżeń	41	35,96	26	22,81	13,15	0,014
Dyssatisfakcja	41	35,96	31	27,19	8,77	0,110
Napięcie	56	49,12	38	33,33	15,79	0,005
Lęk	47	41,23	42	36,84	4,39	0,522
Negatywna ocena	63	55,26	44	38,60	16,66	0,002

p_d : poziom p oparty na rozkładzie dwumianowym

6.3.5. Podsumowanie analiz istotności statystycznej zmiany pomiędzy pomiarami

Mierzona za pomocą kwestionariusza objawowego oraz kwestionariusza KON-2006 zmiana w przebiegu psychoterapii w zakresie nasilenia objawów nerwicowych i neurotycznych cech osobowości była istotna statystycznie i znacząca ilościowo, co potwierdziło wyniki wcześniejszych badań, prowadzonych na podobnych grupach pacjentów leczonych tą samą metodą [200-202]. Zmiany wartości poszczególnych skal KO oraz wskaźników X-KON nie były zależne od płci badanych pacjentów.

Analiza istotności zmian w nasileniu objawów dysfunkcji seksualnych przyniosła bardziej zróżnicowane informacje. Istotna statystycznie okazała się zmiana w zakresie liczby współwystępujących dysfunkcji, mierzonych przed i po psychoterapii za pomocą współczynnika XKSS. W grupie kobiet nieco wyższy był wynik w pierwszym i drugim pomiarze. Analiza nie wykazała jednak istotności statystycznej różnicy między zmianą u mężczyzn i kobiet.

Zmianę w nasileniu poszczególnych rodzajów objawów dysfunkcji seksualnych badano dwoma metodami – oceniając na podstawie dwóch pomiarów skal KSS2 różnicę między średnimi wynikami (ANOVA) oraz różnicę między częstością występowania przynajmniej jednego objawu w danej skali (testy McNemara). W analizach tych stwierdzono następujące fakty.

- Zmiana w zakresie **zaburzeń pożądania** była istotna w analizach częstości w przypadku obu płci, a w analizach średnich wyników na granicy istotności ($p = 0,065$).
- Zmiana nasilenia objawów **zaburzeń podniecenia** w obu analizach okazała się istotna i korzystna w grupie kobiet, a niekorzystna w grupie mężczyzn.
- Nie wykazano istotnej zmiany w zakresie nasilenia **zaburzeń orgazmu** w analizach wariancji średnich wyników, istotna zmiana została zidentyfikowana tylko w analizach częstości występowania objawów w całej grupie, natomiast nie potwierdziła się w analizach rozdzielnych dla płci.
- Zmiana w zakresie objawów **bólu w czasie zbliżeń** nie była istotna statystycznie w analizach na średnich wynikach, okazała się natomiast istotna w analizach częstości występowania objawów, ale tylko w grupie kobiet.
- Nie wykryto istotnych statystycznie zmian w zakresie objawów **dysatisfakcji ani lęku w czasie zbliżeń** w żadnej przeprowadzonej analizie.
- W obu analizach i w wypadku obu płci istotna była natomiast zmiana w zakresie nasilenia objawów **napięcia w czasie zbliżeń i negatywnej oceny zbliżeń**.

Istotność zmiany w zakresie uogólnionych dysfunkcji badano ze względu na charakter wyników skal wyłącznie metodą analizy wariancji średnich z uwzględnieniem płci (AVOVA). Wyniki przedstawiały się następująco.

- Nie stwierdzono istotności zmiany w zakresie **hiperseksualności**.
- Zmiana nasilenia **awersji seksualnej** była istotna statystycznie w grupie kobiet, a nieistotna wśród mężczyzn, przy czym wyjściowy średni wynik był w przypadku kobiet istotnie wyższy.
- Podobny był wynik analiz w wypadku **zaniżonej samooceny seksualnej** – jej wartość w pomiarze przed psychoterapią była wyższa wśród kobiet oraz istotnie zmniejszyła się po psychoterapii, czego nie zaobserwowano w grupie mężczyzn.
- Zmiana w zakresie **obniżonego pożądania seksualnego spontanicznego** była korzystna i istotna statystycznie, niezależnie od płci (interakcja z płcią na granicy istotności, $p = 0,059$).

- Nasilenie **uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego** zmieniło się w przebiegu psychoterapii nieco (o ok. 10%) na niekorzyść, istotnie statystycznie, niezależnie od płci.

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej wyniki oraz zakładając (przy jednoczesnej świadomości braku oceny zmiany w modelu badawczym z zastosowaniem grupy kontrolnej), że głównym czynnikiem wpływającym na nasilenie zaburzeń nerwicowych i seksualnych u badanych pacjentów było ich uczestnictwo w codziennej, trzymiesięcznej psychoterapii grupowej, połączonej z terapią indywidualną, można stwierdzić, że zastosowana metoda psychoterapii była bardzo skuteczna w leczeniu zaburzeń nerwicowych (uzyskano po leczeniu wskaźniki objawów bliskie normie populacyjnej), natomiast w zróżnicowany sposób oddziaływała na dysfunkcje seksualne.

Średnio pacjenci badani uzyskali poprawę w zakresie objawów zaburzeń pożądania w czasie zbliżeń, napięcia w czasie zbliżeń, negatywnej oceny sytuacji erotycznych oraz pożądania spontanicznego. W grupie kobiet ujawniły się dodatkowo korzystne zmiany w nasileniu objawów zaburzeń podniecenia, bólu w czasie zbliżeń, awersji seksualnej oraz zaniżonej samooceny seksualnej. Zmiany niekorzystne dotyczyły objawów zaburzeń podniecenia w grupie mężczyzn oraz uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego niezależnie od płci. W przypadku wielu wyników, zwłaszcza w grupie mężczyzn, widoczne były różnice między pomiarami, jednak okazały się nieistotne statystycznie, co może wynikać z niewystarczającej liczebności podgrup osób, u których występowały te zaburzenia (np. zmiana w nasileniu objawów zaburzeń orgazmu u mężczyzn). Sugeruje to potrzebę dalszych badań w tym przedmiocie.

6.4. Analiza skupień wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2

Rozpoznając różnorodność zależności między wynikami skal kwestionariusza objawowego i skal dysfunkcji seksualnych kwestionariusza KSS2 w dalszym toku badań wykonano analizy skupień, których celem było wyodrębnienie istniejących potencjalnie podgrup osób w badanej grupie, które charakteryzowałyby się podobną specyfiką w zakresie profilu zaburzeń seksualnych oraz podobną reakcją na oddziaływania terapeutyczne.

Analizy skupień dokonano za pomocą grupowania k-średnich, metodą sortowania odległości przy stałym interwale. Zmiennymi wyjściowymi były wszystkie skale dysfunkcji seksualnych (czynnościowych i uogólnionych) kwestionariusza KSS2. Przed analizą wszystkie zmienne wystandaryzowano poprzez przeliczenie na skalę standardową z^3 .

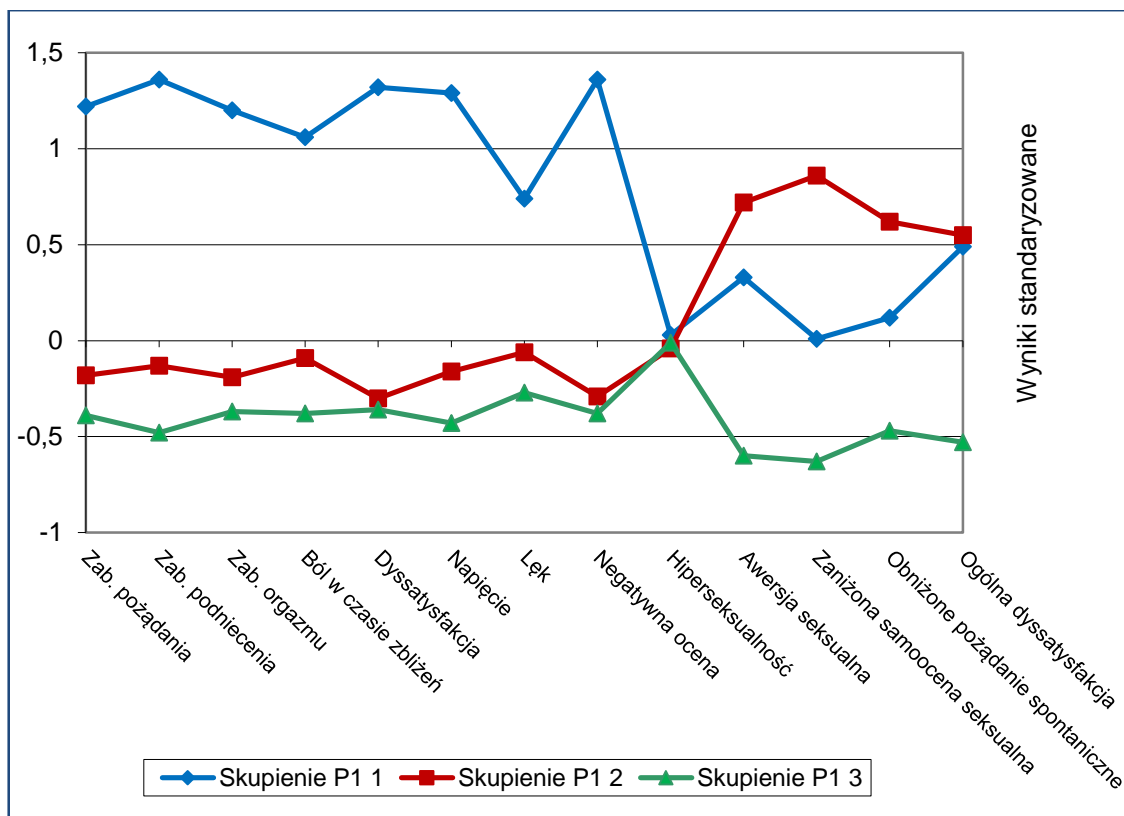
Wykonano analizy skupień dla pomiaru pierwszego – przed psychoterapią, pomiaru drugiego – po psychoterapii – oraz dla zmian wyliczonych jako różnica między pomiarem pierwszym a drugim.

6.4.1. Analiza skupień w pomiarze 1., przed psychoterapią

Podstawą do analiz był pierwszy pomiar zmiennych, dotyczących objawów dysfunkcji seksualnych – skal KSS2. Brano pod uwagę 8 skal dysfunkcji czynnościowych oraz 5 skal dysfunkcji uogólnionych. Wykonano analizy wymuszające wyłonienie 4, 3 oraz 2 skupień. Najczytelniejsze wyniki uzyskano w wypadku analizy dla 3 skupień (wykr. 6.9) o różnych liczebnościach (tab. 6.29).

Najwięcej badanych (48,59%) znalazło się w skupieniu 3 (wykr. 6.10). Jak wynika z tabeli 6.30, charakteryzuje się ono niskimi wynikami zarówno w skalach dysfunkcji czynnościowych (dotyczących objawów występujących w czasie zbliżeń płciowych), jak i zaburzeń uogólnionych. Wyjątek stanowi skala hiperseksualności, która nie różnicowała opisanych skupień. W skupieniu 2. znalazło się 31,33% badanych. W grupie tej występują wysokie wskaźniki dysfunkcji uogólnionych i niskie wskaźniki dysfunkcji czynnościowych. Pierwsze skupienie zawiera 20,08% badanej grupy. Ujawniły się w nim średnio bardzo wysokie wyniki skal dysfunkcji czynnościowych oraz nieco podwyższone wyniki skal objawów dysfunkcji uogólnionych, z wyjątkiem zaniżonej samooceny seksualnej.

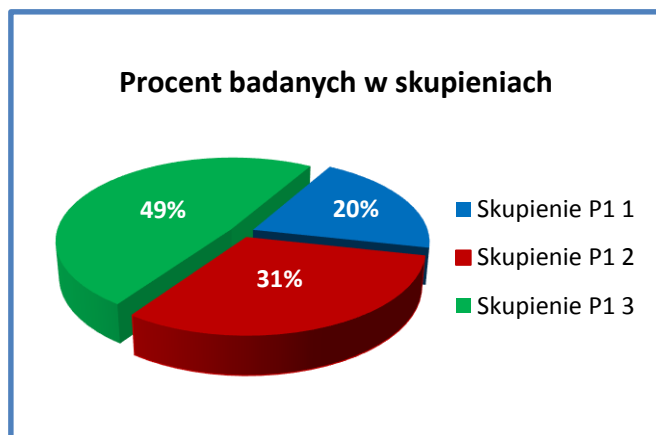
³ Skala standardowa z ma średnią 0 oraz odchylenie standardowe 1 bez względu na średnią i odchylenie standardowe wyników surowych. Zastosowanie skali standardowej pozwala porównywać wyniki uzyskane na skalach pomiarowych o odmiennych właściwościach, nieporównywalnych bezpośrednio.



Wykres 6.9. Średnie wartości skal KSS2 w skupieniach dla pomiaru 1.

Tabela 6.29. Liczebności w skupieniach dla pomiaru 1. wartości skal KSS2

	N	Procent
Skupienie 1.	50	20,08
Skupienie 2.	78	31,33
Skupienie 3.	121	48,59
Ogółem	249	100,00



Wykres 6.10. Liczebności w skupieniach dla pomiaru 1. wartości skal KSS2

Tabela 6.30. Średnie i odchylenia standardowe w skupieniach wykonanych na wynikach pomiaru 1. wartości skal KSS2

Skale KSS2	Średnie w skupieniach			OS w skupieniach		
	P1 1	P1 2	P1 3	P1 1	P1 2	P1 3
Zab. pożądania	1,22	-0,18	-0,39	1,19	0,79	0,54
Zab. podniecenia	1,36	-0,13	-0,48	1,09	0,79	0,41
Zab. orgazmu	1,20	-0,19	-0,37	1,14	0,74	0,64
Ból w czasie zbliżeń	1,06	-0,09	-0,38	1,47	0,84	0,32
Dyssatisfakcja	1,32	-0,30	-0,36	1,44	0,40	0,44
Napięcie	1,29	-0,16	-0,43	0,98	0,80	0,60
Lęk	0,74	-0,06	-0,27	1,27	0,95	0,72
Negatywna ocena	1,36	-0,29	-0,38	1,09	0,55	0,64
Hiperseksualność	0,03	-0,04	-0,01	1,06	0,95	1,03
Awersja seksualna	0,33	0,72	-0,60	1,02	1,02	0,48
Zaniżona samoocena seksualna	0,01	0,86	-0,63	0,90	0,82	0,60
Obniżone pożądanie spontaniczne	0,12	0,62	-0,47	0,92	1,03	0,71
Ogólna dysatisfakcja seksualna	0,49	0,55	-0,53	0,79	0,77	0,92

Analiza wariancji (tab. 6.31) wskazuje na bardzo skuteczne zróżnicowanie między skupieniami w zakresie wszystkich zmiennych wyjściowych, z wyjątkiem wyników w skali hiperseksualności, które nie były zróżnicowane między skupieniami.

Tabela 6.31. Analiza wariancji (ANOVA) dla różnic między skupieniami w pierwszym pomiarze wartości skal KSS2

Skale KSS2	$F(2, 246)$	p
Zab. pożądania	76,68	< 0,001
Zab. podniecenia	117,69	< 0,001
Zab. orgazmu	71,94	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	53,27	< 0,001
Dyssatisfakcja	98,57	< 0,001
Napięcie	95,92	< 0,001
Lęk	21,29	< 0,001
Negatywna ocena	109,72	< 0,001
Hiperseksualność	0,07	0,933
Awersja seksualna	68,44	< 0,001
Zaniżona samoocena seksualna	96,17	< 0,001
Obniżone pożądanie spontaniczne	38,77	< 0,001
Ogólna dysatisfakcja seksualna	48,15	< 0,001

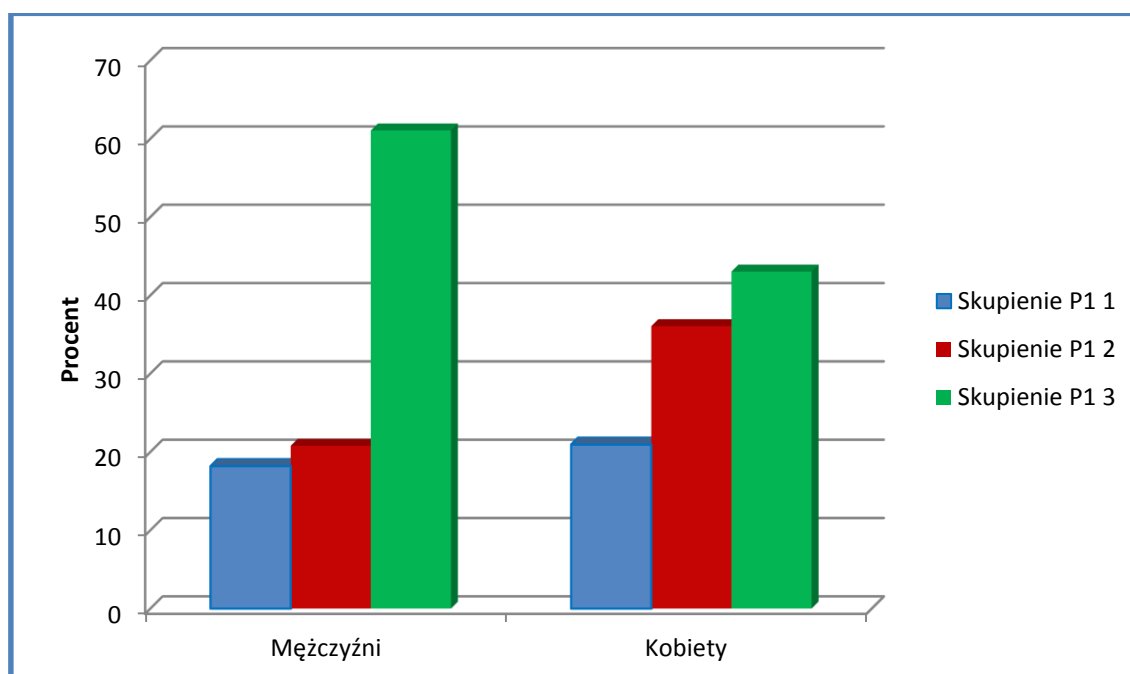
6.4.1.1. Skupienia dla pomiaru 1. KKS2 a inne zmienne

Zróźnicowanie między liczbą kobiet i mężczyzn w skupieniach dla pierwszego pomiaru skal KKS2 było istotne statystycznie (tab. 6.32, wykr. 6.11). W podgrupie mężczyzn 18% znalazło się w skupieniu P1 1, 21% w skupieniu P1 2, a 61% w skupieniu P1 3. Wśród kobiet 20% było w skupieniu P1 1, 36% – o 16% więcej niż mężczyzn w skupieniu P1 2, a 49% – o 12% mniej niż mężczyzn w skupieniu P1 3.

Tabela 6.32. Liczba i odsetek mężczyzn i kobiet w poszczególnych skupieniach dla pomiaru 1. wartości skal KKS2

$\chi^2(2) = 7,71; p = 0,021$		Płeć					
		mężczyźni		kobiety		ogółem	
		<i>n</i>	Procent	<i>n</i>	Procent	<i>N</i>	Procent
Skupienie	P1 1	14	18,18	36	20,93	50	20,08
	P1 2	16	20,78	62	36,05	78	31,33
	P1 3	47	61,04	74	43,02	121	48,59
	ogółem	77	100,00	172	100	249	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .



Wykres 6.11. Liczba mężczyzn i kobiet w skupieniach uzyskanych dla 1. pomiaru wartości skal KKS2

Dokonano także analizy istotności różnic między skupieniami, w zakresie wieku, wykształcenia oraz faktu doświadczenia nadużycia seksualnego w dzieciństwie.

Żaden z trzech testów nie wykrył zależności istotnych statystycznie. Wiek porównano testem ANOVA – $F = 0,99$; $p = 0,375$; wykształcenie testem H Kruskala-Wallisa⁴ $chi^2 = 2,82$; $p = 0,244$; fakt nadużycia seksualnego w dzieciństwie także testem H Kruskala-Wallisa: $chi^2 = 0,65$; $p = 0,724$.

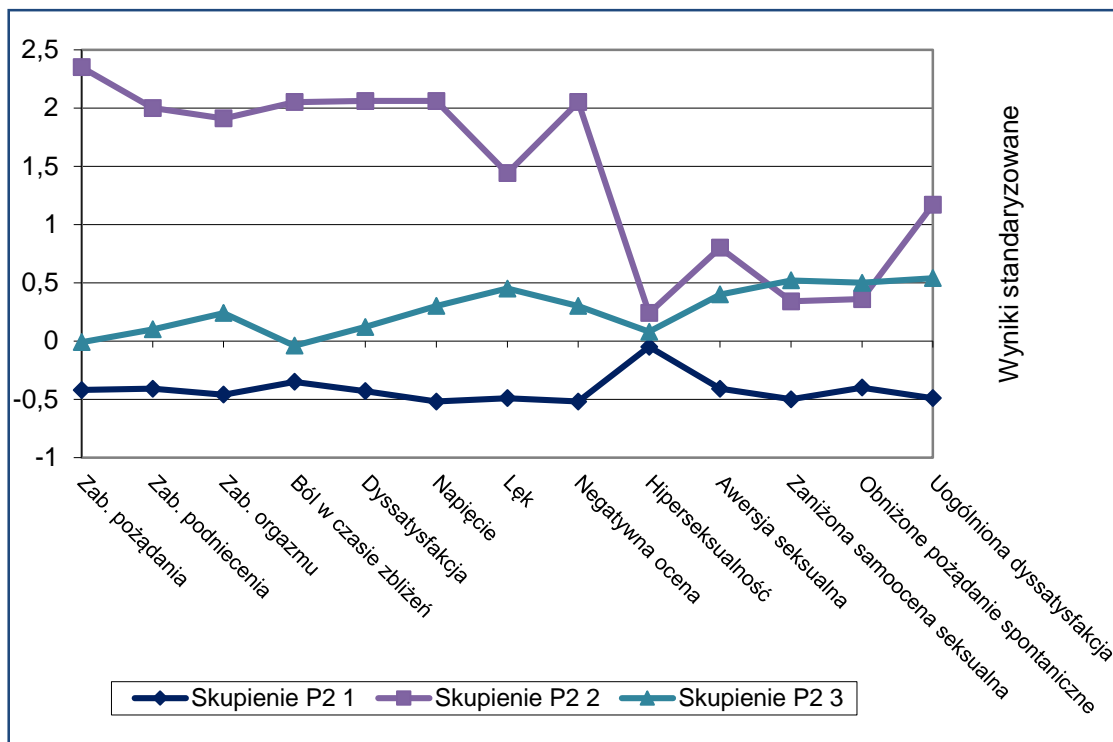
6.4.2. Analiza skupień w pomiarze 2., po psychoterapii

Analiza skupień w drugim pomiarze dotyczyła osób, które ukończyły 3-miesięczną psychoterapię grupową. Wykonano analizy wymuszające wyłonienie 4, 3 oraz 2 skupień. Najczytelniejsze wyniki także uzyskano w przypadku analizy dla 3 skupień (wykr. 6.12).

Różnica między skupieniami dla pomiarów 1. i 2. może wynikać zarówno z wpływu leczenia, jak i z nieokreślonych czynników związanych z nieuczestniczeniem w drugiej części badania (nieukończenie terapii, odmowa wypełnienia kwestionariuszy, niedokończenie badania itp.). Z tego powodu bardziej istotne są analizy dotyczące zmiany między pomiarami niż ocena skupień wyłonionych w pomiarze 2.

Niezależnie od wymienionych zastrzeżeń podjęto ocenę trzech uzyskanych skupień (tab. 6.33, wykr. 6.13). Skupienie 1. stanowi odpowiednik trzeciego skupienia dla pierwszego pomiaru (tab. 6.34). Podgrupa 59,66% w tym skupieniu ma niskie wyniki we wszystkich skalach. Inaczej niż w skupieniach dla 1. pomiaru, występuje tu skupienie 3., w którym pojawiają się nieco podwyższone wyniki dla skal czynnościowych oraz w równie niewielkim stopniu podwyższone skale zaburzeń uogólnionych. W przybliżeniu odpowiada ono skupieniu 2. dla pomiaru 1. z podwyższonymi skalami czynnościowymi i obniżonymi skalami uogólnionymi. Skupienie to stanowi 29,55% grupy. Skupienie 2. dla pomiaru 2. Stanowi 10,80% badanych. Jest ono podobne do skupienia 1. w pomiarze 1. – występują znacznie podwyższone skale czynnościowe, ale także wysoki wynik w skali awersji i znaczny w skali uogólnionej dyssatisfakcji.

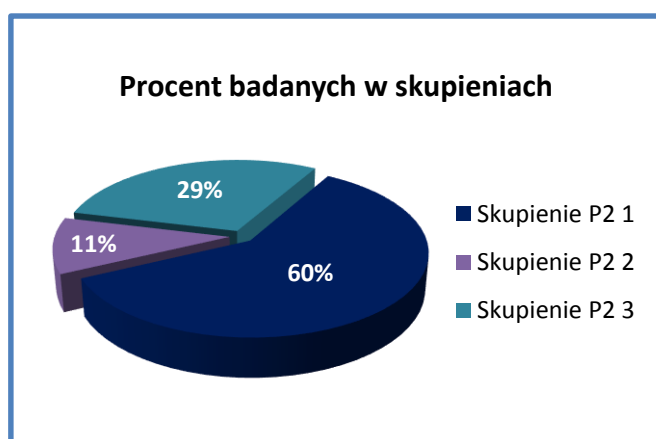
⁴ Test H Kruskala-Wallisa jest odpowiednikiem analizy wariancji dla zmiennej zależnej porządkowej



Wykres 6.12. Średnie wartości skal KSS2 w skupieniach dla pomiaru 2.

Tabela 6.33. Liczebności w skupieniach dla pomiaru 2. wartości skal KSS2

	<i>N</i>	Procent
Skupienie 1.	105	59,66
Skupienie 2.	19	10,80
Skupienie 3.	52	29,55
Ogółem	176	100,00



Wykres 6.13. Liczebności w skupieniach dla pomiaru 2. wartości skal KSS2

Tabela 6.34. Średnie i odchylenia standardowe w skupieniach dla pomiaru 2. wartości skal KSS2

Skale KSS2	Średnie w skupieniach			OS w skupieniach		
	P2 1	P2 2	P2 3	P2 1	P2 2	P2 3
Zab. pożądania	-0,42	2,35	-0,01	0,11	1,22	0,67
Zab. podniecenia	-0,41	2,00	0,10	0,29	1,21	0,93
Zab. orgazmu	-0,46	1,91	0,24	0,44	1,06	0,88
Ból w czasie zbliżeń	-0,35	2,05	-0,04	0,31	1,63	0,67
Dyssatysfakcja	-0,43	2,06	0,12	0,12	1,37	0,86
Napięcie	-0,52	2,06	0,30	0,16	0,97	0,88
Lęk	-0,49	1,44	0,45	0,45	1,11	1,05
Negatywna ocena	-0,52	2,05	0,30	0,23	0,92	0,89
Hiperseksualność	-0,05	0,24	0,08	0,92	1,32	0,97
Awersja seksualna	-0,41	0,80	0,40	0,61	1,09	1,18
Zaniżona samoocena seksualna	-0,50	0,34	0,52	0,64	0,70	1,04
Obniżone pożądanie spontaniczne	-0,40	0,36	0,50	0,74	1,21	1,08
Ogólna dysatysfakcja seksualna	-0,49	1,17	0,54	0,89	0,31	0,71

Podobnie jak w przypadku badania skupień dla pierwszego pomiaru, w analizie wariancji wykazano bardzo skuteczne zróżnicowanie między skupieniami w zakresie wszystkich zmiennych wyjściowych, z wyjątkiem skali hiperseksualności, która nie była zróżnicowana między skupieniami (tab. 6.35).

Tabela 6.35. Analiza wariancji (ANOVA) dla różnic między skupieniami pomiaru 2. wartości skal KSS2

Skale KSS2	$F(2, 173)$	p
Zab. pożądania	211,32	< 0,001
Zab. podniecenia	103,10	< 0,001
Zab. orgazmu	102,92	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	99,13	< 0,001
Dyssatysfakcja	119,23	< 0,001
Napięcie	165,29	< 0,001
Lęk	65,45	< 0,001
Negatywna ocena	161,36	< 0,001
Hiperseksualność	0,84	0,435
Awersja seksualna	24,73	< 0,001
Zaniżona samoocena seksualna	33,37	< 0,001
Obniżone pożądanie spontaniczne	19,10	< 0,001
Ogólna dysatysfakcja seksualna	52,56	< 0,001

6.4.2.1. Skupienia dla pomiaru 2. KKS2 a inne zmienne

W ocenie zależności skupień dla 2. pomiaru od płci nie wykryto istotnych statystycznie różnic między mężczyznami i kobietami (tab. 6.36). Analizy różnic między skupieniami w zakresie wieku (ANOVA: $F = 2,29$; $p = 0,132$), wykształcenia pacjentów (test H Kruskala-Wallisa: $\chi^2 = 0,38$; $p = 0,827$) oraz faktu doświadczenia przez nich nadużycia seksualnego w dzieciństwie (test H Kruskala-Wallisa: $\chi^2 = 0,74$; $p = 0,690$) także nie wykazały istotności statystycznej.

Tabela 6.36. Liczba i odsetek mężczyzn i kobiet w poszczególnych skupieniach dla pomiaru 2. wartości skal KSS2

$\chi^2(2) = 0,44$; $p = 0,803$		Płeć					
		mężczyźni		kobiety		ogółem	
		<i>n</i>	Procent	<i>n</i>	Procent	<i>N</i>	Procent
Skupienie	P2 1	34	59,65	71	59,66	105	59,66
	P2 2	5	8,77	14	11,76	19	10,80
	P2 3	18	31,58	34	28,57	52	29,55
	ogółem	57	100,00	119	100,00	176	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

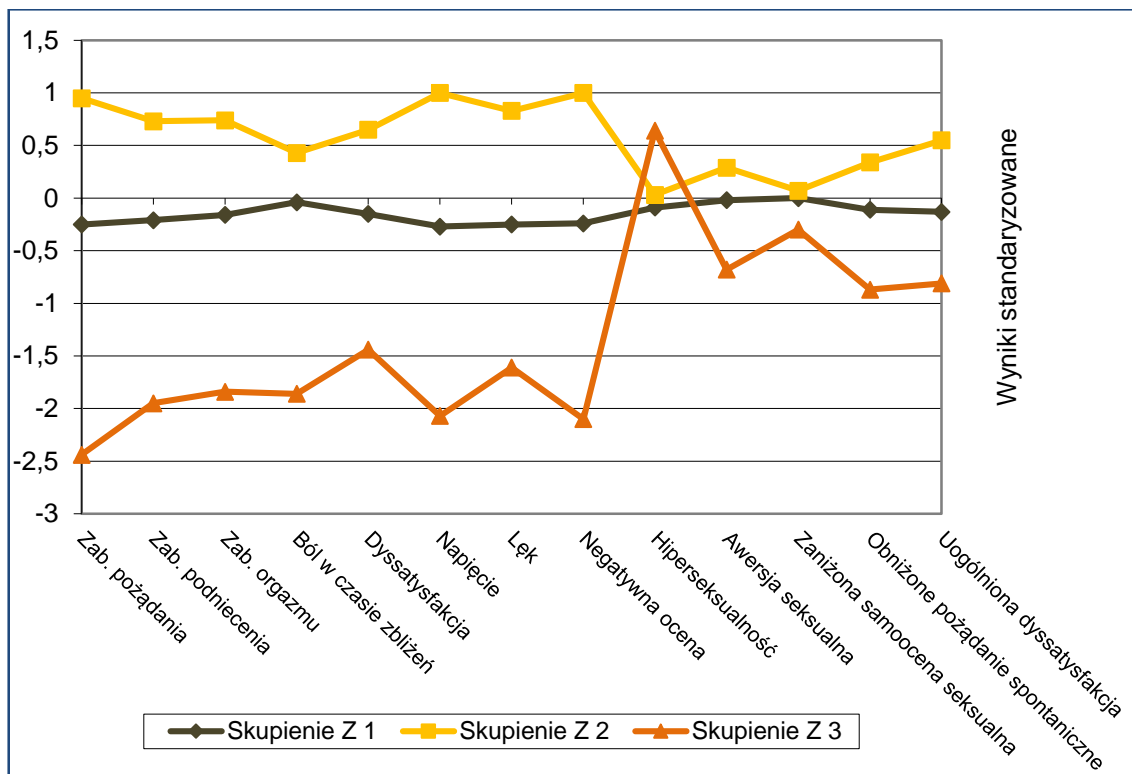
6.4.3. Analiza skupień dla zmiany wartości skal KSS2

Podstawą do analiz była różnica między pierwszym i drugim pomiarem skal zaburzeń seksualnych. Wykonano analizy wymuszające wyłonienie 4, 3 oraz 2 skupień. Podobnie jak we wcześniejszych analizach, najczytelniejsze wyniki uzyskano w przypadku analizy dla 3 skupień (wykr. 6.14). W analizie skupień dla zmiany w zakresie skal dysfunkcji seksualnych uwzględniono wyłącznie osoby, które ukończyły 3-miesięczną psychoterapię grupową i wypełniły kwestionariusz KSS2 w pomiarze przed i po terapii. Dodatni wynik w danej skali oznacza poprawę rozumianą jako spadek wartości skal, które określają cechy negatywne (np. awersja, dyssatisfakcja, lęk), ujemny – pogorszenie (tab. 6.37).

Jak wynika z tabeli 6.38 oraz wykresu 6.15, najliczniejsze skupienie 1. zawiera 63,69% badanych, tj. osoby, u których w żadnej ze skal nie wystąpiła istotna zmiana. Skupienie 2. (30,36%) grupuje osoby, które uzyskały korzystną zmianę w wielu skalach, wyraźną zwłaszcza dla skal dysfunkcji czynnościowych. Nastąpiła w tej grupie także po-

zytywna zmiana w zakresie ogólnej satysfakcji z życia seksualnego, pożądania spontanicznego oraz awersji seksualnej. Nie występują w niej zmiany w skali hiperseksualności ani samooceny seksualnej, przy czym skale te nie różnicują opisywanych skupień.

Trzecie skupienie, o niewielkiej liczebności (5,95%), charakteryzuje się znacznym pogorszeniem w zakresie skal czynnościowych, nieistotną zmianą w skali hiperseksualności, oraz stosunkowo niewielkim pogorszeniem w pozostałych skalach zaburzeń uogólnionych.



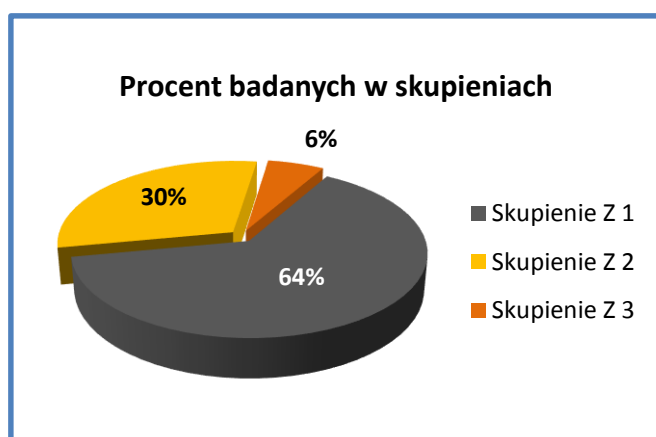
Wykres 6.14. Średnie w skupieniach dla zmiany wyników skal dysfunkcji seksualnych KSS2

Tabela 6.37. Średnie i odchylenia standardowe w skupieniach dla zmian w skalach dysfunkcji seksualnych KSS2

Skale KSS2	Średnie w skupieniach			OS w skupieniach		
	Z 1	Z 2	Z 3	Z 1	Z 2	Z 3
Zab. pożądania	-0,25	0,95	-2,44	0,50	0,89	1,25
Zab. podniecenia	-0,21	0,73	-1,95	0,70	1,08	0,83
Zab. orgazmu	-0,16	0,74	-1,84	0,71	1,04	1,01
Ból w czasie zbliżeń	-0,04	0,43	-1,86	0,60	1,09	1,73
Dyssatisfakcja	-0,15	0,65	-1,44	0,63	0,92	1,15
Napięcie	-0,27	1,00	-2,07	0,67	1,00	1,51
Lęk	-0,25	0,83	-1,61	0,95	1,33	1,39
Negatywna ocena	-0,24	1,00	-2,10	0,55	0,98	0,84
Hiperseksualność	-0,09	0,03	0,64	0,98	0,97	0,88
Awersja seksualna	-0,02	0,29	-0,68	0,97	1,01	1,20
Zaniżona samoocena seksualna	0	0,07	-0,30	0,92	1,17	0,54
Obniżone pożądanie spontaniczne	-0,11	0,34	-0,87	0,95	0,86	1,44
Ogólna dysatisfakcja seksualna	-0,13	0,55	-0,81	0,92	1,04	0,76

Tabela 6.38. Liczebności w skupieniach dla zmian między pomiarami wartości skal KSS2

	Liczba	Procent
Skupienie Z 1	107	63,69
Skupienie Z 2	51	30,36
Skupienie Z 3	10	5,95
Ogółem	168	100,00



Wykres 6.15. Liczebności w skupieniach dla zmian między pomiarami wartości skal KSS2

Analiza wariancji (tab. 6.39) wskazuje na bardzo skuteczne zróżnicowanie między skupieniami w zakresie wszystkich zmiennych wyjściowych, z wyjątkiem hiperseksualności i zaniżonej samooceny seksualnej, które nie były zróżnicowane między skupieniami.

Tabela 6.39. Analiza wariancji (ANOVA) dla różnic między skupieniami zmian w wynikach skal dysfunkcji seksualnych KSS2

Skala KSS2	<i>F</i> (2, 165)	<i>p</i>
Zab. pożądania	114,98	< 0,001
Zab. podniecenia	49,44	< 0,001
Zab. orgazmu	45,60	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	29,30	< 0,001
Dyssatysfakcja	38,45	< 0,001
Napięcie	71,40	< 0,001
Lęk	27,65	< 0,001
Negatywna ocena	95,70	< 0,001
Hiperseksualność	2,65	0,074
Awersja seksualna	4,43	< 0,001
Zaniżona samoocena seksualna	0,60	0,549
Obniżone pożądanie spontaniczne	7,89	< 0,001
Ogólna dyssatysfakcja seksualna	13,30	< 0,001

6.4.3.1. Skupienia dla zmiany między pomiarami KKS2 a inne zmienne

Wykonano także analizy związku skupień dla zmiany między pomiarami KSS2 z płcią, wiekiem, wykształceniem i doświadczeniem nadużycia w dzieciństwie.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do płci (tab. 6.40). Istotne natomiast okazały się różnice między skupieniami w zakresie wieku badanych, które przedstawia tabela 6.41 oraz wykres 6.16.

Tabela 6.40. Liczba i odsetek mężczyzn i kobiet w poszczególnych skupieniach dla zmian wartości skal KSS2

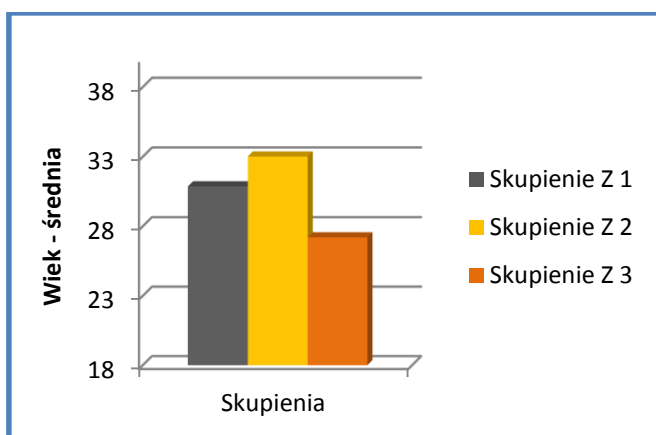
$\chi^2(2) = 2,26; p = 0,322$		Płeć					
		mężczyźni		kobiety		ogółem	
		<i>n</i>	Procent	<i>n</i>	Procent	<i>N</i>	Procent
Skupienie	Z 1	38	71,70	69	60,00	107	63,69
	Z 2	13	24,53	38	33,04	51	30,36
	Z 3	2	3,77	8	6,96	10	5,95
	ogółem	53	100,00	115	100,00	168	100,00

Różnice międzypłciowe oceniane testem χ^2 .

Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA wykazała istotność statystyczną różnic wieku badanych w poszczególnych skupieniach ($F = 3,21, p = 0,043$). Test post-hoc Tamhane'a ujawnił, że różnica statystycznie istotna dotyczy tylko skupień 2. i 3. Osoby zgrupowane w skupieniu 2. (poprawa kliniczna) były średnio o 5,8 lat starsze od osób, które znalazły się w skupieniu 3. (pogorszenie kliniczne).

Tabela 6.41. Średni wiek badanych a skupienia obliczone dla zmian wartości skal KSS2

	<i>N</i>	Średnia	OS
Skupienie Z 1	107	30,86	6,87
Skupienie Z 2	51	33,00	8,20
Skupienie Z 3	10	27,20	5,41
Ogółem	168	31,29	7,32



Wykres 6.16. Średni wiek badanych a skupienia obliczone dla zmian wartości skal KSS2

Również istotne zależności wykryto w zakresie różnic dotyczących przeświadczenia o byciu nadużywanym w dzieciństwie wśród pacjentów, którzy znaleźli się w poszczególnych skupieniach (test H Kruskala-Wallisa: $chi^2 = 11,19$; $p = 0,004$). Wyniki przedstawiono w tabeli 6.42.

Tabela 6.42. Średnie wyniki odpowiedzi na pytanie o przeżycie nadużycia seksualnego w dzieciństwie a skupienia obliczone dla zmian między pomiarami wartości skal KSS2

	N	Średnia	OS	Minimum	Maksimum
Skupienie Z 1	106	1,30	0,79	1	4
Skupienie Z 2	51	1,78	1,15	1	4
Skupienie Z 3	10	1,10	0,31	1	2
Ogółem	167	1,44	0,93	1	4

Różnice między średnimi odpowiedzi na pytanie o doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie zbadane dodatkowo testem post-hoc Tamhane'a okazały się istotne pomiędzy skupieniami 1. i 2. oraz 2. i 3. Odpowiedzi lokowały się między „nie” (1) a „tak” (4). Można zauważyć, że w skupieniu 3. (pogorszenie objawowe) nie występowały odpowiedzi „raczej tak” ani „tak”. Najwyższa średnia odpowiedzi wystąpiła w skupieniu 2., które grupuje osoby z poprawą kliniczną.

6.4.4. Podsumowanie wyników analizy skupień

Skupienia dla pomiaru pierwszego – przed psychoterapią

Uzyskano trzy skupienia dla pierwszego pomiaru, w których znalazło się kolejno 20, 31 i 49% wszystkich badanych. Osoby w skupieniu pierwszym (P1 1) charakteryzowały się jednoczesnym przeżywaniem objawów wielu dysfunkcji seksualnych związanych z bieżącą aktywnością seksualną, co zmniejszało znacznie ich ogólną satysfakcję z życia seksualnego. Znalazła się w nim podobna liczba kobiet i mężczyzn.

Osoby znajdujące się w skupieniu drugim (P1 2) nie doświadczały wielu objawów dysfunkcji seksualnych w czasie sytuacji erotycznych, podawały jednak objawy z zakresu awersji seksualnej, obniżonego pożądania spontanicznego, zaniżonej samooceny w zakresie seksualności i mimo przeciętnie udanych interakcji seksualnych także nie były zadowolone ze swojego życia seksualnego. W skupieniu tym znalazło się więcej kobiet niż mężczyzn.

Trzecie skupienie (P1 3) grupowało osoby, które można określić jako zdrowe w odniesieniu do dysfunkcji seksualnych – nie przeżywały one ani znaczących objawów w czasie zbliżeń erotycznych, ani nie przejawiały negatywnych nastawień wobec własnej seksualności czy jakości aktywności seksualnej. W skupieniu tym bardziej liczna była grupa mężczyzn.

Skupień nie różnicowała skala hiperseksualności, co może wskazywać na jej odrębny od pozostałych dysfunkcji seksualnych charakter i niezależne mechanizmy psychopatologiczne, wiązane przez badaczy, jak już wspomniano, m.in. z uzależnieniem, kompulsywnością, impulsywnością, hiperfilią czy zaburzeniem więzi. Nie stwierdzono różnic między ujawnionymi skupieniami w odniesieniu do wieku i wykształcenia badanych ani ujawnianego doświadczenia nadużycia seksualnego w dzieciństwie.

Skupienia dla pomiaru drugiego – po psychoterapii

Wyłonione trzy skupienia wyników uzyskanych w drugim pomiarze wskazują na istnienie niewielkiej podgrupy badanych (Skupienie P2 2), u których mimo terapii utrzymywały się lub pojawiły pod koniec leczenia liczne objawy dysfunkcji seksualnych. Grupa ta była procentowo mniej liczna niż podobna podgrupa wyłoniona w skupieniach dla pierwszego pomiaru (11% badanych). Nadal największe skupienie (P2 1) stanowiła podgrupa osób, u których dysfunkcje seksualne nie występowały (59,5% badanych). Skupienie trzecie (P2 3) w tych analizach obejmuje grupę osób, u których wystąpiły nieco podwyższone wartości nasilenia zarówno dysfunkcji czynnościowych, jak i uogólnionych, przy umiarkowanej zaznaczającej się uogólnionej dyssatysfakcji z życia seksualnego (29,5%). W porównaniu do analiz dla pierwszego pomiaru nie pojawiło się skupienie o wybitnie podwyższonych skalach zaburzeń uogólnionych i niskiej satysfakcji z życia seksualnego, przy niewielkich objawach dysfunkcji czynnościowych, które odpowiadałyby skupieniu P1 2. Podobnie jak w wypadku skupień dla pierwszego pomiaru, skupień na wartościach pomiaru drugiego nie różnicowała skala hiperseksualności. Rozkład płci między skupieniami nie był istotny statystycznie. Nie wykryto także ich zależności od wieku, wykształcenia ani doświadczenia nadużyć w dzieciństwie.

Skupienia dla zmiany w wynikach skal KSS2 w przebiegu psychoterapii

Uzyskano trzy skupienia, z których najliczniejsze (64% badanych) obejmowało osoby, u których nie nastąpiła istotna zmiana w zakresie dysfunkcji seksualnych (skupienie Z 1). Biorąc pod uwagę liczebność, skupienie to musiało zawierać zarówno osoby,

które kończyły psychoterapię bez zaburzeń seksualnych, jak i te, które doświadczały dysfunkcji. W skupieniu drugim (Z 2, 30% badanych) zlokalizowały się osoby, które uzyskały poprawę w zakresie nasilenia większości badanych objawów, zarówno występujących w czasie zbliżeń seksualnych, jak i w zakresie awersji seksualnej, pożądania spontanicznego oraz ogólnej satysfakcji z życia seksualnego. Skupienie grupujące osoby, u których wystąpiła niekorzystna zmiana w wielu skalach (Z 3), miało niewielką liczebność – 4% mężczyzn i 7% kobiet. Dominowały w nim ujemne wartości zmiany w nasileniu wszystkich rodzajów objawów dysfunkcji występujących w czasie zbliżeń seksualnych. Wartości zmiany w wynikach skal dysfunkcji uogólnionych były umiarkowanie obniżone, w tym w skali uogólnionej dyssatisfakcji (co oznaczało obniżenie się ogólnej satysfakcji z życia seksualnego). Nie wykryto istotnych statystycznie różnic w rozkładzie płci między skupieniami. Istotne okazały się natomiast różnice w zakresie wieku. Osoby, które uzyskały poprawę w przebiegu terapii były średnio o 2 lata starsze od osób, u których nie odnotowano zmian i o 6 lat od osób, u których wystąpiło pogorszenie (tylko ta druga różnica okazała się istotna statystycznie). Istotne były także związki między znalezieniem się w danym skupieniu dla zmian a doświadczeniem nadużycia seksualnego. Doświadczenie nadużycia wiązało się z większym prawdopodobieństwem uzyskania poprawy w przebiegu psychoterapii (Skupienie Z 2) niż pogorszenia lub braku poprawy.

Przedstawione analizy skupień wyników skal kwestionariusza KSS2 obrazują zróżnicowanie badanej grupy pacjentów zarówno pod względem wyjściowego profilu objawów, jak i zmian, które nastąpiły w ich funkcjonowaniu seksualnym w przebiegu terapii. W dalszej części pracy zostały przedstawione relacje między skupieniami wartości pierwszego pomiaru i skupieniami wartości zmiany wyników (rozd. 6.5.2.3) oraz związki uzyskanych skupień z nasileniem objawów nerwicowych (rozd. 6.5.1.3, 6.5.2.4).

6.5. Analizy związków między objawami lęku i objawami dysfunkcji seksualnych

Analizy związków między objawami dysfunkcji seksualnych i objawami lękowymi zostały podzielone na dwie części: (1) badanie związków w jednym pomiarze, w grupie pacjentów, którzy rozpoczynali psychoterapię grupową; oraz (2) badanie związków między dwoma pomiarami, pozwalające ocenić wzajemną zależność zmiany w zakresie objawów dysfunkcji seksualnych ze zmianą nasilenia objawów lękowych, która nastąpiła w czasie między rozpoczęciem a zakończeniem 3-miesięcznej psychoterapii grupowej.

6.5.1. Analizy dla pomiaru 1., przed psychoterapią. Lęk a dysfunkcje seksualne

W celu oceny zależności między występowaniem poszczególnych klas objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych wykonano najpierw analizy korelacji między związanymi z nimi zmiennymi. Badane zmienne to wartości skal KO, skal KSS2 oraz wskaźniki OWK (suma wyników kwestionariusza objawowego), X-KON (współczynnik neurotycznych cech osobowości) i XKSS (liczba skal seksualnych dysfunkcji czynnościowych, w których wystąpił co najmniej jeden objaw).

W drugiej kolejności wykonano analizy regresji krokowej wielokrotnej, w których uwzględniono 9 skal objawów lękowych KO oraz wszystkie skale KSS2. Zakładając wzajemną zależność objawów lękowych i dysfunkcji seksualnych, analizy regresji wykonano dwustronnie – raz z założeniem, że zmiennymi zależnymi są dysfunkcje seksualnych, a predyktorami skale objawów lękowych – oraz ponownie, przy założeniu relacji odwrotnych, co wynika z cyrkularnego modelu zależności między analizowanymi zmiennymi, opisanego w rozdziale 2.3.2. W drugim typie wymienionych analiz dodano jako predyktor wskaźnik XKSS. W analizach regresji nie uwzględniono części skal kwestionariusza objawowego, ponieważ zawierają one klasy objawów niezwiązane bezpośrednio z lękiem – wybrane cechy zaburzeń osobowości (unikanie, zależność, histrioniczność, impulsywność), zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne oraz objawy dystymiczne.

Trzecią część analiz stanowiło badanie korelacji między skupieniami wyłonionymi dla pierwszego pomiaru a skalami objawów lękowych.

Ostatnim krokiem badawczym w tej części była analiza równań strukturalnych, pozwalająca ocenić istotność wzajemnej zależności między grupami badanych skal objawowych, w wypadku potraktowania obu grup jako dwóch wielobjawowych, zależnych od siebie zaburzeń, a następnie rozdzielnych dla płci modeli relacji między zaburzeniem lękowym a dysfunkcjami seksualnymi.

Ponieważ zawartość skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2 jest różna u kobiet i mężczyzn, w celu ich użycia w analizach regresji, dokonano standaryzacji tych skal do skali standardowej z^5 .

⁵ Skala standardowa z ma średnią 0 oraz odchylenie standardowe 1 bez względu na średnią i odchylenie standardowe wyników surowych. Zastosowanie skali standardowej pozwala porównywać wyniki uzyskane na skalach pomiarowych o odmiennych właściwościach, nieporównywalnych bezpośrednio.

6.5.1.1. Analizy korelacji wyników uzyskanych w pierwszym pomiarze

6.5.1.1.1. Analiza korelacji wartości skal objawów nerwicowych KO z wartościami skal dysfunkcji seksualnych KSS2

Jak wynika z tabel 6.43 oraz 6.44 w analizach korelacji dla obu płci ujawniły się związki między wynikami w skalach objawów lękowych KO i skalach dysfunkcji seksualnych KSS2. Nieliczne korelacje okazały się istotne statystycznie jednocześnie wśród badanych mężczyzn i kobiet. Poza oczekiwanymi związkami między skalą dysfunkcji seksualnych KO z wieloma skalami KSS2, należały do nich: związek skali objawów bólu w czasie kontaktów seksualnych ze skalami objawów konwersyjnych oraz somatyzacyjnych; związek skal zaburzeń pożądania, podniecenia oraz orgazmu ze skalą impulsywności i histrioniczności; związek skali awersji seksualnej ze skalą objawów obsesyjno-kompulsyjnych.

W analizach dotyczących wskaźnika nasilenia objawów nerwicowych (OWK) w obu grupach istotne statystycznie okazały się korelacje ze skalami zaburzeń pożądania i podniecenia. Wskaźnik neurotyczności X-KON wiązał się u obu płci ze skalą zaburzeń podniecenia, skalą hiperseksualności oraz skalą awersji seksualnej.

W grupie mężczyzn zaobserwowano istotne zależności między skalami dysfunkcji fizjologicznych (zaburzenia pożądania, podniecenia, orgazmu i przebiegające z bólem) a skalami konwersji i somatyzacji, czego nie stwierdzono w grupie kobiet (poza skalą zaburzeń bólowych). Podobnie skala objawów depersonalizacji-derealizacji wiązała się ze skalami zaburzeń pożądania, podniecenia i orgazmu tylko w grupie mężczyzn. Związki między skalą zaburzeń pożądania spontanicznego a skalami objawów konwersyjnych, autonomicznych i hipochondrycznych wykryto także wyłącznie w wypadku mężczyzn. Były to korelacje ujemne, co oznacza, że wyższe wyniki w tych skalach objawów lękowych wiązały się z rzadszym zgłaszaniem obniżonego pożądania.

W grupie kobiet natomiast stwierdzono liczne zależności niewykryte wśród mężczyzn. Należą do nich: związek skali zaburzeń bólowych oraz zaburzeń pożądania ze skalą zaburzeń autonomicznych, skali podniecenia i zaburzeń bólowych ze skalą unikania i zależności, skal hiperseksualności i awersji seksualnej z większością skal KO, skali obniżenia pożądania spontanicznego ze skalami objawów derealizacji-depersonalizacji, unikania i zależności oraz skali dystymii.

Związki między wskaźnikiem XKSS a wskaźnikami OWK, X-KON okazały się istotne tylko w grupie kobiet. W grupie mężczyzn jedynie skala dysfunkcji seksualnych

KO wiązała się istotnie ze wskaźnikiem XKSS, a wśród kobiet wykryto jego istotny związek ze skalami: objawów autonomicznych, neurastenicznych, objawów zaburzeń osobowości (unikanie i zależność oraz impulsywność i histrioniczność), a także objawów dystymicznych.

W grupie kobiet stwierdzono także zależności między większością skal dysfunkcji seksualnych a wskaźnikiem OWK, oprócz skali zaburzeń orgazmu (istotnie związanej z OWK wśród mężczyzn), lęku w czasie zbliżeń, negatywnej oceny zbliżeń seksualnych (również istotnie związanej z OWK tylko w grupie mężczyzn), zaniżonej samooceny seksualnej oraz obniżonego pożądania spontanicznego. W analizie zależności skal dysfunkcji seksualnych od wskaźnika X-KON więcej zależności stwierdzono w grupie kobiet. W wypadku mężczyzn nie ujawniły się one dla skal: zaburzeń pożądania, orgazmu i przebiegających z bólem, napięcia i negatywnej oceny zbliżeń oraz ogólnej dysatisfakcji seksualnej.

Tabela 6.43. Korelacje między wartościami skal KO i wartościami skal KSS2 – badanie w pomiarze 1. Mężczyźni. (Korelacje r Pearsona)⁶

Skale KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dyssatisfakcja seksualna	XKSS
Objawy fobiczne	,07	,16	,03	,03	-,04	,10	,09	,14	,04	-,10	-,16	-,16	,01	-,10
Lęk uogólniony i napadowy	,15	,21	,10	,00	-,18	,14	,19	,06	,19	,07	-,06	-,11	-,03	-,09
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,10	,17	,15	,04	-,16	,08	,06	,13	,09	,22*	,09	-,10	-,06	-,05
Objawy konwersyjne	,28*	,37**	,24*	,27*	,08	,12	,00	,22	,02	-,16	-,15	-,21*	,03	,14
Objawy autonomiczne	,18	,22*	,17	,10	-,04	,10	,01	,22	,08	-,07	-,15	-,24*	-,05	,05
Objawy somatyzacyjne	,28*	,29**	,33**	,29*	,00	,06	,12	,28*	,08	,12	,03	-,05	,01	,10
Objawy hipochondryczne	,10	,16	,07	,08	-,06	,02	-,15	,08	,06	-,04	-,03	-,22*	,01	,00
Objawy neurasteniczne	,22*	,20	,20	,13	-,03	,08	,13	,09	,19	,03	-,13	-,08	,14	,05
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,26*	,32**	,24*	,21	-,01	,12	,17	,22	,19	,05	-,11	-,02	,03	,07
Unikanie i zależność	,20	,20	,17	,11	-,10	,08	,27*	,14	,12	,20	,10	,04	,17	,03
Impulsywność i histrioniczność	,38**	,23*	,28*	,14	-,02	,05	,15	,19	,10	,01	-,12	-,11	-,07	,18
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,17	,11	,14	,06	-,15	,08	,12	,20	,01	-,03	-,08	-,09	-,01	,05
Dysfunkcje seksualne	,45**	,37**	,44**	,34**	,16	,15	,16	,23*	,01	,09	,02	,08	,24*	,32**
Objawy dystymiczne	,20	,24*	,19	,10	-,11	,04	,10	,07	,13	,11	,00	,05	,15	,04
OWK	,32**	,35**	,29*	,21	-,06	,13	,15	,24*	,14	,05	-,09	-,14	,06	,09
X-KON	,20	,26*	,21	,04	-,09	,11	,13	,12	,23*	,29**	,03	-,05	,16	,06

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Kolorem niebieskim oznaczono istotne statystycznie korelacje ujemne, a czerwonym dodatnie.

⁶ We wszystkich prezentowanych analizach korelacji stosowano testy r Pearsona. Kolorem czerwonym oznaczono istotne statystycznie korelacje dodatnie, a kolorem niebieskim ujemne.

Tabela 6.44. Korelacje między wartościami skal KO i wartościami skal KSS2 – badanie w pomiarze 1. Kobiety.

Skale KO	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dysatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dysatisfakcja seksualna	XKSS
Objawy fobiczne	,16*	,04	-,09	,12	,03	,11	,05	-,02	,17*	,11	-,01	-,11	,00	,01
Lęk uogólniony i napadowy	,14	,11	,09	,15	,09	,20*	,02	,08	,19*	,23**	,03	-,02	,07	,13
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,19*	,12	,07	,12	,18*	,20**	,09	,18*	,11	,23**	,07	-,04	,08	,18*
Objawy konwersyjne	,13	,07	,05	,16*	,12	,13	,03	,10	,21**	,16*	-,01	-,07	,07	,13
Objawy autonomiczne	,25**	,14	,09	,18*	,16*	,19*	,08	,15	,17*	,17*	,02	-,10	,06	,22**
Objawy somatyzacyjne	,09	,03	,06	,21**	,11	,13	,10	,01	,07	,19**	,03	-,07	,14	,14
Objawy hipochondryczne	,01	-,02	-,01	,14	-,03	,06	,05	-,02	,09	,09	,01	-,04	-,02	,05
Objawy neurasteniczne	,11	,04	,12	,10	,13	,13	,10	,10	,22**	,27**	-,02	-,02	,14	,19*
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,14	,10	,09	,09	,09	,07	,03	,09	,23**	,25**	,06	,00	,20**	,13
Unikanie i zależność	,13	,20**	,14	,16*	,12	,15	,10	,06	,25**	,39**	,19**	,03	,28**	,20*
Impulsywność i histrioniczność	,25**	,19*	,18*	,14	,22**	,32**	,17*	,19*	,19**	,24**	,00	-,10	,13	,23**
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,08	,07	,12	,08	,04	,12	,08	,03	,00	,15*	,03	-,13	,12	,09
Dysfunkcje seksualne	,29**	,32**	,18*	,24**	,26**	,25**	,02	,17*	,08	,19**	,01	,08	,36**	,36**
Objawy dystymiczne	,18*	,15	,17*	,18*	,15*	,16*	,05	,15*	,22**	,29**	,09	-,01	,17*	,23**
OWK	,22**	,15*	,13	,21**	,17*	,23**	,10	,13	,23**	,31**	,05	-,06	,18*	,24**
X-KON	,20**	,24**	,12	,18*	,10	,26**	,14	,18*	,25**	,35**	,27**	,07	,20**	,25**

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

6.5.1.1.2. Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji na wynikach pomiaru 1.

Przed wykonaniem analiz regresji w celu oceny zróżnicowania predyktorów wprowadzanych do analiz przeprowadzono analizę wzajemnych korelacji skal kwestionariusza objawowego (zawierających klasy objawów lękowych) oraz skal dysfunkcji seksualnych KSS2.

Interkorelacje predyktorów zostały wykonane w celu rozpoznania, czy nie występuje wysoka współzmiennność między zmiennymi (*multicolinearity*). Z tabeli 6.45 wynika, że żaden predyktor z żadnym innym nie był skorelowany wyżej niż $r = 0,8$, można zatem przyjąć, że opisywane zmienne nie wykazywały wysokiej współliniowości. Analizę korelacji skal KO powtórzono osobno w grupach mężczyzn i kobiet, uzyskując zbliżone wyniki (Aneks 3, tab. 12.15 oraz 12.16).

Tabela 6.45. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – wartości skal KO w pomiarze 1.

Skale objawów lękowych KO	Objawy fobiczne	Lęk napadowy i uogólniony	Objawy obsesyjno-kompulsyjne	Objawy konwersyjne	Objawy autonomiczne	Objawy somatyzacyjne	Objawy hipochondryczne	Objawy neurasteniczne
Lęk uogólniony i napadowy	.63							
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	.36	.51						
Objawy konwersyjne	.55	.54	.32					
Objawy autonomiczne	.63	.64	.28	.70				
Objawy somatyzacyjne	.45	.52	.38	.61	.65			
Objawy hipochondryczne	.48	.54	.39	.47	.55	.45		
Objawy neurasteniczne	.36	.55	.43	.49	.48	.48	.29	
Objawy depersonalizacji-derealizacji	.44	.50	.38	.56	.47	.41	.32	.56

Dla wszystkich wartości $p < 0,01$.

Podobnie jak w wypadku skal objawów lękowych KO, w analizie korelacji pomiędzy skalami dysfunkcji seksualnych nie stwierdzono zależności wyższych niż $r = 0,8$ (tab. 6.46). Zróznicowanie zmiennych jest wystarczająco istotne do wykorzystania ich jako predyktorów w dalszych analizach.

Jednocześnie można zaobserwować, że wszystkie skale dotyczące objawów dysfunkcji czynnościowych mają wysokie współczynniki współzależności, natomiast inaczej jest w wypadku skal, które odnoszą się do zaburzeń uogólnionych. Hiperseksualność wiąże się tylko ujemnie z zaniżoną samooceną seksualną, a także ujemnie z obniżeniem pożądania. Awersja seksualna wiąże się ze wszystkimi skalami prócz lęku w czasie stosunku, negatywnej oceny stosunku i hiperseksualności. Zaniżona samoocena seksualna wiąże się ujemnie z hiperseksualnością, a dodatkowo z awersją seksualną (bardzo silnie: $r = 0,62$, $p < 0,01$). Obniżenie pożądania spontanicznego koreluje istotnie z objawami z fazy podniecenia, napięciem i lękiem w czasie sytuacji erotycznych, awersją, zaniżoną samooceną seksualną i uogólnioną dyssatisfakcją.

Nie wszystkie z tych zależności potwierdzają się w analizach powtórzonych rozdzielnie dla płci (Aneks 3, tab. 12.17, 12.18), co nie zmniejsza przydatności skal KSS jako predyktorów w analizach regresji, natomiast zwraca uwagę na różnice między wynikami mężczyzn i kobiet w tym zakresie. Spośród zaobserwowanych różnic znaczące wydają się: brak korelacji dla skali awersji seksualnej w grupie mężczyzn oprócz zależności dla skali uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej; dodatnia korelacja skali hiperseksualności ze skalą uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej u mężczyzn, czego nie stwierdzono dla kobiet; dodatnia korelacja skali hiperseksualności ze skalą awersji seksualnej i ujemna ze skalą obniżenia pożądania spontanicznego wyłącznie w grupie kobiet; występująca tylko w grupie mężczyzn korelacja między skalą obniżonego pożądania spontanicznego a skalą lęku w czasie zbliżeń; związek tylko dwóch skal – hiperseksualności i zaniżonej samooceny seksualnej – ze skalą uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej w grupie mężczyzn; związki wielu innych skal ze skalami awersji seksualnej, obniżonego pożądania spontanicznego oraz uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej w grupie kobiet, nieujawniające się w wypadku mężczyzn.

Tabela 6.46. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – wartości skal KSS2 w pomiarze 1.

Skale dysfunkcji seksualnych KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne
Zab. podniecenia	,65**											
Zab. orgazmu	,50**	,53**										
Ból w czasie zbliżeń	,43**	,55**	,48**									
Dyssatisfakcja	,50**	,53**	,46**	,47**								
Napięcie	,57**	,56**	,47**	,41**	,46**							
Lęk	,32**	,34**	,37**	,26**	,27**	,51**						
Negatywna ocena	,63**	,62**	,63**	,46**	,71**	,62**	,42**					
Hiperseksualność	,03	-,02	,04	-,04	,06	-,01	,02	,04				
Awersja seksualna	,15*	,21**	,14*	,17**	,13*	,24**	,09	,12	,01			
Zaniżona samoocena seksualna	,01	,13*	-,01	,05	,00	,10	,13*	,02	-,16**	,62**		
Obniżone pożądanie spontaniczne	,11	,16*	,13*	,11	,07	,17**	,18**	,08	-,23**	,35**	,52**	
Ogólna dysatisfakcja seksualna	,20**	,26**	,19**	,22**	,22**	,17**	,12	,19**	,09	,39**	,34**	,23**

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$.

Kolorem niebieskim oznaczono istotne statystycznie korelacje ujemne, a czerwonym dodatnie.

6.5.1.1.3. Podsumowanie analiz korelacji wartości skal KO i KSS2 w pomiarze przed psychoterapią

Ogólne współczynniki zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości wiązały się z dysfunkcjami seksualnymi znacznie wyraźniej w podgrupie kobiet. OWK korelowała tu z prawie wszystkimi skalami KSS2, a w podgrupie mężczyzn tylko ze skalami objawów zaburzeń orgazmu i negatywnej oceny zbliżeń. Podobnie wskaźnik neurotyczności X-KON wiązał się z wieloma skalami dysfunkcji seksualnych tylko wśród kobiet, a w podgrupie mężczyzn tylko ze skalami zaburzeń podniecenia, awersji seksualnej i hiperseksualności.

Wskaźnik określający liczbę współwystępujących dysfunkcji czynnościowych (XKSS) wiązał się w wypadku mężczyzn tylko ze skalą zaburzeń seksualnych KO, nato-

miast w podgrupie kobiet, obok tej samej skali, także ze skalami objawów zaburzeń autonomicznych i neurastenii, dwoma skalami objawów osobowościowych (unikanie i zależność, histrioniczność i impulsywność) oraz skalą dystymii.

Analizując związki nasilenia objawów lękowych i poszczególnych dysfunkcji seksualnych, rozpoznano następujące zależności:

- **Zaburzenia pożądania** były u obu płci związane z OWK oraz impulsywnością i histrionicznością. Wyłącznie u mężczyzn wiązały się z objawami konwersji, somatyzacji oraz depersonalizacji-derealizacji. U kobiet natomiast ujawniła się zależność zaburzeń pożądania i objawów autonomicznych.
- **Zaburzenia podniecenia**, podobnie jak pożądania, były u obu płci związane z OWK, X-KON oraz cechami impulsywności i histrioniczności. W podgrupie mężczyzn wiązały się także z objawami konwersji, somatyzacji i depersonalizacji-derealizacji, natomiast wśród kobiet, z cechami unikania i zależności.
- **Zaburzenia orgazmu** w wypadku obu płci były związane z impulsywnością i histrionicznością, a dodatkowo, choć tylko u mężczyzn, z objawami konwersji, somatyzacji i derealizacji.
- **Ból w czasie zbliżeń** był u obu płci związany z objawami konwersji i somatyzacji. W grupie kobiet ujawniły się także korelacje z objawami autonomicznymi oraz objawami unikania i zależności.
- **Negatywne odczucia w trakcie zbliżeń – brak satysfakcji, napięcie, lęk, negatywna ocena** – wiązały się z większą liczbą skal objawów lękowych niż w grupie mężczyzn. W wypadku tych ostatnich wykryto jedynie związek lęku w czasie zbliżeń ze skalą unikania i zależności oraz związek negatywnej oceny zbliżeń z OWK i skalą histrioniczności oraz impulsywności. Wśród kobiet impulsywność i histrioniczność wiązała się ze wszystkimi badanymi negatywnymi odczuciami w czasie zbliżeń. Podobne znaczenie miały objawy dystymii (poza nieobecnością zależności z lękiem w czasie zbliżeń). Dodatkowo z objawami napięcia w czasie zbliżeń wiązały się trzy skale objawów lękowych: lęku uogólnionego i napadowego, obsesyjno-kompulsyjnych oraz autonomicznych. Objawy obsesyjno-kompulsyjne wiązały się także z negatywną oceną zbliżeń seksualnych.

- **Awersja seksualna** u obu płci wiązała się ze współczynnikiem neurotyczności X-KON oraz objawami obsesyjno-kompulsyjnymi. W grupie kobiet ujawniły się też liczne związki awersji z OWK oraz wszystkimi skalami KO poza skalą objawów fobii i hipochondrycznych, czego nie stwierdzono w grupie mężczyzn.
- **Hiperseksualność** wiązała się z objawami nerwicowymi bardzo podobnie do awersji seksualnej, z tym że u obu płci wykryto związek tylko ze współczynnikiem X-KON, a bardzo wielu zależności obecnych w grupie kobiet nie potwierdzono w wypadku mężczyzn. Wśród kobiet związane z hiperseksualnością były wszystkie grupy objawów lękowych poza obsesyjno-kompulsyjnymi, somatyzacyjnymi i hipochondrycznymi.
- **Zaniżona samoocena seksualna** wiązała się tylko w grupie kobiet z cechami unikania i zależności.
- **Obniżone pożądanie spontaniczne** w podgrupie mężczyzn okazało się wiązać ujemnie z trzema rodzajami objawów lękowych – konwersyjnych, hipochondrycznych i autonomicznych. Objawy te wiążą się więc z wyższym poziomem pożądania spontanicznego u mężczyzn.
- **Ogólna dyssatisfakcja z życia seksualnego** nie wiązała się z żadną ze zmiennych w grupie mężczyzn (poza kontrolną skalą dysfunkcji seksualnych KO), natomiast w grupie kobiet wykryto jej związek z objawami depersonalizacji-derealizacji, cechami unikania i zależności oraz objawami dystymicznymi. Istotne były także wśród kobiet związki satysfakcji z OWK oraz współczynnikiem X-KON.

Analizy wzajemnych korelacji między wynikami skal każdego z kwestionariuszy pokazały wiele silnych związków. Dotyczyło to wszystkich skal lękowych KO. Zależności skal KSS2, podobnie silne między skalami dysfunkcji czynnościowych, okazały się nieco bardziej zróżnicowane w zakresie skal dysfunkcji uogólnionych.

W grupie **mężczyzn**:

- awersja seksualna wiązała się zaniżoną samooceną seksualną i obniżonym pożądaniem spontanicznym;
- obniżone pożądanie spontaniczne wiązało się z lękiem w czasie stosunku oraz zaniżoną samooceną seksualną;

- ogólna dyssatisfakcja wiązała się tylko z hiperseksualnością oraz wspomnianą już zaniżoną samooceną seksualną.

W grupie **kobiet**:

- Ogólna dyssatisfakcja wiązała się ze wszystkimi skalami poza lękiem w czasie zbliżeń i hiperseksualnością;
- hiperseksualność wiązała się z awersją seksualną oraz obniżonym pożądaniem spontanicznym;
- dodatkowo występowały wzajemne zależności między awersją seksualną, zaniżoną samooceną seksualną i obniżonym pożądaniem spontanicznym.

6.5.1.2. Analizy regresji krokowej wielokrotnej dla pojedynczych zmiennych zależnych – objawy lękowe a dysfunkcje seksualne w 1. pomiarze

Po wykluczeniu nadmiernej współzależności wyników badanych skal objawowych opracowano dwa modele analizy regresji krokowej wielokrotnej, których celem było określenie, które z analizowanych zmiennych mają najsilniejszy związek ze zmiennymi zależnymi. Jeden z modeli zakładał, że zmiennymi zależnymi są objawy dysfunkcji seksualnych, a predyktorami skale objawów lękowych kwestionariusza objawowego, drugi sytuację przeciwną. Z KO do analiz regresji wybrano tylko dziewięć jego skal objawów lękowych. Pozostałych 5 skal bada objawy związane z zaburzeniem nerwicowym, ale nie bezpośrednio z lękiem, którego rola wobec dysfunkcji seksualnych jest przedmiotem prezentowanych badań.

Podobnie, w analizach regresji, w których predyktorami były skale KO, nie wprowadzono, uwzględnianego w innych analizach, współczynnika neurotyczności X-KON. Było to podyktowane nieporównywalnością tych zmiennych. Badanie siły związku między neurotycznymi cechami osobowości i objawami dysfunkcji seksualnych powinno być przedmiotem odrębnych analiz. Zmienną X-KON, podobnie jak OWK (sumę skal KO) dodano natomiast w analizach, w których stanowiły one zmienne zależne, dla tego samego zestawu predyktorów, który uwzględniano w odniesieniu do skal KO. Również w analizach dla skal objawów dysfunkcji seksualnych jako zmiennych zależnych zbadano predykcję dodatkowej zmiennej: XKSS – współczynnika nasilenia wielobjawowej dysfunkcji seksualnej.

We wszystkich analizach regresji przyjęto jako zmienne kontrolne płeć, wiek i wykształcenie. Zastosowanie zmiennych kontrolnych miało na celu zwiększenie jakości wykrywanych zależności, a to dzięki uwzględnieniu czynników, które niezależnie od analizowanych zmiennych mogą mieć wpływ na ich zmienność. Wprowadzenie zmiennej kontrolnej *pleć* pozwoliło na wyeliminowanie wpływu różnic między zawartymi w kwestionariuszu pytaniami dla każdej z płci, a jednocześnie, w przypadku istotnej roli płci w określonym zestawie zależności, ujawnienie jej jako predyktora, a tym samym wykazanie różnic międzypłciowych w wynikach analiz. Podobnie zmienna kontrolna *wiek* pozwoliła na analizę badanych zjawisk niezależnie od czynników związanych z wiekiem, m.in. doświadczenia seksualnego, fazy cyklu życia rodziny pacjenta czy poziomu spontanicznej pobudliwości seksualnej. Zmienna kontrolna *wykształcenie* pozwoliła natomiast uniezależnić analizy regresji od umiejętności intelektualnych, zasobu słownictwa itp., związanych m.in. z możliwością udzielania wiarygodnych odpowiedzi na pytania kwestionariusza. W tabelach umieszczono tylko zależności istotne statystycznie.

6.5.1.2.1. Analiza regresji R1.1 – wartości początkowe skal KO jako predyktory wartości początkowych skal KSS2

Predyktorami w poniższych analizach było 9 skal kwestionariusza objawowego w pomiarze początkowym, zmiennymi zależnymi: skale KSS2 oraz współczynnik XKSS – nasilenie wielobjawowej dysfunkcji seksualnej.

Jak widać w 6.47, w wypadku większości skal zaburzeń czynnościowych dysfunkcji seksualnych jako zmiennych zależnych (poza skalą objawów lęku oraz skalą dyssatisfakcji w czasie zbliżeń erotycznych) zostały wyłonione predyktory, wyjaśniające między 2,32 a 5,46 procent ich wariancji⁷. Najsilniejszym predyktorem występowania objawów zaburzeń fazy pożądania były objawy autonomiczne, fazy podniecenia – objawy depersonalizacji-derealizacji, fazy orgazmu – objawy neurasteniczne, a zaburzenia z objawami

⁷ Procenty wariancji wyjaśnionej mogą się wydawać niewielkie, jednak należy wziąć pod uwagę, że jeśli dany predyktor objaśnia np. 2% wariancji, oznacza to, że pozostałe możliwe tysiące potencjalnych predyktorów danej zmiennej zależnej (nie uwzględniane w analizach) wyjaśniają 98%. Z tej perspektywy nawet niewielkie procenty wariancji wyjaśnionej muszą być uznane za ważne.

bólowymi – objawy somatyzacyjne. Jedynym wyłonionym predyktorem dysatisfakcji w czasie zbliżeń erotycznych okazało się wykształcenie badanych (1,88% wariacji wyjaśnionej). Najsilniejszym predyktorem dla skali napięcia w czasie sytuacji erotycznych okazały się lęk uogólniony i napadowy. Nie wykryto istotnych statystycznie predyktorów lęku w czasie stosunku, natomiast predyktorem negatywnej oceny zbliżeń okazały się objawy autonomiczne.

W analizie predyktorów dla ogólnego wskaźnika wieloobjawowej dysfunkcji seksualnej (XKSS) najsilniejszym predyktorem okazała się skala objawów autonomicznych (5,58% wariacji wyjaśnionej), nieco słabszym płeć badanych (4,19%), a najmniej znaczącym – skala objawów fobicznych (2,44%).

Tabela 6.47. Wyniki analizy regresji. Wartości skal KO w pomiarze 1. jako predyktory wartości 1. pomiaru skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2. $N = 248$

Zmienne zależne (KSS2)	R^2	F	p	Predyktory – skale KO	B	$Beta$	t	p	r_{semi}	% ww.
Zab. pożądania	0,06	3,88	0,004	Objawy autonomiczne	0,02	0,24	3,83	< 0,001	0,24	5,64
Zab. podniecenia	0,04	2,63	0,035	Objawy depersonalizacji-derealizacji	0,01	0,19	2,94	0,004	0,18	3,39
Zab. orgazmu	0,03	1,82	0,125	Objawy neurasteniczne	0,01	0,15	2,41	0,017	0,15	2,32
Ból w czasie zbliżeń	0,06	3,76	0,005	Objawy somatyzacyjne	0,01	0,24	3,76	< 0,001	0,23	5,47
Dysatisfakcja	0,01	2,74	0,044	Wykształcenie*	-0,07	-0,14	-2,18	0,030	-0,14	1,88
Napięcie	0,03	2,13	0,077	Lęk uogólniony i napadowy	0,01	0,18	2,76	0,006	0,17	3,02
Lęk	0,01	0,12	0,947	X						
Negatywna ocena	0,03	1,87	0,115	Objawy autonomiczne	0,01	0,17	2,64	0,009	0,17	2,78
XKSS	0,06	5,31	< 0,001	Płeć	0,81	0,21	3,39	0,001	0,20	4,19
				Objawy autonomiczne	0,04	0,31	3,91	< 0,001	0,24	5,58
				Objawy fobiczne	-0,03	-0,20	-2,59	0,010	-0,16	2,44

* Kolorem niebieskim oznaczono predyktor ujemny.

Wyjaśnienie skrótów zastosowanych w nagłówkach kolumn:

R^2 : współczynnik wielokrotnej determinacji

F : statystyka F analizy wariancji

p : poziom prawdopodobieństwa (modelu)

B : cząstkowy współczynnik regresji

$Beta$: cząstkowy standaryzowany współczynnik regresji

t : wartość rozkładu t Studenta

p : poziom prawdopodobieństwa

r_{semi} : współczynnik korelacji semicząstkowej

% ww.: procent wariacji zmiennej zależnej, wyjaśniany przez dany predyktor

Uwagi:

X – w wypadku danej analizy żadna zmienna nie została włączona do modelu regresji

Płeć – w wypadku dodatniej wartości beta – wyższa wartość zmiennej zależnej u kobiet

Dla większości dysfunkcji uogólnionych znaczącym predyktorem okazała się płeć badanych (tab. 6.48). Dotyczy to skali hiperseksualności (24,25% wariacji wyjaśnionej, wyższe wyniki u mężczyzn), przy czym drugim, słabszym wyłonionym predyktorem był zespół depersonalizacji-derealizacji. Dla skali zaniżonej samooceny seksualnej płeć była jedynym predyktorem (5,31% ww., wyższe wyniki u kobiet). Podobnie istotne znaczenie (5,88% ww., wyższe wyniki u kobiet) miał ten parametr w analizie dla skali obniżonego pożądania spontanicznego, przy czym wystąpił też drugi, słabszy predyktor (1,59% ww.) – objawy autonomiczne. W odniesieniu do skali awersji seksualnej istotnymi predyktorami okazały się wszystkie zmienne kontrolne, przy czym płeć była najsilniejszym z nich (5,31% ww., wyższe wyniki u kobiet), ale znaczenie miały także skale objawów obsesyjno-kompulsyjnych (1,69% ww.) oraz objawów neurastenii (1,29% ww.). Większe wartości w tej skali miały osoby młodsze i o wyższym wykształceniu.

Jedyną skalą, w wypadku której płeć nie miała znaczenia jako predyktor, była Ogólna dyssatisfakcja – 1,99% wariacji tej zmiennej wyjaśniała skala objawów depersonalizacji-derealizacji.

Tabela 6.48. Wyniki analizy regresji. Wartości skal KO w pomiarze 1. jako predyktory wartości 1. pomiaru skal uogólnionych dysfunkcji seksualnych KSS2. $N = 248$

Zmienne zależne (KSS2)	R^2	F	p	Predyktory – skale KO	B	$Beta$	t	p	r_{semi}	% ww.
Hiperseksualność	0,28	25,28	< 0,001	Płeć*	-0,59	-0,50	-9,38	< 0,001	-0,49	24,25
				Objawy depersonalizacji-derealizacji	0,01	0,17	3,26	0,001	0,17	2,92
Awersja seksualna	0,09	8,80	< 0,001	Wiek	-0,01	-0,11	-1,99	0,048	-0,11	1,29
				Płeć	0,27	0,23	4,03	< 0,001	0,23	5,31
				Wykształcenie	-0,03	-0,12	-2,08	0,038	-0,12	1,42
				Objawy obsesyjno-kompulsyjne	0,01	0,14	2,27	0,024	0,13	1,69
				Objawy neurasteniczne	0	0,13	1,98	0,048	0,11	1,29
Zaniżona samoocena seksualna	< 0,01	6,17	< 0,001	Płeć	0,31	0,23	3,87	< 0,001	0,23	5,31
Obniżone pożądanie spontaniczne	0,07	5,09	0,001	Płeć	0,27	0,25	4,08	< 0,001	0,24	5,88
				Objawy autonomiczne	0	-0,13	-2,12	0,035	-0,13	1,59
Ogólna dyssatisfakcja seksualna	0,03	1,95	0,102	Objawy depersonalizacji-derealizacji	0,01	0,14	2,32	0,021	0,14	1,99

* Kolorem niebieskim oznaczono predyktory ujemne.

6.5.1.2.2. Analiza regresji R1.2– wartości początkowe skal KSS2 jako predyktory wartości początkowych skal KO

W prezentowanych w tabeli 6.49 analizach predyktorami były skale KSS2, zmiennymi zależnymi: 9 skal kwestionariusza objawowego oraz współczynniki OWK i X-KON.

Tabela 6.49. Wyniki analizy regresji. Wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2 w pomiarze 1. jako predyktory wartości 1. pomiaru skal objawów lękowych KO. $N = 248$

Zmienne zależne – skale KO oraz X-KON	R^2	F	p	Predyktory – skale KSS2	B	$Beta$	t	p	r_{semi}	% ww.
Objawy fobiczne	0,07	3,68	0,003	Płeć	3,09	0,12	1,90	0,059	0,12	1,38
				Zab. pożądania	1,83	0,15	2,48	0,014	0,15	2,36
				Obniżone pożądanie spontaniczne*	-3,08	-0,13	-2,09	0,037	-0,13	1,67
Lęk uogólniony i napadowy	0,08	4,63	< 0,001	Płeć	5,92	0,18	2,60	0,010	0,16	2,54
				Napięcie	2,60	0,17	2,85	0,005	0,17	3,05
				Hiperseksualność	5,35	0,20	2,84	0,005	0,17	3,03
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	0,08	4,26	0,001	Awersja seksualna	4,86	0,20	3,15	0,002	0,19	3,74
				Negatywna ocena	1,70	0,13	2,15	0,032	0,13	1,76
Objawy konwersyjne	0,07	3,65	0,003	Ból w czasie zbliżeń	4,13	0,19	3,11	0,002	0,19	3,71
				Hiperseksualność	5,60	0,15	2,05	0,041	0,13	1,61
Objawy autonomiczne	0,11	6,29	< 0,001	Płeć	6,26	0,18	2,93	0,004	0,18	3,13
				Zab. pożądania	3,95	0,25	4,07	< 0,001	0,25	6,05
				Obniżone pożądanie spontaniczne	-4,28	-0,14	-2,21	0,028	-0,13	1,78
Objawy somatyzacyjne	0,09	6,16	< 0,001	Wykształcenie	-1,11	-0,13	-2,05	0,042	-0,12	1,56
				Ból w czasie zbliżeń	3,79	0,23	3,76	< 0,001	0,23	5,27
Objawy hipochondryczne	< 0,01	0,28	0,835	X						
Objawy neurasteniczne	0,07	4,09	0,001	Awersja seksualna	10,94	0,33	3,97	< 0,001	0,24	5,99
				Zaniżona samoocena seksualna	-6,30	-0,22	-2,66	0,008	-0,16	2,69
Objawy depersonalizacji-derealizacji	0,10	4,83	< 0,001	Hiperseksualność	4,78	0,21	2,98	0,003	0,18	3,28
				Zab. podniecenia	1,99	0,16	2,51	0,013	0,15	2,32
				Awersja seksualna	3,25	0,14	2,08	0,039	0,13	1,59
OWK	0,15	7,21	< 0,001	Zab. pożądania	31,31	0,22	3,63	< 0,001	0,22	4,62
				Awersja seksualna	46,66	0,17	2,74	0,007	0,16	2,63
				Hiperseksualność	42,36	0,17	2,40	0,017	0,14	2,01
X-KON	0,15	7,21	< 0,001	Awersja seksualna	10,80	0,26	4,13	< 0,001	0,24	5,61
				Zab. podniecenia	6,62	0,30	4,20	< 0,001	0,24	5,81
				Hiperseksualność	8,89	0,22	3,32	0,001	0,19	3,62
				Dyssatyfakcja	-4,03	-0,18	-2,58	0,011	-0,15	2,19

* Kolorem niebieskim oznaczono predyktory ujemne.

Czynniki predykcyjne dla poszczególnych skal kwestionariusza objawowego są podobnie różnorodne, jak w wypadku analizy zależności odwrotnych. Dwie zmienne kontrolne pojawiają się tu jako słabsze predyktory czterech skal – płęć: objawów fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego i objawów autonomicznych (we wszystkich trzech przypadkach wyniki wyższe u kobiet); wykształcenie: skali objawów somatyzacyjnych (wyższe wyniki u osób z niższym wykształceniem). W wypadku jednej ze skal – objawów hipochondrycznych – nie udało się uzyskać modelu istotnego statystycznie.

Skala zaburzeń fazy pożądania okazała się najsilniejszym z ocenianych predyktorów objawów fobicznych (2,36% ww.) oraz objawów autonomicznych (6,05% ww.). Nasilenie zaburzeń fazy podniecenia wyjaśniało 2,32% wariacji skali objawów depersonalizacji-derealizacji. Zaburzenia fazy orgazmu nie znalazły się wśród predyktorów nasilenia objawów lękowych.

Zaburzenia seksualne związane z bólem stanowiły silniejszy z dwóch predyktorów skali objawów konwersji (3,71% ww.) obok skali hiperseksualności (1,61% ww.). Wyjaśniały także 5,27% wariacji skali objawów somatyzacyjnych.

Hiperseksualność, poza wspomnianą skalą objawów konwersji, pojawia się także jako predyktor dwóch skal – lęku uogólnionego i napadowego (3,03% ww. obok innego predyktora – skali napięcia w czasie stosunku – 3,05% ww.) – oraz objawów depersonalizacji-derealizacji (3,28% ww. – najsilniejszy z trzech predyktorów).

Awersja seksualna była najsilniejszym wykrytym predyktorem skali objawów obsesyjno-kompulsyjnych (3,74% ww., obok skali negatywnej przebiegu sytuacji erotycznej – 1,76% ww.), skali objawów neurastenii (5,99% ww., obok skali zaniżonej samooceny seksualnej – 2,69% ww.) oraz najslabszym w wypadku skali objawów depersonalizacji-derealizacji (1,59% ww.).

Obniżone pożądanie spontaniczne stanowiło słabszy predyktor skali objawów fobicznych (1,67% ww.) oraz autonomicznych (1,78% ww.).

Analizę regresji wykonano także w odniesieniu do współczynnika OWK, będącego sumą wartości skal kwestionariusza objawowego, oraz współczynnika X-KON, stanowiącego miarę nasilenia neurotycznych cech osobowości. Predyktorami obu współczynników okazały się wyniki objawów skal awersji seksualnej oraz hiperseksualności. W wypadku OWK trzecim, najsilniejszym czynnikiem wyjaśniającym wariację okazała się skala objawów zaburzeń fazy pożądania. Dla X-KON istotne okazały się dwa inne predyktory – zaburzenie podniecenia oraz dyssatisfakcja ze zbliżeń seksualnych (predykcja ujemna – wyższa satysfakcja wiązała się z wyższym wynikiem X-KON).

6.5.1.2.3. Podsumowanie wyników analiz regresji dla wartości skal KO i KSS2 w pierwszym pomiarze

Analizy regresji przeprowadzone na wynikach uzyskanych w pomiarze pierwszym – przed psychoterapią – ujawniły szereg istotnych zależności, wskazujących czynniki, które w największym stopniu, spośród wszystkich badanych zmiennych, decydują o wzajemnych relacjach objawów lękowych i dysfunkcji seksualnych.

Wyłonienie najsilniejszych predyktorów określonych objawów pozwoliło ustalić, które z nich najczęściej współwystępowały u badanych pacjentów. Jakkolwiek analizy te nie pozwalają na statystyczne potwierdzenie przyczyny związków między danymi zjawiskami, ani kierunku (czy w ogóle występowania) potencjalnego wpływu jednego czynnika na inny, mówią jednak o możliwości występowania takich związków przyczynowych, wynikającej z faktu zwiększonego prawdopodobieństwa pojawiania się u pacjenta danego fenomenu klinicznego w przypadku, gdy jednocześnie występuje inny fenomen, który w analizach okazał się jego predyktorem.

Współczynnik XKSS, określający **liczbę współwystępujących dysfunkcji** okazał się zależny od płci (wyższe wartości u kobiet) oraz dwóch klas objawów: fobicznych i autonomicznych.

Nasilenie objawów nerwicowych, badane przez OWK, miało trzy istotne predyktory spośród dysfunkcji seksualnych: zaburzenia pożądania ujawniające się w czasie zbliżeń erotycznych, awersję seksualną oraz hiperseksualność.

Neurotyczne cechy osobowości wyrażone wskaźnikiem X-KON również okazały się związane z awersją seksualną i hiperseksualnością, ale także z zaburzeniami podniecenia oraz dyssatisfakcją ze zbliżeń seksualnych.

Analizy regresji oceniające predykcyjną rolę objawów lękowych w odniesieniu do poszczególnych dysfunkcji seksualnych wykazały następujące związki:

- zaburzeń pożądania w czasie sytuacji erotycznych, negatywnej oceny zbliżeń oraz obniżonego pożądania spontanicznego z objawami autonomicznymi;
- zaburzeń podniecenia, hiperseksualności oraz uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego z objawami z objawami depresjonalizacji-derealizacji;
- zaburzeń orgazmu z objawami neurastenicznymi,
- bólu w czasie zbliżeń z objawami somatyzacyjnymi,
- napięcia w czasie zbliżeń z objawami lęku uogólnionego i napadowego,

- awersji seksualnej z neurastenią i objawami obsesyjno-kompulsyjnymi.

Badanie relacji poszczególnych rodzajów objawów lękowych z dysfunkcjami seksualnymi jako ich predyktorami wykazało natomiast związek:

- objawów fobicznych z objawami zaburzeń pożądania,
- objawów lęku uogólnionego i napadowego z hiperseksualnością i napięciem w czasie zbliżeń seksualnych,
- objawów obsesyjno-kompulsyjnych z awersją seksualną,
- objawów autonomicznych z zaburzeniami pożądania w czasie zbliżeń i obniżeniem pożądania spontanicznego,
- objawów konwersyjnych z hiperseksualnością i bólem w czasie zbliżeń,
- objawów neurastenii z zaniżoną samooceną seksualną i awersją seksualną,
- objawów depersonalizacji-derealizacji z objawami zaburzeń podniecenia, hiperseksualnością i awersją seksualną,
- objawów somatyzacyjnych z bólem w czasie zbliżeń.

Nie ujawniły się istotne zależności w wypadku objawów hipochondrycznych ani lęku w sytuacjach erotycznych. Dla dyssatisfakcji z sytuacji erotycznych określono tylko relatywnie słabą predykcję przez zmienną kontrolną (wykształcenie).

Płeć badanych miała znaczenie predykcyjne w wynikach analiz tylko niektórych zmiennych. Ujawniły się następujące zależności:

- kobiety miały wyższą liczbę współwystępujących dysfunkcji seksualnych (wartość XKSS),
- płeć męska wiązała się z częstszym podawaniem objawów hiperseksualności,
- płeć żeńska wiązała się z większym nasileniem awersji seksualnej,
- kobiety miały bardziej zaniżoną samoocenę seksualną i był to jedyny predyktor tej zmiennej,
- bycie kobietą wiązało się z większym obniżeniem pożądania spontanicznego (był to najsilniejszy predyktor),
- płeć kobieca wiązała się z większym nasileniem objawów: fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego, oraz autonomicznych.

6.5.1.3. Korelacje między skupieniami wyznaczonymi dla skal kwestionariusza KSS2 a skalami KO w pomiarze pierwszym – przed psychoterapią

Za pomocą analizy skupień wartości wyników w skalach kwestionariusza KSS2 wyłoniono trzy skupienia, opisane w rozdziale 6.4.1:

- skupienie 1. (20%) – wieloobjawowa dysfunkcja seksualna, niska satysfakcja z życia seksualnego, nieco powyżej średniej skale dysfunkcji uogólnionych;
- skupienie 2. (31%) – podwyższone skale uogólnionych zaburzeń seksualnych, niska satysfakcja z życia seksualnego, przy braku objawów dysfunkcji bezpośrednio związanych ze współżyciem płciowym;
- skupienie 3. (49%) – bez objawów badanych zaburzeń seksualnych, wysoka satysfakcja z życia seksualnego.

Tabela 6.50 przedstawia wyniki analizy wariancji (ANOVA), których celem jest określenie istotności statystycznej różnic między skupieniami w odniesieniu do wyników skal KO w pomiarze przed psychoterapią. W analizach uwzględniono wszystkie skale kwestionariusza objawowego, współczynnik OWK (ich sumę) oraz współczynnik X-KON kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006. W tabeli podano również wyniki testu post-hoc T_2 Tamhane'a, który pozwala ocenić między którymi z trzech skupień różnica w wynikach badanych zmiennych jest istotna statystycznie. W kolumnie tabeli oznaczonej T_2 podano te złączenia numerów porządkowych ocenianych skupień, między którymi różnice okazały się istotne statystycznie (np. oznaczenie 12 oznacza, że istotnie różni się skupienie 1 od 2).

Jak widać w tabeli 6.50 oraz na wykresie 6.17, w zakresie większości analizowanych zmiennych ujawniły się różnice istotne statystycznie. Nie stwierdzono różnic dla skal objawów: fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego, obsesyjno-kompulsyjnych, hipochondrycznych ani nieorganicznych zaburzeń snu.

Spośród trzech skupień osoby z wieloobjawową dysfunkcją seksualną (skupienie 1.) miały wyraźnie wyższy wynik wskaźnika OWK od pozostałych dwóch grup. Także współczynnik neurotycznych cech osobowości X-KON był w tym skupieniu najwyższy, przy czym istotna różnica ujawniła się w jego wartości między skupieniami 1. i 3. oraz 2. i 3. Osoby bez dysfunkcji seksualnych (skupienie 3.) miały więc istotnie niższy wynik w zakresie cech zaburzenia osobowości. Podobną prawidłowość daje się zaobserwować w

ocenie wariancji skal, badających zaburzone cechy osobowości w kwestionariuszu objawowym: skali unikanie i zależność oraz skali impulsywność i histrioniczność, choć w odniesieniu do tej ostatniej wartość skali w skupieniu 2. nie jest istotnie wyższa niż w skupieniu 1.

Tabela 6.50. Średnie i odchylenia standardowe wartości skal KO w poszczególnych skupieniach dla skal dysfunkcji seksualnych KSS2 w pomiarze 1. (skupienia P1 1-3). Analiza wariancji ANOVA oraz test post-hoc T2 Tamhane'a

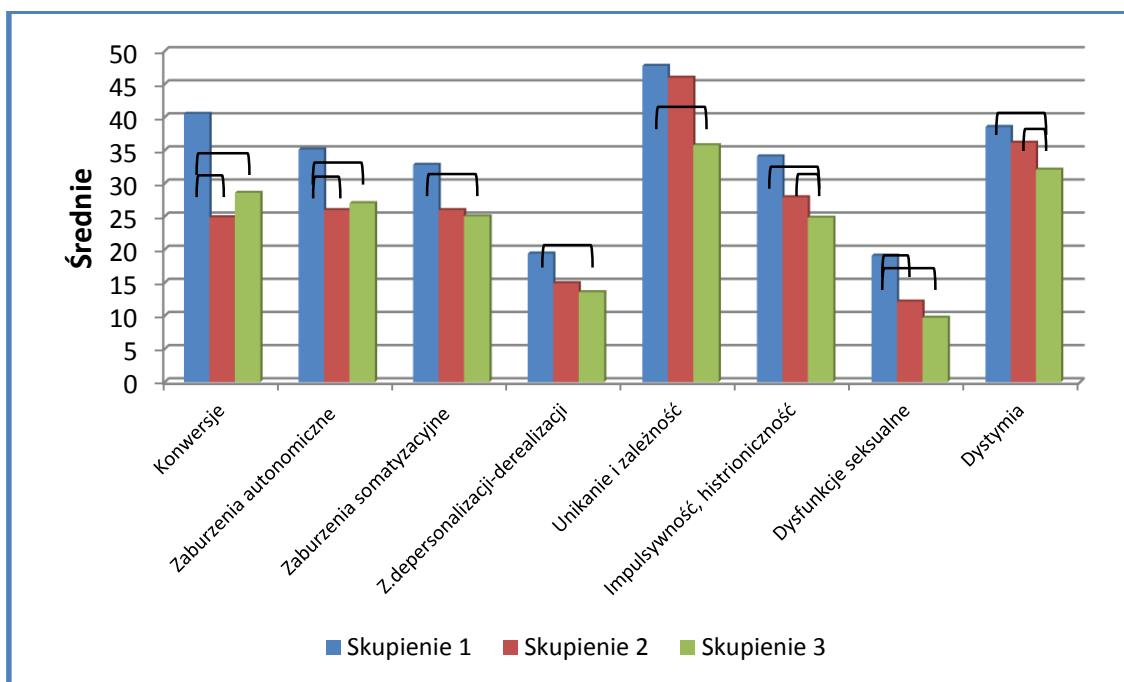
Skale KO	Średnie w skupieniach P1			OS w skupieniach P1			F	p	T2*
	P1 1 (N = 50)	P1 2 (N = 78)	P1 3 (N = 121)	P1 1	P1 2	P1 3			
Objawy fobiczne	16,62	12,64	13,53	12,38	11,72	11,56	1,84	0,161	
Lęk uogólniony i napadowy	45,90	42,09	40,49	14,99	15,37	14,26	2,38	0,095	
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	20,38	17,38	15,40	13,03	13,06	12,06	2,83	0,061	
Objawy konwersyjne	40,48	24,85	28,55	21,32	20,74	20,31	9,16	< 0,001	12, 13
Objawy autonomiczne	35,10	25,94	26,98	18,03	15,20	14,72	6,09	0,003	12, 13
Objawy somatyzacyjne	32,78	25,94	24,99	18,26	17,51	14,40	4,25	0,015	13
Objawy hipochondryczne	15,42	13,00	14,79	10,78	10,60	11,02	0,95	0,390	
Objawy neurasteniczne	56,72	50,64	49,20	18,80	18,37	16,52	3,29	0,039	13
Objawy depersonalizacji-derealizacji	19,38	14,90	13,54	13,50	12,66	11,90	3,90	0,021	13
Unikanie i zależność	47,74	45,94	35,74	16,42	16,44	16,86	13,51	< 0,001	13, 23
Impulsywność i histrioniczność	34,06	27,88	24,79	13,98	13,26	13,72	8,21	< 0,001	12, 13
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	12,96	9,94	11,34	8,57	7,62	8,70	2,02	0,135	
Dysfunkcje seksualne	19,06	12,14	9,70	11,00	9,59	9,07	16,69	< 0,001	12, 13
Objawy dystymiczne	38,50	36,12	32,05	11,89	11,39	12,09	6,16	0,002	13, 23
OWK	435,10	359,38	341,07	145,11	133,53	126,53	9,02	< 0,001	12, 13
X-KON	47,68	44,36	30,48	21,98	21,63	20,22	16,59	< 0,001	13, 23

* W kolumnie T2 podano pary skupień, w przypadku których wartości danej zmiennej były istotnie różne między skupieniami (w badaniu testem post-hoc T2 Tamhane'a). Cyfry 1, 2, 3, reprezentują kolejne skupienia, przykładowo: występowanie w danym wierszu tabeli wyłącznie pary „13” oznacza, że wartości badanej zmiennej były statystycznie istotnie różne między skupieniem 1. a skupieniem 3, a nie były istotnie różne między skupieniem 1. i skupieniem 2., ani między skupieniem 2. i skupieniem 3.

Biorąc pod uwagę poszczególne skale KO, zawierające objawy lękowe (pierwszych 9), wszędzie tam, gdzie wykryto istotne różnice, występuje wynik wyraźnie wyższy w skupieniu 1. niż w skupieniu 3. Dotyczy to skal objawów: konwersyjnych, autonomicznych, somatyzacyjnych, neurastenicznych oraz depersonalizacji-derealizacji. Skupienia 1. i 2. różnicują skale objawów konwersyjnych i autonomicznych.

Na uwagę zasługuje istotna różnica między skupieniami 1. i 2. oraz 2. i 3. w zakresie skali objawów dystymii. Osoby bez zaburzeń seksualnych miały wynik najniższy, a osoby w skupieniu 2. nieco niższy niż osoby z wielobjawową dysfunkcją seksualną.

Zróznicowanie wyników w skali objawów dysfunkcji seksualnych KO jest istotne statystycznie między skupieniem 1. i dwoma pozostałymi.



Wykres 6.17. Wybrane (istotne statystycznie) różnice między wartościami skal KO w skupieniach wartości skal KSS2 w pierwszym pomiarze

6.5.1.3.1. Podsumowanie wyników analiz korelacji między skupieniami skal KSS ze skalami KO w pierwszym pomiarze

Wykryto istotne różnice w zakresie nasilenia objawów nerwicowych i neurotycznych cech osobowości między podgrupami osób, charakteryzujących się różnym profilem dysfunkcji seksualnych. Podgrupa pacjentów, stanowiąca około połowy badanej grupy, u których nie występowały nasilone dysfunkcje seksualne, miała najniższe wyniki zarówno w zakresie objawów lękowych (OWK, pierwszych 9 skal KO), jak i czynników związanych z zaburzeniami osobowości (X-KON, skale zaburzeń osobowości KO), a także w skali dystymii KO.

Największe nasilenie objawów nerwicowych i zaburzenia osobowości cechowało natomiast podgrupę osób z podwyższonymi wskaźnikami czynnościowych dysfunkcji seksualnych – zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, bólu w czasie zbliżeń, odczuwania lęku, napięcia, braku satysfakcji i negatywnej oceny sytuacji erotycznych, przy jednocześnie słabo wyrażonych objawach uogólnionych dysfunkcji – awersji seksualnej, zaniżenia samooceny seksualnej, obniżenia pożądania spontanicznego. W podgrupie tej występowały znacznie wyższe wskaźniki objawów konwersyjnych, autonomicznych, somatyzacyjnych, neurastenicznych oraz depersonalizacji-derealizacji w odniesieniu do podgrupy osób bez dysfunkcji seksualnych.

Podgrupa pacjentów, u których stwierdzono głównie podwyższone nasilenie dysfunkcji uogólnionych – awersję seksualną, zaniżoną samoocenę seksualną, obniżone pożądanie spontaniczne – a nie stwierdzono objawów związanych z aktualnymi kontaktami seksualnymi, różniła się w zakresie wyników dotyczących objawów lękowych i osobowościowych od obu pozostałych podgrup. Współczynnik neurotyczności X-KON był wyższy niż u osób bez dysfunkcji, a podobny do podgrupy z dysfunkcjami czynnościowymi. Ogólny wynik KO był natomiast podobny do wyniku w podgrupie osób bez dysfunkcji (choć nieco, istotnie statystycznie, wyższy). Również poszczególne skale objawów lękowych nie różniły istotnie podgrupy osób z uogólnioną dysfunkcją od osób bez dysfunkcji. Istotna okazała się natomiast różnica między podgrupą pacjentów z czynnościowymi dysfunkcjami a podgrupą z dysfunkcjami uogólnionymi w zakresie skal objawów konwersyjnych i autonomicznych.

Nie wykryto istotnych różnic między wyłonionymi skupieniami w zakresie objawów nerwicowych przebiegających z jawnym lękiem – fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego, objawów obsesyjno-kompulsyjnych, ani objawów hipochondrycznych. Skupień nie różnicowało także występowanie objawów nieorganicznych zaburzeń snu.

6.5.1.4. Modelowanie równań strukturalnych (SEM) na wybranych zmiennych, związanych z objawami dysfunkcji seksualnych i zaburzenia lękowego

Modelowanie równań strukturalnych (*Structural Equation Modeling*, SEM) zastosowano w celu oceny możliwych relacji między zmiennymi, bardziej złożonych od prostego podziału na zmienne zależne i predyktory, stosowanego np. w analizie regresji, które pozwalają oceniać wyłącznie związki pojedynczych zmiennych z daną zmienną zależną przy kontroli pozostałych zmiennych. W pierwszym kroku dokonano analizy ogólnego

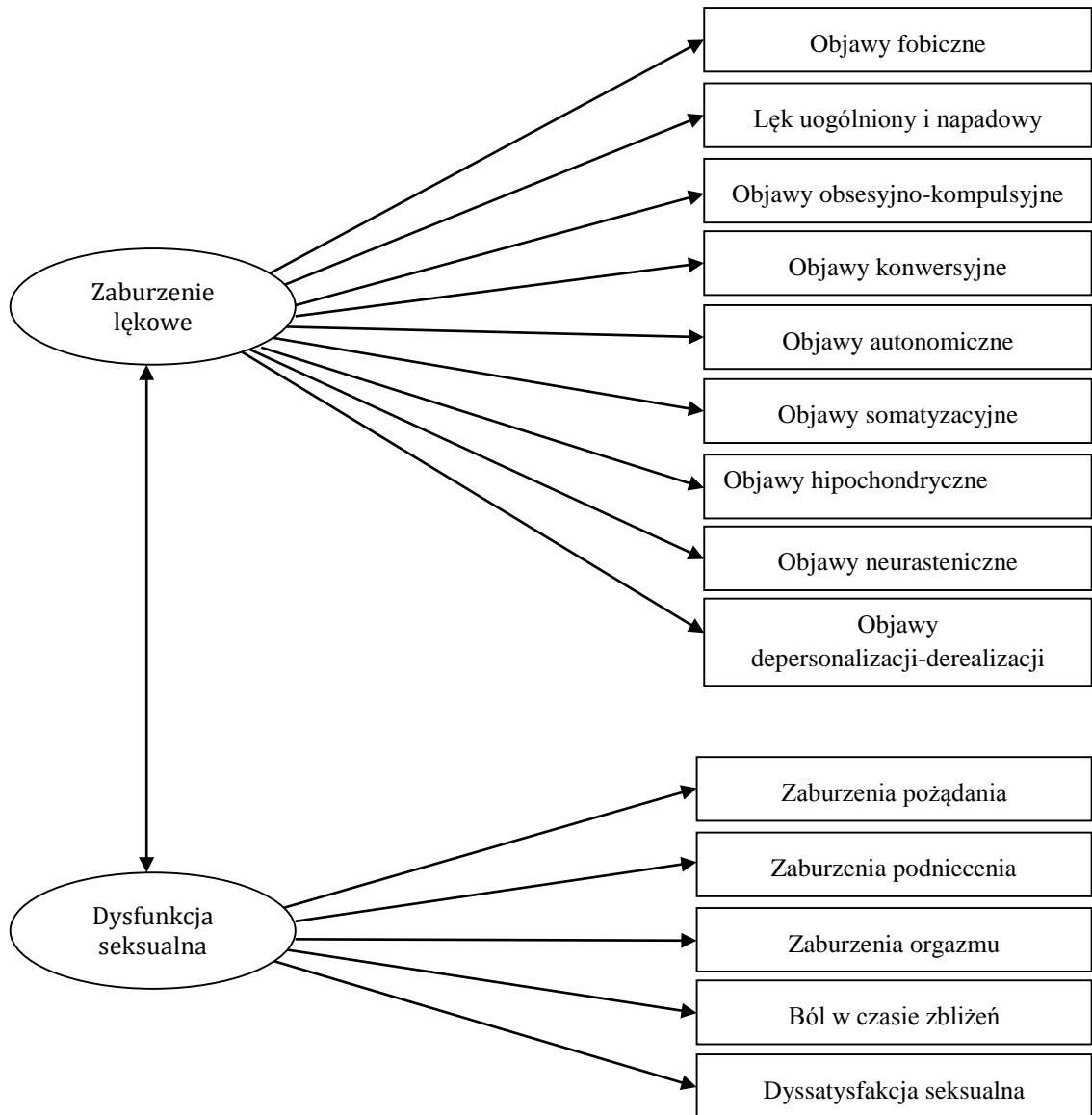
modelu, wiążącego poszczególne skale objawów lękowych w czynnik „zaburzenie lękowe” oraz skale objawów dysfunkcji seksualnych w czynnik „dysfunkcja seksualna”. Zbadano związek tych dwóch czynników oraz istotność odpowiednich skal jako wskaźników owych czynników latentnych. W kolejnych krokach modelowania rozszerzono zakres analizy powiązań między zmiennymi o relacje pomiędzy poszczególnymi skalami dysfunkcji seksualnych oraz zaburzeniem lękowym jako czynnikiem wiążącym skale objawów lękowych. Modele te opracowano rozdzielnie dla kobiet i mężczyzn ze względu na postulowane przez wielu autorów i znane klinicznie różnice w przebiegu zaburzeń seksualnych pomiędzy płciami. Rozpatrywano dwa rodzaje modeli, z których w jednym zaburzenie lękowe potraktowane było jako pierwotny czynnik wpływający na nasilenie poszczególnych dysfunkcji seksualnych, a w drugim pierwotne znaczenie przypisano dysfunkcjom seksualnym, których efektem miał być lęk. Poniżej zaprezentowano wyniki analiz dla poszczególnych modeli.

6.5.1.4.1. Model 1. Zaburzenie lękowe i dysfunkcja seksualna jako wzajemnie zależne czynniki latentne

Pierwsze modelowanie równań strukturalnych przeprowadzono w celu potwierdzenia występowania zależności między dysfunkcjami seksualnymi a objawami nerwicowymi, traktowanymi jako zmienne latentne (nieobserwowalne bezpośrednio), wskazywane przez pewną grupę wskaźników obserwowalnych bezpośrednio. Innymi słowy poszukiwano związku między tym, co wspólne w zakresie różnych dysfunkcji seksualnych, a tym, co wspólne pomiędzy różnymi objawami nerwicowymi. Przy tym założeniu prezentowanego modelu badawczego (model 1.) było rozpatrywanie dysfunkcji seksualnych i objawów lękowych jako zmiennych cyrkularnie na siebie wpływających (tj. zarówno zaburzenia lękowe mogą być przyczyną dysfunkcji seksualnych, jak i odwrotnie – dysfunkcje seksualne mogą być przyczyną zaburzeń lękowych).

W prezentowanej analizie wskaźnikami czynnika dysfunkcji seksualnej określono wybrane skale KSS2: zaburzenia fazy podniecenia, fazy pożądania i fazy orgazmu, zaburzenia związane z bólem w czasie zbliżeń seksualnych i obniżoną satysfakcją ze współżycia (rys. 6.1). W modelu zostały więc umieszczone te składniki zakłóceń aktywności seksualnej, które dotyczą bezpośrednio aktu seksualnego, z wyłączeniem lęku, napięcia i negatywnej oceny zbliżeń jako zjawisk pośrednich między subiektywnym przeżywaniem związanym z lękiem a zakłóconym funkcjonowaniem specyficznym seksualnym.

Czynnik zaburzenia lękowego powiązано ze wskaźnikami, które stanowiły skale objawów nerwicowych kwestionariusza objawowego: objawów fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego, obsesyjno-kompulsyjnych, konwersyjnych, autonomicznych, somatyzacyjnych, hipochondrycznych, neurastenicznych oraz depersonalizacji-derealizacji.



Rysunek 6.1. Model 1. Zaburzenie lękowe i dysfunkcja seksualna jako powiązane czynniki latentne. Pominięto składniki błędu. Wszystkie ścieżki były istotne statystycznie.

Modelowanie równań strukturalnych dla modelu 1. wykazało w wypadku obu płci istotny statystycznie związek między zmiennymi latentnymi: dysfunkcjami seksualnymi a zaburzeniami lękowymi (tab. 6.51). Dodatkowo stwierdzono, że wszystkie wskaźniki dla obu tych zmiennych okazały się istotne statystycznie (tab. 6.52). Korelacja dla zmiennych latentnych wyniosła 0,18 w wypadku kobiet i 0,31 w grupie mężczyzn. Nie są to wartości zbyt wysokie, co oznacza, że obie badane zmienne mogą mieć różne inne ważne predyktory.

Tabela 6.51. Wskaźniki dopasowania modelu SEM wiążącego czynniki latentne dysfunkcji seksualnej i zaburzenia lękowego. Osobno dla kobiet i mężczyzn

Parametr	Kobiety ($N = 167$)	Mężczyźni ($N = 76$)
χ^2 (df) największej wiarygodności	152,63 (76)	138,42 (76)
p	< 0,001	< 0,001
χ^2 / df	2,01	1,82
GFI Jöreskoga	0,89	0,79
AGFI Jöreskoga	0,84	0,70
RMSEA Steigera-Linda (90% P. Ufn.)	0,08 (0,06 - 0,10)	0,11 (0,08 - 0,13)
NFI Bentlera Bonetta	0,87	0,76

Zasady interpretacji wskaźników dopasowania modelu:

- wskaźnik χ^2 / df nie powinien przekraczać 2,0 [203]
- wskaźnik RMSEA (*root mean square error of approximation*) powinien być mniejszy od 0,08 [204]
- wskaźnik NFI (*Normed Fit Index* Bentlera-Bonetta) powinien być wyższy niż 0,90 [205]
- wskaźniki GFI i AGFI powinny przekraczać 0,90 albo nawet 0,95 [206]

Tabela 6.52. Wyniki modelowania równań strukturalnych dla poszczególnych ścieżek w modelu 1. Osobno dla kobiet i mężczyzn

Do zmiennej	Od zmiennej	Kobiety			Mężczyźni		
		SWS	CR	p	SWS	CR	p
Zaburzenie lękowe	Dysfunkcja seksualna	0,18	2,06	0,039	0,31	2,36	0,018
Zaburzenia pożądania	Dysfunkcja seksualna	0,73	*		0,80	*	
Zaburzenia podniecenia	Dysfunkcja seksualna	0,83	9,52	< 0,001	0,81	7,18	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	Dysfunkcja seksualna	0,65	7,66	< 0,001	0,81	7,13	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	Dysfunkcja seksualna	0,70	8,21	< 0,001	0,64	5,48	< 0,001
Dyssatisfakcja seksualna	Dysfunkcja seksualna	0,70	8,31	< 0,001	0,52	4,36	< 0,001
Objawy fobiczne	Zaburzenie lękowe	0,72	*		0,79	*	
Lęk uogólniony i napadowy	Zaburzenie lękowe	0,79	9,74	< 0,001	0,74	6,67	< 0,001
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	Zaburzenie lękowe	0,53	6,51	< 0,001	0,49	4,20	< 0,001
Objawy konwersyjne	Zaburzenie lękowe	0,80	9,85	< 0,001	0,76	6,89	< 0,001
Objawy autonomiczne	Zaburzenie lękowe	0,85	10,47	< 0,001	0,79	7,24	< 0,001
Objawy somatyzacyjne	Zaburzenie lękowe	0,69	8,48	< 0,001	0,72	6,47	< 0,001
Objawy hipochondryczne	Zaburzenie lękowe	0,63	7,73	< 0,001	0,59	5,11	< 0,001
Objawy neurasteniczne	Zaburzenie lękowe	0,66	8,14	< 0,001	0,60	5,28	< 0,001
Objawy depersonalizacji-derealizacji	Zaburzenie lękowe	0,61	7,54	< 0,001	0,71	6,42	< 0,001

* Dla tych parametrów wyliczenie CR i p nie było możliwe, ponieważ współczynnik ścieżkowy został arbitralnie ustalony jako 1, zgodnie z metodologią modeli równań strukturalnych.

Opis skrótów stosowanych w tabeli:

- Standaryzowane (SWS) współczynniki ścieżkowe – mogą być wykorzystywane do oceny względnej siły związku danego predyktora ze zmienną objaśnianą.
- Stosunek krytyczny (CR; *Critical Ratio*): wartości wyższe od 2,00 wskazują, że dana ścieżka jest istotna statystycznie.
- Poziom prawdopodobieństwa p – wartości niższe od 0,05 wskazują, że dana ścieżka jest istotna statystycznie.

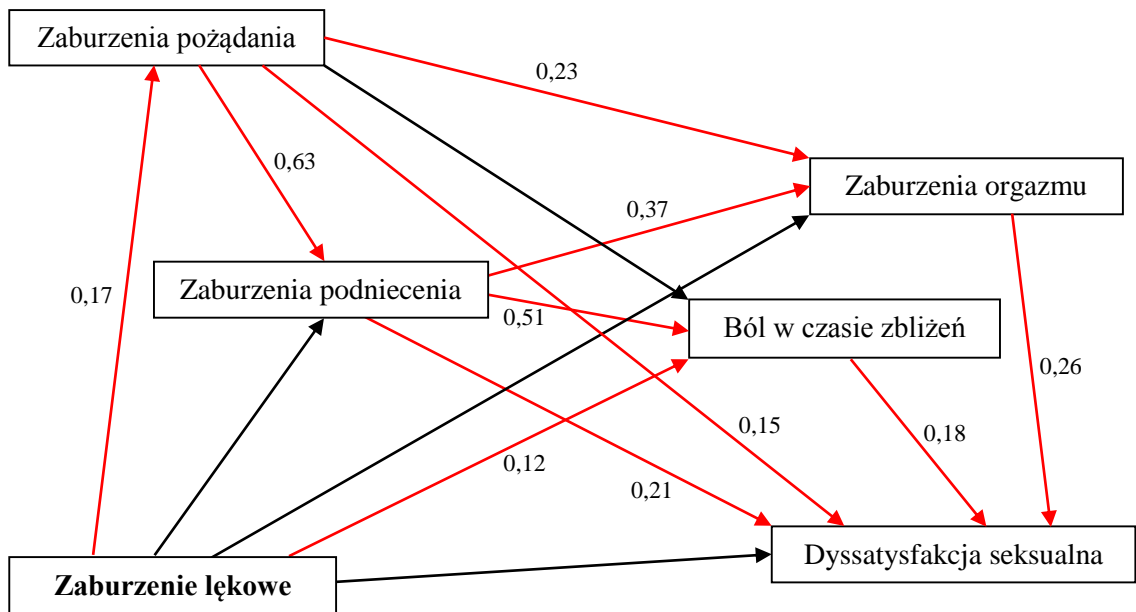
6.5.1.4.2. Model 2. Pierwotny wpływ lęku na dysfunkcje seksualne, analizowany rozdzielnie w podgrupach mężczyzn i kobiet

W kolejnych analizowanych modelach czynnik „zaburzenie lękowe” został wyznaczony na podstawie 9 skal objawów nerwicowych KO metodą pierwszego niezrotowanego czynnika z analizy czynnikowej, co było uzasadnione różną wagą poszczególnych skal objawów lękowych w powstawaniu tego czynnika. Stąd proste sumowanie lub uśrednianie, nieuwzględniające zróżnicowanej wagi poszczególnych skal, uznano za metodę mniej adekwatną [207]. Dla celów analiz związków między jednym czynnikiem latentnym i poszczególnymi skalami dysfunkcji seksualnych nie było także możliwe zastosowanie w modelu wskaźników (skal KO), których istotność w tworzeniu tego czynnika określono powyżej w modelu 1.

Wyniki uzyskane dla modelu 2. wykazały różnice między podgrupą kobiet i mężczyzn (rys. 6.2 oraz 6.3, tab. 6.53, 6.54). W wypadku kobiet model ten odznaczał się dość dobrym dopasowaniem, co nie miało miejsca w odniesieniu do wyników w podgrupie mężczyzn, w której ujawnił się anormalny wskaźnik AGFI oraz wysoka istotność statystyczna modelu, co oznacza jego nieadekwatność wobec wprowadzonych danych empirycznych. W wypadku kobiet zaobserwowano, że nie wszystkie ścieżki w modelu były istotne statystycznie, co sugerowało przeprowadzenie kolejnych analiz po ich usunięciu (model 3-K). Podobnie, w poszukiwaniu dobrze dopasowanego modelu dla podgrupy mężczyzn, skonstruowano model 3-M, w którym nie wprowadzono ścieżek nieistotnych statystycznie w modelu 2.

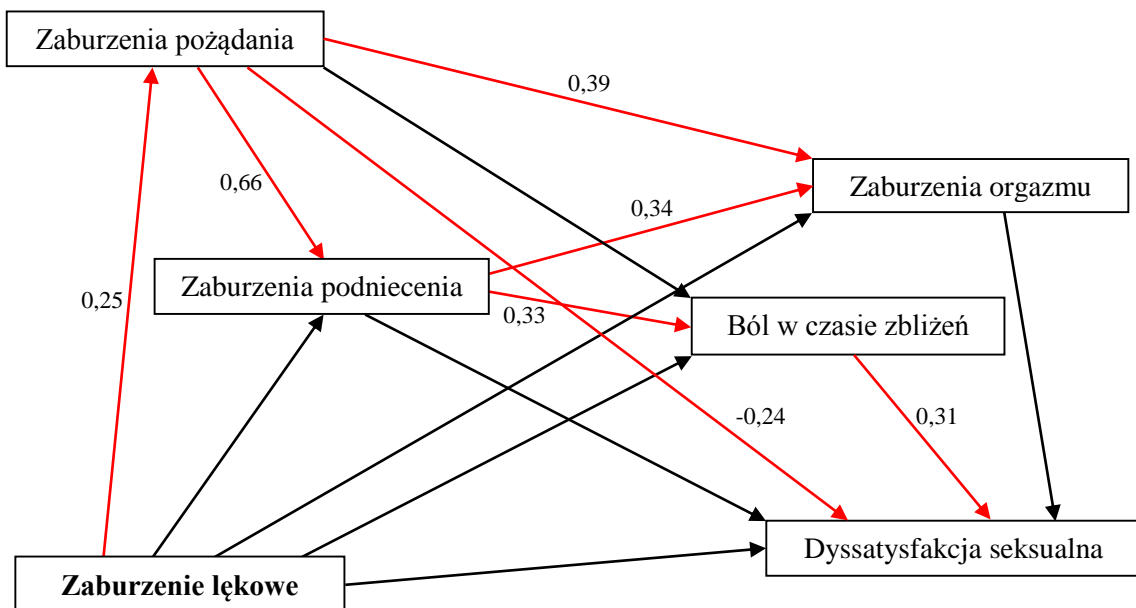
Tabela 6.53. Model 2. Dopasowanie modelu. Osobno dla kobiet i mężczyzn

Parametr	Kobiety ($N = 167$)	Mężczyźni ($N = 76$)
χ^2 (df) największej wiarygodności	3,40 (1)	20,08 (1)
p	0,065	< 0,001
χ^2 / df	3,40	20,08
GFI Jöreskoga	0,99	0,93
AGFI Jöreskoga	0,86	-0,54
RMSEA Steigera-Linda (95% p. ufn.)	0,12 (0,01 - 0,27)	0,50 (0,33 - 0,71)
NFI Bentlera Bonetta	0,99	0,89



Rysunek 6.2. Model 2. Kobiety. Kolorem czerwonym oznaczono ścieżki istotne, a czarnym nieistotne statystycznie

Podano tylko istotne statystycznie współczynniki ścieżkowe.



Rysunek 6.3. Model 2. Mężczyźni. Kolorem czerwonym oznaczono ścieżki istotne, a czarnym nieistotne statystycznie

Podano tylko istotne statystycznie współczynniki ścieżkowe.

Tabela 6.54. Model 2. Istotność ścieżek. Osobno dla kobiet i mężczyzn

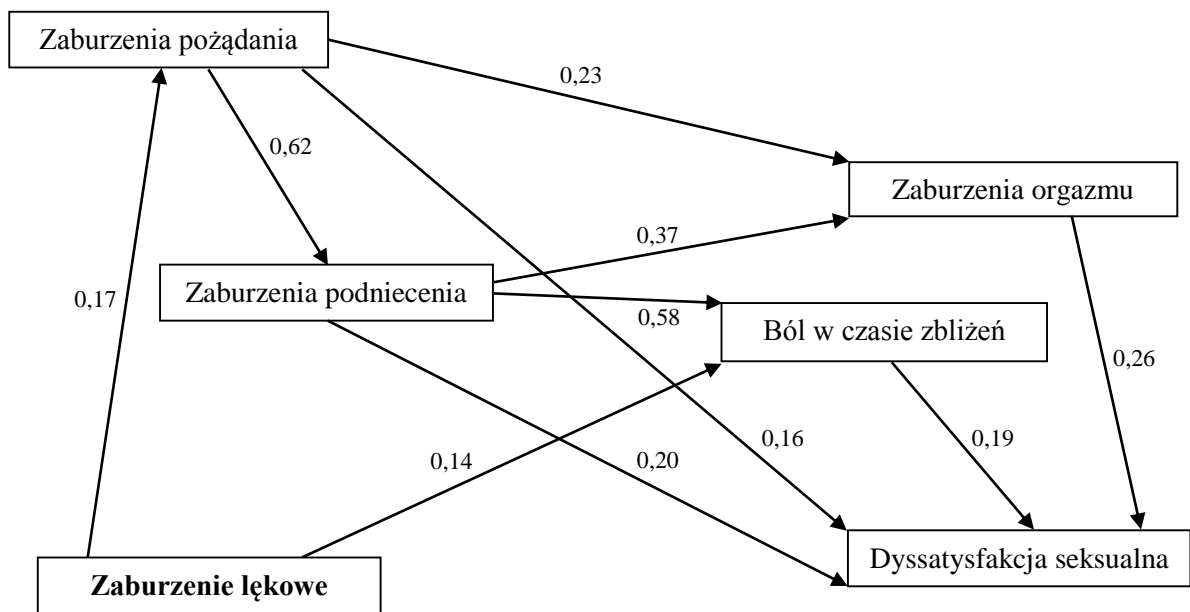
Do zmiennej		Od zmiennej	Kobiety			Mężczyźni		
			SWS	CR	p	SWS	CR	p
Zaburzenia pożądania	←	Zaburzenie lękowe	0,17	2,34	0,019	0,25	2,25	0,024
Zaburzenia podniecenia	←	Zaburzenia pożądania	0,63	10,26	< 0,001	0,66	7,96	< 0,001
Zaburzenia podniecenia	←	Zaburzenie lękowe	-0,02	-0,41	0,675	0,15	1,85	0,064
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia podniecenia	0,37	4,49	< 0,001	0,34	2,77	0,006
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia podniecenia	0,51	6,58	< 0,001	0,33	2,23	0,025
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia pożądania	0,23	2,79	0,005	0,39	3,30	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia pożądania	0,12	1,55	0,119	0,18	1,24	0,217
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenie lękowe	0,12	2,05	0,040	0,03	0,24	0,809
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenie lękowe	-0,02	-0,35	0,724	0,02	0,27	0,787
Dyssatisfakcja seksualna	←	Ból w czasie zbliżeń	0,18	2,38	0,017	0,31	2,82	0,005
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia orgazmu	0,26	3,81	< 0,001	0,01	0,08	0,941
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia podniecenia	0,21	2,39	0,017	0,28	1,88	0,060
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenie lękowe	0,04	0,72	0,468	0,13	0,89	0,374
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia pożądania	0,15	1,91	0,056	-0,24	-2,42	0,015

6.5.1.4.3. Model 3-K. Lęk jako czynnik pierwotnie wpływający na dysfunkcje seksualne – model finalny – kobiety

Model 3-K (rys. 6.4) odznaczał się dobrymi wskaźnikami dopasowania – tab. 6.55 (trafnie oddaje rzeczywistość opisywaną przez dane empiryczne). Ponadto wszystkie uwzględnione ścieżki były istotne statystycznie (tab. 6.56). Inne modele, wprowadzające między innymi ścieżki: ból → orgazm, orgazm → podniecenie, podniecenie → pożądanie, okazywały się gorzej dopasowane.

Tabela 6.55. Model 3-K. Dopasowanie modelu

Parametr	Kobiety (N = 167)
χ^2 (df) największej wiarygodności	6,63 (5)
p	0,249
χ^2 / df	1,33
GFI Jöreskoga	0,99
AGFI Jöreskoga	0,95
RMSEA Steigera-Linda (95% p. ufn.)	0,04 (0,01 - 0,12)
NFI Bentlera Bonetta	0,99



Rysunek 6.4. Model 3-K. Wszystkie ścieżki były istotne statystycznie

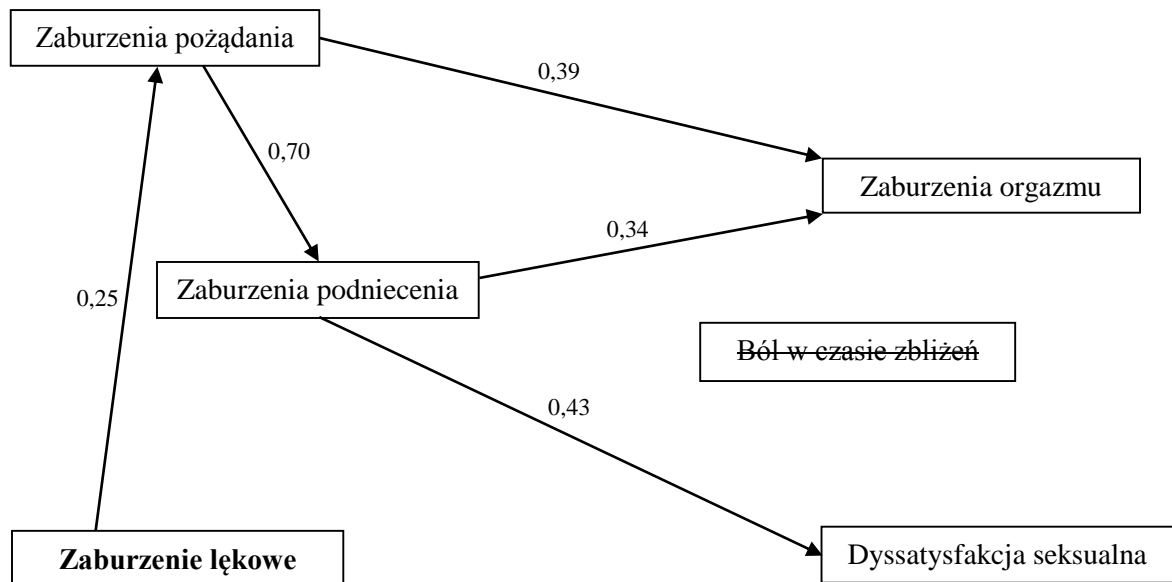
Tabela 6.56. Model 3-K. Istotność ścieżek. Kobiety

Do zmiennej		Od zmiennej	SWS	CR	p
Zaburzenia pożądania	←	Zaburzenie lękowe	0,17	2,34	0,019
Zaburzenia podniecenia	←	Zaburzenia pożądania	0,62	10,34	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia podniecenia	0,37	4,50	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia podniecenia	0,58	9,56	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia pożądania	0,23	2,77	0,005
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenie lękowe	0,14	2,31	0,021
Dyssatisfakcja seksualna	←	Ból w czasie zbliżeń	0,19	2,56	0,010
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia orgazmu	0,26	3,77	< 0,001
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia podniecenia	0,20	2,27	0,023
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia pożądania	0,16	2,05	0,040

6.5.1.4.4. Model 3-M. Lęk jako czynnik pierwotnie wpływający na dysfunkcje seksualne – model finalny – mężczyźni

Dla podgrupy mężczyzn wykonano cztery kolejne iteracje analiz modeli wychodzących z modelu 2. Polegały one na usuwaniu ścieżek nieistotnych statystycznie, a następnie powtarzaniu analizy w nowym modelu. W kolejnych etapach usunięto ścieżki: zaburzenie lękowe → dyssatisfakcja, zaburzenie lękowe → podniecenie, ścieżki prowadzące do zaburzeń bólowych, orgazm → satysfakcja). Powstał model 3-M (rys. 6.5) o akceptowalnym dopasowaniu (tab. 6.67). Powinien on być traktowany jako źródło do tworzenia

kolejnych hipotez, gdyż istotnych okazało się niewiele ścieżek (tab. 6.68). W porównaniu do analogicznego modelu uzyskanego dla kobiet, braki te mogą być efektem małej liczności badanej podgrupy. Z drugiej strony, ścieżki, które okazały się istotne, byłyby z dużym prawdopodobieństwem istotne także w znacznie większej grupie badanej.



Rysunek 6.5. Model 3-M. Wszystkie ścieżki były istotne statystycznie

Tabela 6.67. Model 3-M. Dopasowanie modelu

Parametr	Mężczyźni (N = 76)
χ^2 (df) największej wiarygodności	11,54 (5)
p	0,042
χ^2 / df	2,31
GFI Jöreskoga	0,94
AGFI Jöreskoga	0,83
RMSEA Steigera-Linda (95% p. ufn.)	0,13 (0,02 - 0,23)
NFI Bentlera Bonetta	0,91

Tabela 6.68. Model 3-M. Istotność ścieżek. Mężczyźni

Do zmiennej		Od zmiennej	SWS	CR	p
Zaburzenia pożądania	←	Zaburzenie lękowe	0,25	2,25	0,024
Zaburzenia podniecenia	←	Zaburzenia pożądania	0,70	8,51	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia podniecenia	0,34	2,89	0,004
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia pożądania	0,39	3,31	< 0,001
Dysatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia podniecenia	0,43	4,16	< 0,001

6.5.1.4.5. Model 4. Pierwotny wpływ dysfunkcji seksualnych na wtórne zaburzenie lękowe

Biorąc pod uwagę postulowaną wielokierunkowość interakcji między zaburzeniami lękowymi i dysfunkcjami seksualnymi przeprowadzono analizy modelu zakładającego odwrotny kierunek wpływu poszczególnych czynników w stosunku do modeli 2. i 3. Dysfunkcje seksualne, poza wzajemnymi zależnościami, zostały w tym modelu potraktowane jako czynniki przyczynowe w stosunku do zaburzenia lękowego. Podobnie jak poprzednio model 4. analizowano rozdzielnie w podgrupach mężczyzn i kobiet.

Dla modelu 4 nie uzyskano satysfakcjonujących wskaźników dopasowania w wypadku obu płci (rys. 6.6 oraz 6.7). W grupie mężczyzn model zawiera anormalne wyniki (ujemne *AGFI*), więc wyniki istotności ścieżek należy traktować ze szczególną ostrożnością (tab. 6.69). Wskaźniki w grupie kobiet także świadczą o nie najlepszym dopasowaniu modelu. W związku z tym, traktując model 4 jedynie jako punkt wyjścia, przeprowadzono dalsze analizy po wykluczeniu ścieżek nieistotnych dla danej płci (tab. 6.70). W wyniku kolejnych analiz powstały modele 5-K oraz 5-M.

Tabela 6.69. Model 4. Kobiety i mężczyźni. Porównanie dopasowania modelu

Parametr	Kobiety (<i>N</i> = 167)	Mężczyźni (<i>N</i> = 76)
χ^2 (<i>df</i>) największej wiarygodności	3,11 (1)	20,12 (1)
<i>p</i>	0,078	< 0,001
χ^2 / df	3,11	20,12
<i>GFI</i> Jöreskoga	0,99	0,93
<i>AGFI</i> Jöreskoga	0,87	-0,53
<i>RMSEA</i> Steigera-Linda (95% p. ufn.)	0,11 (0,01 - 0,27)	0,50 (0,33 - 0,71)
<i>NFI</i> Bentlera Bonetta	0,99	0,86

Tabela 6.70. Model 4. Istotność ścieżek. Osobno dla kobiet i mężczyzn

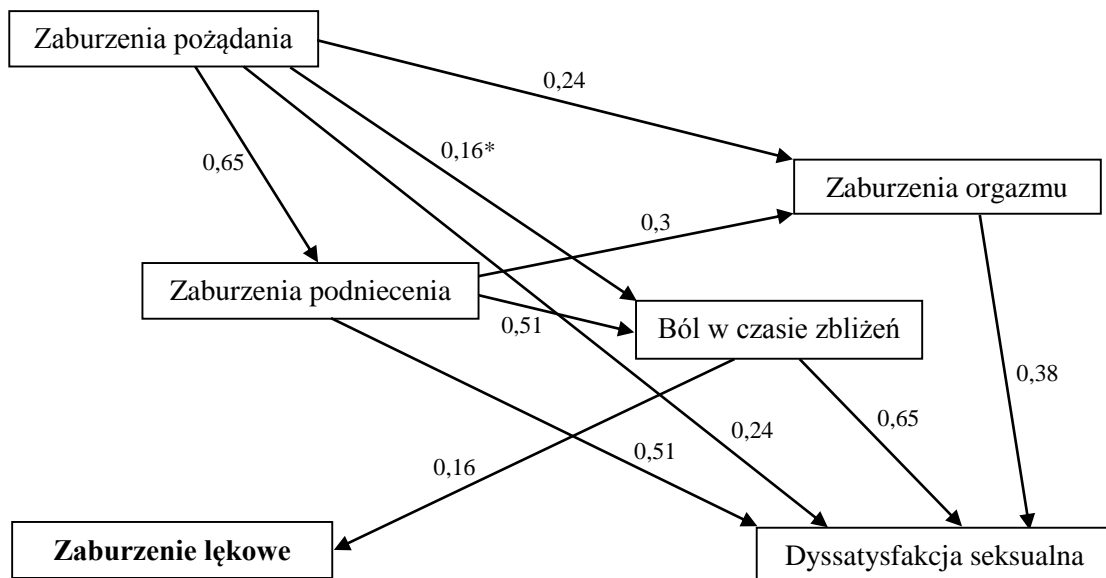
Do zmiennej		Od zmiennej	Kobiety			Mężczyźni		
			SWS	CR	p	SWS	CR	p
Zaburzenia podniecenia	←	Zaburzenia pożądania	0,62	10,34	< 0,001	0,70	8,51	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia podniecenia	0,37	4,50	< 0,001	0,34	2,89	0,004
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia podniecenia	0,50	6,44	< 0,001	0,33	2,33	0,020
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia pożądania	0,23	2,77	0,005	0,39	3,31	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia pożądania	0,14	1,88	0,059	0,17	1,24	0,213
Dyssatisfakcja seksualna	←	Ból w czasie zbliżeń	0,18	2,53	0,011	0,30	2,68	0,007
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia orgazmu	0,26	3,77	< 0,001	0,01	0,01	0,986
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia podniecenia	0,20	2,33	0,019	0,21	1,40	0,160
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia pożądania	0,15	2,03	0,042	0,11	0,79	0,427
Zaburzenie lękowe	←	Zaburzenia pożądania	0,17	1,74	0,080	0,07	0,45	0,648
Zaburzenie lękowe	←	Ból w czasie zbliżeń	0,19	1,96	0,049	0,10	0,86	0,389
Zaburzenie lękowe	←	Zaburzenia podniecenia	-0,13	-1,19	0,231	0,33	2,03	0,042
Zaburzenie lękowe	←	Zaburzenia orgazmu	-0,07	-0,82	0,407	0,03	0,21	0,831
Zaburzenie lękowe	←	Dyssatisfakcja seksualna	0,07	0,72	0,469	-0,29	-2,42	0,015

6.5.1.4.6. Model 5-K. Pierwotny wpływ dysfunkcji seksualnych na wtórne zaburzenie lękowe. Kobiety

Model 5-K (rys. 6.8), który powstał po usunięciu z modelu 4. ścieżki zaburzenie pożądania → ból w czasie zbliżeń oraz związanych z zakładanym wpływem na zaburzenie lękowe zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu i satysfakcji seksualnej, okazał się bardzo dobrze dopasowany do danych empirycznych (tab. 6.71). Potwierdza on w podgrupie kobiet postulowany wpływ zaburzeń wcześniejszych faz pobudzenia seksualnego na fazy późniejsze i ostatecznie – na satysfakcję, natomiast wpływ na zaburzenie lękowe ujawnił się tylko w wypadku odczuwania przez pacjentki bólu w czasie stosunku (tab. 6.72).

Tabela 6.71. Model 5-K. Dopasowanie modelu. Kobiety

Parametr	Kobiety
χ^2 (df) największej wiarygodności	7,47 (5)
p	0,188
χ^2 / df	1,49
GFI Jöreskoga	0,99
AGFI Jöreskoga	0,94
RMSEA Steigera-Linda (95% p. ufn.)	0,06 (0,01 - 0,13)
NFI Bentlera Bonetta	0,98



Rysunek 6.8. Model 5-K. Kobiety. Wszystkie ścieżki były istotne statystycznie, poza oznaczoną *, której współczynnik ścieżkowy był na granicy istotności

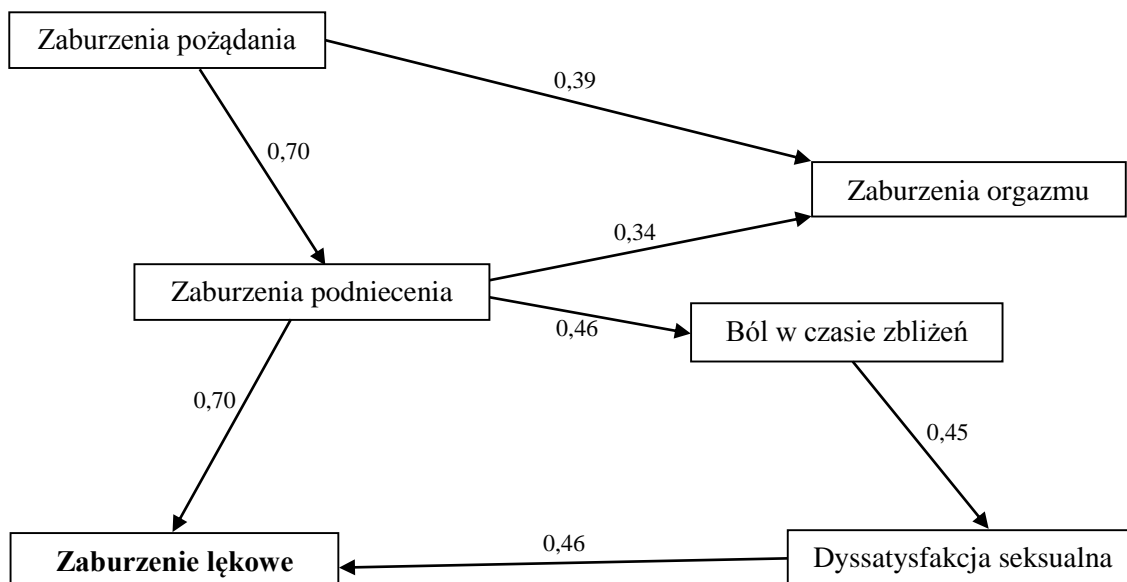
Tabela 6.72. Model 5-K. Istotność ścieżek. Kobiety

Do zmiennej		Od zmiennej	SWS	CR	p
Zaburzenia podniecenia	←	Zaburzenia pożądania	0,65	10,35	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia podniecenia	0,38	4,50	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia podniecenia	0,51	6,44	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia pożądania	0,24	2,78	0,005
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia pożądania	0,16	1,89	0,059
Dyssatisfakcja seksualna	←	Ból w czasie zbliżeń	0,65	10,35	0,011
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia orgazmu	0,38	4,50	< 0,001
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia podniecenia	0,51	6,44	0,019
Dyssatisfakcja seksualna	←	Zaburzenia pożądania	0,24	2,78	0,042
Zaburzenie lękowe	←	Ból w czasie zbliżeń	0,16	1,89	0,011

6.5.1.4.7. Model 5-M. Pierwotny wpływ dysfunkcji seksualnych na wtórne zaburzenie lękowe. Mężczyźni

W modelu 5-M (rys. 6.9) uzyskanym po usunięciu nieistotnych ścieżek z modelu 4. w grupie mężczyzn, mimo istotności wszystkich ścieżek, nie uzyskano dobrze dopasowanego modelu (tab. 6.73). Nie udało się więc w wypadku mężczyzn dobrze wymodelować zjawiska zależności zaburzeń lękowych od poszczególnych kategorii dysfunkcji seksualnych. Istotne ścieżki wyłonione po modyfikacjach modelu 4. (tab. 6.74) sugerowałyby tu nieco inny wpływ dysfunkcji seksualnych na zaburzenie lękowe niż wśród kobiet

– wiązały się z nim zaburzenia podniecenia oraz dyssatisfakcja seksualna. Ze względu na nie wystarczające wskaźniki dopasowania model ten wymagałby powtórzenia na większej grupie.



Rysunek 6.9. Model 4. Mężczyźni. Wszystkie ścieżki były istotne statystycznie

Tabela 6.73. Model 5-M. Dopasowanie modelu. Mężczyźni

Parametr	Mężczyźni
χ^2 (df) największej wiarygodności	30,23 (8)
<i>p</i>	< 0,001
χ^2 / df	3,78
GFI Jöreskoga	0,89
AGFI Jöreskoga	0,71
RMSEA Steigera-Linda (95% p. ufn.)	0,19 (0,12 - 0,27)
NFI Bentlera Bonetta	0,83

Tabela 6.74. Model 5-M. Istotność ścieżek. Mężczyźni

Do zmiennej		Od zmiennej	SWS	CR	<i>p</i>
Zaburzenia podniecenia	←	Zaburzenia pożądania	0,70	8,51	< 0,001
Ból w czasie zbliżeń	←	Zaburzenia podniecenia	0,46	4,45	< 0,001
Dyssatisfakcja seksualna	←	Ból w czasie zbliżeń	0,45	4,33	< 0,001
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia podniecenia	0,34	2,89	0,004
Zaburzenia orgazmu	←	Zaburzenia pożądania	0,39	3,31	< 0,001
Zaburzenie lękowe	←	Zaburzenia podniecenia	0,70	8,51	< 0,001
Zaburzenie lękowe	←	Dyssatisfakcja seksualna	0,46	4,45	0,020

6.5.1.4.8. Podsumowanie wyników analizy modeli równań strukturalnych

Za pomocą modelowania równań strukturalnych uzyskano dobre dopasowanie następujących modeli:

- Model 1. – obrazujący związek zaburzenia lękowego i dysfunkcji seksualnej jako czynników latentnych, określanych przez poszczególne skale, odpowiednio – kwestionariusza objawowego i kwestionariusza satysfakcji z życia seksualnego. Dobrze dopasowany w przypadku obu płci.
- Model 3-K – obrazujący wpływ zaburzenia lękowego, jako czynnika sumującego wpływ skal objawów lękowych KO, na wybrane, czynnościowe dysfunkcje seksualne oraz wzajemną zależność tych ostatnich, w grupie kobiet.
- Model 3-M – analogiczny do modelu 3-K w grupie mężczyzn. Model ten uzyskał akceptowalne dopasowanie, ale niewiele ścieżek okazało się istotnych statystycznie.
- Model 5-K – podobny w założeniu do modelu 3-K, jednak zakładający wpływ dysfunkcji seksualnej na zaburzenie lękowe.

Nie uzyskały wystarczająco dobrych parametrów dopasowania modele 2. i 4., stanowiące punkt wyjścia do utworzenia modeli 3K/M i 5K/M, oraz model 5-M, będący próbą określenia w grupie mężczyzn relacji między dysfunkcjami seksualnymi a lękiem, gdzie dysfunkcja seksualna była czynnikiem pierwotnym w stosunku do zaburzenia lękowego.

6.5.2. Analizy zmian między pomiarami – lęk i zmiana lęku a zmiana w zakresie dysfunkcji seksualnych

Drugą część badań związków między objawami lękowymi i objawami dysfunkcji seksualnych stanowiły analizy zależności między tymi zmiennymi w zakresie zmiany, która następowała po psychoterapii. Za pomocą analizy korelacji oceniono współzależność zmiany nasilenia wyników pojedynczych skal KO i KSS2, a także wzajemne korelacje w obrębie zestawu skal każdego z kwestionariuszy (jako analizę wstępną dla analiz regresji). Następnie wykonano dwukierunkowe analizy wielozmiennowe, w których analogicznie do pierwszej części badań, testowano model, zawierający skale objawów lękowych (oraz wartość ich zmiany w przebiegu psychoterapii) jako predyktory zmiany w zakresie dysfunkcji seksualnych, oraz model odwrócony. Następnie porównano wyniki obu modeli.

Kolejnym etapem tej części badań była analiza korelacji między skupieniami dla zmian w zakresie nasilenia dysfunkcji seksualnych z pierwszym pomiarem oraz zmianą wyników skal objawów lękowych.

Analizy korelacji pomiędzy zmianami w zakresie objawów lękowych i zmianami w zakresie objawów dysfunkcji seksualnych oraz analizy regresji wykonano, jak w przypadku analiz dla pojedynczego pomiaru, rozdzielnie dla płci.

Wszystkich osiem skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych KSS2 przekształcono dla celów analiz regresji do skal standardowych z.

6.5.2.1. Analizy korelacji dotyczące zmiany w przebiegu psychoterapii

6.5.2.1.1. Analizy korelacji wartości skal KO w pierwszym pomiarze ze zmianami wartości skal KSS

Inaczej niż w analizach korelacji dla pierwszego pomiaru obu zestawów skal, relacji istotnych statystycznie między skalami kwestionariusza objawowego a zmianą w zakresie nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych wykryto stosunkowo niewiele. W grupie mężczyzn (tab. 6.75) ujawniły się ujemne zależności między skalą dyssatisfakcji w czasie zbliżeń płciowych i współczynnikami OWK oraz X-KON, a także czterema skalami objawów lękowych – lęku uogólnionego i napadowego, obsesyjno-kompulsyjnych, somatyzacyjnych oraz neurastenicznych. Oznacza to, że wyższy wyjściowy poziom objawów lękowych wiązał się z mniejszą zmianą w skali satysfakcji ze zbliżeń. Inną grupą zależności, występujących tylko wśród mężczyzn, były dodatnie związki nasilenia objawów zaburzeń snu w pomiarze 1. ze zmianą w prawie wszystkich skalach objawów czynnościowych dysfunkcji seksualnych (poza skalą dyssatisfakcji) oraz zmianą w skali uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego i w zakresie nasilenia dysfunkcji mieszanej (XKSS). Co ciekawe, liczba objawów dysfunkcji w różnych skalach (XKSS) wiązała się w grupie mężczyzn ujemnie ze skalą lęku uogólnionego i napadowego w pierwszym pomiarze – wyższy poziom lęku (uogólnionego, panicznego) wiązał się z mniejszą tendencją do zmiany liczby współistniejących dysfunkcji seksualnych.

Tabela 6.75. Korelacje między wartościami skal KO w 1. pomiarze i zmianą wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2. Mężczyźni

Zmiana w skalach KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatyfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dysatyfakcja seksualna	XKSS
Skale KO, pomiar 1.														
Objawy fobiczne	,11	,20	,19	,02	-,09	,12	,26	,14	,15	-,14	-,04	,05	,11	-,06
Lęk uogólniony i napadowy	-,08	,12	,09	,00	-,31*	-,01	,18	-,14	,21	-,10	,15	,01	-,02	-,27*
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	-,16	,09	,02	,13	-,32*	,01	,18	-,05	-,15	-,08	,11	-,28*	,03	-,20
Objawy konwersyjne	,24	,27	,25	,25	-,18	,21	,29*	,15	,16	-,08	,05	,01	,08	,06
Objawy autonomiczne	,13	,09	,18	,08	-,25	,16	,14	,14	,14	,03	-,08	-,02	,07	-,13
Objawy somatyzacyjne	,24	,21	,36**	,29*	-,28*	,09	,23	,18	,01	,02	-,06	-,14	-,05	-,06
Objawy hipochondryczne	-,08	-,05	-,04	-,04	-,15	-,06	-,13	-,09	,15	-,08	-,01	-,26*	-,01	-,23
Objawy neurasteniczne	,07	,03	,17	,01	-,27*	-,05	,17	-,12	,16	-,15	,16	,07	-,06	-,17
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,18	,30*	,26	,11	-,19	,12	,37**	,11	,20	-,12	,01	,08	,07	,00
Unikanie i zależność	,03	,00	,12	,15	-,26	-,06	,23	,01	,14	-,04	,23	-,12	,01	-,22
Impulsywność i histrioniczność	,18	,17	,15	,19	-,27	-,03	,13	-,06	,06	-,06	,05	-,09	-,02	-,02
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,31*	,33*	,29*	,27*	-,02	,33*	,47**	,32*	-,07	-,09	,06	,09	,26*	,28*
Dysfunkcje seksualne	,22	,13	,20	,16	-,18	-,07	-,01	-,02	,00	,02	-,06	-,28*	,15	,09
Objawy dystymiczne	,00	,09	,19	,12	-,23	-,04	,16	-,07	,13	,00	,19	,01	,03	-,16
OWK	,14	,20	,25	,18	-,32*	,07	,28*	,04	,15	-,09	,09	-,08	,05	-,13
X-KON	,03	,16	,14	,06	-,32*	,00	,13	-,07	,22	-,04	,19	-,10	-,11	-,06

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

W grupie kobiet stwierdzono inne zależności (tab. 6.76). Ogólna wartość kwestionariusza KO, wielkość wskaźnika neurotyczności X-KON oraz wyniki wielu skal KO w pomiarze 1. wiązały się dodatnio ze zmianą w skali hiperseksualności. Dotyczyło to nie tylko skal objawów lękowych, ale także skali cech unikania i zależności oraz skali dystymii. Ujawniły się związki wyniku w pomiarze 1. skali cech impulsywności i histrioniczności ze zmianą w następujących skalach objawów: zaburzenia pożądania, napięcia

w czasie zbliżeń płciowych oraz awersji seksualnej. Zmiana w tej ostatniej skali była także skorelowana z pomiarem 1. OWK. Pozostałe istotne zależności to między innymi ujemna korelacja 1. pomiaru skali objawów zaburzeń snu z poprawą w zakresie odczuwania pożądania spontanicznego, a także dodatnia zależność między pierwszym pomiarem w skali objawów fobicznych a poprawą w zakresie uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego.

Tabela 6.76. Korelacje między wartościami skal KO w 1. pomiarze i zmianą wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2. Kobiety

Zmiana w skalach KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dyssatisfakcja seksualna	XKSS
Skale KO, pomiar 1.														
Objawy fobiczne	,07	,02	-,08	,03	,04	,06	,00	,00	,22*	,12	,04	-,04	,22*	,00
Lęk uogólniony i napadowy	,00	,06	,01	,01	,02	,14	,02	,01	,20*	,13	,11	-,08	,04	,04
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,16	,13	,06	,04	,06	,21*	,11	,11	,16	,17	,10	-,06	-,04	,10
Objawy konwersyjne	,05	,01	,00	,01	,07	,04	,02	,09	,26**	,12	,08	-,04	-,08	,01
Objawy autonomiczne	,09	,00	,04	-,03	,10	-,02	-,04	,07	,25**	,11	,04	-,10	,07	,05
Objawy somatyzacyjne	,02	,02	-,01	,09	,10	,08	,07	,06	,12	,14	,01	-,07	-,09	,05
Objawy hipochondryczne	-,05	,04	,03	,01	,01	,13	,13	,05	,14	,16	,10	,01	,06	,07
Objawy neurasteniczne	,05	,00	-,04	-,05	,03	,04	,01	,02	,19*	,14	-,01	-,08	-,13	,00
Objawy depersonalizacji-derealizacji	-,07	-,11	-,16	-,11	-,08	-,08	,00	-,05	,29**	,00	,05	-,08	,02	-,07
Unikanie i zależność	,02	,14	-,13	,02	-,05	,04	,02	-,07	,20*	,17*	,10	,01	-,03	-,01
Impulsywność i histrioniczność	,18*	,17	,06	,11	,05	,27**	,11	,07	,11	,23**	,15	-,11	-,07	,11
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,05	,03	,13	,03	,05	,05	,05	,04	,04	,11	,10	-,19*	,03	,05
Dysfunkcje seksualne	,03	,04	-,13	,04	,03	,03	-,10	-,06	,17	,06	-,04	-,08	-,05	,03
Objawy dystymiczne	,01	,03	-,03	,03	,02	,08	,06	,04	,18*	,15	,17	-,06	,02	,05
OWK	,06	,06	-,03	,02	,05	,10	,04	,04	,26**	,19*	,10	-,09	-,02	,05
X-KON	,09	,15	,02	,03	,04	,13	,04	,11	,29**	,15	,21*	,01	,10	,11

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

6.5.2.1.2. Analizy korelacji zmiany wartości skal KO ze zmianą wartości skal KSS2 w przebiegu psychoterapii

Badając zależności między zmianą w wynikach skal KO a zmianą w wynikach skal objawów dysfunkcji seksualnych wykryto więcej korelacji niż w poprzednich analizach. Także w tych badaniach wykryte zależności różniły się znacznie między podgrupami mężczyzn i kobiet. Nieliczne podobieństwa dotyczą występowania związków między zmianą w zakresie objawów lęku i napięcia w czasie zbliżeń płciowych a zmianą w OWK i w pojedynczych skalach objawów lękowych.

W grupie mężczyzn (tab. 6.77) zaznacza się dodatni związek zmiany w zakresie zaburzeń snu ze zmianą w skali objawów podniecenia seksualnego, napięcia i lęku w czasie zbliżeń oraz zaniżonej oceny własnej seksualności. Ze zmianą w skali hiperseksualności wiąże się zmiana wartości współczynnika X-KON, skal objawów: neurastenii, zespołu depersonalizacji-derealizacji, skali cech unikania i zależności oraz objawów dystymii. Zmiana w skali objawów neurastenii koreluje także dodatnio ze zmianą wyniku skali obniżonego pożądania spontanicznego.

Współzależność zmiany w wynikach skal KO ze zmianą w zakresie dysfunkcji seksualnych ujawniła się w wielu obszarach w grupie kobiet (tab. 6.78). Wyraźne okazały się tu korelacje między zmianą w skali zaburzeń bólowych i zmianą w OWK, większości skal objawów lękowych (poza lękiem fobicznym i panicznym oraz uogólnionym), skali dystymii oraz zmianą w zakresie zaburzeń osobowości – współczynnika X-KON, skal unikania i zależności oraz histrioniczności i impulsywności. Także zmiana w zakresie dyssatisfakcji ze zbliżeń seksualnych dodatnio korelowała ze zmianą OWK oraz zmianą w wielu skalach objawów lękowych, a także w skali cech impulsywności i histrioniczności. Zmiany w wynikach większości skal dysfunkcji seksualnych wiązały się ze zmianą w skali cech zaburzeń osobowości – impulsywnych i histrionicznych. Zmiana w skalach awersji seksualnej, zaniżonej samooceny seksualnej, a także zaburzeń fazy podniecenia wiązała się istotnie ze zmianą w skali cech unikania i zależności. Zmiana wartości współczynnika X-KON wiązała się silnie ze zmianą w skali zaniżonej samooceny seksualnej oraz uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego, a także, co wspomniano wcześniej ze zmianą w skalach zaburzeń bólowych i napięcia przeżywanego w czasie zbliżeń.

Tabela 6.77. Korelacje między zmianą wartości skal KO i zmianą wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2. Mężczyźni

Zmiana w skalach KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dyssatisfakcja seksualna	XKSS
Zmiana w skalach KO														
Objawy fobiczne	,21	,23	,24	,00	-,11	,23	,29*	,21	,12	-,16	-,05	,11	,03	-,01
Lęk uogólniony i napadowy	,04	,06	,08	-,18	-,19	,28*	,23	-,03	,21	,00	,12	,16	,10	-,11
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,23	,18	,22	,12	-,21	,28*	,35*	,24	-,13	-,19	-,02	-,21	,13	-,01
Objawy konwersyjne	,22	,22	,08	,18	-,06	,31*	,29*	,18	,12	-,02	,06	,08	,09	,04
Objawy autonomiczne	,05	,03	,07	-,11	-,15	,20	,22	,14	,21	,04	,02	,02	,06	-,14
Objawy somatyzacyjne	,20	,11	,20	,16	-,10	,19	,13	,23	,01	,04	-,08	-,07	,02	-,10
Objawy hipochondryczne	,21	,06	,06	-,02	-,03	,20	-,06	,10	-,01	-,06	-,12	-,20	,04	-,03
Objawy neurasteniczne	,00	-,04	,05	-,15	,00	,14	,24	,01	,28*	-,05	,24	,33*	-,11	-,08
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,15	,24	,12	,01	-,05	,22	,36**	,07	,29*	-,10	,01	,19	,04	-,01
Unikanie i zależność	,04	-,19	-,05	-,13	-,20	,06	,20	,04	,27*	,04	,25	,06	,07	-,27
Impulsywność i histrioniczność	,21	,10	,11	-,03	-,05	,11	,16	,11	,18	-,02	,12	-,07	,07	,04
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,28*	,24	,13	,19	,06	,36**	,46**	,28*	-,01	-,07	-,02	,15	,02	,24
Dysfunkcje seksualne	,23	,07	,04	,09	,05	,15	-,03	,07	-,02	,24	,01	,00	,38**	,17
Objawy dystymiczne	,05	-,06	,01	-,06	-,05	,12	,20	-,12	,29*	,06	,22	,13	-,07	-,14
OWK - zmiana	,20	,11	,13	-,01	-,12	,29*	,31*	,14	,21	-,02	,10	,09	,07	-,07
X-KON - zmiana	,08	,11	,07	-,10	-,04	,06	,17	,01	,27*	,01	,22	,04	-,10	,07

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

W grupie kobiet (tab. 6.78) ujawniły się również zależności między zmianą w liczbie współwystępujących dysfunkcji (XKSS) ze zmianami OWK oraz wyników w skalach: objawów obsesyjno-kompulsyjnych, autonomicznych i hipochondrycznych, neurastenicznych oraz cech impulsywności i histrioniczności. Zależności tych nie stwierdzono w grupie mężczyzn.

Tabela 6.78. Korelacje między zmianą wartości skal KO i zmianą wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2. Kobiety

Zmiana w skalach KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból	Dysatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dysatisfakcja seksualna	XKSS
Zmiana w skalach KO														
Objawy fobiczne	,09	,07	-,03	,12	,22*	,15	,10	,11	,12	,09	,11	-,02	,26**	,10
Lęk uogólniony i napadowy	,09	,10	,07	,18	,22*	,27**	,18	,12	,03	,03	,13	,01	,18*	,16
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,14	,14	,11	,22*	,28**	,24*	,26**	,20*	,11	,09	,11	-,06	-,01	,23*
Objawy konwersyjne	,07	,13	,13	,19*	,21*	,19*	,16	,21*	,19*	,00	,12	,01	,01	,14
Objawy autonomiczne	,17	,12	,14	,20*	,32**	,22*	,16	,27**	,11	,06	,09	-,04	,21*	,21*
Objawy somatyzacyjne	,03	,07	,08	,29**	,25**	,15	,24*	,15	-,02	,07	,04	-,02	,01	,18
Objawy hipochondryczne	-,01	,18	,12	,23*	,12	,23*	,25**	,13	,07	,17	,15	,09	,13	,20*
Objawy neurasteniczne	,13	,19*	,17	,20*	,18	,33**	,26**	,18	,02	,14	,15	-,01	,03	,21*
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,01	-,01	-,05	,09	,15	,09	,20*	,09	,11	-,02	,17	-,05	,10	,12
Unikanie i zależność	,02	,18*	,07	,23*	,14	,18	,17	,03	,01	,18*	,23**	,17*	,07	,11
Impulsywność i histrioniczność	,25**	,21*	,17	,30**	,23*	,33**	,23*	,20*	,02	,18*	,21*	,02	,02	,26**
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,12	,06	,08	,08	,16	,17	,10	,18	,04	,10	,12	-,15	,14	,08
Dysfunkcje seksualne	,10	,05	-,07	,13	,18	,06	,01	,00	,12	,08	,11	,10	,14	,09
Objawy dystymiczne	,12	,12	,11	,28**	,19*	,30**	,21*	,14	-,08	,15	,24**	,10	,16	,16
OWK - zmiana	,14	,17	,13	,29**	,29**	,31**	,26**	,20*	,08	,13	,20*	,03	,13	,23*
X-KON - zmiana	,14	,10	,11	,19*	,14	,23*	,17	,11	,16	,17	,40**	,12	,19*	,14

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

6.5.2.1.3. Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji – zmiany w wartościach skal KO i KSS2

Skale kwestionariusza objawowego

Jak wynika z tabeli 6.79 występowały istotne statystycznie zależności o charakterze korelacji dla wszystkich par skal objawów lękowych KO, w odniesieniu do wielkości ich zmiany między pomiarem przed psychoterapią i po leczeniu. Jednocześnie nie stwierdzono zależności wyższych niż $r = 0,8$, co pozwala wykorzystać te zmienne jako predyktory w analizach regresji. W analizach powtórzonych rozdzielnie dla płci uzyskano bardzo podobne wyniki (Aneks 3, tab. 12.15 oraz 12.16).

Tabela 6.79. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – zmiana wartości skal KO między dwoma pomiarami

Zmiana w skalach KO	Objawy fobiczne	Lęk napadowy i uogólniony	Objawy obsesyjno-kompulsyjne	Objawy konwersyjne	Objawy autonomiczne	Objawy somatyzacyjne	Objawy hipochondryczne	Objawy neurasteniczne
Lęk uogólniony i napadowy	,58							
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,44	,48						
Objawy konwersyjne	,51	,53	,41					
Objawy autonomiczne	,55	,64	,37	,69				
Objawy somatyzacyjne	,46	,53	,45	,60	,63			
Objawy hipochondryczne	,43	,50	,42	,46	,50	,48		
Objawy neurasteniczne	,41	,66	,44	,56	,57	,50	,42	
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,44	,48	,44	,53	,45	,40	,31	,47

Dla wszystkich wartości $p < 0,01$.

Skale Kwestionariusza Satysfakcji z Życia Seksualnego

W analizie korelacji pomiędzy zmianami w skalach dysfunkcji seksualnych (tab. 6.80) także nie stwierdzono zależności wyższych niż $r = 0,8$, co pozwala na ich użycie w analizie regresji jako predyktorów.

Wyraźne wysokie są korelacje w obrębie zamian wartości skal czynnościowych dysfunkcji seksualnych – dotyczących objawów, które pacjenci obserwowali u siebie w czasie sytuacji erotycznych. Mniej istotnych korelacji zaobserwowano w wypadku powiązań skal zawierających objawy dysfunkcji uogólnionych. Zmiana w skali hiperseksualności była powiązana ze zmianą w skalach zaburzeń bólowych w czasie stosunku oraz zaniżonej samooceny seksualnej. Zmiana w skali awersji seksualnej korelowała istotnie ze zmianami wielu skal – objawów zaburzeń fazy pożądania i podniecenia, oraz bólowych, napięcia i negatywnej oceny zbliżenia, zaniżonej samooceny seksualnej oraz obniżenia pożądania seksualnego. Także zmiana skali obniżonego pożądania spontanicznego była istotnie związana z zmianami wielu innych skal – objawów fazy pożądania, podniecenia i orgazmu, napięcia w czasie zbliżeń, negatywnej samooceny seksualnej oraz uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego. Zmiana tej ostatniej skali była skorelowana ze zmianą większości skal KSS2 poza skalami objawów zaburzeń bólowych, lęku w czasie zbliżeń, hiperseksualności i awersji seksualnej.

Tabela 6.80. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – zmiana wartości skal KSS2 między dwoma pomiarami

Zmiana w skalach KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne
Zab. podniecenia	,57**											
Zab. orgazmu	,55**	,51**										
Ból w czasie zbliżeń	,34**	,51**	,42**									
Dyssatisfakcja	,37**	,36**	,27**	,35**								
Napięcie	,57**	,56**	,48**	,41**	,33**							
Lęk	,35**	,26**	,43**	,32**	,23**	,55**						
Negatywna ocena	,59**	,52**	,56**	,49**	,62**	,61**	,47**					
Hiperseksualność	-,03	-,05	-,02	-,21**	-,02	-,09	,01	-,04				
Awersja seksualna	,22**	,24**	,16*	,23**	,04	,23**	,07	,16*	,00			
Zaniżona samoocena seksualna	,05	,08	,11	,05	,01	,09	,03	-,02	,16*	,37**		
Obniżone pożądanie spontaniczne	,16*	,19*	,20**	,09	,11	,22**	,12	,18*	,11	,22**	,30**	
Ogólna dyssatisfakcja seksualna	,25**	,25**	,22**	,15	,30**	,24**	,11	,29**	,09	,13	,24**	,23**

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

W rozdzielnych analizach w grupie mężczyzn i kobiet uzyskano podobne wyniki jak w analizach wykonanych na wynikach całej grupy badanej (Aneks 3, tab. 12.17 oraz 12.18). W grupie mężczyzn odnotowano nieco mniej istotnych statystycznie zależności, przy czym największą uwagę zwraca mała liczba korelacji dla skali uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej oraz różnice w ujawnionych zależnościach dla skali obniżonego pożądania spontanicznego – związek u mężczyzn ze skalami napięcia i lęku w czasie zbliżeń, u kobiet ze skalami zaburzeń fazy podniecenia i orgazmu oraz awersji seksualnej i zaniżonej samooceny seksualnej. Także w odniesieniu do skali zaniżonej samooceny seksualnej wykryto inne u każdej płci zależności – w grupie mężczyzn wiąże się ona ujemnie ze skalą zaburzeń podniecenia, skalą zaburzeń bólowych, negatywnej oceny zbliżeń oraz dodatnio ze skalą hiperseksualności. W grupie kobiet natomiast – ze skalą zaburzeń orgazmu, awersji seksualnej, obniżonego pożądania spontanicznego oraz uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego.

6.5.2.1.4. Podsumowanie wyników analiz korelacji zmiany w zakresie objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii

Ocena występowania istotnych korelacji między wynikami w poszczególnych skalach objawów lękowych KO oraz wskaźnika X-KON, ze zmianą w zakresie poszczególnych skal dysfunkcji seksualnych KSS2 w przebiegu psychoterapii, miała na celu rozpoznanie, w jakim stopniu nasilenie objawów lękowych mogło wpływać na efekt terapii w odniesieniu do określonych dysfunkcji seksualnych. Wykryte w ten sposób zależności mogą dodatkowo ukazywać dynamiczne związki między badanymi fenomenami, które nie ujawniłyby się w statycznej sytuacji pojedynczego pomiaru.

Wyniki uzyskane w grupach mężczyzn i kobiet były całkowicie inne. Wśród **mężczyzn** stwierdzono:

- Im wyższe były wyniki wskaźnika X-KON, wskaźnika OWK oraz nasilenie objawów lęku uogólnionego lub napadowego, objawów obsesyjno-kompulsyjnych, somatyzacyjnych i neurastenicznych, tym mniejsza była zmiana w zakresie **dyssatisfakcji ze zbliżeń seksualnych**.
- Nasilenie **nieorganicznych zaburzeń snu** wiązało się z większą zmianą w zakresie większości dysfunkcji czynnościowych, poza dyssatisfakcją w czasie zbliżeń. Większa zmiana w zakresie **uogólnionej dyssatisfakcji z życia**

seksualnego wiązała się z ich nasileniem także korzystnie. Nasilenie nieorganicznych zaburzeń snu korelowało także dodatnio ze zmniejszaniem się liczby jednocześnie występujących dysfunkcji (XKSS).

- Wyższy poziom objawów lęku uogólnionego i panicznego wiązał się z mniejszą zmianą w liczbie współwystępujących dysfunkcji (XKSS).
- Wartość OWK, nasilenie objawów konwersyjnych oraz objawów depersonalizacji i derealizacji wiązały się z większą zmianą w zakresie objawów **lęku w czasie zbliżeń seksualnych**.
- Zmiana w zakresie **obniżonego pożądanego spontanicznego** była tym mniejsza, im wyższe było nasilenie w pierwszym pomiarze objawów obsesyjno-kompulsyjnych i hipochondrycznych.
- Nasilenie objawów depersonalizacji-derealizacji wiązało się z większą zmianą w zakresie **zaburzeń podniecenia**.

W grupie **kobiet** stwierdzono natomiast:

- Związek zmiany w zakresie **hiperseksualności** z wartościami OWK, X-KON oraz nasileniem objawów: fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego, konwersyjnych, autonomicznych, neurastenicznych, depersonalizacji-derealizacji oraz cech unikania i zależności, a także objawów dystymicznych.
- Nasilenie objawów histrioniczności i impulsywności wiązało się z wielkością zmiany w zakresie **zaburzeń pożądanego, napięcia w czasie zbliżeń i awersji seksualnej**.
- Większe nasilenie objawów fobicznych wiązało się z większą zmianą w zakresie **ogólnej satysfakcji z życia seksualnego**.
- Nasilenie nieorganicznych zaburzeń snu wiązało się z mniejszą zmianą w zakresie **obniżenia pożądanego spontanicznego**.

Kolejne analizy, badające związki między zmianą w nasileniu objawów lękowych a zmianą w nasileniu dysfunkcji seksualnych, także uwypukliły różnice między płciami. Jedyną wspólną grupą zależności były dodatnie związki między **lękiem i napięciem w czasie stosunku** a OWK oraz kilkoma rodzajami objawów lękowych, przy czym więcej zależności wykryto wśród kobiet.

Ponadto stwierdzono w grupie **mężczyzn**, że:

- Zmiana w nasileniu nieorganicznych zaburzeń snu wiązała się ze zmianą w objawach **zaburzeń podniecenia, lęku i napięcia w czasie zbliżeń** oraz **samooceny seksualnej**.
- Zmiana w zakresie **hiperseksualności** wiązała się ze zmianą wartości X-KON oraz nasilenia objawów neurastenicznych, depersonalizacji-derealizacji, dystymicznych, a także cech unikania i zależności.
- Zmiana w nasileniu objawów neurastenii wiązała się ze zmianą w **zakresie obniżonego pożądania spontanicznego**.

W grupie **kobiet** ujawniły się inne zależności:

- Związek zmiany w **liczbie jednoczesnych dysfunkcji seksualnych (XKSS)** ze zmianą w wartości OWK oraz zmianą nasilenia objawów autonomicznych, neurastenicznych i hipochondrycznych.
- Związki między zmianą w nasileniu cech **histrioniczności i impulsywności** a zmianą w **prawie wszystkich badanych rodzajach dysfunkcji seksualnych** poza zaburzeniami orgazmu, hiperseksualnością, obniżeniem pożądania spontanicznego i uogólnioną dyssatisfakcją z życia seksualnego.
- Związki zmiany nasileniu **bólu w czasie zbliżeń** ze zmianą w wartościach OWK, X-KON oraz wielu rodzajach objawów lękowych: obsesyjno-kompulsyjnych, konwersyjnych, autonomicznych, somatyzacyjnych, hipochondrycznych i neurastenicznych, a także w zakresie objawów unikania i zależności oraz histrioniczności i impulsywności, jak również dystymii.
- Zmiana w **dyssatisfakcji ze zbliżeń** wiązała się dodatkowo ze zmianą w OWK, a także ze zmianą nasilenia wielu grup objawów nerwicowych: fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego, obsesyjno-kompulsyjnych, konwersyjnych, autonomicznych, somatyzacyjnych, hipochondrycznych i neurastenicznych, oraz objawów dystymii.
- Związki zmian w zakresie objawów dysfunkcji seksualnych ze **zmianami w zakresie osobowości** badanych na które wskazuje, poza zależnościami wspomnianymi dla skal unikania i zależności oraz histrioniczności i impulsywności, grupa zależności zmiany współczynnika X-KON ze zmianami w nasileniu bólu i napięcia w czasie zbliżeń, zaniżonej samooceny seksualnej oraz uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego.

Wzajemne zależności zmiany poszczególnych objawów nerwicowych, ocenione przy okazji badania przydatności tych zmiennych jako predyktorów w analizach regresji, okazały się silne. Zmiana w każdej skali KO wiązała się dodatnio ze zmianą w pozostałych skalach. W analogicznym zestawie analiz dla skal kwestionariusza KSS2 podobnie silne relacje wiązały zmianę w skalach czynnościowych, dotyczących problemów w aktywności seksualnej, choć nie wszystkie ujawniły się w grupie mężczyzn. W badaniu powiązań zmiany w wartościach skal dysfunkcji uogólnionych wykryto znacznie mniej związków.

W grupie **mężczyzn** stwierdzono, że:

- Większa zmiana w zakresie hiperseksualności wiązała się z mniejszą zmianą w zakresie dolegliwości bólowych w czasie zbliżeń oraz z większą zmianą w zakresie poprawy samooceny seksualnej.
- Korzystna zmiana samooceny seksualnej wiązała się oprócz tego z mniejszą zmianą w zakresie objawów zaburzeń podniecenia, bólu w czasie stosunku i negatywnej oceny zbliżeń.
- Korzystna zmiana poziomu pożądania spontanicznego wiązała się z korzystną zmianą w zakresie napięcia i lęku w czasie zbliżeń.
- Zmiana w zakresie ogólnej satysfakcji z życia seksualnego wiązała się dodatnio ze zmianą w zakresie napięcia i negatywnej oceny zbliżeń seksualnych.

W grupie **kobiet**:

- Stwierdzone zostały zależności zmiany nasilenia awersji seksualnej oraz uogólnionej dysfakcji z życia seksualnego ze zmianą w prawie wszystkich pozostałych klasach objawów.
- Zmiana w zakresie hiperseksualności wiązała się wyłącznie ze zmianą w ogólnej satysfakcji z życia seksualnego.
- Zmiana w samoocenie seksualnej wiązała się ze zmianą w nasileniu zaburzeń orgazmu, awersji seksualnej, poprawą pożądania spontanicznego.
- Poprawa w zakresie pożądania spontanicznego wiązała się z poprawą w zakresie objawów zaburzeń podniecenia i orgazmu, awersji seksualnej oraz niżonej samooceny seksualnej.

6.5.2.2. Analizy regresji krokowej wielokrotnej dla zmian w zakresie wartości skal KO oraz skal KSS2

Modele analiz regresji w odniesieniu do zmian w przebiegu psychoterapii skonstruowano analogicznie do modelu opisanego w rozdziale 6.5.1.2, który bada zależności dla pojedynczego pomiaru wartości zmiennych. Podstawowy zestaw predyktorów i zmiennych zależnych w czterech kolejnych analizach zawierał dziewięć skal KO związanych z lękiem oraz skale KSS2. Jako zmienne zależne wprowadzono dodatkowo wskaźniki OWK, X-KON oraz XKSS. Zmiennymi kontrolnymi były wiek, płeć oraz wykształcenie badanych (wg przesłanek opisanych w rozdz. 6.5.1.2).

Analizy przeprowadzono w czterech wariantach. W pierwszym (R2.1) predyktorami były skale objawów lękowych w pomiarze 1., a zmiennymi zależnymi zmiana w skalach i współczynnika wieloobjawowej dysfunkcji seksualnej. W drugim (R2.2) – zestaw predyktorów zawierał wartości zmian w skalach dotyczących objawów lęku, przy zachowaniu tych samych zmiennych zależnych. Kolejne dwie analizy obejmowały modele odwrotne – predyktorami były skale objawów dysfunkcji seksualnych (R2.3) oraz w czwartym modelu – zmiana ich wartości, a zmiennymi zależnymi – zmiana w wartości skal oceniających różne kategorie objawów lękowych oraz współczynników OWK i X-KON (R2.4). W tabelach umieszczono tylko zależności istotne statystycznie.

6.5.2.2.1. Analiza regresji R2.1 – wartości początkowe skal KO jako predyktory zmiany wartości skal KSS2

Predyktorami w poniższych analizach było 9 skal objawów lękowych KO w pomiarze przed psychoterapią. Zmienne zależne stanowiły zmiana w skalach dysfunkcji seksualnych KSS2 oraz zmiana współczynnika wieloobjawowej dysfunkcji seksualnej XKSS, natomiast zmienne kontrolne: wiek, płeć oraz wykształcenie.

Jak wynika z tabeli 6.81, w analizach wykryto niewiele wyraźnych zależności. Istotnymi predyktorami okazały się w wypadku wielu pomiarów zmiany skal dysfunkcji seksualnych dwie zmienne kontrolne – wiek i płeć, oraz w przypadku jednej skali – wykształcenie. Wiek był predyktorem zmiany dysfunkcji fizjologicznych – skal związanych z fazami pożądania (4,10% ww.), podniecenia (2,65% ww.) i orgazmu (5,06% ww.) oraz z zaburzeniami bólowymi (3,30% ww.). Był także predyktorem zmiany ogólnej liczby objawów – XKSS (2,59% ww.) oraz słabszym z trzech predyktorów zmiany skali uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej (2,56% ww.). Płeć (wyższe wartości u kobiet) stanowiła

jedyny predyktor zmiany obniżonego pożądania spontanicznego (4,93% ww.) oraz zaniżonej samooceny seksualnej (2,06% ww.). Wykształcenie stanowiło jedyny predyktor zmiany w zakresie skali awersji seksualnej – im wyższe wykształcenie, tym niższa była zmiana w tej skali.

Spośród skal KO dwie okazały się predyktorami zmiany ogólnej dyssatisfakcji – skala objawów fobicznych dodatnim (5,70% ww.), a neurastenia ujemnym (3,81% ww.). Pierwszy pomiar skali depersonalizacji-derealizacji stanowił predyktor zmiany w zakresie skali hiperseksualności (5,62% ww.).

Nie uzyskano istotnych statystycznie modeli regresji w przypadku zmian w skalach dyssatisfakcji, napięcia, lęku oraz negatywnej oceny w sytuacjach erotycznych.

Tabela 6.81. Wyniki analizy regresji. Wartości skal objawów lękowych KO w 1. pomiarze jako predyktory zmiany wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2. $N = 165$

Skale KSS2 – zmiana	R^2	F	p	Predyktory – skale KO, 1. pomiar	B	$Beta$	t	p	r_{semi}	% ww.
Zab. pożądania	0,04	2,36	0,073	Wiek	0,03	0,20	2,65	0,009	0,20	4,10
Zab. podniecenia	0,02	1,47	0,223	Wiek	0,02	0,16	2,08	0,039	0,16	2,56
Zab. orgazmu	0,05	2,93	0,035	Wiek	0,03	0,23	2,96	0,004	0,22	5,06
Ból w czasie zbliżeń	0,03	2,11	0,100	Wiek	0,03	0,18	2,37	0,019	0,18	3,30
Dyssatisfakcja	0	0,26	0,849	X						
Napięcie	0,01	0,82	0,482	X						
Lęk	0	0,22	0,881	X						
Negatywna ocena	0,01	0,67	0,566	X						
XKSS	0,04	2,55	0,057	Wiek	0,04	0,16	2,10	0,037	0,16	2,59
Hiperseksualność	0,06	3,40	0,010	Objawy depersonalizacji-derealizacji	0,01	0,24	3,37	0,001	0,24	5,62
Awersja seksualna	0,04	2,70	0,047	Wykształcenie*	-0,03	-0,14	-1,95	0,053	-0,14	1,91
Zaniżona samoocena seksualna	0,06	4,13	0,007	Płeć	0,22	0,22	3,12	0,002	0,22	4,83
Obniżone pożądanie spontaniczne	0,02	1,62	0,186	Płeć	0,16	0,15	2,01	0,046	0,14	2,06
Ogólna dyssatisfakcja	0,12	5,22	< 0,001	Wiek	0,01	0,16	2,34	0,020	0,16	2,56
				Objawy fobiczne	0,01	0,26	3,49	0,001	0,24	5,70
				Objawy neurasteniczne	-0,01	-0,21	-2,86	0,005	-0,20	3,81

* Kolorem niebieskim oznaczono predyktory ujemne.

6.5.2.2.2. Analiza regresji R2.2 –zmiany wartości skal KO jako predyktory zmiany wartości skal KSS2

Predyktorami w poniższych analizach była zmiana w wartościach 9 skal objawów lękowych KO. Zmienne zależne – zmiana w skalach dysfunkcji seksualnych KSS2. Zmienne kontrolne: wiek, płeć oraz wykształcenie badanych.

Podobnie jak w analizie dla pierwszego pomiaru wartości skal KO jako predyktorów, w przypadku zastosowania w modelu analiz zmiany ich wartości, istotne znaczenie miały zmienne kontrolne – wiek, płeć i wykształcenie. Wiek jako istotny predyktor pojawił się dodatkowo w analizie dla zmiany w skali przeżywania napięcia emocjonalnego w czasie sytuacji erotycznych.

Dane zawarte w tabeli 6.82, w przeciwieństwie do analiz dla wartości początkowych jako predyktorów zmiany, pokazują także istotną rolę predykcyjną zmiany w niektórych skalach objawów nerwicowych. Są to: zmiana w skali objawów obsesyjno-kompulsyjnych, jako czynnik wyjaśniający 3,35% wariancji zmiany w skali zaburzeń fazy pożądania, 3,50% wariancji zmiany w skali lęku w sytuacjach erotycznych oraz 3,41% wariancji zmiany ogólnej liczby objawów dysfunkcji seksualnych (XKSS). Zmiana w skali objawów neurastenii była predyktorem zmian w skalach zaburzeń fazy podniecenia (3,27% ww.), fazy orgazmu (3,70% ww.), napięcia w sytuacjach erotycznych (9,52% ww.), lęku w sytuacjach erotycznych (2,34% ww.) oraz zaniżonej samooceny seksualnej (2,23% ww.). Znaczenie miały także zmiana w skali objawów somatyzacyjnych jako predyktor zmiany w skali zaburzeń bólowych (7,38% ww.); zmiana w skali objawów autonomicznych wyjaśniająca 3,55% wariancji zmiany skali dyssatisfakcji oraz 6,48% wariancji skali negatywnej oceny sytuacji erotycznych; zmiana w zakresie objawów depersonalizacji-derealizacji, będąca predyktorem zmiany w skali hiperseksualności (2,73% ww.) oraz zmiana w skali objawów fobicznych związana ze zmianą w skali uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej (3,58% ww.).

Tabela 6.82. Wyniki analizy regresji. Zmiany wartości skal objawów lękowych KO jako predyktory zmiany wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2. $N = 165$

Skale KSS2 – zmiana	R^2	F	p	Predyktory – skale KO – zmiana	B	Bet a	t	p	r_{semi}	% ww.
Zab. pożądania	0,07	3,31	0,012	Wiek	0,03	0,22	2,91	0,004	0,22	4,87
				Objawy obsesyjno-kompulsyjne	0,02	0,18	2,42	0,017	0,18	3,35
Zab. podniecenia	0,06	2,64	0,035	Wiek	0,03	0,21	2,64	0,009	0,20	4,07
				Objawy neurasteniczne	0,01	0,19	2,37	0,019	0,18	3,27
Zab. orgazmu	0,08	3,86	0,005	Wiek	0,04	0,27	3,43	0,001	0,26	6,66
				Objawy neurasteniczne	0,01	0,20	2,56	0,012	0,19	3,70
Ból w czasie zbliżeń	0,11	5,04	< 0,001	Wiek	0,03	0,21	2,78	0,006	0,21	4,28
				Objawy somatyzacyjne	0,02	0,28	3,66	< 0,001	0,27	7,38
Dyssatisfakcja	0,04	1,70	0,151	Objawy autonomiczne	0,01	0,19	2,44	0,016	0,19	3,55
Napięcie	0,10	4,91	< 0,001	Wiek	0,03	0,17	2,22	0,028	0,17	2,73
				Objawy neurasteniczne	0,02	0,32	4,15	< 0,001	0,31	9,52
Lęk	0,11	4,05	0,002	Objawy obsesyjno-kompulsyjne	0,03	0,21	2,51	0,013	0,19	3,50
				Objawy neurasteniczne	0,01	0,18	2,05	0,042	0,15	2,34
Negatywna ocena	0,07	3,34	0,012	Objawy autonomiczne	0,02	0,26	3,36	0,001	0,25	6,48
XKSS	0,07	3,40	0,011	Wiek	0,04	0,18	2,31	0,022	0,18	3,07
				Objawy obsesyjno-kompulsyjne	0,03	0,19	2,43	0,016	0,18	3,41
Hiperseksualność	0,04	1,92	0,108	Objawy depersonalizacji-derealizacji	0,01	0,17	2,30	0,023	0,17	2,73
Awersja seksualna	0,04	2,68	0,048	Wykształcenie*	-0,03	-0,14	-1,95	0,052	-0,14	1,95
Zaniżona samoocena seksualna	0,08	4,23	0,003	Płeć	0,22	0,23	3,19	0,002	0,22	5,01
				Objawy neurasteniczne	0	0,15	2,13	0,035	0,15	2,23
Obniżone pożądanie spontaniczne	0,02	1,54	0,205	Płeć	0,16	0,14	1,91	0,058	0,14	1,89
Ogólna dysatisfakcja seksualna	0,09	4,65	< 0,001	Wiek	0,01	0,17	2,40	0,017	0,17	2,81
				Objawy fobiczne	0,01	0,19	2,71	0,007	0,19	3,58

* Kolorem niebieskim oznaczono predyktor ujemny.

6.5.2.2.3. Analiza regresji R2.3 – wartości początkowe skal KSS2 jako predyktory zmiany wartości skal KO

Predyktorami w poniższych analizach były wartości skal KSS2 w pomiarze 1. Zmiennymi zależnymi są zmiany w skalach objawów lękowych i wskaźnikach OWK oraz X-KON. Zmienne kontrolne stanowiły: wiek, płeć oraz wykształcenie.

W modelu analiz regresji, w którym jako predyktory określono wartości skal kwestionariusza satysfakcji z życia seksualnego w pomiarze 1., a zmiennymi zależnymi były zmiany wartości skal objawów lękowych KO, ujawniły się liczne zależności (tab. 6.83).

W wypadku sześciu z dziewięciu ocenianych skal KO predyktorem zmiany okazała się pierwotna wartość skali uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego. Nie dotyczyło to tylko zmiany w skalach: objawów autonomicznych, hipochondrycznych oraz depersonalizacji-derealizacji. Istotny jest fakt kierunku zależności – im wyższa była dyssatisfakcja (tj. niższa satysfakcja) z życia seksualnego w początkowym pomiarze, tym mniejsza była zmiana w danej skali KO.

W wypadku zmian w trzech skalach KO – objawów konwersyjnych, somatyzacyjnych i hipochondrycznych – dodatnim czynnikiem predykcyjnym była wartość skali zaburzeń bólowych w KSS2 (im wyższa wartość w skali zaburzeń bólowych, tym większa zmiana w wymienionych skalach KO). Wartość skali objawów zaburzeń pożądania seksualnego stanowiła słabszy z dwóch predyktorów zmiany w skali objawów autonomicznych (1,79% ww., zależność ujemna) oraz silniejszy w przypadku zmiany skali objawów fobicznych (2,37% ww., zależność dodatnia). Wartość początkowa skali zaburzeń podniecenia była słabszym, po wieku, predyktorem zmiany wartości skali zespołu depersonalizacji-derealizacji (1,59% ww.). Skala objawów napięcia w czasie zbliżeń stanowiła predyktor zmian w skali lęku uogólnionego i napadowego (2,16% ww.). Wartość skali negatywnej oceny zbliżenia seksualnego wiązała się dodatnio ze zmianą w skali objawów obsesyjno-kompulsyjnych oraz zmianą w skali objawów autonomicznych. Ostatnią wykrytą zależność stanowił związek między wartością początkową skali objawów awersji seksualnej i zmianą w skali objawów hipochondrycznych.

Analogicznie do badań dla pierwszego pomiaru przeprowadzono analizy regresji dla współczynników OWK oraz X-KON. Ogólna dyssatisfakcja z życia seksualnego okazała się ujemnym predyktorem zmiany w zakresie OWK. Skala zaburzeń seksualnych związanych z bólem była natomiast predyktorem dodatnim tej zmiennej. Zmiana w zakresie współczynnika neurotycznych cech osobowości wiązała się dodatnio wyłącznie z wynikami skali hiperseksualności.

Jedyną zmienną kontrolną, która okazała się predyktorem badanych zmian w skalach KO był wiek – wyjaśniał 1,48% wariacji zmiany w skali objawów somatyzacyjnych oraz 2,13% wariacji zmiany w skali objawów zespołu depersonalizacji-derealizacji.

Tabela 6.83. Wyniki analizy regresji. Wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2 w 1. pomiarze jako predyktory zmiany wartości skal objawów lękowych KO. $N = 165$

Skale KO – zmiana	R^2	F	p	Predyktory – 1. pomiar skal KSS2	B	$Beta$	t	p	r_{semi}	% ww.
Objawy fobiczne	0,06	3,17	0,009	Zab. pożądania	1,66	0,16	2,46	0,015	0,15	2,37
				Ogólna dyssatisfakcja*	-1,95	-0,14	-2,24	0,026	-0,14	1,97
Lęk uogólniony i napadowy	0,04	2,43	0,035	Ogólna dyssatisfakcja	-3,51	-0,17	-2,61	0,010	-0,16	2,70
				Napięcie	2,44	0,15	2,33	0,021	0,15	2,16
Objawy obsesyjno- kompulsyjne	0,05	2,70	0,021	Negatywna ocena	2,11	0,19	2,93	0,004	0,18	3,40
				Ogólna dyssatisfakcja	-2,28	-0,16	-2,47	0,014	-0,16	2,42
Objawy konwersyjne	0,04	2,34	0,042	Ból w czasie zbliżeń	3,29	0,16	2,51	0,013	0,16	2,52
				Ogólna dyssatisfakcja	-3,83	-0,15	-2,26	0,025	-0,14	2,04
Objawy autonomiczne	0,05	2,57	0,027	Negatywna ocena	2,47	0,16	2,52	0,012	0,16	2,53
				Zab. pożądania	-4,13	-0,14	-2,12	0,035	-0,13	1,79
Objawy somatyzacyjne	0,06	3,15	0,009	Wiek	-0,25	-0,12	-1,94	0,053	-0,12	1,48
				Ból w czasie zbliżeń	2,74	0,18	2,76	0,006	0,17	3,00
				Ogólna dyssatisfakcja	-2,67	-0,13	-2,08	0,039	-0,13	1,70
Objawy hipochondryczne	0,04	2,17	0,058	Awersja seksualna	-3,19	-0,17	-2,49	0,014	-0,16	2,47
				Ból w czasie zbliżeń	1,31	0,13	2,01	0,045	0,13	1,62
Objawy neurasteniczne	0,04	3,11	0,016	Ogólna dyssatisfakcja	-4,74	-0,18	-2,87	0,004	-0,18	3,27
Objawy depersonalizacji- derealizacji	0,03	2,43	0,048	Wiek	-0,23	-0,15	-2,31	0,022	-0,15	2,13
				Zab. podniecenia	1,44	0,13	1,99	0,048	0,13	1,59
OWK	0,06	3,16	< 0,001	Ogólna dyssatisfakcja	-32,52	-0,17	-2,67	0,008	-0,17	2,81
				Ból w czasie zbliżeń	24,51	0,17	2,60	0,010	0,16	2,66
X-KON	0,03	2,05	< 0,001	Hiperseksualność	7,30	0,18	2,47	0,014	0,16	2,42

* Kolorem niebieskim oznaczono predyktory ujemne.

6.5.2.2.4. Analiza regresji R^2 0,4 –zmiany wartości skal KSS2 jako predyktory zmiany wartości skal KO

Predyktorami były zmiany w wartościach skal KSS2 w przebiegu psychoterapii. Zmienne zależne – zmiana w skalach i współczynnikach objawów lękowych. Zmiennymi kontrolnymi były: wiek, płeć oraz wykształcenie.

Stosując model regresji, w którym badano wyjaśnianie wariancji zmian w skalach objawów nerwicowych poprzez skale zaburzeń seksualnych, wykryto dużą liczbę istotnych zależności, przy czym zmiana tylko w nielicznych skalach KSS2 znalazła się wśród predyktorów (tab. 6.84). Zmiany w zakresie skali uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego – wyjaśniały wariancję zmian skal: objawów fobicznych (3,64% ww.), lęku uo-

gólnionego i napadowego (2,38% – najsłabszy z trzech predyktorów), objawów autonomicznych (3,64% – jeden z trzech predyktorów). Zmiana w skali napięcia w czasie zbliżeń erotycznych była predyktorem lęku uogólnionego i napadowego (6% ww.), konwersji (2,35% ww.) oraz objawów hipochondrycznych (4,81% ww.). Zmiany w skali lęku przeżywanego w czasie zbliżeń płciowych stanowiły predyktor dla zmiany w zakresie skali objawów obsesyjno-kompulsyjnych (jedyne predyktor – 8,45% ww.) oraz depersonalizacji-derealizacji (najsilniejszy z trzech predyktorów – 6,58% ww., obok zmiany w skali hiperseksualności (2,59% ww.) oraz wieku (3,20% ww.). Zmiana w skali hiperseksualności była także najsilniejszym z wykrytych predyktorów zmiany w skali objawów konwersyjnych (4,94% ww.), obok zmiany w skali napięcia w czasie zbliżeń oraz zmiany w skali zaburzeń bólowych (2,59% ww.). Zmiana w tej skali była również jedynym wykrytym predyktorem zmiany w skali objawów somatyzacyjnych (7,40% ww.). Predyktorami zmiany w skali objawów autonomicznych były: wiek, jako zmienna kontrolna – najsilniejszy predyktor (4,79% ww.), zmiana w skali uogólnionej dyssatisfakcji oraz zmiana w skali negatywnej oceny zbliżeń erotycznych (3,59% ww.).

Badając zależność zmiany w zakresie współczynników kwestionariusza objawowego oraz kwestionariusza KON-2006 od zmiany w wynikach skal KSS2, zaobserwowano dodatnią predykcję zmiany w skali napięcia w czasie zbliżeń seksualnych (aż 9,47% ww.). Natomiast ujemnym predyktorem okazał się wiek (im starszy pacjent, tym niższa zmiana w OWK). W wypadku współczynnika X-KON istotnym dodatnim predyktorem okazała się zmiana w skali zaniżonej samooceny seksualnej (9,74% ww.; im większa poprawa w zakresie tej skali, tym większa zmiana X-KON) oraz słabszym – zmiana w skali lęku przeżywanego w czasie zbliżeń płciowych (2,78% ww.).

Jedyną zmienną kontrolną, która towarzyszyła wartościom zmiany skal KSS2 jako predyktor zmiany w skalach KO, był wiek. W żadnej analizie nie był on jedynym predyktorem, a tylko w jednej (objawów autonomicznych) wyjaśniał wyższy procent wariancji niż zmiany w skalach KSS2.

Tabela 6.84. Wyniki analizy regresji. Zmiany wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2 jako predyktory zmiany wartości skal objawów lękowych KO. $N = 165$

Skala KO – zmiana	R^2	F	p	Predyktory – skale KSS2 – zmiana	B	$Beta$	t	p	r_{semi}	% ww.
Objawy fobiczne	0,07	3,05	0,018	Ogólna dyssatisfakcja	3,61	0,20	2,51	0,013	0,19	3,64
Lęk uogólniony i napadowy	0,13	5,02	< 0,001	Wiek*	-0,44	-0,20	-2,69	0,008	-0,20	3,90
				Napięcie	3,51	0,25	3,33	0,001	0,24	6,00
				Ogólna dyssatisfakcja	4,36	0,16	2,10	0,037	0,15	2,38
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	0,09	4,19	0,003	Lęk	2,33	0,29	3,88	< 0,001	0,29	8,45
Objawy konwersyjne	0,14	4,57	< 0,001	Napięcie	3,09	0,17	2,09	0,038	0,15	2,35
				Hiperseksualność	12,76	0,23	3,03	0,003	0,22	4,94
				Ból w czasie zbliżeń	3,76	0,18	2,20	0,029	0,16	2,59
Objawy autonomiczne	0,13	4,88	< 0,001	Wiek	-0,46	-0,22	-2,97	0,003	-0,22	4,79
				Ogólna dyssatisfakcja	5,23	0,20	2,59	0,010	0,19	3,64
				Negatywna ocena	2,88	0,20	2,57	0,011	0,19	3,59
Objawy somatyzacyjne	0,11	4,97	0,001	Ból w czasie zbliżeń	4,28	0,28	3,66	< 0,001	0,27	7,40
Objawy hipochondryczne	0,06	2,69	0,033	Napięcie	1,93	0,22	2,87	0,005	0,22	4,81
Objawy neurasteniczne	0,13	6,47	< 0,001	Wiek	-0,64	-0,24	-3,18	0,002	-0,23	5,42
				Napięcie	5,35	0,31	4,15	< 0,001	0,30	9,20
Objawy depersonalizacji-derealizacji	0,14	5,42	< 0,001	Wiek	-0,28	-0,18	-2,45	0,015	-0,18	3,20
				Lęk	2,27	0,26	3,51	0,001	0,26	6,58
				Hiperseksualność	4,88	0,16	2,20	0,029	0,16	2,59
OWK	0,14	7,03	< 0,001	Wiek	-4,18	-0,21	-2,86	0,005	-0,21	4,32
				Napięcie	39,46	0,31	4,23	< 0,001	0,31	9,47
X-KON	0,15	5,87	< 0,001	Zaniżona samoocena seksualna	15,89	0,32	4,32	< 0,001	0,31	9,74
				Lęk	2,88	0,17	2,31	0,022	0,17	2,78

* Kolorem niebieskim oznaczono predyktory ujemne.

6.5.2.2.5. Podsumowanie wyników analiz regresji dla zmian między dwoma pomiarami – przed psychoterapią i po niej

Opisane powyżej cztery grupy analiz regresji miały na celu wyłonienie czynników najsilniej związanych ze zmianą w zakresie dysfunkcji seksualnych. Brano pod uwagę zarówno nasilenie objawów nerwicowych w pomiarze 1., jak i ich zmianę w przebiegu psychoterapii. Zbadano zarówno możliwy wpływ zaburzeń seksualnych na dysfunkcje seksualne, jak i zależności odwrotne.

Bardzo niewiele istotnych zależności ujawniło się w analizie, w której predyktorami były objawy lękowe w pomiarze 1., a zmiennymi zależnymi zmiany w zakresie dysfunkcji seksualnych. Wykryto jedynie zależność zmiany w ogólnej satysfakcji z życia seksualnego od nasilenia objawów fobicznych i neurastenicznych (zależność ujemna) oraz zależność zmiany w zakresie hiperseksualności od wyjściowego nasilenia objawów depersonalizacji i derealizacji. Istotnym w wielu przypadkach predyktorem zmiany w nasileniu objawów dysfunkcji seksualnych okazał się wiek badanych (starszy wiek wiązał się z większą zmianą). Płeć natomiast wiązała się istotnie ze zmianą w zakresie zaniżonej samooceny seksualnej i obniżonego pożądania spontanicznego – kobiety uzyskiwały w przebiegu terapii większą zmianę.

Zmienne kontrolne miały podobne znaczenie w drugiej grupie analiz – w której przy tych samych zmiennych zależnych, predyktorami były nie wartości nasilenia objawów nerwicowych w pomiarze 1., ale ich zmiana w przebiegu terapii. W wynikach tych analiz ujawniły się bardziej liczne związki ze zmianą w zakresie objawów dysfunkcji seksualnych takich kategorii objawów lękowych, jak: neurasteniczne, autonomiczne i obsesyjno-kompulsyjne, oraz pojedyncze wartości predykcyjne zmiany w nasileniu objawów somatyzacyjnych, fobicznych i depersonalizacyjno-derealizacyjnych (szczegółowo opisane niżej w tym rozdziale).

W odwrotnym modelu analiz ukazało się wiele istotnych zależności zarówno w ocenie zależności zmiany w objawach lękowych od nasilenia dysfunkcji seksualnych w pierwszym pomiarze, jak i od ich zmiany w przebiegu psychoterapii. Zwracają też uwagę wyższe, w stosunku do dwóch pierwszych analiz, odsetki wariancji wyjaśnianej przez poszczególne predyktory. W pierwszym z tych dwóch zestawień analiz najczęstszym predyktorem poszczególnych kategorii objawów lękowych było nasilenie uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego, na drugim miejscu nasilenie dolegliwości bólowych w czasie zbliżeń, a na trzecim negatywna ocena zbliżeń oraz zaburzenie pożądania w czasie zbliżeń. Predyktorami zmian w pojedynczych skalach były także: zaburzenia podniecenia, napięcie w czasie zbliżeń, awersja seksualna i hiperseksualność.

W analizach oceniających związki zmian w nasileniu zaburzeń seksualnych jako predyktorów zmian w zakresie objawów nerwicowych najczęstszymi predyktorami były zmiana w nasileniu napięcia w czasie zbliżeń seksualnych oraz zmiana w nasileniu ogólnej dyssatisfakcji z życia seksualnego. Istotnymi predyktorami były także zmiany w objawach lęku i bólu w czasie zbliżeń, negatywna ocena zbliżeń oraz hiperseksualność.

Do analiz, w których predyktorami były dysfunkcje seksualne, włączono także, jako zmienne zależne, współczynniki Ogólnej Wartości Kwestionariusza i współczynnika neurotyczności X-KON. Zmiana Ogólnej wartości kwestionariusza KO „O”, obrazującej sumaryczne nasilenie objawów nerwicowych, okazała się zależna od nasilenia uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego oraz objawów bólu w czasie zbliżeń seksualnych, a także od zmiany w nasileniu napięcia w czasie zbliżeń oraz ujemnie od zmiennej kontrolnej – wieku badanych (mniejsza zmiana u osób starszych). Predyktorami zmiany wartości wskaźnika neurotyczności X-KON były wyjściowe nasilenie hiperseksualności oraz zmiana w zakresie samooceny seksualnej (stosunkowo wysoki procent wyjaśnionej wariancji – 9,74) i nasilenia lęku w czasie zbliżeń seksualnych.

Podsumowując szczegółowe wyniki czterech wymienionych grup analiz regresji, rozpoznano przedstawione poniżej zależności.

W analizach, w których zmiennymi zależnymi były wartości początkowe poszczególnych dysfunkcji seksualnych, a zmiennymi zależnymi zmiany nasilenia objawów lękowych ujawniły się:

- Ogólna dyssatisfakcja z życia seksualnego jako *negatywny* predyktor zmiany w większości rodzajów objawów nerwicowych: fobicznych, lęku uogólnionego i napadowego, obsesyjno-kompulsyjnych, konwersyjnych, somatyzacyjnych i neurastenicznych;
- nasilenie zaburzeń pożądania jako predyktor zmiany w nasileniu objawów fobicznych oraz autonomicznych,
- nasilenie zaburzeń podniecenia jako predyktor zmiany w nasileniu objawów depersonalizacji-derealizacji,
- występowanie bólu w czasie zbliżeń erotycznych jako predyktor zmiany w trzech grupach objawów: konwersyjnych, somatyzacyjnych i hipochondrycznych,
- nasilenie awersji seksualnej jako negatywny predyktor zmiany w nasileniu objawów hipochondrycznych,
- napięcie w czasie zbliżeń jako predyktor zmiany w nasileniu lęku uogólnionego i napadowego,
- negatywna ocena zbliżeń seksualnych jako predyktor zmiany w nasileniu objawów obsesyjno-kompulsyjnych i autonomicznych.

Analizy badające predykcijną rolę początkowych wartości nasilenia objawów lękowych w odniesieniu do zmiany nasilenia dysfunkcji seksualnych ujawniły tylko dwie zależności:

- nasilenia objawów depersonalizacji-derealizacji jako dodatniego predyktora zmiany w zakresie hiperseksualności oraz
- nasilenia objawów fobicznych jako dodatniego i objawów neurastenicznych jako ujemnego predyktora zmiany w zakresie uogólnionej dyssatysfakcji seksualnej.

W zakresie predykcji zmian nasilenia objawów poszczególnych dysfunkcji seksualnych przez wielkość zmiany w zakresie objawów lękowych ujawniły się związki:

- zmiany nasilenia mieszanej dysfunkcji seksualnej (wartości współczynnika XKSS) ze zmianą w nasileniu objawów obsesyjno-kompulsyjnych,
- zmiany nasilenia objawów zaburzeń pożądania ze zmianą nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych,
- zmiany nasilenia objawów zaburzeń podniecenia ze zmianą nasilenia objawów neurastenicznych,
- zmiany nasilenia objawów zaburzeń orgazmu ze zmianą nasilenia objawów neurastenicznych,
- zmiany nasilenia objawów bólu w czasie zbliżeń seksualnych ze zmianą nasilenia objawów somatyzacyjnych,
- zmiany nasilenia objawów dyssatysfakcji w sytuacjach erotycznych ze zmianą nasilenia objawów autonomicznych,
- zmiany nasilenia lęku przeżywanego w czasie zbliżeń ze zmianą nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych,,
- zmiany nasilenia napięcia w czasie zbliżeń ze zmianą nasilenia objawów neurastenicznych,
- zmiany nasilenia negatywnej oceny kontaktów erotycznych ze zmianą nasilenia objawów autonomicznych,
- zmiany nasilenia objawów hiperseksualności ze zmianą nasilenia objawów depersonalizacji-derealizacji,
- zmiany nasilenia zaniżonej samooceny seksualnej ze zmianą nasilenia objawów neurastenicznych,

- zmiany nasilenia uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego ze zmianą nasilenia objawów fobicznych.

W analizach regresji, w których zmiennymi zależnymi były zmiany wartości nasilenia objawów lękowych, a predyktorami zmiany w nasileniu objawów dysfunkcji seksualnych rozpoznano następujące zależności:

- zmiany nasilenia objawów fobicznych i zmiany nasilenia uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego,
- zmiany nasilenia objawów lęku uogólnionego i napadowego i zmiany nasilenia uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego oraz napięcia w czasie zbliżeń erotycznych,
- zmiany nasilenia objawów autonomicznych i zmiany nasilenia negatywnej oceny kontaktów erotycznych oraz zmiany w zakresie uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego,
- zmiany nasilenia objawów somatyzacyjnych i zmiany nasilenia objawów bólowych w czasie zbliżeń,
- zmiany nasilenia objawów konwersyjnych i zmiany nasilenia objawów hiperseksualności, bólu w czasie zbliżeń oraz napięcia w czasie zbliżeń;
- zmiany nasilenia objawów hipochondrycznych i zmiany nasilenia napięcia w czasie zbliżeń,
- zmiany nasilenia objawów neurastenicznych i zmiany nasilenia napięcia w czasie zbliżeń seksualnych,
- zmiany nasilenia objawów depersonalizacji-derealizacji i zmiany w zakresie hiperseksualności oraz nasilenia lęku w czasie zbliżeń.

Podsumowując, daje się zauważyć bardziej znaczącą rolę predykcyjną zmiany w zakresie nasilenia niektórych grup objawów – spośród objawów lękowych były to: objawy obsesyjno-kompulsyjne, neurasteniczne i autonomiczne, a wśród dysfunkcji seksualnych: Ogólna dyssatisfakcja seksualna, lęk w czasie zbliżeń, ból w czasie zbliżeń, napięcie i lęk w czasie zbliżeń oraz hiperseksualność. Początkowe wartości nasilenia objawów miały niewielkie znaczenie predykcyjne w odniesieniu do zmian nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych, natomiast w analizach odwrotnych, gdzie predyktorami były początkowe wartości nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych, a zmiennymi zależnymi

zmiany w nasileniu objawów lękowych, ujawniła się znacząca rola – jako negatywnego czynnika – uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej (im większa dyssatisfakcja / mniejsza satysfakcja, tym mniejsza zmiana w nasileniu objawów lękowych). Ponadto dwie zmienne – wartości początkowe nasilenia objawów bólu w czasie stosunku oraz negatywnej oceny zbliżeń – wystąpiły kilkakrotnie jako dodatnie predyktory zmiany (im większe początkowe nasilenie tych objawów, tym większa zmiana w zakresie określonych zmiennych zależnych).

6.5.2.3. Skupienia dla pomiaru 1. a skupienia wyłonione na zmianach – analiza korelacji

W kolejnym kroku badawczym dokonano zestawienia dwóch analiz skupień – uzyskanych dla pomiaru wartości skal dysfunkcji seksualnych przed rozpoczęciem przez pacjentów psychoterapii oraz dla pomiaru zmiany w wynikach poszczególnych skal objawów dysfunkcji seksualnych, które nastąpiły między początkiem a zakończeniem terapii. Analiza ta pozwala ocenić, jaki rodzaj zmiany nastąpił w podgrupach osób, które przynależały do jednego z trzech skupień początkowych.

- Skupienia wartości skal KSS2 w pomiarze początkowym
 - Skupienie P1 1 (20%) – wielobjawowa dysfunkcja seksualna, niska satysfakcja z życia seksualnego, nieco powyżej średniej skale dysfunkcji uogólnionych;
 - Skupienie P1 2 (31%) – podwyższone skale uogólnionych zaburzeń seksualnych, niska satysfakcja z życia seksualnego, przy braku objawów dysfunkcji związanych ze współżyciem płciowym
 - Skupienie P1 3 (49%) – bez objawów badanych zaburzeń seksualnych, satysfakcja z życia seksualnego wysoka
- Skupienia dla zmian w zakresie skal grupujących objawy dysfunkcji seksualnych KSS2
 - Skupienie Z 1 (64%) – brak istotnej zmiany
 - Skupienie Z 2 (30%) – wyraźna poprawa w zakresie nasilenia objawów, które występowały w czasie zbliżeń seksualnych; obniżenie nasilenia awersji seksualnej, wzrost pożądania spontanicznego i ogólnej satysfakcji z życia seksualnego

- Skupienie Z 3 (6%) – pogorszenie w skalach związanych z objawami występującymi w czasie współżycia, poprawa w zakresie skali hiperseksualności, niewielkie pogorszenie w skalach pozostałych zaburzeń uogólnionych

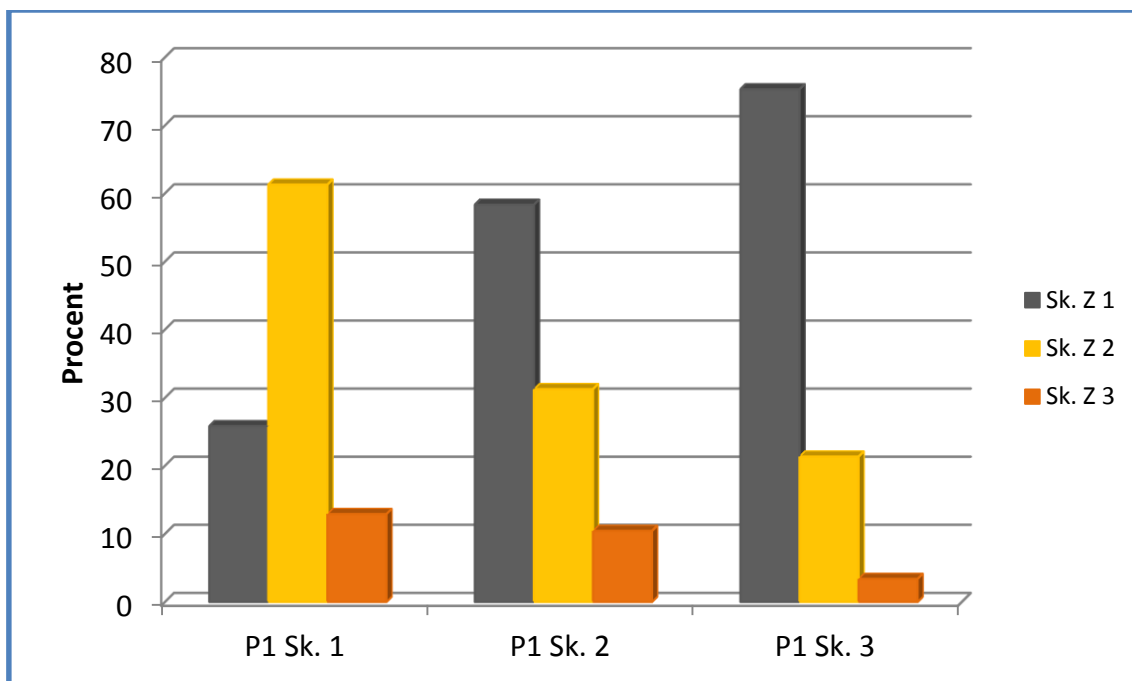
Jak wynika z tabeli 6.85 i wykresu 6.18, wśród pacjentów, którzy znajdowali się w skupieniu 1. dla pierwszego pomiaru (skupienie P1 1) – oznaczającym wielobjawową dysfunkcję seksualną – najwięcej osób (61%) uzyskało znaczną poprawę (skupienie Z 2). Był to też najwyższy odsetek skupienia Z 2 w porównaniu ze skupieniami P1 2 i P1 3. Jedna czwarta skupienia 1. dla pierwszego pomiaru lokalizowała się w skupieniu Z 1, czyli nie doświadczyła istotnej zmiany, a 13% znalazło się w skupieniu Z3, oznaczającym pogorszenie.

Pacjenci, którzy w pierwszym pomiarze znaleźli się w skupieniu 2. – związanym z przewagą zaburzeń uogólnionych nad dotyczącymi współżycia – w większości nie uzyskali zmiany (58% skupienia Z 1). 30% z nich ukończyło terapię z korzystną zmianą w tym zakresie (skupienie Z2), a 10% znalazło się w skupieniu Z3, które oznaczało pogorszenie.

Trzecie skupienie z pomiaru 1. wiązało się w większości wypadków z brakiem istotnej zmiany w zakresie dysfunkcji seksualnych pod koniec terapii – 75% pacjentów znalazło się w skupieniu 1. dla zmian. Poprawę uzyskało 20% z nich (skupienie Z 2). Niewielki odsetek (3,4%) kończąc leczenie cechował się negatywnymi zmianami (skupienie Z 3).

Tabela 6.85. Relacja między skupieniami dla wartości skal KSS2 uzyskanymi w pomiarze 1. a skupieniami dla zmian wartości skal KSS2 między dwoma pomiarami. Test χ^2

$\chi^2 = 24,84; p < 0,001$	Skupienie pierwszego pomiaru 1.		Skupienie pierwszego pomiaru 2.		Skupienie pierwszego pomiaru 3.		Ogółem
	<i>n</i>	Procent	<i>n</i>	Procent	<i>n</i>	Procent	
Skupienie zmian 1.	8	25,81	28	58,33	67	75,28	103
Skupienie zmian 2.	19	61,29	15	31,25	19	21,35	53
Skupienie zmian 3.	4	12,90	5	10,42	3	3,37	12
Ogółem	31	100	48	100	89	100	168



Wykres 6.18. Liczebności badanych, którzy będąc w skupieniach dla pomiaru przed psychoterapią (Sk. P1 1-3) znaleźli się w danym z trzech skupień uzyskanych dla zmian w wartościach skal KSS2 (Sk. Z 1-3).

6.5.2.3.1. Podsumowanie wyników analiz korelacji skupień dla 1. pomiaru i skupień dla zmiany w przebiegu psychoterapii

Opisane powyżej wyniki złożenia dwóch analiz skupień przedstawiają kilka możliwych profilów wpływu psychoterapii na zmianę w zakresie objawów dysfunkcji seksualnych.

Nie dziwi brak istotnej zmiany w podgrupie osób, które nie podawały objawów dysfunkcji, choć aż 21% spośród nich zgłaszało korzystne zmiany po terapii. Psychoterapia nie wpłynęła na seksualność tych osób lub wpłynęła na nią korzystnie. W tej grupie wystąpiło też najmniej pogorszeń (3%).

Pacjenci, którzy deklarowali występowanie licznych zakłóceń podczas zbliżeń seksualnych, mieli największą szansę na uzyskanie znacznej poprawy w przebiegu terapii – 61%, podczas gdy poprawa dotyczyła jedynie 31% osób, u których w ocenie przed psychoterapią dominowały dysfunkcje uogólnione – awersja seksualna, obniżone pożądanie spontaniczne – oraz zaniżona samoocena seksualna. W odwrotnym stosunku odnotowano brak poprawy w zakresie objawów dysfunkcji seksualnych – wśród pacjentów z nasilonymi objawami dysfunkcji czynnościowych dotyczyło to 26%, a w grupie pacjentów z nasilonymi dysfunkcjami uogólnionymi aż 58%.

U odpowiednio 10% i 13% pacjentów z dysfunkcjami czynnościowymi i uogólnionymi wystąpiło pogorszenie w zakresie czynnościowych dysfunkcji seksualnych i doszło do niewielkiej poprawy w skali hiperseksualności. Zjawisko to należy zestawić z ujawnionym w opisanych poniżej analizach korelacji związkiem między znalezieniem się pacjenta w tym skupieniu i znacznie mniejszą poprawą (choć nie pogorszeniem) w zakresie objawów nerwicowych.

Można zatem stwierdzić, że wyjściowo gorsze wyniki w zakresie nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem uzyskania pozytywnej zmiany w przebiegu psychoterapii (wyższym, jeśli zaburzenia mają charakter czynnościowy), ale także około dziesięcioprocentowym ryzykiem pogorszenia w tym zakresie, co jest znacznie mniej prawdopodobne w przypadku wyjściowo niskiego poziomu tych objawów.

6.5.2.4. Korelacje wartości skal KO w pomiarze początkowym oraz zmiany wartości skal KO ze skupieniami na zmianach wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2

Poszukując czynników warunkujących korzystny przebieg leczenia w odniesieniu do zaburzeń seksualnych, przeprowadzono kolejne dwie analizy, odnoszące się do skupień, które grupują osoby różniące się profilem zmian związanych z przebiegiem psychoterapii. Pierwsza z analiz służyła ocenie zróżnicowania między skupieniami w wynikach skal KO, współczynnika OWK oraz współczynnika X-KON w pomiarze wykonanym przed psychoterapią. Druga miała na celu określenie różnicy między wielkością zmiany tych parametrów dla poszczególnych skupień.

Badane zależności testowano za pomocą analizy wariancji Anova z testem post-hoc T2 Tamhane'a.

6.5.2.4.1. Korelacje wartości skal KO w pomiarze początkowym ze skupieniami dla zmian wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2

Jak wynika z tabeli 6.86, nie wykryto istotnych różnic między skupieniami uzyskanymi dla zmian nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych w zakresie wartości początkowych skal kwestionariusza objawowego, ani współczynników OWK i X-KON. Jedyne istotne statystycznie różnice uzyskano dla skali dysfunkcji seksualnych. W świetle testu T2 Tamhane'a istotna była różnica między skupieniem 1. i 3.

Tabela 6.86. Średnie i odchylenia standardowe wartości skal KO w pomiarze 1. w poszczególnych skupieniach dla zmian wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2 (skupienia Z 1-3). Analiza wariancji ANOVA oraz test post-hoc T2 Tamhane'a

Skale KO	Średnie w skupieniach			OS w skupieniach			F	p	T2*
	Z 1 (N=107)	Z 2 (N=51)	Z 3 (N=10)	Z 1	Z 2	Z 3			
Objawy fobiczne	12,17	13,94	15,50	1,14	1,59	3,34	0,73	0,486	
Lęk uogólniony i napadowy	9,92	10,81	8,91	14,41	17,08	22,09	0,63	0,535	
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	39,86	40,15	44,92	1,46	2,04	4,29	0,47	0,629	
Objawy konwersyjne	36,98	36,12	36,45	42,75	44,18	53,38	0,04	0,957	
Objawy autonomiczne	15,66	17,06	18,83	1,25	1,74	3,66	0,78	0,458	
Objawy somatyzacyjne	13,20	13,62	11,61	18,13	20,49	26,05	0,60	0,549	
Objawy hipochondryczne	28,57	29,58	28,42	2,07	2,89	6,07	0,33	0,721	
Objawy neurasteniczne	24,48	23,88	16,43	32,66	35,29	40,40	0,47	0,624	
Objawy depersonalizacji-derealizacji	25,81	27,83	31,17	1,55	2,16	4,53	1,47	0,233	
Unikanie i zależność	22,75	23,57	22,21	28,86	32,09	40,12	0,47	0,628	
Impulsywność i histrioniczność	25,61	27,98	29,42	1,55	2,16	4,53	1,19	0,307	
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	22,56	23,72	20,47	28,66	32,24	38,36	0,27	0,764	
Dysfunkcje seksualne	13,61	14,34	16,17	1,07	1,50	3,15	6,74	0,002	13
Objawy dystymiczne	11,49	11,38	9,96	15,73	17,29	22,38	0,57	0,565	
OWK	50,35	48,72	54,08	1,75	2,44	5,13	0,89	0,412	
X-KON	33,83	37,41	41,13	21,92	22,03	15,20	0,85	0,428	

Skupienie Z 1 (64%) – brak istotnej zmiany

Skupienie Z 2 (30%) – wyraźna poprawa w zakresie skal związanych z objawami dysfunkcji czynnościowych, obniżonego pożądania spontanicznego, ogólnej satysfakcji z życia seksualnego

Skupienie Z 3 (6%) – pogorszenie w skalach objawów dysfunkcji czynnościowych, poprawa w skali hiperseksualności, niewielkie pogorszenie w skalach pozostałych zaburzeń uogólnionych

* W kolumnie T2 podano pary skupień, w przypadku których wartości danej zmiennej były istotnie różne między skupieniami (w badaniu testem post-hoc T2 Tamhane'a). Cyfry 1, 2, 3, reprezentują kolejne skupienia, przykładowo: występowanie w danym wierszu tabeli wyłącznie pary „13” oznacza, że wartości badanej zmiennej były statystycznie istotnie różne między skupieniem 1. a skupieniem 3, a nie były istotnie różne między skupieniem 1. i skupieniem 2., ani między skupieniem 2. i skupieniem 3.

6.5.2.4.2. Korelacje zmiany skal KO ze skupieniami na zmianach dysfunkcji seksualnych

Analiza wariancji zmian w zakresie skal KO pomiędzy trzema skupieniami, różnicującymi zmianę w wynikach skal dysfunkcji seksualnych, wykazała nieco więcej zależności niż ta sama analiza dla różnic w pomiarze 1. wartości skal KO (tab. 6.87). Podobnie jak poprzednio istotna okazała się zmiana w skali dysfunkcji seksualnych KO.

Spośród skal objawów lękowych istotne różnice ujawniły się w zakresie skali neurastenii (wykr. 6.19). Większa zmiana w tej skali, uzyskana w przebiegu terapii, dotyczyła pacjentów, którzy znaleźli się w skupieniu Z 1 (brak zmian) i Z 2 (poprawa), a trzy razy niższa wystąpiła u pacjentów w skupieniu Z 3, oznaczającym nasilenie objawów zaburzeń seksualnych.

Podobna zależność, lecz na granicy istotności statystycznej, dotyczyła zmiany w skali objawów obsesyjno-kompulsyjnych.

Istotne różnice ujawniły się w odniesieniu do zmian w skali zawierającej objawy związane z impulsywnością i histrionicznością oraz skali dystymii. Podobnie jak w wypadku skali neurastenii, znacznie niższe wartości zmiany w tych skalach uzyskały osoby, u których nastąpiło nasilenie zaburzeń seksualnych.

Na granicy istotności statystycznej ujawniły się różnice w zakresie zmiany w skali nieorganicznych zaburzeń snu. W pierwszych dwóch skupieniach dla zmian wartość zmiany w tej skali jest podobna, natomiast w wypadku trzeciego jest bliska zeru.

Wyraźnie zróżnicowany jest współczynnik OWK, sumujący objawy zaburzeń nerwicowych kwestionariusza KO (wykr. 6.20). Podobnie wysoka zamiana występuje w wypadku skupienia Z 1 (brak zmian) i skupienia Z 2 (poprawa), a w przypadku skupienia Z 3 (pogorszenie) jest o połowę niższa. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między skupieniami w zakresie wskaźnika X-KON.

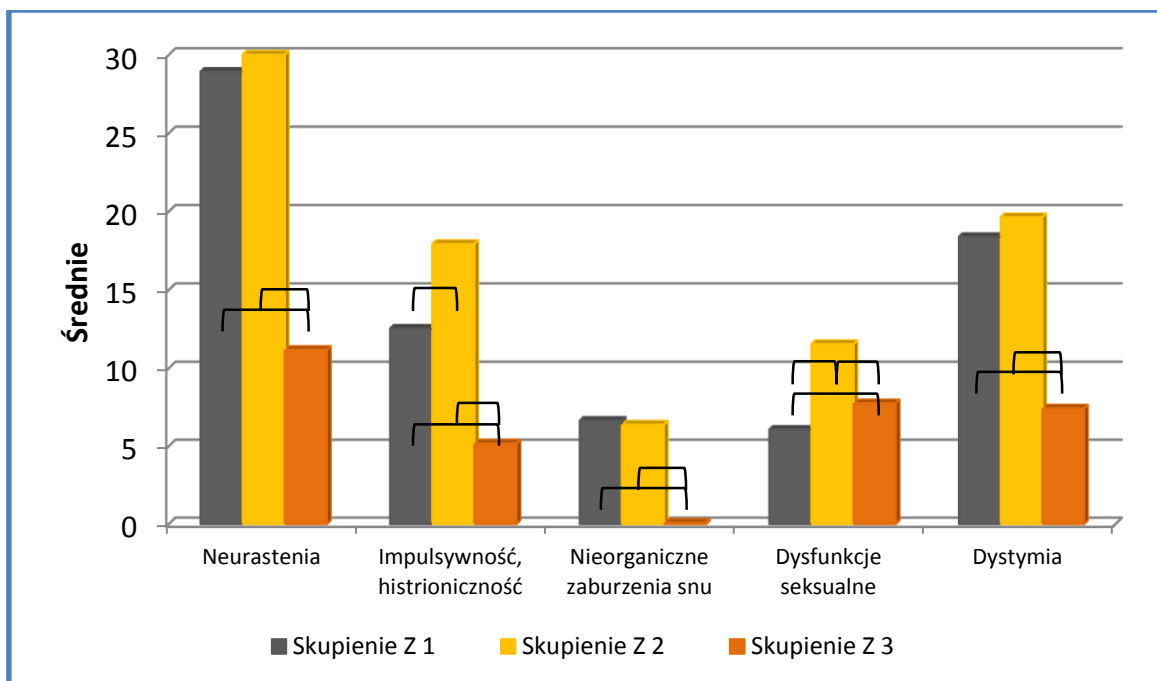
Tabela 6.87. Średnie i odchylenia standardowe zmian wartości skal KO w poszczególnych skupieniach dla zmian wartości skal dysfunkcji seksualnych KSS2 (skupienia Z 1-3). Analiza wariancji ANOVA oraz test post-hoc T2 Tamhane'a

Skale KO	Średnie w skupieniach			OS w skupieniach			F	p	T2
	Z 1 (N=107)	Z 2 (N=51)	Z 3 (N=10)	Z 1	Z 2	Z 3			
Objawy fobiczne	9,88	12,42	8,17	10,00	12,49	10,49	1,25	0,288	
Lęk uogólniony i napadowy	22,18	24,00	15,17	14,99	17,18	16,63	1,52	0,221	
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	10,13	12,23	4,50	9,46	11,20	10,49	2,93	0,056	
Objawy konwersyjne	18,43	18,94	5,75	19,28	22,41	25,66	2,14	0,121	
Objawy autonomiczne	14,82	17,23	8,17	13,65	17,03	17,94	1,80	0,169	
Objawy somatyzacyjne	17,07	17,96	9,00	14,31	17,77	15,63	1,67	0,192	
Objawy hipochondryczne	9,58	9,69	5,17	9,08	10,67	14,18	1,10	0,335	
Objawy neurasteniczne	28,91	30,00	11,17	19,26	19,98	20,67	4,81	0,009	13 23
Objawy depersonalizacji-derealizacji	9,56	11,10	8,00	11,54	10,01	14,28	0,51	0,603	
Unikanie i zależność	25,86	23,90	12,75	17,14	21,87	18,88	2,61	0,076	
Impulsywność i histrioniczność	12,52	17,92	5,17	13,57	14,93	14,73	4,89	0,009	-
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	6,63	6,38	0,08	8,87	8,50	9,03	3,04	0,051	13 23
Dysfunkcje seksualne	6,05	11,54	7,75	9,83	11,20	10,42	4,88	0,009	-
Objawy dystymiczne	18,37	19,63	7,42	14,28	15,15	14,66	3,52	0,032	13 23
OWK	209,99	232,96	108,25	125,81	153,92	155,59	4,02	0,020	13 23
X-KON	14,92	22,98	19,28	21,24	22,02	24,38	2,42	0,092	

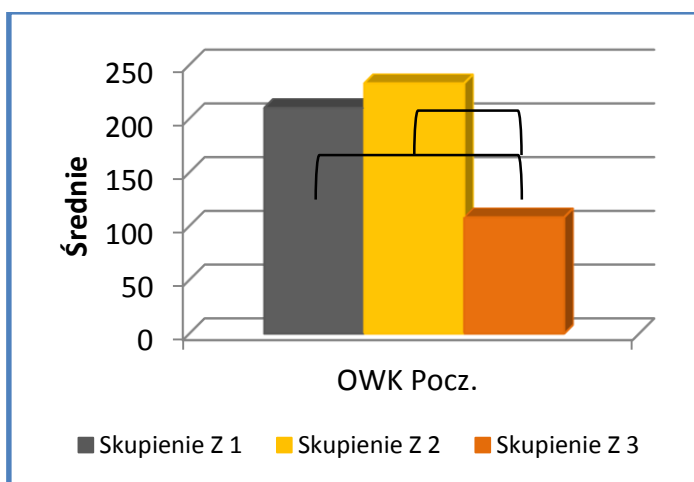
Skupienie Z 1 (64%) – brak istotnej zmiany.

Skupienie Z 2 (30%) – wyraźna poprawa w zakresie skal związanych z objawami dysfunkcji czynnościowych, obniżonego pożądania spontanicznego, ogólnej satysfakcji z życia seksualnego.

Skupienie Z 3 (6%) – pogorszenie w skalach objawów dysfunkcji czynnościowych, poprawa w skali hiperseksualności, niewielkie pogorszenie w skalach pozostałych zaburzeń uogólnionych.



Wykres 6.19. Istotne statystycznie różnice między skupieniami w zakresie zmian w skalach KO. Wybrano wyłącznie skale, w przypadku których różnice między skupieniami są istotne statystycznie.



Wykres 6.20. Różnice w wartościach wskaźnika OWK między skupieniami w zakresie zmian skal KSS2

6.5.2.4.3. Podsumowanie wyników analiz korelacji skupień dla zmiany w przebiegu psychoterapii ze skalami objawów nerwicowych

Biorąc pod uwagę dwie przedstawione wyżej grupy analiz, mających na celu ocenę związków między profilami zmiany nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych a nasileniem objawów lękowych, badanych przed psychoterapią, oraz zmianą ich nasilenia, więcej istotnych zależności ujawniło się w analizach wzajemnych relacji zmian.

W pierwszej grupie analiz (pierwszy pomiar objawów lękowych a skupienia zmian w nasileniu objawów dysfunkcji seksualnych) nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między skupieniami dla zmian nasilenia dysfunkcji seksualnych, poza skalą dysfunkcji seksualnych KO, traktowaną w prezentowanych badaniach jako skala kontrolna (bez znaczenia dla interpretacji wyników). Ostrożnie można więc stwierdzić, że wyjściowe nasilenie poszczególnych klas objawów lękowych oraz ogólnych wskaźników neurotyczności (X-KON) i nasilenia objawów nerwicowych (OWK) nie wiązało się istotnie, w odniesieniu do zmian w przebiegu psychoterapii, z profilem zmiany w zakresie dysfunkcji seksualnych (poprawa, brak zmiany czy pogorszenie). Wniosek ten kontrastuje z prezentowanymi wyżej wynikami, dotyczącymi związków wyjściowego profilu objawów dysfunkcji seksualnych ze zmianami, które pacjenci uzyskali w zakresie seksualności.

Analiza wariancji, oceniająca różnice między zmianą w nasileniu objawów nerwicowych w poszczególnych skupieniach wartości zmian w nasileniu dysfunkcji seksualnych, wykazała nieco więcej istotnych zależności. Zmiana OWK była najwyższa w skupieniu Z2, oznaczającym poprawę w zakresie dysfunkcji seksualnych. Nieco niższa (różnica nieistotna statystycznie), ale nadal bardzo znacząca zmiana wiązała się ze skupieniem Z1, grupującym osoby, u których nie wystąpiły istotne zmiany w nasileniu dysfunkcji, natomiast o połowę niższa zmiana wiązała się ze skupieniem Z3, oznaczającym pogorszenie w nasileniu dysfunkcji.

Spośród objawów lękowych istotnie różnicowała opisywane skupienia tylko wielkość zmiany w skali neurastenii – w skupieniu Z3 (pogorszenie) była ona istotnie niższa niż w pozostałych dwóch skupieniach (między nimi nie wystąpiły istotne różnice). W podobny sposób skupienia te różnicowały zmiany w nasileniu objawów nieorganicznych zaburzeń snu oraz dystymii. Wyniki te oznaczają, że opisywane grupy objawów różnią się wyłącznie między skupieniem, grupującym osoby z pogorszeniem w zakresie nasilenia dysfunkcji seksualnych, od pozostałych dwóch skupień (poprawa i brak poprawy).

Jedyną klasą objawów, których zmiana różnicowała istotnie wszystkie trzy skupienia, były objawy związane z impulsywnością i histrionicznością. Największa zmiana w nasileniu tych objawów występowała w skupieniu Z2 (poprawa), a najniższa w skupieniu Z3 (pogorszenie).

Podobnie jak w pierwszej grupie analiz współczynnik neurotyczności X-KON nie różnicował wyłonionych skupień.

7. Wnioski i dyskusja

Ze względu na dużą liczbę analizowanych wyników, w celu ich spójnego przedstawienia, w rozdziale tym połączono omówienie wniosków z dotyczącą ich dyskusją. Rozdział został podzielony na części, w których odniesiono się do pięciu najważniejszych obszarów badawczych: oceny występowania objawów dysfunkcji seksualnych, zmiany ich nasilenia w przebiegu psychoterapii, związków objawów lękowych z objawami dysfunkcji seksualnych, modeli relacji między tymi objawami oraz związków zmiany nasilenia objawów lękowych ze zmianą nasilenia dysfunkcji seksualnych.

7.1. Występowanie objawów dysfunkcji seksualnych u osób, u których występują objawy lękowe

Przeprowadzone analizy wykazały częste występowanie objawów dysfunkcji seksualnych u osób, które cierpią z powodu zaburzeń nerwicowych (rozdz. 6.1.5). Wartości nasilenia objawów lękowych oraz poziom neurotyczności były wśród badanych wysokie, przekraczające znacznie normę, co potwierdziło wiarygodność wstępnych rozpoznań klinicznych wg klasyfikacji ICD-10, zawierających się w obszarze nerwic. Oznacza to, że badane tu zjawiska dotyczyły szczególnej subpopulacji, charakteryzującej się m.in. większą w stosunku do populacji ogólnej tendencją do reagowania lękiem, wahaniem, napięciem na sytuacje stresowe, a także takimi cechami jak egocentryzm, niska samoocena, negatywne interpretowanie niepowodzeń czy uogólnianie niekorzystnych doświadczeń. Cechy te są w literaturze przedmiotu opisywane jako wspólne dla powstawania i utrzymywania się zaburzeń lękowych i dysfunkcji seksualnych [166, 167, 208].

Inaczej niż w przypadku różnych rodzajów objawów lękowych, których nasilenie było u badanych podobnie wysokie, częstość i nasilenie objawów dysfunkcji seksualnych były u nich zróżnicowane, co już na etapie wstępnych analiz sugerowało, że nie występuje proste przełożenie między nasileniem lęku a doświadczaniem przez pacjentów problemów w życiu seksualnym. Ostrożnie można założyć, co sugerują także inni autorzy [9, 15, 170], że część relacjonowanych trudności seksualnych ma charakter wtórny, ściśle związany z nasileniem objawów nerwicowych, a część charakter pierwotny, w którym lęk odgrywa głównie rolę moderującą nasilenie objawów lub w ogóle nie jest czynnikiem istotnym.

Analiza skupień dotycząca profilu nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych przed psychoterapią (rozdz. 6.4.1) ujawniła, że około połowa pacjentów ocenia swoje życie seksualne pozytywnie i nie podaje występowania problemów w czasie zbliżeń płciowych.

W innych polskich badaniach dotyczących częstości występowania dysfunkcji seksualnych wśród pacjentów z zaburzeniami lękowymi [106] stwierdzono nieco wyższe ich odsetki. Najczęstsze dysfunkcje podawało 45-60% badanych, lecz jednocześnie w badaniu tym 99% pacjentów zgłosiło występowanie przynajmniej jednej dysfunkcji seksualnej. W celu odniesienia się do tych wyników oceniono wartości współczynnika XKSS (rozdz. 6.1.3.1), oznaczającego liczbę jednocześnie występujących rodzajów objawów dysfunkcji seksualnych. Ich analiza ujawniła większą niż w cytowanym opracowaniu liczbę osób, które nie podały wystąpienia żadnego problemu z zakresu życia seksualnego – 43% mężczyzn i 26% kobiet. Podobną częstość (na poziomie około 60%) występowania dysfunkcji seksualnych podają autorzy badań przeprowadzonych w Niemczech [165].

Ocena wartości wskaźnika XKSS ujawniła także, że wśród wielu badanych pacjentów obu płci występowało kilka rodzajów objawów dysfunkcji seksualnych jednocześnie. Zjawisko to potwierdza wspomniana analiza skupień pomiaru nasilenia dysfunkcji seksualnych wykonanego przed psychoterapią. Wykazała ona, że wśród badanych występuje znaczna grupa osób doświadczających w czasie zbliżeń seksualnych problemów z zakresu wielu różnych rodzajów dysfunkcji seksualnych. Wynik ten sugeruje także wzajemną zależność występowania zaburzeń funkcjonowania seksualnego.

Ponadto można przypuszczać, że grupę osób, u których występuje jednocześnie wiele dysfunkcji, stanowią pacjenci doświadczający problemów seksualnych wtórnych wobec zaburzeń lękowych, które powinny mieć w związku z tym tendencję do ustępowania wraz z poprawą w zakresie nasilenia objawów lękowych. Jak pokazały analizy korelacji między skupieniami dla pierwszego pomiaru i skupieniami dla zmian, rzeczywiście osoby te (doświadczające jednocześnie wielu dysfunkcji seksualnych) znacznie częściej uzyskują poprawę w zakresie nasilenia problemów seksualnych (rozdz. 6.5.2.3). Poprawa w zakresie nasilenia czynnościowych dysfunkcji seksualnych wiązała się także z większą zmianą w zakresie objawów lękowych (rozdz. 6.5.2.4.2). Wyniki te uzasadniają więc przypuszczenie, że przy wysokim nasileniu objawów lękowych występują wtórnie dysfunkcje seksualne, najczęściej mieszane, które mogą ustępować wraz z poprawą w zakresie zaburzenia nerwicowego [165].

Poza osobami doświadczającymi znacznych trudności seksualnych w czasie zbliżeń, analiza skupień wyodrębniła także podgrupę, w której obniżenie satysfakcji z życia seksualnego wiązało się głównie z uogólnionymi problemami seksualnymi, takimi jak awersja seksualna, obniżone pożądanie spontaniczne czy zaniżona samoocena seksualna, a dysfunkcje związane z aktywnością seksualną miały niewielkie znaczenie. W badanej grupie skupienie to wiązało się z ogólnie niższym poziomem objawów nerwicowych oraz z mniejszą tendencją do ustępowania problemów seksualnych wraz ze zmianą nasilenia objawów lękowych. Sugeruje to ich bardziej niezależny charakter i być może większy związek dysfunkcji uogólnionych z mechanizmami zaburzenia osobowości niż z lękiem.

7.1.1. Objawy dysfunkcji występujących w czasie sytuacji erotycznych

Objawy przypisane do poszczególnych faz reakcji seksualnej – pożądania, podniecenia i orgazmu – były częstsze u kobiet (rozdz. 6.1.3.2). Każde z tych zaburzeń występowało u połowy kobiet badanych. Wśród mężczyzn zaburzenia pożądania i orgazmu wystąpiły u jednej trzeciej, a podniecenia u jednej czwartej. Ból w czasie stosunku rzadko występował u mężczyzn, natomiast był podawany przez ponad jedną trzecią kobiet. Wyniki te znacznie przekraczają wartości zaobserwowane w polskiej populacji ogólnej [20], gdzie przykładowo wytrysk przedwczesny (sklasyfikowany w prezentowanych badaniach jako jedno z zaburzeń fazy orgazmu) dotyczył 13% mężczyzn, ból w czasie stosunku 17% kobiet, a problemy z osiągnięciem orgazmu 8% kobiet. Podobnie we wcześniejszych badaniach [14] najczęściej relacjonowany problem u kobiet – zanik potrzeby seksualnej – występował u 25% respondentek. U mężczyzn najczęstszy był przedwczesny wytrysk nasienia, który podawało 37% z nich, a więc podobnie jak zaburzenia orgazmu w prezentowanych badaniach (choć częstość samego objawu przedwczesnego wytrysku dotyczyła tu 18% mężczyzn). Jakkolwiek odsetki osób cierpiących z powodu określonych dysfunkcji są trudne do porównania ze względu na różnice metodologiczne między badaniami, istotny jest fakt, że zaburzenia seksualne są częste nie tylko w grupie osób cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych, ale także w populacji osób zdrowych (bez zaburzeń psychicznych innych niż dysfunkcje seksualne).

Poza rolę lęku i obniżonego nastroju jako dwóch najistotniejszych czynników psychopatologicznych wiązanych z dysfunkcjami seksualnymi autorzy badań [9, 208] wymieniają wiele czynników predestynujących do ich wystąpienia czy też je wyzwalających. Są to m.in.:

- nieprawidłowa edukacja seksualna, koncentrująca się na negatywnych aspektach życia seksualnego,
- negatywne nastawienie do seksualności w środowisku rozwoju dziecka (dom, szkoła) oraz kary za dziecięce zachowania seksualne [28, 209],
- tabu religijne i kulturowe dotyczące masturbacji [29],
- zakłócenia w przeżywaniu ról związanych z płcią [25],
- trudności w relacji z partnerem, w tym dysfunkcje seksualne występujące u partnera [123],
- doświadczenie nadużycia seksualnego [13, 28].

Czynniki te były w pewnym stopniu obecne także w badanej grupie pacjentów (rozdz. 5.4). Wyrażały się między innymi niską oceną roli rodziców w przygotowaniu badanych do życia seksualnego i unikaniem przez rodziców rozmów na temat seksu, relacjonowanie przez część osób złego klimatu emocjonalnego w relacji partnerskiej czy występujących w niej konfliktów dotyczących życia seksualnego, a także, w przypadku kilku procent pacjentów, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie lub życiu dorosłym.

W odniesieniu do cech demograficznych jako czynniki zwiększające ryzyko występowania dysfunkcji seksualnych podaje się m.in.

- płeć (nieco więcej dysfunkcji u kobiet),
- wiek (im wyższy, tym większe ryzyko dysfunkcji),
- wykształcenie (im wyższe, tym rzadziej występują zaburzenia),
- status społeczny (osoby bezrobotne, zwłaszcza mężczyźni, są bardziej narażone na występowanie zaburzeń) [13].

Grupa badana pod tym względem charakteryzowała się niższym ryzykiem wystąpienia dysfunkcji seksualnych niż populacja ogólna, ponieważ tworzyły ją osoby względnie młode i ze stosunkowo wysokim wykształceniem. Obciążeniem, które należało uwzględnić, był czynnik bezrobocia, które dotyczyło 40% badanych, jednak wielu pacjentów nie pracowało głównie ze względu na kontynuowanie edukacji, w tym na wyższych uczelniach, co miało przełożenie na relatywnie wysokie przeżywanie swojego statusu społecznego, mimo braku pracy.

Drugą grupą badanych objawów zakłóceń współżycia seksualnego były problemy związane z emocjonalnymi reakcjami na zbliżenie seksualne – dyssatisfakcja, lęk, napięcie i negatywna poznawcza ocena zbliżeń. Przeżycia te występowały u badanych bardzo często. Jedna piąta mężczyzn i jedna trzecia kobiet ujawnia brak satysfakcji po stosunku, co w dalszych analizach (modelowanie równań strukturalnych) okazało się efektem wtórnym wobec zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu i przebiegających z bólem. Znacznie więcej – połowa osób – podaje występowanie trzech pozostałych negatywnych reakcji emocjonalnych w czasie zbliżeń, co spośród ocenianych rodzajów dolegliwości najbardziej wprost wydaje się wiązać z neurotycznym przeżywaniem sytuacji erotycznych.

W świetle tych wyników można stwierdzić, że brak przyjemności, satysfakcji oraz przykre doświadczenia są u pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych bardzo częste i prawdopodobnie najbardziej uciążliwe. Są one jednocześnie najbardziej związane z mechanizmami określanymi jako wspólne dla zaburzeń nerwicowych i dysfunkcji seksualnych. Sytuacja zbliżenia seksualnego wiąże się z przyjemnością, spełnieniem i satysfakcją, pod warunkiem że osoby w niej uczestniczące są zdolne do koncentracji na przyjemnych doznaniach zmysłowych, intymnego kontaktu z partnerem, rozluźnienia, spontaniczności, a także ignorowania chwilowych niedogodności oraz niezajmowania się bieżącymi sprawami, na korzyść zaangażowania w zbliżenie erotyczne. Prawie wszystkie te aspekty przeżywania są zakłócane przez objawy lękowe [167], co odzwierciedla się w relacjonowanych przez pacjentów problemach.

Skale grupujące objawy negatywnych reakcji psychologicznych zawierają podobnego rodzaju trudności, odniesione do sytuacji kontaktu seksualnego. Objawy napięcia w czasie zbliżeń wiążą się z nadmierną kontrolą sytuacji, trudnością w uzyskaniu odprężenia oraz negatywnymi emocjami, takimi jak złość, poczucie winy czy wstydu. Skala lęku w czasie zbliżeń dotyczy m.in. traktowania sytuacji erotycznej jako zestawu zadań do zrealizowania, w których można się nie sprawdzić, źle wypaść, zostać negatywnie ocenionym. Skala negatywnej oceny zbliżeń dotyczy natomiast niekorzystnej ewaluacji różnych aspektów kontaktu seksualnego, która podobnie jak wątpliwości co do własnej sprawności w czasie zbliżeń, mogą znacznie zmniejszać przyjemność z intymnych kontaktów.

Zastanawiająca jest większa częstość relacjonowania objawów emocjonalnych trudności w czasie zbliżeń przez kobiety. Można ją powiązać z postulowanym związkiem fantazjowania z nasileniem dysfunkcji seksualnych – innym u mężczyzn niż u kobiet [25].

Fantazjowanie jest jednym z czynników usprawniających aktywność seksualną, choć niewątpliwie istotna jest treść związanych z nią wyobrażeń. Mężczyźni więcej fantazjujący mają mniejszą tendencję do przeżywania dysfunkcji seksualnych, a u kobiet zależność ta jest odwrotna. Być może kobiety łatwiej uruchamiające fantazjowanie mają większą tendencję do oceniania i negatywnej ewaluacji zbliżeń (co potwierdzałyby prezentowane tu wyniki), za to mężczyźni, do rozwijania fantazji afirmujących swoją rolę w zbliżeniu intymnym, potrzebują koncentracji na doznaniach zmysłowych. Efekt ten można także wiązać z tendencją mężczyzn do poszukiwania w aktywności seksualnej dowodów swojej sprawności, a kobiet, do dążenia do uzyskania satysfakcji [25]. Być może z tego względu trening rozwijania pozytywnych fantazji erotycznych okazuje się u kobiet jedną ze skutecznych technik terapeutycznych, m.in. w leczeniu zaburzeń orgazmu [210].

7.1.2. Objawy dysfunkcji uogólnionych

W analizach oceniano także odpowiedzi na pytania zawarte w czterech skalach dotyczących ogólnego przeżywania seksualności – obniżonego pożądania spontanicznego, awersji seksualnej, zaniżonej samooceny seksualnej, oraz przekonania o nadmiernej aktywności seksualnej (hiperseksualności). Zestawienie ich wartości średnich (rozd. 6.1.2) pozwoliło porównać grupę mężczyzn i kobiet, i ujawnić istotnie statystycznie nieco wyższe wyniki (częstsze potwierdzenie trudności) w trzech skalach u kobiet (awersji seksualnej, obniżonego pożądania spontanicznego i zaniżonej samooceny seksualnej) oraz jednej – hiperseksualności – u mężczyzn. Analiza skupień pozwoliła dodatkowo zaobserwować, że nasilone zakłócenia w tych obszarach dotyczą głównie 31% badanych, którzy jednocześnie nie podają występowania wysokiego nasilenia zaburzeń seksualnych w czasie zbliżeń (rozd. 6.4.1.1). Poniżej omówione zostały poszczególne skale.

Obniżone pożądanie seksualne, oceniane na podstawie odpowiedzi na pytania m.in. o zmniejszone zainteresowanie seksem, rzadsze występowanie fantazji seksualnych, rzadkie doświadczanie uczucia pożądania, jest częstym zakłóceniem życia seksualnego kobiet. Przyczyny jego występowania, także wśród kobiet młodych [211], mogą być różne, np. niezadowolenie z relacji partnerskiej, trudność w zidentyfikowaniu się z rolą kobiecą, stan depresyjny, zaburzenie lękowe. Należy wziąć jednak pod uwagę postulowane od kilkunastu lat [178] różnice między przeżywaniem pożądania przez kobiety i mężczyzn, u których ma ono zwykle formę pojawiającego się spontanicznie pobudzenia.

W wypadku kobiet znacznie ważniejsze okazuje się tzw. „pożądanie w odpowiedzi”, czyli pojawianie się potrzeby seksualnej dopiero w czasie fizycznego kontaktu seksualnego, podejmowanego częściej z motywacji pozaseksualnych, takich jak potrzeba bliskości z partnerem, potwierdzenie swojej atrakcyjności i ważności wobec partnera itp. Według tego modelu pożądanie spontaniczne pełni u kobiet głównie funkcję modulującą, zwiększając poziom pobudzenia seksualnego już w czasie zbliżeń płciowych [212].

Zaobserwowane wyższe poziomy zaniżonego pożądania spontanicznego, a także **awersji seksualnej**, w grupie kobiet można także odnieść do wspomnianego modelu Basson [213]. Niezależnie od trwającej dyskusji, czy awersja seksualna jest zaburzeniem seksualnym, czy jedną z fobii prostych [29], niewątpliwie można stwierdzić, że jej istotą jest unikanie bliskiego fizycznego kontaktu seksualnego.

Pytania zastosowane w skali awersji seksualnej KSS2 dotyczą głównie indywidualnego aspektu emocjonalnego odniesienia do seksualności – przeżywania jej ze wstrętem, kojarzenia z bólem, negatywnego stosunku do seksualności własnego ciała itp. W połączeniu ze skalą **zaniżonej samooceny seksualnej** (negatywna ocena własnej atrakcyjności, sprawności seksualnej, nieodczuwanie przyjemności z myślenia o seksie i podniecenia seksualnego) skala awersji tworzy swego rodzaju zespół objawowy, którego nasilenie wiąże się z negatywnym przeżywaniem seksualności jako elementu własnej tożsamości, a nie tylko z trudnością w uzyskiwaniu satysfakcji w kontaktach intymnych.

Pojawiający się w analizie skupień dla pierwszego pomiaru efekt, który polega na współwystępowaniu u części badanych wysokiego nasilenia awersji, zaniżonej samooceny seksualnej i obniżonego pożądania seksualnego, może sugerować występowanie wzajemnego związku tych zakłóceń, dającego się wytłumaczyć między innymi cyrkularnym modelem reakcji seksualnych u kobiet [214, 215]. Mimo że w skupieniu tym była przewaga liczebna kobiet, znalazła się w nim także pewna grupa mężczyzn o podobnym profilu zakłóceń. Może to świadczyć albo o adekwatności modelu Basson także w wypadku niektórych mężczyzn, jak sugeruje jedno z doniesień [216], albo ujawniać prostszy związek między tymi rodzajami problemów. Mógłby on polegać na wzajemnej relacji samooceny, lęku i pożądania. Nasilenie zakłócenia każdego z tych czynników zwiększa prawdopodobnie nasilenie zaburzenia pozostałych, np. awersja rozumiana jako lęk przed kontaktem seksualnym zwiększa siłę negatywnych przekonań na temat możliwości seksualnych partnera i jednocześnie, np. przez mechanizm wyparcia, zmniejsza poziom odczuwania potrzeb seksualnych.

Osobnym zagadnieniem jest, występująca z wyższym nasileniem w grupie mężczyzn **hiperseksualność**. Skala ją oceniająca ma charakter eksperymentalny. Zawiera pytania dotyczące subiektywnej oceny, na ile aktywność seksualna danej osoby, w szczególności zachowania autoerotyczne, wydaje się w jej przekonaniu nadmiarowa, wymagająca kontrolowania. Rzecz jasna na podstawie kilku pytań nie jest możliwa ocena występowania tak złożonego zjawiska klinicznego, jak patologiczna hiperseksualność, określana przez niektórych badaczy także m.in. jako kompulsywna aktywność seksualna [183], hiperfilia [185] albo uzależnienie od seksu [180]. Wskazuje ona jednak określoną tendencję do określania własnych odczuć i zachowań seksualnych jako nadmiernych. Zaburzenie to występuje w populacji ogólnej u 3-6% osób, cztery razy częściej u mężczyzn [184, 217, 218].

Średnie wyniki uzyskane w prezentowanym badaniu, jakkolwiek wskazujące na częstsze relacjonowanie hiperseksualności w grupie mężczyzn, ujawniają także występowanie wątpliwości dotyczących nasilenia swoich potrzeb seksualnych wśród wielu kobiet. Co ciekawe, w większości analiz skala hiperseksualności nie różnicowała uzyskanych wyników, a jej wartości nie zmieniły się w toku psychoterapii. Może to świadczyć o niewystarczająco dobrej konstrukcji skali, ale także o wieloczynnikowości zjawiska, które próbowano za jej pomocą badać.

7.1.3. Ogólna satysfakcja z życia seksualnego

Obniżenie ogólnej satysfakcji z życia seksualnego dotyczyło połowy badanych i w analizie skupień dla pierwszego pomiaru występowało zarówno w skupieniu osób z nasilonymi dysfunkcjami uogólnionymi (obniżone pożądanie spontaniczne, awersja seksualna, zaniżona samoocena seksualna), jak i w skupieniu grupującym pacjentów z dysfunkcjami czynnościowymi (występującymi w sytuacjach erotycznych).

Obserwacje te rzucają nowe światło na wyniki uzyskiwane wcześniej, w podobnej klinicznie (choć większej liczebnie) grupie badanej, w której niską satysfakcję z życia seksualnego podało 53-59% pacjentów [66]. Sugerują one bowiem, że obniżenie ogólnej satysfakcji seksualnej może wynikać zarówno z dysfunkcji seksualnych uogólnionych (prawdopodobnie trwających dłużej), jak i z zakłóceń aktualnych, wyrażających się problemami w czasie zbliżeń seksualnych.

Przyczyną niezadowolenia z życia seksualnego może być więc albo przeżywanie trudności w kontaktach seksualnych z partnerem, albo negatywne przeżywanie własnej seksualności.

Pojawia się tu pytanie, czy zjawiska te rzeczywiście występują rozdzielnie, jak pokazała to analiza skupień (rozdz. 6.4.1). Wyniki te sugerują, że osoby, które doświadczają problemów w czasie zbliżeń seksualnych, nie przeżywają wysokiego nasilenia awersji seksualnej, niskiej oceny swojej seksualności, ani nie oceniają swojego pożądania spontanicznego jako zbyt niskie. Z drugiej strony, pacjenci, którzy mają wysoki poziom tych ostatnich trudności, nie relacjonują wielu kłopotów w czasie zbliżeń płciowych – być może dlatego, że albo podejmują aktywność seksualną rzadko lub zbliżenia są w sensie fizjologicznym i emocjonalnym udane, albo przy ogólnie negatywnym przeżywaniu swojej seksualności sprawność i satysfakcja z realnych kontaktów seksualnych nie mają dla tych osób dużego znaczenia.

Na przyczyny negatywnej oceny ogólnej satysfakcji z życia seksualnego wskazują także wyniki analiz korelacji. Wynika z nich, że z jej obniżeniem wiąże się występowanie większości dysfunkcji czynnościowych (w tym wszystkich fizjologicznych – związane z fazą pożądania, podniecenia, orgazmu i bólem w czasie zbliżeń) oraz nasilenie awersji seksualnej, obniżonego pożądania spontanicznego i zaniżonej samooceny seksualnej, choć tylko kilka z tych związków potwierdziło się w rozdzielnych analizach w grupie mężczyzn. Natomiast tylko u mężczyzn ujawnił się związek ze skalą hiperseksualności.

Wynika z tego, że ogólna satysfakcja z życia seksualnego jest silnie związana z występowaniem badanych dysfunkcji seksualnych.

Nie zaobserwowano przy tym wielu silnych korelacji z objawami lękowymi, ogólnym nasileniem objawów nerwicowych w grupie mężczyzn, a w grupie kobiet wiązała się ona istotnie tylko z pojedynczymi skalami objawów nerwicowych (depersonalizacji-derealizacji, dystymii, unikania i zależności), ogólnym ich nasileniem oraz współczynnikiem neurotyczności.

Podsumowując, okazuje się, że na jakość życia seksualnego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi wpływają głównie dysfunkcje seksualne, a objawy lękowe mają w tym zakresie mniejsze znaczenie.

7.2. Zmiana nasilenia objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych w przebiegu psychoterapii

Ocena istotności zmian między pomiarem nasilenia objawów lękowych i dysfunkcji seksualnych, przeprowadzona przed psychoterapią i po niej, służyła w prezentowanych analizach wstępnemu określeniu, czy zasadne jest badanie związku zmian nasilenia poszczególnych grup objawów. Analizy potwierdziły jednoznacznie istotność statystyczną

zmiany w odniesieniu do zaburzeń nerwicowych – objawów lękowych i neurotyczności (rozdz. 6.3.1), co potwierdza wyniki innych badań, prowadzonych w podobnych grupach [200, 202, 219]. Zmiana w zakresie dysfunkcji seksualnych jest istotna w przypadku większości, ale nie wszystkich ocenianych kategorii objawów, i nie zawsze jest to zmiana korzystna (rozdz. 6.3.2-4).

Przeprowadzone analizy, dotyczące zmiany nasilenia badanych objawów, nie miały bezpośrednio na celu oceny skuteczności zastosowanej metody psychoterapii. Jak wspomniano w rozdziale dotyczącym metodologii badań, ocena istotności statystycznej zmiany między pomiarami stanowiła przygotowanie do analiz korelacji i regresji, wykonanych w celu oceny relacji między zmianą nasilenia objawów lękowych i zmianą nasilenia dysfunkcji seksualnych.

Obserwacja istotnych statystycznie zmian w zakresie nasilenia wielu grup objawów wydaje się jednak ważna z perspektywy klinicznej. Jednocześnie konieczne jest uwzględnienie w tym miejscu zastrzeżenia, że analizy, które miałyby na celu ocenę skuteczności określonych czynników terapeutycznych, wymagają, z punktu widzenia statystyki, zastosowania modelu eksperymentalnego, najlepiej z wykorzystaniem grupy kontrolnej, w której skład wchodziłyby osoby nieleczone lub leczone innymi metodami (co stwarza trudności natury etycznej, gdyż wymaga pozbawienia wybranych osób dostępu do badanej metody leczenia). Z punktu widzenia statystyki możliwa więc była tu głównie obserwacja wielkości zmiany nasilenia badanych objawów i określenie jej statystycznej istotności (rozdz. 6.3).

Związek między leczeniem a zmianą, jakkolwiek niepotwierdzony bezpośrednio statystycznie, z perspektywy teoretycznej i klinicznej wydaje się bardzo prawdopodobny, szczególnie gdy weźmie się pod uwagę brak tendencji zaburzeń nerwicowych do spontanicznego ustępowania, co można zaobserwować na przykładzie nieleczonych, a ujawniających zaburzenia lękowe pacjentów lekarzy rodzinnych [220]. Zbieżność czasowa z korzystaniem pacjentów z intensywnej, codziennej grupowej i indywidualnej psychoterapii, pozwala przypuszczać, że miała ona ważny wpływ zarówno na poziom lęku, ocenianego pośrednio w badaniach przez nasilenie objawów lękowych, jak i neurotyczności, wskazywanej współczynnikiem neurotyczności X-KON oraz dysfunkcji seksualnych, opisywanych skalami kwestionariusza KSS2 i wskaźnikiem nasilenia mieszanej dysfunkcji seksualnej XKSS. Założenie to jest zbieżne z wynikami opracowań, badających zarówno metodę terapii zastosowaną w przypadku badanych pacjentów [200, 202, 221, 222], jak i inne formy oddziaływań psychoterapeutycznych [223, 224].

Za związkiem uczestnictwa w psychoterapii ze zmianą w zakresie nasilenia dysfunkcji seksualnych przemawia zaobserwowana w grupie badanej redukcja liczby współwystępujących dysfunkcji czynnościowych (wartość współczynnik XKSS) oraz zwiększenia się liczby osób, które po psychoterapii nie relacjonują występowania żadnych problemów związanych ze współżyciem płciowym. Tego rodzaju tendencja obserwowana w funkcji czasu nie zachodzi spontanicznie w populacji osób nieleczonych, u których równie często tego rodzaju problemy ustępują, jak się pojawiają (przy czym częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem [13]).

W zakresie poszczególnych kategorii objawów dysfunkcji seksualnych korzystna zmiana dotyczy zaburzeń pożądania, poziomu pożądania spontanicznego i napięcia w czasie zbliżeń oraz negatywnej oceny zbliżeń u obu płci, a także zaburzeń podniecenia, awersji seksualnej i zaniżenia samooceny seksualnej oraz bólu w czasie sytuacji erotycznych u kobiet. Wydaje się zatem, że kobiety odnoszą dzięki psychoterapii grupowej więcej korzyści w zakresie jakości życia seksualnego niż mężczyźni.

Biorąc pod uwagę wiele doniesień na temat skuteczności swoistych, seksuologicznych metod terapii w redukcji dysfunkcji seksualnych, podobnie wysokiej u kobiet i mężczyzn [155, 162-164], wydaje się, że dysfunkcje seksualne u kobiet mogą mieć silniejszy związek z ogólnym funkcjonowaniem psychicznym niż ma to miejsce w wypadku mężczyzn, u których istotniejsze mogą być potencjalne mechanizmy swoiste, jak np. określone przekonania na temat własnej sprawności seksualnej czy awersyjny wpływ nieudanych zbliżeń płciowych na ich dalsze występowanie w relacjach intymnych.

Wbrew wstępnym przypuszczeniom zaobserwowano także niekorzystne zmiany w niektórych obszarach funkcjonowania seksualnego badanych. Na niekorzyść zmienia się nasilenie zaburzeń podniecenia u mężczyzn oraz uogólniona satysfakcja z życia seksualnego u obu płci.

Problemy związane z fazą podniecenia dotyczą u mężczyzn przede wszystkim zaburzeń wzwodu. Ich zwiększona po psychoterapii częstość jest sprzeczna z intuicją kliniczną, ponieważ oczekiwano raczej znacznej poprawy w tym zakresie ze względu na takie efekty terapii, jak zwiększenie pewności siebie, poprawa samooceny, zwiększenie tolerancji na doświadczanie porażek, a także mniej nasilone przeżywanie wewnątrzpsychicznych konfliktów, związanych np. z lękiem przed bliskością czy obawą przed nieprostaniem oczekiwaniom. Tego rodzaju zmiany powinny mieć korzystny wpływ na

zdolność mężczyzn do uzyskania wzwodu w sytuacjach intymnych [23]. Do prawdopodobnych przyczyn zjawiska niekorzystnej zmiany może należeć wzrost oczekiwań względem własnej aktywności seksualnej (związany z poprawą w zakresie pożądania), wgląd w trudności związane z relacją partnerską i większa wrażliwość na reakcje emocjonalne partnerek (albo partnerów) lub wzrost świadomości celów życiowych oraz wpływu na własną przyszłość, skojarzony z lękiem przed poczęciem dziecka lub większym zaangażowaniem w relację. Zrozumienie tych zależności wymagałoby jednak bardziej szczegółowych badań w grupie mężczyzn, u których tego rodzaju zaburzenia pojawiły się lub nasiliły w trakcie leczenia.

Nieco łatwiej odnieść się do zaobserwowanej u obu płci tendencji do bardziej negatywnej oceny ogólnej satysfakcji z życia seksualnego. Niezależnie od widocznej redukcji liczby problemów w kontaktach seksualnych, a także zmiany w zakresie awersji seksualnej czy samooceny seksualnej, osoby w trakcie psychoterapii zdobywają dodatkową wiedzę na temat swojego potencjału osobistego, w tym seksualnego, co wiąże się ze (zdrowym) wzrostem oczekiwań w tym aspekcie życia. Aby rozstrzygnąć, na ile jest to teza słuszna, należałoby do wspomnianej wcześniej roli zaburzeń nerwicowych i dysfunkcji seksualnych jako czynników ważnych w ocenie poziomu satysfakcji z własnego życia seksualnego dodać zatem: poziom świadomości własnych potrzeb oraz oczekiwań względem realizacji seksualnej.

Podobnie wbrew wstępnym założeniom nie stwierdza się istotnych zmian w zakresie nasilenia objawów zaburzeń orgazmu, dyssatysfakcji ze zbliżeń, lęku w czasie zbliżeń ani hiperseksualności. Brak zmiany w nasileniu dyssatysfakcji ze zbliżeń można połączyć z opisanym wyżej zjawiskiem negatywnej zmiany ogólnego poziomu satysfakcji z życia seksualnego. Dyssatysfakcja w czasie zbliżeń wiąże się jednak nie tylko z brakiem zadowolenia z kontaktu seksualnego, ale także takich czynników jak poczucie spełnienia, doznawanie przyjemności itp. Być może, niezależnie od stopniowego ustępowania w czasie terapii objawów lękowych oraz zaburzeń pożądania, kształtowanie się satysfakcjonującego pożycia seksualnego wymaga znacznie dłuższego czasu. Podobna przyczyna może dotyczyć braku zmiany w nasileniu objawów w skali lęku w czasie zbliżeń, związanego przede wszystkim z brakiem ufności we własną sprawność i w zdolność do uzyskania pełnej satysfakcji własnej oraz partnera, co znów – wymaga dłuższego czasu, w którym mogłyby się utrvalać nowe, pozytywne doświadczenia. Innym, być może bardziej wiarygodnym wytłumaczeniem braku zmiany w zakresie wszystkich czterech wymienionych grup objawów, byłaby konstatacja, że te aspekty funkcjonowania seksualnego są w

mniejszym stopniu podatne na zastosowaną metodę psychoterapii. Przemawiałyby za tym między innymi wyniki badania wpływu na dysfunkcje seksualne innych metod – np. terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń lękowych i depresyjnych [165], które ujawniły poza zmianami w zakresie innych rodzajów dysfunkcji, także pozytywne zmiany w zakresie zaburzeń fazy orgazmu i satysfakcji. Podobny wniosek może dotyczyć zjawiska hiperseksualności. Jakkolwiek, o czym wspomniano wcześniej, zastosowana tu skala hiperseksualności ma charakter orientacyjny i być może jej wynik nie oddaje realnie zmian w zakresie przeżywania kompulsywnej, nałogowej aktywności seksualnej, to ta ostatnia według wiedzy klinicznej (nie opublikowano dotychczas badań oceniających skuteczność metod psychoterapii hiperseksualności [225, 226]), wymaga zastosowania swoistych metod oddziaływania, związanych między innymi z obecną w tym zaburzeniu komponentą zespołu uzależnienia [218].

Niemniej jednak porównując uzyskane wyniki z innymi doniesieniami, które analizują zmianę w zakresie dysfunkcji seksualnych, badaną u pacjentów uczestniczących w psychoterapii nieukierunkowanej specyficznie na leczenie zaburzeń seksualnych [165, 171-174], można stwierdzić, że zgodnie z wnioskami innych autorów, zmianom w zakresie nasilenia zaburzeń nerwicowych towarzyszą w przebiegu terapii istotne zmiany w nasileniu objawów dysfunkcji seksualnych. Niekoniecznie przy tym zakres korzystnych zmian jest podobny w odniesieniu do poszczególnych rodzajów dysfunkcji, gdyż zależy prawdopodobnie od rodzaju zastosowanej metody psychoterapii. Wydaje się, że obserwowane wystąpienie istotnych zmian w nasileniu dysfunkcji seksualnych, które powstają w przebiegu leczenia ukierunkowanego przede wszystkim na redukcję objawów lękowych i neurotycznych cech osobowości, wspierają także tezę o silnej roli lęku w powstawaniu i utrzymywaniu się dysfunkcji seksualnych (rozdz. 2.3.2.1), podobnie jak rolę dysfunkcji seksualnych w powstawaniu zaburzeń lękowych potwierdziłoby pośrednio ustępowanie tych ostatnich w wyniku psychoterapii lub innych metod leczenia, ukierunkowanych swoiście na usuwanie problemu seksualnego (nie odnaleziono doniesień na ten temat). Wpływ ten może być ważnym przedmiotem przyszłych badań.

Poza oceną istotności zmian w zakresie poszczególnych parametrów klinicznych, profile objawowe zmiany nasilenia dysfunkcji seksualnych w przebiegu leczenia zobrazowała analiza skupień wartości poziomu objawów należących do poszczególnych kategorii (rozdz. 6.4.3). Okazało się, że u 64% osób badanych nie wystąpiły znaczące zmiany. Część tej grupy stanowili pacjenci, którzy wyjściowo nie mieli zaburzeń, ale też 26% spośród osób, które doświadczały głównie dysfunkcji czynnościowych, i 58% tych, które

przeżywały głównie dysfunkcje uogólnione (rozd. 6.5.2.3). Porównanie między dwiema ostatnimi grupami wskazuje, że korzystne zmiany w przebiegu terapii łatwiej było uzyskać osobom, które miały objawy dysfunkcji w kontaktach seksualnych, niż tym, które przeżywały obniżone pożądanie spontaniczne czy awersję seksualną, analogicznie do zaburzeń nerwicowych, w odniesieniu do których znacznie łatwiej uzyskać w wyniku leczenia zmianę objawową, niż transformację struktury osobowości. Sugeruje to, o czym wspomniano wyżej, że zakłócenia w zakresie zachowania i towarzyszących mu przeżyć są mniej trwałe oraz być może bardziej związane z ogólnym nasileniem objawów psychopatologicznych (lęk, napięcie, obniżony nastrój), a zinternalizowane, negatywne przeżywanie swojej seksualności, które wyraża się awersyjnym stosunkiem do swojego ciała, uczuć seksualnych i kontaktów erotycznych, a także obniżeniem spontanicznego pożądania seksualnego i zaniżeniem samooceny seksualnej, mają charakter utrwalony i są mniej podatne na oddziaływania terapeutyczne.

Analiza skupień i jej korelacje ze zmianą w zakresie nasilenia objawów lękowych wykazały także, że pacjenci, którzy uzyskali poprawę w zakresie dysfunkcji seksualnych, cechowali się większym poziomem zmian nasilenia objawów lękowych i neurotyczności w porównaniu z podgrupą, w której nie nastąpiły zmiany w objawach dysfunkcji seksualnych oraz niewielką podgrupą, w której odnotowano pogorszenie (rozd. 6.5.2.4.2). Bardzo wyraźne niższe zmiany w nasileniu objawów lękowych były skorelowane z negatywną zmianą w zakresie dysfunkcji seksualnych. Zależności te stanowią wstępne potwierdzenie znaczenia poprawy w zakresie objawów, których mechanizmem głównym jest lęk dla korzystnych zmian w zakresie seksualności, co zostało omówione dalej (w rozdz. 7.5), i są spójne z wynikami badań oceniających efekty grupowej psychoterapii poznawczo-behawioralnej [165] oraz holistycznej (krótkoterminowa terapia psychodynamiczna połączona z pracą z ciałem) [172].

Powyższe wnioski wskazują zatem, że stosowanie metod psychoterapii, których głównym celem jest leczenie zaburzeń nerwicowych lub depresyjnych, może przynosić korzyści w zakresie dysfunkcji seksualnych. Należy jednak w wypadku każdego pacjenta rozważyć, czy w leczeniu określonych dysfunkcji potrzebne będzie także zastosowanie dodatkowych, seksuologicznych technik oddziaływania terapeutycznego (np. psychoedukacji lub metody treningowej) [5, 88, 135] i (lub) terapii partnerskiej [147, 148].

7.2.1. Intensywna, krótkoterminowa grupowa i indywidualna psychoterapia integracyjna z przewagą podejścia psychodynamicznego a inne metody psychoterapii stosowane w leczeniu dysfunkcji seksualnych

Ważne wydaje się w tym miejscu porównanie uzyskanych wyników, sugerujących możliwość uzyskania w przebiegu intensywnej, 3-miesięcznej, codziennej grupowej psychoterapii integracyjnej z przewagą podejścia psychodynamicznego, korzystnej zmiany w nasileniu poszczególnych kategorii dysfunkcji seksualnych, do doniesień na temat skuteczności opisanych w literaturze przedmiotu innych metod terapeutycznych.

7.2.1.1. Zaburzenia pożądania

W grupie badanej odnotowano znaczną redukcję częstości występowania objawów zaburzeń pożądania w czasie zbliżeń płciowych, a także istotną, choć niewielką zmianę w zakresie pożądania spontanicznego u obu płci. W innych badaniach skuteczność leczenia obniżonego pożądania seksualnego u mężczyzn i kobiet została potwierdzona w wypadku psychoterapii poznawczo-behawioralnej [162, 163]. Łącznie z restrukturyzacją poznawczą z powodzeniem stosowana jest także w tym zakresie metoda koncentracji na doznaniach zmysłowych [140] oraz behawioralny trening osiągania orgazmu (u kobiet) [227]. Korzystne efekty wzrastają w przypadku jednoczesnej terapii pary [160]. Terapia poznawczo-behawioralna jest także skuteczna w formie grupowej (dla osób indywidualnych lub par) [163]. Można z tego wnioskować, że zarówno swoiste jak i nieswoiste metody terapeutyczne mogą się wiązać z poprawą w zakresie zaburzeń pożądania seksualnego.

7.2.1.2. Zaburzenia podniecenia

Wśród badanych pacjentów tylko w podgrupie kobiet występują korzystne zmiany w zakresie objawów zaburzeń podniecenia seksualnego. U mężczyzn następuje pogorszenie. Spośród metod, które w innych badaniach okazały się skuteczne wobec kobiet, można wymienić programy terapii poznawczo-behawioralnej, skoncentrowane na obniżaniu lęku przed niesprawnością seksualną [210], w tym 15-sesyjną terapię poznawczą [228]. Wydaje się, w świetle dostępnych badań, że mężczyźni odnoszą większe korzyści w zakresie leczenia zaburzeń erekcji, korzystając z metod leczenia swoiście seksuologicznych. Zostało to potwierdzone już w starszych doniesieniach (sprzed 1998 r.) [157]. Obecnie są dowody na korzystny wpływ stosowania różnych podejść terapeutycznych,

takich jak terapia seksualna, trening komunikacji, hipnoza, poznawczo-behawioralna terapia grupowa, a nawet poradnictwo prowadzone przez Internet, z efektem porównywalnym z leczeniem inhibitorami fosfodiesterazy-5 (choć według autorów cytowanej metaanalizy wymaga to dalszych badań) [155]. Wydaje się więc, że wśród mężczyzn korzystających ze zintegrowanej psychoterapii grupowej, którzy doświadczają objawów zaburzeń podniecenia, należy zwrócić szczególną uwagę na ten problem i być może dołączyć dodatkowo oddziaływania o typie interwencji poznawczo-behawioralnych lub zastosować techniki swoiście seksuologiczne.

7.2.1.3. Zaburzenia orgazmu

Nie stwierdzono istotnej zmiany w zakresie objawów zaburzeń orgazmu w przebiegu opisywanej tu psychoterapii. Jest to zastanawiające w obliczu faktu, że skuteczność psychoterapii zaburzeń orgazmu jest jednym z najlepiej opisanych w literaturze kierunków leczenia dysfunkcji seksualnych.

W odniesieniu do kobiet badania dotyczą przede wszystkim leczenia anorgazmii. Metody poznawczo-behawioralne mają potwierdzoną efektywność w tym zakresie [139, 157, 229-233]. Najlepsze efekty uzyskuje się, stosując metodę treningu masturbacji, połączoną z desensytyzacją [234] lub techniką koncentracji na doznaniach zmysłowych [235]. Celem terapii jest obniżenie lęku, zmiana myśli i postaw wobec reakcji seksualnych, zwiększanie zdolności do osiągnięcia orgazmu i związanego z nim spełnienia seksualnego [236]. W dostępnych badaniach brakuje oceny długoterminowej poprawy [160] oraz potwierdzenia skuteczności wymienionych technik w leczeniu zarówno pierwotnej, jak i wtórnej anorgazmii. Warto też w tym miejscu po raz kolejny wspomnieć, że rozumienie natury zaburzeń orgazmu u kobiet ulega ewolucji. Aktualnie większe znaczenie przypisuje się nie tyle samemu fizjologicznemu zjawisku orgazmu, co satysfakcji z kontaktu seksualnego [179].

Badania opisujące skuteczność oddziaływań terapeutycznych na zaburzenia orgazmu u mężczyzn dotyczą leczenia przedwczesnego wytrysku nasienia. Niezależnie od zróżnicowania definicji samego zaburzenia w poszczególnych badaniach, stosowane metody poznawcze i behawioralne okazywały się skuteczne w porównaniach z grupami kontrolnymi. Efekty przynosiło stosowanie technik behawioralnych, głównie metody „start-stop” oraz metody „uciskowej”. Została również potwierdzona efektywność biblioterapii [155] oraz indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej [164].

W świetle wielu optymistycznych doniesień wydaje się więc, że leczenie anorgazmii, braku satysfakcji z orgazmu, przedwczesnego lub opóźnionego wytrysku wymaga zastosowania raczej poznawczo-behawioralnych i treningowych, swoiście seksuologicznych metod terapeutycznych, a psychoterapia ukierunkowana na leczenie zaburzeń nerwicowych i osobowości w podejściu psychodynamicznym może nie być w tym obszarze efektywna. Na uwagę zasługuje jeden z wniosków badań, w których oceniano zmiany w seksualności osób uczestniczących w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, gdzie stwierdzono, że w wyniku terapii grupowej zaburzenia orgazmu ustępowały, zwłaszcza u kobiet, niezależnie od tego, czy następowało wyleczenie w zakresie objawów lękowych i depresyjnych, będących głównym przedmiotem opisywanej metody leczenia [165].

7.2.1.4. Zaburzenia związane z bólem

U badanych mężczyzn nie zaobserwowano zmian w zakresie zaburzeń bólowych w czasie zbliżeń erotycznych, jednak może się to wiązać z bardzo niską liczbą osób, które podały występowanie tych objawów. Wśród kobiet natomiast stwierdzono wyraźnie niższą częstość relacjonowania objawów z tej kategorii po psychoterapii niż przed nią.

Opisywane w literaturze metody leczenia zaburzeń związanych z bólem w czasie zbliżeń płciowych, być może w związku z podobnie niskimi odsetkami ich występowania u mężczyzn w innych populacjach, dotyczyły głównie kobiet. Dysfunkcje te często łączą występowanie czynników somatycznych i psychologicznych, co skłania do tworzenia programów terapii, które integrują oddziaływania w obu tych obszarach [237, 238]. Dwie oddzielne jednostki chorobowe, występujące w klasyfikacjach – pochwica i dyspareunia, mają podobny obraz objawowy i obecnie bywają rozpatrywane łącznie jako dysfunkcja seksualna związana z odczuwaniem bólu [239]. Pewnym problemem metodologicznym jest ocena realizacji celu leczenia, który może być ustalony np. jako zdolność do odbycia stosunku genitalno-genitalnego [240, 241] albo zdolność do uzyskiwania przyjemności i satysfakcji niezależnie od formy aktywności seksualnej [238]. Wątpliwości te nie pomniejszają obiecujących wyników badań, według których stosowanie desensytyzacji [242], terapii ekspozycyjnej [243], terapii poznawczej połączonej z biblioterapią [241, 244] i innych form terapii poznawczo-behawioralnej, np. z włączeniem treningu mięśni dna miednicy [163], pozwala zmniejszyć bolesność lub całkowicie usunąć objawy pochwicy, a zastosowanie *biofeedbacku* elektromiograficznego może przynieść poprawę w zakresie objawów bólowych przedsionka pochwy [243, 245], porównywalną ze stosowaniem kremów znieczulających.

Wynik prezentowanych tu badań wydaje się obiecujący wobec faktu, że większość metod, opisywanych jako skuteczne, ma charakter behawioralny lub poznawczo-behawioralny i treningowy. Być może połączenie oddziaływań ukierunkowanych na redukcję napięcia, lęku i innych objawów nerwicowych mogłoby stanowić uzupełnienie lub nawet podstawę skutecznych programów leczenia tego rodzaju dolegliwości. Z drugiej strony, w wypadku kobiet, które w trakcie psychoterapii psychodynamicznej podają występowanie bólu w czasie zbliżeń płciowych, istotne wydaje się uwzględnienie potrzeby badania ginekologicznego, pozwalającego wykluczyć somatyczne przyczyny zaburzeń, a także włączenie potwierdzonych klinicznie metod swoście ukierunkowanych na redukcję objawów pochwicy i dyspareunii.

7.2.1.5. Mieszane dysfunkcje seksualne

W przebiegu zastosowanej metody psychoterapii szczególnie wyraźnym zjawiskiem była redukcja liczby współwystępujących objawów związanych z różnymi kategoriami dysfunkcji seksualnych. Zmiany te były istotne u obu płci, ale przesunięcie rozkładu w kierunku mniejszej liczby przeżywanych jednocześnie problemów było bardziej znaczące w grupie kobiet. Istnieją doniesienia sugerujące, że w przypadku współwystępowania dysfunkcji seksualnych najbardziej efektywne okazuje się łączenie terapii poznawczo-behawioralnej z terapią par [155, 160]. Potwierdzono także użyteczność biblioterapii (czyli głównie psychoedukacji seksuologicznej jako głównej metody oddziaływań) w leczeniu mieszanych dysfunkcji u mężczyzn [155].

Współwystępowanie różnych dysfunkcji seksualnych znajdowało jednak ogólnie niewiele miejsca w programach badawczych, zbyt często ukierunkowanych na usuwanie określonego objawu. W świetle prezentowanych tu wyników, sugeruje to, że podczas projektowania badań i planowania oddziaływań terapeutycznych należy zwracać większą uwagę na kontekst występowania poszczególnych objawów.

7.3. Związki między nasileniem objawów lękowych a nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych

Przeprowadzone analizy pozwoliły zaobserwować związek między nasileniem objawów lękowych i nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych. Większość uzyskanych wyników potwierdziła, że, podobnie jak zostało to stwierdzone w wielu innych opracowaniach, [13, 28, 129, 130, 246], korelacje między tymi kategoriami objawów mają charakter dodatni, co mogą tłumaczyć patomechanizmy opisane szerzej w rozdziale 2.3.2.

W analizach korelacji (rozd. 6.5.1.1.1) więcej zależności ujawnia się w grupie kobiet, co mogło się wiązać ze znacznie większą liczebnością tej podgrupy, ale także, być może, z silniej wyrażonym wpływem lęku na powstawanie i utrzymywanie się dysfunkcji seksualnych lub bardziej, u kobiet, lękorodną rolę tych ostatnich. Tezę tę potwierdzałby fakt, że w grupie mężczyzn występuje więcej zależności objawów lękowych z zaburzeniami pożądania, podniecenia i orgazmu, a u kobiet zaobserwowano więcej związków z objawami dysfunkcji subiektywnych, takimi jak dyssatisfakcja, lęk, napięcie w czasie zbliżeń czy negatywna ocena zbliżeń.

Tylko w grupie kobiet stwierdza się także związki między liczbą występujących jednocześnie dysfunkcji seksualnych (współczynnik XKSS) a ogólnym nasileniem objawów nerwicowych, poziomem neurotyczności i pojedynczymi zaburzeniami lękowymi. Może to oznaczać, że lęk stanowi w wypadku tej płci czynnik promujący uogólnianie się trudności związanych z aktywnością seksualną lub – z drugiej strony – że większe nasilenie różnych trudności doświadczanych w czasie zbliżeń powoduje u kobiet nasilenie objawów lękowych. Jest prawdopodobne, że rozpoznane tu na poziomie statystycznym zależności mają charakter cyrkularny, oparty na mechanizmie dodatniego sprzężenia zwrotnego [33].

Analizy regresji (rozd. 6.5.1.2), pozwalające wykryć, które z badanych, powiązanych ze sobą wartości nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych, są najbardziej swoiście związane z nasileniem objawów lękowych, wykazały relację ogólnej wartości kwestionariusza objawowego, czyli nasilenia objawów nerwicowych, z trzema grupami objawów: zaburzeń pożądania, ujawniających się w czasie zbliżeń erotycznych, awersji seksualnej oraz hiperseksualności. Podobne zależności zaobserwowano w odniesieniu do współczynnika neurotyczności (X-KON), z którym wiązała się awersja seksualna i hiperseksualność, ale zamiast zaburzeń pożądania wystąpiły tu zaburzenia podniecenia oraz dyssatisfakcja ze zbliżeń seksualnych (będąca predyktorem ujemnym).

Wydaje się więc, co potwierdzają przeprowadzone w kolejnym etapie badań analizy ścieżkowe (rozdz. 6.5.4.1.8), że problemy związane z nieodczuwaniem wystarczającego pożądania w sytuacjach erotycznych szczególnie silnie wiążą się z objawami lękowymi, a inne rodzaje objawów dysfunkcji seksualnych są w stosunku do nich wtórne. Spośród różnych aspektów przeżywania własnej seksualności istotne natomiast wydają się odczucia związane z postrzeganiem własnych potrzeb seksualnych jako nadmiernych (hiperseksualność) lub niechcianych (awersja seksualna). Związek awersji seksualnej z zaburzeniami lękowymi, skłania także do myślenia o niej jako o fobii seksualnej, co sugerują niektórzy autorzy [29], choć w zaprezentowanych wynikach nie stwierdzono korelacji między awersją seksualną a objawami fobicznymi. Wyraźny związek hiperseksualności z objawami lękowymi i neurotycznością, wydaje się za to potwierdzać istnienie komponenty nerwicowej (napiecie, lęk, obsesyjność) tego zespołu objawowego, sugerowaną przez zajmujących się tą problematyką autorów [183, 184].

Korelacje skupień wartości nasilenia poszczególnych klas objawów dysfunkcji seksualnych z wartościami nasilenia objawów lękowych (rozdz. 6.5.1.3) wykazały, że wśród pacjentów, u których występują nasilone objawy czynnościowych dysfunkcji seksualnych, poziom objawów lękowych jest najwyższy spośród trzech rozpoznanych skupień (różnica między pozostałymi dwoma nie była istotna statystycznie). Neurotyczność jest najniższa w grupie bez dysfunkcji seksualnych, a podobnie wysoka w pozostałych dwóch grupach osób – z dominującymi dysfunkcjami czynnościowymi i uogólnionymi. Osoby z nasilonymi dysfunkcjami doświadczanymi w sytuacjach erotycznych mają zatem więcej objawów lękowych i wyższą neurotyczność, a osoby z głównie uogólnionymi dysfunkcjami tylko wyższą neurotyczność. Wyniki te przemawiają za powiązaniem występowania uogólnionych dysfunkcji seksualnych w większym stopniu z nasileniem zaburzeń osobowości niż z nasileniem objawów zaburzeń nerwicowych, które ma natomiast większe znaczenie w wypadku dysfunkcji czynnościowych.

Analiza korelacji nasilenia poszczególnych skal objawów lękowych z trzema skupieniami wartości nasilenia dysfunkcji seksualnych wykazała także, że istotną rolę różnicującą skupienie grupujące osoby z wysokim nasileniem dysfunkcji występujących w czasie zbliżeń seksualnych ze skupieniem osób, które nie podawały występowania u siebie objawów dysfunkcji, mają objawy: konwersyjne, autonomiczne, somatyzacyjne, neurasteniczne i objawy zespołu depersonalizacji-derealizacji. Są to więc kategorie objawów, którym nie towarzyszy jawne przeżywanie lęku, ale jest on przekształcany w inne

dolegliwości, głównie somatyczne. Z perspektywy teorii psychodynamicznych wiązałyby się to z działaniem takich mechanizmów obronnych jak dysocjacja, konwersja i somatyzacja, postrzeganych jako wspólne dla zaburzeń lękowych i dysfunkcji seksualnych [247, 248].

Udział czynników emocjonalnych w powstawaniu dysfunkcji seksualnych sugeruje wielu autorów. Stwierdzono między innymi, że sprzyjać występowaniu dysfunkcji seksualnych mają stres i problemy emocjonalne [13, 28], zwłaszcza kiedy wiążą się z poczuciem porażki, przygnębieniem i nasiloną tendencją do unikania trudności. Opisano niezależny od płci, negatywny wpływ na seksualność: przygnębienia, obniżonego nastroju, napięcia emocjonalnego, niskiego poczucia własnej wartości i tendencji do samodeprecjonowania się [25]. Zauważono, że u mężczyzn, którzy mieli mniej doświadczeń seksualnych, częściej rozwijają się dysfunkcje seksualne, czego nie zaobserwowano u kobiet [25].

Można to tłumaczyć wpływem braku doświadczenia seksualnego na zaniżenie pewności siebie, które dodatkowo mogłoby mieć związek z lękiem przed niesprawdzeniem się w sytuacji seksualnej i realnymi porażkami, które wzmacniają negatywny obraz siebie w roli partnera seksualnego. Obniżona pewność siebie w tym zakresie może zmniejszać motywację do podejmowania aktywności seksualnej, a co za tym idzie, odczuwanie pożądania seksualnego. Brak tego efektu wśród kobiet został przez autora cytowanych badań wytłumaczony różnicami w znaczeniu trudności seksualnych u obu płci – co zostało określone jako koncentracja na efektywności u mężczyzn, a na satysfakcji u kobiet [249]. Tezę tę wspiera także obserwacja większego wpływu występowania problemów zdrowotnych na seksualność mężczyzn niż kobiet [13].

Wymienione tu wybrane trudności psychologiczne występują często u osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami nerwicowymi. Należą do nich zarówno niekorzystne reakcje na sytuacje stresowe, jak i ogólny poziom napięcia, niepokoju, nadmiernie negatywna ocena swoich działań, co wiąże się z występowaniem objawów lękowych, a także lękowych cech osobowości, np. tendencji do unikania czy samoobwiniania się, które są charakterystyczne dla struktury neurotycznej i sprzyjają rozwojowi nerwicy [59, 61].

Innym istotnym czynnikiem predestynującym do wystąpienia dysfunkcji seksualnych, potwierdzonym w badaniach [28], okazały się trudności w relacjach interpersonalnych badanych, przede wszystkim w relacjach partnerskich [123]. Najczęściej wymieniano takie czynniki jak: częste konflikty, niski poziom intymności, trudności z kontrolą

negatywnych emocji, zakłócenia komunikacji, w tym ograniczenie rozmów na temat potrzeb seksualnych i wzajemnych oczekiwań w tym zakresie; niskie umiejętności wzajemnej stymulacji i uzyskiwania przyjemności seksualnej z partnerem, a także dysfunkcje seksualne partnera [31, 150, 250-252]. Opisano także czynniki, które wiążą się z wystąpieniem dysfunkcji seksualnych w relacjach partnerskich po wcześniejszym dłuższym okresie udanego pożycia, takie jak znudzenie i rutynowość zbliżeń seksualnych, brak kreatywności i eksperymentowania w ich trakcie, ale także nierozwiązywane przez dłuższy czas rozbieżności w potrzebach emocjonalnych i seksualnych [253, 254], systemowa funkcja trudności seksualnych jednego z partnerów [255] oraz przeżycia związane z sytuacją niepłodności pary [256].

Przytoczone trudności dotyczące funkcjonowania w relacjach intymnych mogą między innymi wynikać z występowania, u jednego lub obojga (obu) partnerów, objawów nerwicowych i prawdopodobnie z tego powodu wiązać się z ryzykiem wystąpienia dysfunkcji seksualnych. Ocena tych mechanizmów wymagałaby poszerzenia modelu badawczego o charakterystykę osobowości i funkcjonowania psychicznego partnerów osób badanych.

7.3.1. Poszczególne kategorie objawów lękowych a objawy dysfunkcji seksualnych

7.3.1.1. Zaburzenia pożądania

Zarówno objawy zaburzeń pożądania, doświadczane w czasie zbliżeń seksualnych, jak i uogólnione zaburzenie pożądania (spontanicznego) okazują się wiązać z objawami autonomicznymi oraz fobicznymi. Co ciekawe, zakłócenia pożądania dotyczące aktywności seksualnej są z tymi objawami związane dodatnio, a uogólnione obniżone pożądanie ujemnie. Oznacza to, że osoby, które doświadczają bardziej obniżonego pożądania spontanicznego, mają niższe nasilenie objawów fobicznych i autonomicznych.

Przyczyny tego zjawiska można wiązać z bardziej neurotycznym (opartym na wewnętrznej konfliktowości) charakterem zaburzeń pożądania w czasie aktywności erotycznej, oraz być może bardziej nieneurotycznymi (związanymi raczej z zaburzeniem więzi) mechanizmami obniżenia pożądania spontanicznego.

Ponieważ rozróżnienie tych dwóch rodzajów zakłóceń w zakresie pożądania nie było szerzej opisane w dostępnym piśmiennictwie, obserwację tę należy potraktować jako

punkt wyjścia do dalszych badań. W literaturze przedmiotu można natomiast znaleźć doniesienia wiążące nasilenie zaburzenia pożądania z nasileniem fobii społecznej [116], ogólnie podwyższonym poziomem lęku [31, 129], co jest spójne z wynikami prezentowanych badań, jak również z zespołem lęku napadowego i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [115, 126], czego nie udało się tu potwierdzić. W innych badaniach, poszukujących modelu wiążącego objawy lęku, depresji i dysfunkcji seksualnych, w analizach korelacji nie stwierdzono związków między zaburzeniami fazy pożądania a depresją, lękiem uogólnionym, napadowym, agorafobią ani fobią społeczną (w wypadku tej ostatniej pojawiła się tylko słaba zależność w grupie kobiet) [8].

Związek objawów lękowych z zaburzeniami pożądania może wynikać z różnych mechanizmów. Wśród mężczyzn zaobserwowano na przykład wtórne zaburzenie pożądania, którego przyczyną jest nadmierna koncentracja na utrzymaniu wzrodu, przeżywanego jako zadania, poddawanego ocenie przez partnerkę [257]. Innym czynnikiem, związanym z oceną roli społecznej, okazał się spadek dochodu domowego. Przy ponad 20% obniżeniu poziomu dochodów częstsze są zaburzenia pożądania i podniecenia, także u kobiet. Wśród kobiet wyróżniono bardzo wiele czynników negatywnie wpływających na pożądanie. Istotne okazały się m.in.: przeżywanie gniewu wobec partnera [28, 31], posiadanie ortodoksyjnych poglądów, występowanie lęku przed utratą kontroli, poczucie braku uwagi ze strony partnera, traumatyczne doświadczenia w przeszłości, błędne przekonania seksualne (przypisywanie nadmiernej roli efektywności, a minimalizowanie znaczenia przyjemności, przeżywanie seksualności jako grzesznej) [3, 150, 250, 258-261]. Z problematyką fobii społecznej wiążą się również u kobiet takie czynniki, jak lęk przed doświadczeniem intymności, wątpliwości co do swojej atrakcyjności, poczucie obciążenia i zmęczenia czy lękowe reakcje na pojawienie się dysfunkcji seksualnej u partnera. [262-266].

Ważny wydaje się także inny kierunek myślenia na temat przyczyn obniżonego pożądania u obu płci, wiążący je z systemową funkcją tego zaburzenia. Może ono służyć budowaniu dystansu, zyskiwaniu władzy, utrzymywaniu dziecięco-rodzicielskiego charakteru relacji, przy jednoczesnym zmniejszeniu poziomu realnej intymności między partnerami. Partner z mniejszym poziomem pożądania może kontrolować seksualność w związku, a co za tym idzie, często i inne obszary wspólnego życia. Z drugiej strony, osobisty rozwój każdego z partnerów, wyodrębnianie się i zwiększanie niezależności, prowadzi do wzrostu pożądania wobec siebie [255]. Badania sugerują, że bez rozpoznania

problemów relacyjnych i zmiany w tym zakresie, leczenie zaburzeń pożądania może być mało efektywne [232, 267].

W wypadku stwierdzenia u pacjenta zaburzeń pożądania, w szczegółowej diagnostyce psychologicznej należy brać pod uwagę możliwość występowania dodatkowo lęku fobicznego oraz objawów pobudzenia układu autonomicznego, a także innych współistniejących dysfunkcji seksualnych oraz zakłóceń w relacji partnerskiej. Warto przy tym ocenić czy zaburzenie pożądania ma charakter uogólniony, czy jest przez pacjenta zauważane dopiero w trakcie sytuacji erotycznych.

7.3.1.2. Zaburzenia podniecenia

Prezentowane badania wykazały, spójnie z obserwacjami innych autorów (oceniających uwarunkowania obniżenia reakcji genitalnej u mężczyzn i kobiet) [8, 113, 114, 121, 122, 127], że nasilenie lęku wpływa negatywnie na podniecenie seksualne. Ciekawe spostrzeżenie, które nie potwierdziło się w prezentowanych badaniach w analizach regresji, ale stanowi wyraźną tendencję w analizach korelacji, dotyczy postulowanych różnic w roli, jaką lęk spełnia w modulowaniu podniecenia. U mężczyzn miałby on działać głównie hamująco, a u kobiet pełnić także funkcję pobudzającą [28].

Zaburzenia fazy podniecenia wiązały się według wyników analiz regresji głównie z objawami depersonalizacji-derealizacji. Można to tłumaczyć wspólnym dla obu tych grup objawów mechanizmem dysocjacji, który w odniesieniu do aktywności seksualnej wiąże się z ograniczonym przeżywaniem, oddaleniem, nieodczuwaniem w pełni bodźców fizycznych [247]. Mechanizm ten może wyjaśniać obserwacje innych badaczy, którzy opisywali częstsze zaburzenia wzwodu u mężczyzn z zespołem stresu pourazowego, m.in. u weteranów wojennych [111, 112] i ofiar nadużyć seksualnych [117]. Mężczyźni będący ofiarami przemocy seksualnej w dzieciństwie doświadczają zaburzeń erekcji trzykrotnie częściej [268]. Efekt ten znalazł być może odzwierciedlenie w grupie badanej, w której doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie relacjonowało 12% osób, a w życiu dorosłym 7% pacjentów, choć fakt ten nie różnicował profilu nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych (w analizie skupień – rozdz. 6.4.1.1). Zauważono także, wśród mężczyzn, związek między byciem nie ofiarą, lecz sprawcą przemocy (wobec kobiet). Zaburzenia erekcji występują u nich 3,5 raza częściej. Może się to wiązać z opisywanymi w wypadku sprawców przemocy stanami dysocjacyjnymi, które pojawiają się w trakcie aktów agresji [13, 28]. Zaburzenia wzwodu u mężczyzn wydają się także wiązać z sytuacjami znacznego kryzysu życiowego lub żałoby [27]. Innym zjawiskiem, które może być

kojarzone z mechanizmami dysocjacyjnymi, jest używanie przez pary stosunku przerywanego jako metody antykoncepcyjnej. Okazuje się, że wynikający z tej praktyki poziom stresu i niepokoju może się wiązać z występowaniem zaburzeń wzrodu u mężczyzn [269].

Prezentowane badania nie potwierdziły opisywanego w literaturze związku zaburzeń podniecenia z objawami lęku uogólnionego i napadowego [8, 118, 123] ani zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [90, 128]. Istotną obserwacją, sugerującą potrzebę dalszych badań, było stwierdzenie związku zaburzeń podniecenia z nasileniem neurotyczności, potwierdzającą rolę w ich dynamice nie tylko lęku, ale także zaburzeń osobowości. Przykładowo, opisano istotną rolę przeżywania przez mężczyznę partnerki seksualnej jako obiektu maternalnego [27], co często zdarza się u osób z cechami osobowości zależnej lub unikającej. Innym aspektem związanym z relacją partnerską, związanym z zaburzeniami podniecenia, jest konfliktowość. Nerozwiązywane, lecz odreagowywane konflikty mogą powodować narastającą wzajemną niechęć partnerów wobec siebie, wiązać się z nieuważnością i brakiem wrażliwości na reakcje partnera, odbieranym jako nietaktowość, trudność abstrahowania w sytuacji intymnej od trwającego w relacji antagonizmu, wreszcie walka o władzę i kontrolę zamiast partnerstwa, prowadząca do powstawania negatywnych wyobrażeń na temat partnera, które zastępują potrzebne w relacji seksualnej fantazje idealizujące i pobudzające [144].

Występowanie zaburzeń podniecenia może się więc wiązać, szczególnie u mężczyzn, z wysokim nasileniem objawów lękowych, z czego najwyraźniej z objawami opartymi o mechanizm dysocjacji, w tym przeżywaniem derealizacji lub depersonalizacji. Obszarami istotnymi do eksploracji w przebiegu leczenia mogą być wspomnienia urazowych doświadczeń oraz aktualne trudne sytuacje, w tym różnego typu utraty oraz konflikt w związku partnerskim. Zaburzenia podniecenia mogą mieć przy tym związek nie tylko z przeżyciami aktualnymi, ale także z zaburzeniem osobowości.

7.3.1.3. Zaburzenia orgazmu

Przedwczesny lub opóźniony wytrysk u mężczyzn i brak orgazmu lub przyjemności z przeżywania orgazmu u kobiet są najczęściej występującymi wśród badanych objawami zaburzeń orgazmu. Okazały się one, jako skala, wiązać przede wszystkim z objawami neurastenicznymi. Nie potwierdziło to zaobserwowanych przez innych autorów związków tych zaburzeń z fobią społeczną [90, 108, 124, 125], lękiem napadowym i zespołem

obsesyjno-kompulsyjnym [90, 128] u mężczyzn ani lękiem uogólnionym i zespołem obsesyjno-kompulsyjnym u kobiet [120].

Poza uzyskanym w analizach regresji związkiem z objawami neurastenicznymi występują dodatkowo korelacje z objawami konwersyjnymi, somatyzacyjnymi i depersonalizacji-derealizacji, ale tylko w grupie mężczyzn (mimo niższej liczebności tej grupy). Dla porównania, w innym badaniu, w którym także oceniano nasilenie problemów dotyczących współżycia przez pomiar nasilenia zaburzeń za pomocą skal (pożądania, podniecenia, orgazmu i bólu), w grupie mężczyzn z zaburzeniami fazy orgazmu wiązała się tylko agorafobia, a w grupie kobiet: depresja, lęk uogólniony i lęk napadowy. W badaniu tym nie oceniano nasilenia objawów neurastenicznych [8]. Wyniki te obrazują między innymi ograniczenia badań (łącznie z tu prezentowanymi), w których analizowane są związki nie pojedynczych objawów, lecz całych ich kategorii. Niemniej jednak ujawniony związek objawów neurastenicznych z zakłóceniami w fazie orgazmu ma istotną wartość. Sugeruje on, że nasilenie ogólnego zahamowania aktywności, obserwowanego w przebiegu neurastenii (wykorzystywany w przedstawianym badaniu kwestionariusz objawowy nie zawiera objawów hiperstenicznych), utrudnia swobodne i pełne przeżywanie zbliżeń seksualnych bardziej niż inne objawy lękowe.

Należy podkreślić, że badane objawy zaburzeń występujących w fazie orgazmu u mężczyzn to nie tylko przedwczesny wytrysk nasienia, ale także inne, nieco tylko mniej częste problemy, takie jak brak orgazmu mimo takiego pragnienia, brak oczekiwanej przyjemności z przeżytego orgazmu, opóźnienie wytrysku oraz zanik podniecenia przed osiągnięciem orgazmu. Łączenie objawów w kategorii, jakkolwiek umożliwia wykrycie wielu istotnych zależności, stanowi więc ograniczenie prezentowanych badań i sugeruje potrzebę dalszych analiz dotyczących poszczególnych objawów, co wymagałoby uzyskania materiału od znacznie większej grupy badanej. W literaturze spośród problemów związanych z orgazmem w odniesieniu do mężczyzn najwięcej informacji dotyczy wytrysku przedwczesnego. Wśród postulowanych psychologicznych mechanizmów tego zjawiska wymienia się między innymi:

- nadmiernie pobudzające działanie napięcia związanego z wewnętrznymi konfliktami, np. lękiem przed ciążą, obawą przed negatywną oceną ze strony partnerki, ustaniem erekcji czy samym przedwczesnym wytryskiem nasienia [27];
- niekorzystne uwarunkowanie behawioralne w okresie rozwoju – np. nadmiernie częsta masturbacja, stosunki z prostytutkami, które zachęcały do szybkiej ejakulacji;

- a także sytuacje, w których występowała duża, stymulująca wczesny orgazm obawa przed byciem przyłapanym, odkrytym w sytuacji intymnej [270, 271].

W jednym z badań zauważono także związek między występowaniem przedwczesnego wytrysku u mężczyzn a faktem doświadczeń kontaktów seksualnych z mężczyznami [13]. Podobnej zależności nie stwierdzono w odniesieniu do zaburzeń orgazmu u kobiet. Istotną rolę przypisuje się także negatywnej atrybucji poznawczej przez mężczyzn przedwczesnego wytrysku jako dowodu na niską sprawność w roli mężczyzny, odnoszoną nie tylko do sfery seksualnej. Obawa przed powtarzaniem doświadczenia godzącego w (narcystyczną) potrzebę potwierdzania własnej męskości może wtórnie prowadzić do kolejnych nieudanych zbliżeń, w których występuje ten sam problem lub zaburzenie wzrodu. Okazuje się, że czynnikami protekcyjnymi w nasilaniu się tego zjawiska u mężczyzn są umiejętności komunikacyjne i poziom intymności w parze, ale także jakość wsparcia ze strony rodziny generacyjnej [123, 272].

Zaburzenia orgazmu u kobiet polegają w większości na trudności z uzyskaniem szczytowania mimo takiego pragnienia. Najczęściej wymienianymi czynnikami predysponującymi są w tym przypadku – poza nasileniem objawów lękowych i depresyjnych – negatywny obraz własnego ciała, poczucie niższości [167], koncentracja na wrazeniu wywieranym na partnerze zamiast doświadczania przyjemności [273]. Podobne przeżycia występują także w przypadku nasilenia objawów neurastenicznych – poczucie niesprawności, braku efektywności i wydajności oraz ciągłe wrazenie niezaspakajania swoich potrzeb i nierealizowania zadań. Być może do powstawania tych zaburzeń przyczynia się także ograniczenie zdolności do bardzo istotnego w osiągnięciu orgazmu przez kobiety fantazjowania seksualnego [274], wynikające z koncentracji na dolegliwościach i ograniczeniach fizycznych.

Orgazm okazał się także elementem kobiecej seksualności szczególnie podatnym na zakłócenie w wyniku nadużyć seksualnych. Osiąganie orgazmu wymaga dobrego reagowania na intymność, zdolności do zaufania partnerowi, zmniejszenia kontroli i zgody na przeżywanie zależności od drugiej osoby, bez obawy o konsekwencje. Wspomnienia nadużyć seksualnych lub przemocy fizycznej mogą znacznie ograniczać poczucie bezpieczeństwa i komfortu przez dorosłą kobietę, która ich doświadczyła [275]. Czynnikiem zwiększającym zdolność do osiągnięcia orgazmu przez kobiety jest stałość relacji. Kobiety zamężne częściej doznają orgazmu niż kobiety, które nigdy nie były w związku małżeńskim i z nikim nie mieszkały w okresie cytowanych badań. Czynnikiem stałości relacji okazał

się silniej skorelowany z częstością występowania orgazmu niż religijność, wykształcenie czy przynależność do określonej grupy etnicznej [29].

Istotną klinicznie informację stanowi więc rozpoznany w prezentowanych badaniach związek zaburzeń fazy orgazmu z przeżyciami o charakterze neurastenicznym, a także, u mężczyzn z objawami opartymi o mechanizmy dysocjacji i somatyzacji. Zaburzenia orgazmu mogą więc być związane z przekształconym w odczucia zmęczenia lub fizyczne dolegliwości lękiem, którego źródeł można szukać m.in. wśród dysfunkcyjnych wzorców przeżywania i urazowych doświadczeń w przeszłości.

7.3.1.4. Zaburzenia związane z bólem w czasie zbliżeń

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że nasilenie dolegliwości bólowych w czasie zbliżeń seksualnych wiąże się z nasileniem objawów somatyzacyjnych i konwersyjnych. Ze względu na niewielką liczbę mężczyzn, którzy podawali występowanie dolegliwości bólowych, podobnie jak w innych badaniach [276], prezentowane wnioski dotyczą głównie kobiet.

Prezentowane badania nie potwierdzają wyników wcześniejszych publikacji w odniesieniu do związków zaburzeń bólowych w czasie zbliżeń seksualnych z lękiem napaadowym i uogólnionym [8, 120]. Nie zaobserwowano także opisanej przez innych autorów relacji z objawami fobicznymi [8, 116]. Związki nasilenia objawów zaburzeń somatyzacyjnych oraz konwersyjnych, znajdują logiczne potwierdzenie w obserwacjach klinicznych. Pacjentki zgłaszające objawy pochwy i dyspareunii, mają tendencję z jednej strony do lękowego przeżywania zbliżeń płciowych, co wyraża się w powstawaniu wtórnej awersji seksualnej (skorelowanej w prezentowanym badaniu z bólem w czasie zbliżeń), a z drugiej do odczuwania realnych, nieprzyjemnych dolegliwości, kiedy dochodzi do kontaktów seksualnych. Doświadczenia te zwiększają zarówno psychiczny, jak i fizyczny dyskomfort i niejednokrotnie skłaniają te osoby do całkowitego zaniechania aktywności seksualnej [28].

Z fizjologicznego punktu widzenia ból w czasie stosunku może być związany m.in. z odruchowym skurczem mięśni, a także odczuwaniem dotyku i ucisku jako nieprzyjemnych doznań. Wynikają one m.in. z niewystarczającego podniecenia, a co za tym idzie niewystarczającej lubrykacji przedsionka i wnętrza pochwy [270, 277]. Po wykluczeniu czynników somatycznych (ginekologicznych), często związanych z tego rodzaju dolegliwościami, należy brać pod uwagę możliwość związku bolesnych doznań w czasie zbliżeń

z działaniem mechanizmów somatyzacji i konwersji (podobnie jak np. w wypadku wynikającego z napięcia bolesnego skurczu mięśni szyi albo uczucia swędzenia w obrębie zdrowej powierzchni skóry). Wśród związanych z powstawaniem bólu w czasie zbliżeń mechanizmów psychologicznych w literaturze wymieniane są m.in.:

- konflikty z partnerem, w których utrudnienie penetracji ma funkcję kontrolowania i pośredniej odmowy bliskości,
- nieadekwatna do potrzeb kobiety gra wstępna, niezapewniająca wystarczającego przygotowania narządów płciowych do obycia stosunku (uzyskania reakcji genitalnej),
- brak doświadczenia w relacjach seksualnych i umiejętności seksualnych, ze względu na który kobieta nie prowadzi kontaktu seksualnego w komfortowy dla siebie sposób,
- różnice w zakresie norm seksualnych, w tym akceptowalnych form seksu, przez co przekraczanie własnych granic psychologicznych może powodować nieświadomą reakcję odmowy w formie konwersji lub somatyzacji [30],
- ortodoksja religijna, wiążąca się m.in. z negatywną atrybucją przeżywania przyjemności w czasie zbliżenia; lęk uwarunkowany doświadczeniem nieuszanowania potrzeb i granic psychologicznych w dzieciństwie lub dorosłości – efekt przemocy, w tym seksualnej (w szczególnym stopniu obciążające okazało się nadużycie związane z penetracją pochwy w okresie dzieciństwa) [28, 278, 279],
- nieprzyjemne doświadczenia związane z inicjacją seksualną lub nieumiejętne próby powrotu do współżycia po porodzie lub operacjach ginekologicznych.

Autorzy zwracają więc uwagę na rolę w powstawaniu zaburzeń bólowych przeżywania lęku, a także czynniki interpersonalne, urazowe oraz związane z brakiem wystarczającego rozpoznawania własnych granic psychologicznych i otwartego określania swoich potrzeb. Objawy te można zatem rozumieć jako m.in. zniekształconą i pośrednią komunikację z partnerem, wynikającą z lęku, niskiej świadomości swoich potrzeb i granic, kompensowanej przez nadmierne kontrolowanie poziomu bliskości oraz przyjemności (własnej i partnera).

Wymienione mechanizmy psychopatologiczne, leżące hipotetycznie u podłoża objawów bólu w czasie zbliżeń, zostały potwierdzone u kobiet między innymi wynikami pre-

zentowanych analiz, które sugerują, że lęk związany z objawami somatyzacji lub konwersji może mieć istotne znaczenie w etiologii tych zaburzeń, nawet jeśli nie jest doświadczany w formie bezpośredniej i świadomej.

7.3.1.5. Negatywne doświadczenia emocjonalne przeżywane w czasie zbliżeń seksualnych

W badaniach zastosowano trzy skale oceniające nasilenie negatywnych przeżyć w czasie zbliżeń seksualnych. Nie były one stosowane w innych opracowaniach, stąd trudno odnieść wyniki do dotychczas prowadzonych badań.

W analizach regresji nie wykryto żadnych zależności dotyczących skali lęku w czasie zbliżeń. W analizach korelacji ujawniły się tylko związki ze skalami kwestionariusza objawowego, zawierającymi objawy zaburzonych cech osobowości – unikania i zależności u mężczyzn oraz impulsywności i histrioniczności u kobiet. Jest to efekt zaskakujący, gdy weźmie się pod uwagę znaczną częstość występowania objawów z tego zakresu. Możliwą przyczyną niepojawienia się istotnych zależności dla tej skali była jej niska rzetelność, wynikająca prawdopodobnie z dużego zróżnicowania typów obaw, które zawierała.

Skala napięcia w czasie zbliżeń seksualnych była (obok hiperseksualności) jednym z predyktorów objawów lęku napadowego i uogólnionego. Skala ta zawierała różnego rodzaju negatywne przeżycia emocjonalne – nie tylko napięcie, ale także odczuwanie wstydu, złości, zniechęcenia, poczucia winy. Z lękiem napadowym i uogólnionym łączy składniki tej skali jawne doświadczanie emocji. Obrazuje to różnicę między subiektywnymi problemami w czasie zbliżeń seksualnych a dysfunkcjami fizjologicznymi, częściej wiążącymi się z mechanizmami psychicznymi, w których prawdopodobnie określone stany emocjonalne są przekształcane w dolegliwości, a treści z nimi związane nie są uświadamiane.

Innego rodzaju zależności ujawniły się w odniesieniu do skali negatywnej oceny zbliżeń płciowych. Zawarte w niej problemy dotyczyły głównie traktowania sytuacji erotycznej jako zadania – dla siebie lub partnera, a następnie ocenianiu tego zadania w sposób niekorzystny. Analizy regresji pokazały dwie zależności – z nasileniem objawów zaburzeń autonomicznych oraz objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Tak jak nie dziwi ta druga zależność, sugerująca negatywną rolę obsesyjnego myślenia w odbiorze sytuacji erotycznych, tak pierwsza z nich stwarza nieco większe trudności interpretacyjne. Można przypuszczać, że pewne objawy zaburzeń autonomicznych wiążą się z zawstydzeniem, niezadowoleniem czy złością. Innym wytłumaczeniem może być

potwierdzenie, sugerowanej od dawna, niekorzystnej w powstawaniu dysfunkcji seksualnych reakcji poznawczej na choćby drobne trudności, które występują w sytuacji erotycznej [208]. Polega ona na stawaniu się, zamiast zaangażowanym uczestnikiem, bardziej świadkiem swojej aktywności seksualnej, co powoduje obniżenie poziomu przyjemności, przesunięcie uwagi z doznań zmysłowych na ocenę własnej wydajności oraz doszukiwanie się symptomów nadchodzącego fizjologicznego problemu. Przy silnej podatności reakcji seksualnych na wpływ fantazjowania, tego rodzaju nastawienie może powodować nasilenie dolegliwości i dodatkowo podnosić poziom lęku [3]. Nadmierne (w tym obsesyjne) wyczulenie na poszczególne reakcje własnego ciała w sytuacji intymnej może być przyczyną relacjonowania przez pacjenta odczuwania objawów o charakterze reakcji autonomicznych, zwłaszcza że uogólnione zmiany fizjologiczne związane ze zdrowym przebiegiem reakcji seksualnej są bardzo podobne do doznań wynikających z lęku lub wysiłku fizycznego (np. przyspieszone tętno, zaczerwienienie twarzy itp.). Doznania tego rodzaju, jak również chwilowo występujące obniżenie pobudzenia seksualnego, są przez osoby zdrowe ignorowane lub w ogóle nierejestrowane, oraz nie wpływają na ich ocenę własnej sprawności [33, 280, 281].

W ocenie jakości życia seksualnego pacjentów warto dokładnie określić przeżycia emocjonalne towarzyszące zbliżeniom płciowym, a nie tylko ich funkcjonowanie fizjologiczne. Wydaje się, że wiedza jak pacjent przeżywa aktywność swoją i partnera w kontaktach seksualnych może wiele wnieść do całościowego obrazu zaburzeń seksualnych, jak i nerwicowych. Objawy obsesyjno-kompulsyjne i autonomiczne oraz lęk uogólniony i napadowy wydają się istotnie wiązać z przeżywaniem przyjemności w czasie zbliżeń płciowych.

7.3.1.6. Dyssatisfakcja seksualna

Podobnie jak w wypadku badania zaburzeń pożądania, obniżenie satysfakcji seksualnej oceniano w dwóch wymiarach – bezpośredniego doświadczenia w trakcie zbliżeń seksualnych oraz ogólnego przeżywania jakości życia seksualnego.

Jedynymi wykrytymi zmiennymi, związanymi z dyssatisfakcją ze współżycia, okazały się w analizach regresji wykształcenie (ujemnie – im wyższe, tym wyższa satysfakcja) oraz współczynnik neurotyczności X-KON (dodatnio). W analizach korelacji pojawiły się nieliczne zależności w grupie kobiet, w tym z ogólną wartością kwestionariusza, objawami zaburzeń autonomicznych oraz impulsywnością i histrionicznością. Nie po-

twierdzono zauważonych przez innych badaczy związków z objawami zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u kobiet [126, 128] oraz lęku napadowego [120] i fobii społecznej u obu płci [90, 110, 116, 118]. Wyniki te mogą być związane z opisanymi niżej złożonymi zależnościami między satysfakcją ze zbliżeń a nasileniem objawów lękowych.

Istotne zależności wykryto za pomocą analiz regresji i korelacji w odniesieniu do dyssatysfakcji uogólnionej. Wydaje się ona jednak znacznie bardziej związana z objawami dysfunkcji seksualnych, co potwierdziła analiza interkorelacji (rozd. 6.5.1.1.2), niż z nasileniem objawów lękowych. Jedynym istotnym predyktorem dyssatysfakcji uogólnionej okazało się nasilenie objawów depersonalizacji-derealizacji. W grupie kobiet ujawniły się także korelacje z ogólną wartością kwestionariusza oraz współczynnikiem neurotycznych cech osobowości X-KON. Relacja satysfakcji seksualnej z doświadczaniem problemów w sytuacjach erotycznych oraz objawów lękowych wydaje się z tej perspektywy zjawiskiem złożonym, wymagającym prawdopodobnie badania w większej liczbie wymiarów, np. jak postuluje jeden z autorów, fizycznym, emocjonalnym i ogólnego zadowolenia z życia seksualnego [13].

Autorzy badań podają bardzo wiele czynników powiązanych z wyższym poziomem satysfakcji z życia seksualnego (w większości jej wymiaru uogólnionego). Są to m.in.:

- repertuar zachowań seksualnych w parze (im więcej różnorodnych zachowań, np. seks oralny, eksperymentowanie, tym większa satysfakcja),
- adekwatność zachowań seksualnych partnera i oczekiwań osoby badanej,
- pozytywny przekaz rodzinny i społeczny dotyczący przyjemności seksualnej (nieortodoksyjny religijnie i otwarty na seksualność dom rodzinny) [282],
- doświadczanie orgazmu (istotne u kobiet) [282, 283],
- utrzymywanie trwałej relacji partnerskiej [283, 284],
- pozytywna postawa wobec seksu, w tym uznawanie jego istotnej roli w życiu [285],
- dobra komunikacja w parze,
- wczesne rozpoczęcie życia seksualnego,
- używanie materiałów erotycznych,
- odczuwanie miłości do partnera [282] (okazało się mieć większe znaczenie niż częstość stosunków i orgazmu [286]),
- brak zahamowań w dążeniu do realizacji seksualnych pragnień,
- młody wiek,

- dobre zdrowie somatyczne i psychiczne [16],
- duża aktywność fizyczna [287],
- wysoki status finansowy [283] .

Niewątpliwie wiele tych czynników może być wyjściowo zakłóconych w grupie osób cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych (przy czym nie były szczegółowo oceniane w prezentowanym badaniu), jednak większość nie zależy bezpośrednio od poziomu zdrowia psychicznego. Znalazło się wśród nich także przynajmniej kilka ściśle związanych z aktywnością seksualną i podatnych na zakłócenia w wyniku pojawienia się objawów dysfunkcji seksualnych.

Badania ujawniły więc, że zarówno satysfakcja ze zbliżeń seksualnych, jak i ogólna satysfakcja z życia seksualnego, zależy przede wszystkim od występowania dysfunkcji seksualnych, a na drugim miejscu, w pewnym stopniu od neurotyczności i nasilenia objawów lękowych. Wydaje się, że zwiększenie jakości życia seksualnego wymaga uzyskania poprawy przede wszystkim w zakresie dysfunkcji seksualnych, a mniej jest ona zależna (bezpośrednio) od objawów nerwicowych.

7.3.1.7. Awersja seksualna

Przeprowadzona analiza regresji wykazała związek nasilenia awersji seksualnej z nasileniem objawów obsesyjno-kompulsyjnych oraz objawów neurastenicznych. Związek awersji z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym opisuje wielu autorów [115, 126, 128, 288]. Podawano także związki z lękiem napadowym [90] (który ujawnił się także w prezentowanych analizach korelacji, w wypadku kobiet) oraz fobią społeczną [90].

W dotychczasowych opracowaniach nie znaleziono odniesień do związków awersji seksualnej z objawami neurastenicznymi. Szukając rozumienia tych związków, można rozważać rolę tłumionych, nierealizowanych potrzeb seksualnych w promowaniu mechanizmów zahamowania i blokowania emocji, które wiążą się z objawami neurastenii. Z drugiej strony przeżywanie objawów o charakterze neurastenicznym, jak osłabienia, rozkojarzenia, zmęczenia, może sprzyjać niechęci do podejmowania aktywności seksualnej, podobnie jak w przypadku zaburzeń bólowych – na zasadzie błędnego koła reakcji psychologicznych. Jakkolwiek wielu klinicystów uważa, że awersja seksualna może być widziana jako fobia i powinna być wręcz usunięta z grupy zaburzeń seksualnych [29], nie stwierdzenie w analizach regresji związków z objawami fobicznymi nie wspiera tego kierunku rozważań.

W dalszych badaniach należałoby ocenić, na ile aktualna jest, związana niekiedy z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi, rola tematyki religijnej, która w latach 70. XX wieku była opisywana jako najistotniejszy pojedynczy czynnik wpływający negatywnie na funkcjonowanie seksualne [3]. Niezależnie od tego, ze względu na wyraźne korelacje między nasileniem awersji seksualnej i większością pozostałych badanych dysfunkcji, jej rozpoznanie i leczenie wydaje się istotne w terapii zaburzeń – i seksualnych, i nerwicowych.

7.3.1.8. Hiperseksualność

Pytania zawarte w skali hiperseksualności dotyczyły przede wszystkim subiektywnej oceny, czy badani oceniają przeżywaną aktywność seksualną jako nadmierną oraz, czy podejmują zachowania autoerotyczne, nad których częstością i czasem trwania tracą kontrolę (co odpowiada tzw. uzależnieniu od seksu). Jakkolwiek skala ta została wprowadzona do prezentowanych badań jako dodatkowe, próbne narzędzie, służące wstępnej ocenie znaczenia zjawiska w badanej grupie, a także uzyskała w analizach niski poziom rzetelności, okazała się jednak istotnie związana z wieloma zmiennymi. Z jej wartością wiązało się nasilenie objawów lęku uogólnionego i napadowego, objawów konwersyjnych oraz objawów depersonalizacji-derealizacji. Jeżeli uznać, że wprowadzona skala hiperseksualności rzeczywiście bada zjawisko niekontrolowanej, nadmiernej aktywności seksualnej, to związki z wymienionymi kategoriami objawów lękowych wydają się potwierdzać obserwacje kliniczne.

Osoby nadmiernie pochłonięte aktywnością seksualną cechują się niską zdolnością do regulowania poziomu napięcia psychicznego, co kompensują odreagowywaniem poprzez instrumentalne zachowania seksualne, do których należy w dużej części przypadków masturbacja, często z wykorzystaniem materiałów pornograficznych oraz kontakty seksualne z osobami, z którymi nie są w stałych relacjach. Pacjentom tym towarzyszy ciągle napięcie i lęk, które nasilają się w przypadku nie podejmowania zachowań seksualnych, ale także po tego rodzaju aktywności, w związku z oceną swojej sytuacji, poczuciem winy i wtórnymi trudnościami w kontaktach społecznych. Stąd związek lęku uogólnionego i napadowego z nasileniem hiperseksualności wydaje się logiczny. Podobnie mechanizmy dysocjacyjne (leżące u podłoża konwersji oraz zespołu depersonalizacji-derealizacji) stanowią jeden z istotnych elementów hiperseksualności. Nasilone pobudzenie seksualne wiąże się u tych pacjentów z jakościowymi zmianami w przeżywaniu, z jednej

strony ułatwiającymi zaangażowanie w nawykowe sposoby odreagowywania, z drugiej, utrudniające kontrolę tych zachowań, co jest podobne do stanów dysocjacyjnych, w których znajdują się osoby z perwersjami seksualnymi w czasie aktywności seksualnej zgodnej z ich preferencjami [185].

W wynikach analiz można się było spodziewać także związku hiperseksualności z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi, których znaczenie jest postulowane jako jednego ze źródeł tego zaburzenia [183], jednak nie został on tutaj potwierdzony.

Wystąpienie korelacji wartości skali hiperseksualności z wieloma skalami kwestionariusza objawowego w grupie kobiet (przy ich braku u mężczyzn), choć niepotwierdzonych w analizach regresji, może sugerować albo silniejsze związki przeżywania swojej aktywności seksualnej jako nadmiernej z lękiem, albo wiązać się z nadmiernie restrykcyjnym podejściem do aktywności autoerotycznej i odczuwania pożądania seksualnego, co skłania kobiety do traktowania prawidłowego poziomu popędu jako nadmiarowego.

Jak wcześniej wspomniano, rzetelna ocena zjawiska hiperseksualności wśród mężczyzn i kobiet wymagałaby zastosowania znacznie bardziej złożonych narzędzi badawczych. Wydaje się mimo to, że badania potwierdzają znaczenie jawnego lęku i mechanizmów dysocjacyjnych u pacjentów oceniających swoją aktywność seksualną jako nadmierną.

Wniosek ten może stanowić ważną wskazówkę dla terapeutów pracujących z pacjentami uzależnionymi od zachowań seksualnych, by uwzględniali w przebiegu terapii potrzebę wzmocnienia zdolności pacjentów do regulowania poziomu napięcia psychicznego poprzez pracę nad bieżącymi sytuacjami problemowymi, a nie tylko koncentrowali się na kontrolowaniu czy hamowaniu nadmiarowych zachowań seksualnych.

7.3.1.9. Zaniżona samoocena seksualna

Na skalę zaniżenia samooceny seksualnej składały się: negatywna ocena własnej atrakcyjności, negatywna ocena sprawności seksualnej, nieodczuwanie przyjemności z myślenia o seksie i podniecenia seksualnego. W założeniu skala ta dotyczyła subiektywnej oceny własnej wartości jako partnera seksualnego, której znaczenie w dynamice relacji seksualnych jest postulowane od wielu lat, zwłaszcza w odniesieniu do seksualności kobiet [213].

Jedynym istotnym predyktorem wartości tej skali okazała się płeć (kobiety podawały większe wartości), natomiast skala ta okazała się negatywnym predyktorem nasilenia ob-

jawów neurastenicznych. Oznacza to, że im gorszą samoocenę seksualną podawali badani, tym niższe było nasilenie objawów neurastenicznych (i odwrotnie – im więcej objawów neurastenicznych, tym wyższa samoocena seksualna). Nie była to bardzo wysoka zależność, jednak o zastanawiającym kierunku. Być może wraz z nasileniem objawów neurastenicznych, z którymi, jak wspomniano wyżej, wiąże się także (dodatnio) nasilenie awersji seksualnej, obraz własnych potrzeb i możliwości seksualnych przestaje być tak istotny, a dominuje koncentracja na własnym zmęczeniu i rozkojarzeniu.

Zanizenie samooceny, opisywane jako negatywny obraz siebie, swojego ciała czy atrakcyjności seksualnej wydaje się, według dostępnych badań, wiązać między innymi z trudnościami w życiu społecznym (np. utrata pracy) i relacji partnerskiej, w tym występowaniem dysfunkcji seksualnych u siebie lub u partnera [27].

W analizach korelacji między poziomem zanizenia samooceny seksualnej a innymi dysfunkcjami w prezentowanych badaniach ujawniły się wyraźne związki obnizenia samooceny z nasileniem awersji seksualnej, obnizeniem pożądania spontanicznego i uogólnioną dyssatisfakcją seksualną – czyli dysfunkcjami o charakterze uogólnionym – oraz słabsze z nasileniem zaburzeń podniecenia i lęku w czasie zbliżeń seksualnych.

Potwierdziło to bliższy związek negatywnej samooceny seksualnej z przeżywaniem własnej seksualności niż z problemami pojawiającymi się w czasie aktywności seksualnej.

Według teorii psychologii poznawczej negatywne doświadczenia seksualne mogą aktywować schemat niekompetencji, co wiąże się z aktywnym poszukiwaniem i wyolbrzymianiem bodźców schemat ten potwierdzających [289], i prowadzi do rozszerzania negatywnych przekonań co do swojej osoby w sferze sprawności i atrakcyjności seksualnej. Negatywne przekonania w tym obszarze mają tendencję do utrwalania się i włączane są przez pacjentów w ich tożsamość [290]. Oparte na tego rodzaju przekonaniach myśli automatyczne są w sytuacji erotycznej konkurencyjne wobec koncentracji na bodźcach zmysłowych czy fantazjowania seksualnego, stanowiąc istotny czynnik podtrzymujący i nasilający objawy dysfunkcji seksualnych, co potwierdzono w badaniach dotyczących funkcjonowania seksualnego kobiet [167, 261].

Zanizenie samooceny seksualnej może więc być zarówno przyczyną, jak i skutkiem dysfunkcji seksualnych i wydaje się ważnym obszarem do zaadresowania w psychoterapii osób, które przeżywają problemy w życiu seksualnym. Ponadto, ze względu na swój

uogólniony charakter, negatywna samoocena seksualna może się utrzymywać mimo ustąpienia dysfunkcji seksualnych, co sugeruje uwzględnienie pracy nad nią także w terapii ukierunkowanej swoiście na leczenie określonych trudności seksualnych.

7.4. Modele relacji między zaburzeniem lękowym a dysfunkcjami seksualnymi

7.4.1. Model 1. Zaburzenie lękowe i dysfunkcja seksualna jako metacynniki

Przeprowadzono analizy dwóch rodzajów modeli zależności między nasileniem objawów lękowych a nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych. Pierwszy z nich miał na celu potwierdzenie wiarygodności traktowania:

- badanych objawów lękowych jako przejawów jednego metacynnika, nazywanego dalej zaburzeniem lękowym, a stanowiącym synonim lęku jako mechanizmu psychopatologicznego,
- badanych objawów dysfunkcji seksualnych jako przejawów innego metacynnika – dysfunkcji seksualnej, łączącego objawy zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, bólu w czasie zbliżeń oraz dyssatisfakcji ze zbliżeń.

Model ten okazał się dość dobrze dopasowany w wypadku obu płci (rozdz. 6.5.1.4.1), co potwierdziło zarówno trafność hipotezy o występowaniu postulowanych metacynników – zaburzenia lękowego i dysfunkcji seksualnej – jak i istotność statystyczną ich wzajemnej zależności. Uzyskana korelacja między tymi czynnikami latentnymi, choć istotna statystycznie, nie była bardzo wysoka, co sugeruje, że zależności między nimi są złożone i prawdopodobnie moderowane przez inne czynniki. Analizy modelu 1. potwierdziły zawarty w hipotezie związek między:

- zaburzeniem lękowym, stanowiącym wspólny element, a być może także wspólny mechanizm, badanych objawów lękowych – fobicznych, lęku uogólnionego i panicznego, obsesyjno-kompulsyjnych, konwersyjnych, pod postacią somatyczną (autonomicznych, somatyzacyjnych, hipochondrycznych), neurastenicznych oraz derealizacji-depersonalizacji
a
- dysfunkcją seksualną, rozumianą jako wielobjawowe zakłócenie aktywności seksualnej, którą w modelu tym tworzyły objawy zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, ból w czasie stosunku oraz dyssatisfakcja.

Zaobserwowany związek wynika pośrednio także z analizy korelacji skupień dla 1. pomiaru wartości objawów dysfunkcji seksualnych z nasileniem objawów lękowych (wyższe wartości nasilenia objawów lękowych w grupie z wyższym nasileniem dysfunkcji seksualnych – rozdz. 6.5.1.3). Wniosek ten jest spójny z wieloma doniesieniami [13, 28, 72, 116, 129, 130, 208, 246], a także zbieżny z postulowanym modelem, zakładającym relacje między dysfunkcjami seksualnymi, zaburzeniami lękowymi i depresją, jako składnikami uwewnętrznionego zaburzenia związanego z napięciem i lękiem [9], na podstawie którego przeprowadzono analizę także za pomocą modelowania równań strukturalnych [8]. W cytowanym badaniu uzyskano dobre dopasowanie dla modelu, w którym wprowadzono nadrzędny czynnik *internalizacji*, związany niezależnie z trzema czynnikami:

- dystresem, którego wskaźnikami były depresja i zaburzenie lękowe uogólnione,
- problemami seksualnymi, ze wskaźnikami: pożądaniem, podnieceniem, orgazmem i bólem,
- lękiem, na który wskazywały: fobia społeczna, agorafobia i lęk paniczny.

Wśród innych modeli testowanych w tym badaniu [8], które nie uzyskały dobrego dopasowania, były dwa zakładające bezpośrednią relację między lękiem i problemami seksualnymi (ze wskaźnikami identycznymi jak wymienione wyżej). Nie jest proste porównanie modeli utworzonych ze zmiennych, które być może badają nawet podobne zjawiska, ale zupełnie innymi metodami. Porównanie tych badań sugeruje jednak kierunki dalszej eksploracji, między innymi potrzeby uwzględnienia czynnika depresyjności oraz być może poszukiwania dodatkowych, wspólnych mechanizmów związanych z lękiem i dysfunkcjami seksualnymi, takich jak postulowana w cytowanej pracy *internalizacja*.

Założenie wspólnych mechanizmów tych zaburzeń jest podstawą rozumienia przyczyn ich powstawania według teorii poznawczej [23, 167], według której powstawanie i utrwalanie się zaburzeń seksualnych, podobnie jak objawów lękowych, wynika z kompleksowego przesunięcia w kierunku negatywnym: oceny poznawczej, reakcji emocjonalnej, koncentracji uwagi, reakcji fizjologicznej, motywacji oraz, ostatecznie, zachowania. To ostatnie, na zasadzie sprzężenia zwrotnego dodatniego, podlega negatywnej ocenie, co powoduje zamknięcie cyklu i wzmocnienie zaburzenia [23, 142, 291].

W teorii psychoterapii psychodynamicznej, natomiast, czynniki wspólne dla zaburzeń lękowych i dysfunkcji seksualnych obejmują działanie mechanizmów obronnych

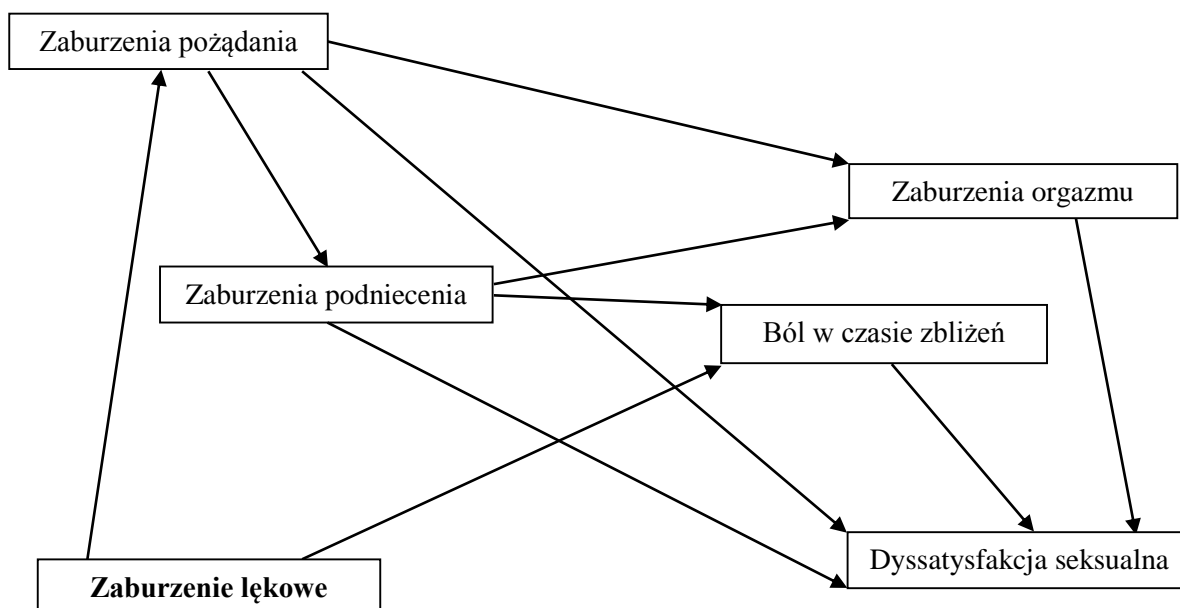
ego, polegające na nieświadomym przekształcaniu przeżyć w celu obniżenia lęku w sytuacji wymagającej wysiłku adaptacyjnego, w tym konfliktu wewnątrzpsychicznego, np. między potrzebą bliskości a odrębności czy realizacji edypalnej a złamaniu tabu kazirodztwa [132].

Biorąc zatem pod uwagę istnienie teoretycznych podstaw zarówno dla bezpośredniego, dwustronnego lub nawet cyrkularnego związku dysfunkcji seksualnych i lęku (rozd. 2.3.2), jak i łączących te czynniki wspólnych mechanizmów, a także empirycznego potwierdzenia obu tych koncepcji (choć w różnych metodologicznie badaniach), można sądzić, że w praktyce terapeutycznej skuteczne powinno być podejście integracyjne, uwzględniające w procesie leczenia wpływ zarówno na mechanizmy warunkujące powstawanie obu grup zaburzeń, jak i zmianę na poziomie objawowym. Prowadzona w ten sposób psychoterapia powinna powodować jednoczesne, dzięki redukcji objawów, przerywanie cyklu reakcji nasilającego zaburzenia (lękowe i seksualne) oraz zmianę na głębszym (przyczynowym) poziomie – w zakresie schematów przeżywania czy mechanizmów obronnych – warunkujących ich powstawanie.

7.4.2. Modele 3-K, 5-K i 3-M. Związek zaburzenia lękowego z dysfunkcjami seksualnymi

Drugi rodzaj analizowanych modeli zawierał zaburzenie lękowe jako jeden czynnik oraz poszczególne rodzaje dysfunkcji seksualnych (zaburzenia pożądania, podniecenia, orgazmu, bólowe oraz dyssatisfakcja seksualna) jako pozostałe, w założeniu z nim związane. Przeprowadzono analizy wielu modeli, z których najważniejsze opisano w rozdziałach 6.5.1.4.2-7. Ostatecznie za najbardziej dopasowane uznano modele 3-K (rozd. 6.5.1.4.3) oraz 5-K (rozd. 6.5.1.4.6) u kobiet i model 3-M (rozd. 6.5.1.4.4) u mężczyzn.

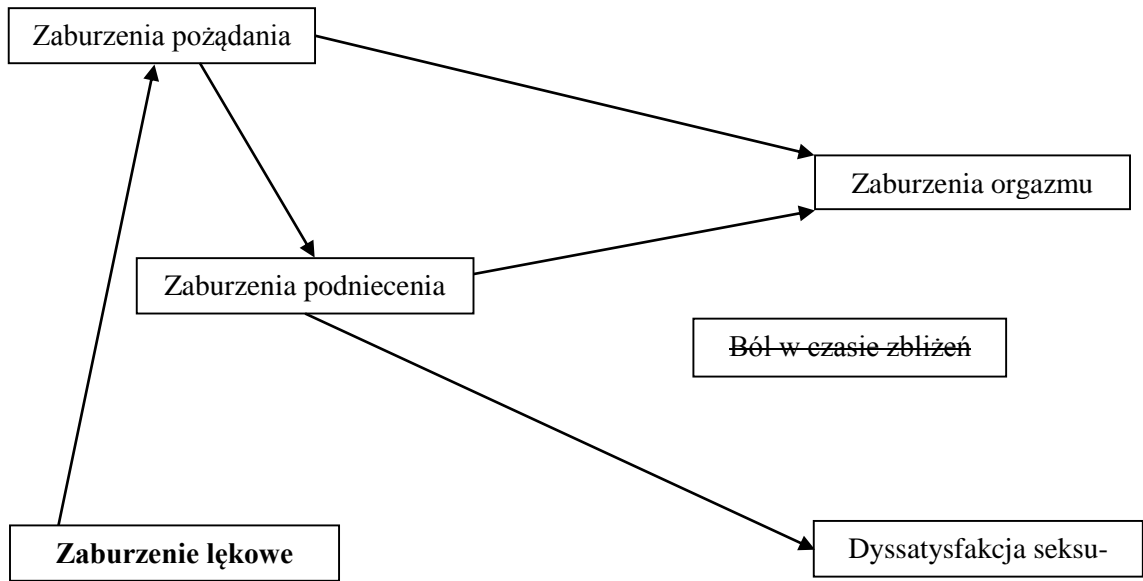
Powstały po modyfikacjach modelu 2. model 3-K (rys. 7.1) obrazuje, w grupie kobiet, związek zaburzeń lękowych przede wszystkim z zaburzeniem pożądania oraz z bólem w czasie zbliżeń. Zaburzenia podniecenia i orgazmu wiążą się z zaburzeniami pożądania, ale nie bezpośrednio z lękiem. Ból w czasie stosunku zależy zarówno od lęku, jak i od zaburzeń podniecenia. Satisfakcja ze zbliżeń płciowych okazała się zależeć od zaburzeń wszystkich badanych aspektów aktywności seksualnej, ale nie była bezpośrednio związana z zaburzeniem lękowym.



Rysunek 7.1. Model 3-K (rozdz. 6.5.1.4.3)

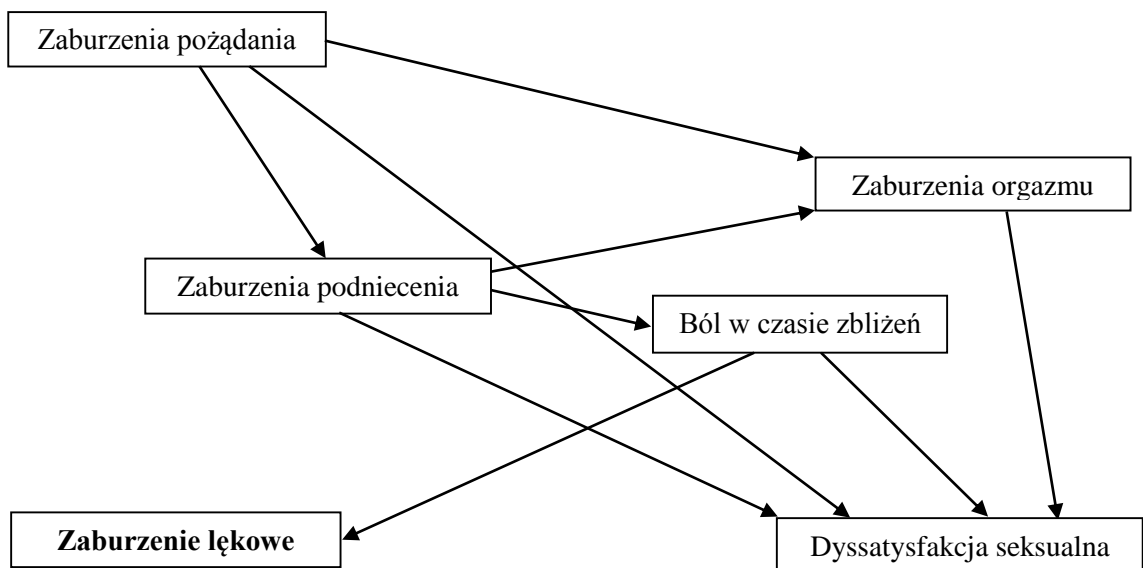
Analogiczny model, wyprowadzony z modelu 2. w grupie mężczyzn, 3-M (rys. 7.2), pokazuje podobne zależności jak w grupie kobiet, z wyłączeniem z analiz bólu w czasie stosunku, który, być może ze względu na rzadkie występowanie wśród badanych mężczyzn oraz ogólnie mniejszą liczebność badanych mężczyzn, nie został istotnie powiązany z pozostałymi grupami zaburzeń.

Łańcuch zależności przedstawia się tu następująco: zaburzenie lękowe wiąże się z zaburzeniem pożądania, wpływa ono na zaburzenie podniecenia i orgazmu. Ponadto na zaburzenie orgazmu wpływa zaburzenie podniecenia. Dyssatisfakcja jest w tym modelu powiązana wyłącznie z zaburzeniami podniecenia, nie ma więc także bezpośredniego związku z zaburzeniem lękowym, podobnie jak w modelu 3-K.



Rysunek 7.2. Model 3-M (rozdz. 6.5.1.4.4)

Model odwrotny – zakładający wpływ dysfunkcji seksualnych na lęk – uzyskał dobre dopasowanie wyłącznie w grupie kobiet, po modyfikacjach (usunięciu nieistotnych ścieżek) modelu 4. Model 5-K (rys. 7.3) pozwolił zaobserwować tylko jedną istotną statystycznie ścieżkę od dysfunkcji seksualnych do zaburzenia lękowego – dotyczyło to bólu w czasie zbliżeń. Pozostałe zależności są identyczne jak w modelu 3-K, z pierwotną rolą zaburzeń pożądania, wpływu zaburzeń podniecenia na zaburzenia orgazmu i ból w czasie zbliżeń oraz wpływu wszystkich dysfunkcji bezpośrednio na dyssatisfakcję. Analogiczny w grupie mężczyzn model 5-M nie uzyskał dobrych wskaźników dopasowania.



Rysunek 7.3. Model 5-K (rozdz. 6.5.1.4.6)

Prezentowane modele relacji między zaburzeniami wydają się potwierdzać sekwencyjną zależność poszczególnych elementów cyklu reakcji seksualnych, którego składniki, rozpoznane w latach 70. XX wieku [3, 292], po kolejnych modyfikacjach [293, 294] określono jako fazę pożądania, fazę podniecenia (w której mieści się faza plateau), fazę orgazmu oraz fazę odprężenia i przyjemności poseksualnej. Niezależnie od faktu, że w świetle późniejszych badań fizjologia reakcji seksualnych okazuje się mieć niekoniecznie tak linearny przebieg [213], zwłaszcza w odniesieniu do kobiet, prezentowane modele wydają się ujawniać sekwencyjny związek między zaburzeniami w kolejności, którą sugerowały między innymi wspomniane badania Mastersa i Johnson, a także Liefa oraz Kaplan [28, 292-294].

Zaburzenie pożądania wiąże się z występowaniem wszystkich pozostałych rodzajów dysfunkcji, co wskazuje, że pożądanie jest potrzebne, a nawet niezbędne do uzyskania prawidłowej reakcji seksualnej.

Jest to również jeden z dwóch czynników, na który w modelach 3-K i 3-M okazał się bezpośrednio wpływać poziom nasilenia objawów lękowych (w modelu 3-M był to czynnik jedyny). Ponieważ fizjologicznie pobudzenie seksualne wiąże się z pobudzeniem zarówno współczulnego, jak i przywspółczulnego układu nerwowego, samo nasilenie lęku nie tłumaczy wystarczająco jego hamującej roli wobec aktywności seksualnej [28]. Wiazałyby się ona zresztą w większym stopniu z zaburzeniem reakcji podniecenia.

Faza pożądania, która jest związana bardziej z systemami: poznawczym, emocjonalnym i motywacyjnym niż reakcją fizjologiczną, wydaje się bardziej podatna na działanie lęku właśnie za pośrednictwem czynników poznawczych [24]. Prawdopodobnie właśnie poznawcza i dodatkowo emocjonalna reakcja zarówno na lęk, jak i bodźce seksualne, jest odpowiedzialna albo za powstawanie dysfunkcji, albo za pozytywne pobudzenie seksualne [33, 291, 295].

Takie ujęcie problemu nie wyklucza odniesienia uzyskanych wyników do modelu reakcji opracowanego przez Basson [213], w którym podniecenie seksualne może występować jako czynnik inicjujący pożądanie, ale nadal – przeżycie lęku czy negatywnej oceny pobudzenia mogłoby wpływać ujemnie na poziom pożądania, zatrzymując cyrkularny przebieg reakcji seksualnej.

Drugim czynnikiem związanym bezpośrednio z lękiem, ale tylko w grupie kobiet (ze względu na wspomniane już ograniczenia badania) były zaburzenia związane z bólem w czasie stosunku. Potwierdza to zależności opisane w rozdziale 7.3.1.4, a także sugestie innych autorów, przypisujących szczególną rolę lęku w powstawaniu pochwicy [167],

którzy jednocześnie stwierdzili, że zaburzenie pożądania u kobiet bardziej niż z lękiem wiązało się z uczuciami smutku, poczucia winy, utraty itp. Być może obserwacja tych autorów odpowiada uzyskanej w modelu 5-K jedynej zależności dysfunkcji z poziomem lęku, a dotyczącej właśnie przeżywania bólu w czasie zbliżeń. Co więcej, w opisywanych tu modelach nieistotne okazały się ścieżki prowadzące od zaburzeń pożądania do bólu w czasie stosunku. Wiązał się on (w grupie kobiet) tylko z zaburzeniami lękowymi i zaburzeniami podniecenia (współczynnik ścieżkowy dla ścieżki prowadzącej do zaburzeń pożądania jest w tym modelu na granicy istotności statystycznej, rozdz. 7.3.1.4). Relacja z tymi ostatnimi może wynikać z fizjologicznego związku między niskim poziomem podniecenia (nawilżenia pochwy) a bólem występującym w czasie penetracji. Współwystępowanie dyspareunii i pochwicy z innymi dysfunkcjami seksualnymi zostało dobrze opisane [30], choć biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, być może z zaburzeniami pożądania i orgazmu jest ono związane tylko pośrednio.

We wszystkich trzech modelach orgazm wydają się zaburzać niskie podniecenie i niskie pożądanie, natomiast lęk tylko pośrednio – poprzez zaburzenie pożądania. Jest to łatwiejsze do interpretacji w grupie kobiet, u których głównym rodzajem zaburzenia w fazie orgazmu jest jego brak lub brak związanej z nim przyjemności, a wobec tego obniżone pożądanie i podniecenie, ze względu na mniej nasilone doznania, obniża możliwość szczytowania. W grupie mężczyzn natomiast, u których oprócz zahamowania orgazmu częste jest także występowanie przedwczesnego wytrysku, można by się spodziewać, że właśnie silne pożądanie i podniecenie będzie czynnikiem warunkującym zaburzenie (współczynnik ścieżkowy byłby w takim przypadku ujemny). Nie należy jednak wykluczać zależności odwrotnej – wpływu zaburzeń orgazmu na nasilenie poziomu zaburzeń pożądania (mimo kierunku ścieżki, nie można na podstawie opisywanych analiz określić który czynnik jest przyczyną, a który skutkiem), co tłumaczyłoby uzyskany wynik.

Zaburzenia podniecenia wydają się, co można stwierdzić na podstawie wszystkich uzyskanych modeli, hamować przebieg reakcji seksualnej i negatywnie wpływać na satysfakcję ze zbliżeń. Nie są jednak jedynym czynnikiem warunkującym ostateczną ocenę jakości sytuacji erotycznych. Przy braku, co należy podkreślić, bezpośredniej roli zaburzenia lękowego, wydaje się że wszystkie elementy aktywności seksualnej mają znaczenie w odniesieniu do doświadczanej w czasie zbliżeń seksualnych satysfakcji, lub z drugiej strony, zakłócenie w każdym ze składników reakcji seksualnej może się przyczyniać do obniżenia poziomu zadowolenia z seksu.

Uzyskane modele wskazują między innymi, że leczenie dysfunkcji seksualnych może wymagać oddziaływań kompleksowych, nie ograniczających się do prób selektywnego usuwania bezpośrednio zgłaszanych przez pacjenta objawów. Innym istotnym wnioskiem jest fakt, że poziom zaburzenia pożądania, ze względu na najbliższy związek z zaburzeniem lękowym, może się okazać zarówno kluczowym wskaźnikiem siły oddziaływania lęku na życie seksualne u danego pacjenta (przy uwzględnieniu, że inne problemy seksualne mogą mieć wtórny charakter), jak i najbardziej istotnym przedmiotem pracy terapeutycznej.

7.5. Związki między zmianą nasilenia objawów lękowych i zmianą nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych

Celem badania związków między zmianą nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych ze zmianą w przebiegu psychoterapii nasilenia objawów lękowych i neurotycznych cech osobowości było stwierdzenie, w jakim stopniu stwierdzony korzystny efekt leczenia zaburzeń lękowych wiąże się z ustępowaniem objawów dysfunkcji seksualnych oraz czy wyjściowe nasilenie objawów lękowych ma znaczenie w rokowaniu w odniesieniu do objawów dysfunkcji seksualnych. Przeprowadzone analizy ujawniły wiele tego rodzaju zależności, choć nie miały one charakteru globalnego (wzajemnej korelacji wszystkich zmiennych), co można obserwować, oceniając zjawiska bardzo podobne, oparte na tym samym mechanizmie patogenetycznym, np. w przypadku korelacji zmian nasilenia różnych objawów lękowych (rozd. 6.5.2.1.3).

7.5.1. Nasilenie objawów przed psychoterapią a zmiana w jej przebiegu

Ogólne nasilenie objawów lękowych (mierzone za pomocą OWK) wiązało się w analizach korelacji z niższą zmianą w zakresie dyssatisfakcji ze zbliżeń płciowych i wyższą w skali lęku przeżywanego w czasie zbliżeń w grupie mężczyzn (rozd. 6.5.2.1.1-2). Można to rozumieć w ten sposób, że zmiana w zakresie negatywnego obrazu własnej sprawności seksualnej jest przy większym nasileniu objawów lękowych łatwiejsza do uzyskania, natomiast zwiększenie poziomu satysfakcji ze zbliżeń wymaga znacznie-szego obniżenia poziomu lęku.

Aktywność seksualna, która ma między innymi funkcję relaksacyjną i umożliwia od-reagowywanie napięć, przy pewnym poziomie objawów lękowych może nie ulegać za-

kłóceniu, a powyżej indywidualnego progu wrażliwości traci swoją funkcję kompensacyjną, co powoduje, że w wypadku większego wyjściowego nasilenia objawów lękowych łatwiej można uzyskać korzystną zmianę w zakresie przeżywanego lęku w czasie stosunku. Wystarczy obniżenie ich nasilenia poniżej wspomnianego progu wrażliwości.

Trudność sprawia odpowiedź na pytanie, dlaczego wyższy poziom nasilenia objawów nerwicowych wiązał się z mniejszą zmianą w zakresie obniżonej satysfakcji ze zbliżeń, przy jednoczesnym niewykryciu podobnej zależności w odniesieniu np. do objawów zaburzeń pożądania, podniecenia czy orgazmu. Być może poczucie satysfakcji ze zbliżeń (a nie pożądanie, jak sugeruje zaprezentowany wyżej model ścieżkowy) jest czułym wskaźnikiem przemieszczania neurotycznego przeżywania codziennej rzeczywistości (zwierającego element konfliktu, ambiwalencji) do percepcji jakości zbliżeń płciowych.

U kobiet wartość OWK miała związek z większą zmianą w skalach hiperseksualności i awersji seksualnej. Potwierdzałyby to wspomniane wcześniej przypuszczenie, że w grupie kobiet skala hiperseksualności oceniała w większym stopniu nieprawidłową ocenę własnych potrzeb seksualnych niż kompulsywną aktywność seksualną, ponieważ w przypadku wstępnie wyższych wartości OWK relatywna zmiana w zakresie lękowego przeżywania różnych cech własnej aktywności mogła być większa. Podobnie zmiana w zakresie awersji seksualnej może być łatwiejsza do osiągnięcia, jeśli jest z nią związane większe nasilenie objawów nerwicowych, a jeżeli występuje przy ich niższym poziomie, może mieć charakter bardziej utrwalony. Rozpoczęcie leczenia w stanie wyższego nasilenia zaburzeń nerwicowych wiąże się być może z większą szansą poprawę stosunku do zakłóconej lub przeżywanego jako zakłócona własnej aktywności seksualnej.

Wyższe wartości współczynnika neurotyczności X-KON wiązały się u mężczyzn, podobnie jak OWK, z niższą zmianą w zakresie dyssatisfakcji ze zbliżeń, a u kobiet z większą zmianą w zakresie hiperseksualności i zaniżonej samooceny seksualnej. Wynika z tego, że mężczyźni, którzy mają bardziej zakłóconą osobowość, są mniej podatni na oddziaływania prowadzące do normalizacji poziomu satysfakcji ze zbliżeń płciowych. Zaniżona samoocena seksualna w grupie kobiet wydaje się natomiast bardziej podatna na zmianę w wyniku terapii, jeśli wyjściowe zakłócenie osobowości jest większe.

Przeprowadzono także analizy oceniające związek wyjściowego nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych ze zmianą w nasileniu objawów lękowych (rozd. 6.5.2.2.3). Okazało się, że niższa ogólna satysfakcja z życia seksualnego jest istotnym negatywnym predyktorem zmiany w wielu kategoriach objawów oraz OWK. Sugeruje to, że osoby, które były mniej zadowolone ze swojego życia seksualnego, uzyskały gorsze efekty w

leczeniu zaburzeń lękowych (nie zaobserwowano tego zjawiska w odniesieniu do współczynnika neurotyczności). Zależności te nie były tu bardzo znaczne, więc należy tę obserwację traktować jako tendencję, skłaniającą do dalszych badań, które pozwoliłyby określić, na które czynniki leczące może mieć istotny negatywny wpływ obniżenie satysfakcji seksualnej.

Innym ważnym problemem okazało się nasilenie objawów bólu w czasie zbliżeń płciowych. Jego wyższe wartości były pozytywnym predyktorem zmian w ogólnym nasileniu objawów nerwicowych, a także w nasileniu objawów konwersyjnych, somatyzacyjnych i hipochondrycznych. Zależności te można wiązać z rolą mechanizmów konwersji, somatyzacji i hipochondryzacji w powstawaniu zjawiska psychogenego bólu w czasie zbliżeń płciowych, co było postulowane w opracowaniach teoretycznych [247].

Nie odnaleziono badań empirycznych, z którymi można by porównać uzyskane w tym zakresie wyniki.

7.5.2. Zmiana nasilenia objawów lękowych a zmiana nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych

Oczekiwano, że określenie związków między zmianą w zakresie poszczególnych rodzajów objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych, pozwoli przyjrzeć się potencjalnie wspólnym mechanizmom związanych z ich powstawaniem oraz wspólnej podatności na czynniki leczące. Założenie takie było zgodne z zakładaną potrzebą empirycznego zbadania wpływu leczenia objawów lęku na korzystne zmiany w funkcjonowaniu seksualnym, co jest obserwowane w pracy klinicznej [15]. Inne obserwacje wskazywały, że ustąpienie dysfunkcji seksualnych może nawet nasilać zaburzenie lękowe, jeśli te pierwsze pełniły istotną funkcję regulacyjną w życiu psychicznym pacjenta lub jego systemie rodzinnym [296].

W wynikach analiz (rozd. 6.5.2.1.2) stwierdzono wiele istotnych korelacji między wartościami zmiany w nasileniu objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych, choć znacznie więcej u kobiet niż u mężczyzn. Różnice między analizami osobnymi dla płci można by wiązać z niższą liczebnością badanych mężczyzn, jednak zaobserwowano szereg korelacji obecnych w analizach w grupie mężczyzn, które nie ujawniły się w wypadku kobiet. Różnice te dotyczyły głównie grup objawów niebędących bezpośrednim przedmiotem przedstawionych tu badań, np. nieorganicznych zaburzeń snu, dystymii, określonych cech osobowości.

Najbardziej związane ze zmianą nasilenia dysfunkcji seksualnych okazały się (w wynikach analiz regresji – rozdz. 6.5.2.2.2) zmiany nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, neurastenicznych i autonomicznych. Może to oznaczać, że oddziaływania terapeutyczne, które wpływają korzystnie na nasilenie tych grup objawów, są także skuteczne w odniesieniu do dysfunkcji seksualnych. Poprawa w zakresie objawów neurastenicznych, np. zwiększenie witalności, poczucia sprawności i spontaniczności, może się wiązać z ustępowaniem problemów z uzyskiwaniem podniecenia i osiągnięciem orgazmu, zmniejszeniem napięcia i lęku w czasie zbliżeń i wzrostem samooceny seksualnej. Zmniejszenie poziomu obsesyjności może się natomiast wiązać z lepszą percepcją przeżywanego pożądania seksualnego i słabszym odczuwaniem lęku w czasie zbliżeń. Rzadsze występowanie objawów zaburzeń autonomicznych wiąże się z lepszą oceną i poczuciem satysfakcji w trakcie zbliżeń erotycznych i po nich. Inną istotną zależnością był także związek zmiany w nasileniu objawów somatyzacyjnych ze zmianą w zakresie dolegliwości bólowych w czasie sytuacji erotycznych, co ponownie pozwala łączyć te dolegliwości z psychologicznym mechanizmem somatyzacji [247].

Dodatkowe związki między zmianą nasilenia badanych grup objawów wykryto w analizach odwrotnych do opisanych wyżej (rozdz. 6.5.2.2.4). Badając rolę predykcyjną zmiany nasilenia poszczególnych dysfunkcji seksualnych w odniesieniu do skal objawów lękowych jako zmiennych zależnych, stwierdzono między innymi, że korzystna zmiana w zakresie uogólnionej dysatisfakcji z życia seksualnego wiązała się z korzystną zmianą kilku grup objawów – fobicznych, lęku panicznego i uogólnionego oraz autonomicznych. Biorąc pod uwagę zaobserwowaną w zakresie średnich tendencję do negatywnego kierunku zmiany w ocenie satysfakcji z życia seksualnego w przebiegu terapii, można przypuszczać, że rola ustępowania objawów, w których lęk jest doświadczany jawnie, w poprawie jakości życia seksualnego jest większa niż objawów np. pod postacią somatyczną. Wspiera to tezę o możliwości negatywnej reakcji na ustępowanie dysfunkcji seksualnych ze względu m.in. na ich funkcję systemową [255, 296].

W analizach tych ponownie zaobserwowano też relację między zmianą nasilenia objawów bólu w czasie zbliżeń seksualnych i zmianą nasilenia objawów somatyzacyjnych oraz dodatkowo konwersyjnych, co potwierdza sugerowane wcześniej związki tej grupy dolegliwości z mechanizmami, w których lęk przekształcany jest w objawy somatyczne. Inną zależnością, która ujawniła się we wcześniejszych analizach, było powiązanie hiperseksualności z mechanizmami dysocjacyjnymi – w tym wypadku zmiany jej poziomu ze zmianą w nasileniu objawów depersonalizacji-derealizacji oraz konwersyjnych.

W literaturze przedmiotu nie odnaleziono opisu badań, które poszukiwałyby statystycznych zależności zmiany poszczególnych grup objawów lękowych ze zmianą w zakresie dysfunkcji seksualnych. W dostępnych opracowaniach znajdują się natomiast relacje na temat uzyskiwania za pomocą psychoterapii nieukierunkowanej swoiście na leczenie dysfunkcji seksualnych korzystnej zmiany w ich zakresie (rozdz. 2.4.2). Wyniki te można także odnieść do czynników zmiany, które okazują się korzystnie wpływać na zdolność partnerów relacji seksualnej do dobrego funkcjonowania seksualnego. Należą do nich m.in. zmiany w kierunku [28]:

- od obniżonego nastroju i niepokoju do pozytywnego nastroju i spokoju,
- od złej do dobrej samooceny,
- od negatywnego do pozytywnego nastawienia do partnera,
- od skupienia na wydajności do skupienia na przyjemności,
- od rutyny i przyzwyczajenia do doświadczania nowości, eksperymentowania,
- od negatywnego do pozytywnego nastawienia do seksu,
- od ograniczonej do elastycznej postawy w aktywności seksualnej.

Wiele z tych aspektów jest przedmiotem pracy terapeutycznej w formie, z której korzystali badani pacjenci. Przedmiotem terapii jest zmiana w zakresie objawów, których występowanie wiąże się ze złym samopoczuciem. Efektem pracy w grupie jest zarówno wzrost samooceny [221], jak i zmiana postaw wobec członków rodziny, w tym partnera, a także zdolności do korzystania ze wsparcia społecznego [297].

Ukierunkowanie na przyjemność zamiast podejścia zadaniowego można powiązać z redukcją objawów obsesyjno-kompulsyjnych i fobicznych. Zmniejszenie tendencji do unikania, a promowanie konfrontacji i kreatywności może się wiązać także ze zmianą podejścia do aktywności seksualnej, wzmocnione przez usprawnienie umiejętności komunikowania własnych potrzeb (w grupie, przekładające się na dialog z partnerem).

Z relacji pacjentów wynika także, że ze względu na brak tabuizacji sfery seksualności w grupie terapeutycznej, są oni po leczeniu bardziej otwarci na przeżywanie przyjemności w kontaktach seksualnych, a także posiadają większą wiedzę na temat seksualności. Określenie czy wymienione tu czynniki leczące wiążą się ze zmianami w zakresie dysfunkcji seksualnych wymaga dalszych badań. Ich wyniki pozwoliłyby także określić przyczyny nieskuteczności oddziaływań terapeutycznych względem tych zaburzeń w zakresie życia seksualnego, których poprawy nie udaje się w przebiegu leczenia uzyskać.

8. Podsumowanie

Badanie przeprowadzono w grupie pacjentów, którzy przed rozpoczęciem 3-miesięcznej zintegrowanej psychoterapii grupowej i indywidualnej charakteryzowali się przeżywaniem wysokiego nasilenia lęku, znaczną neurotycznością, oraz co potwierdziły analizy wyników opracowanych do tego celu kwestionariuszy seksuologicznych, częstym doświadczaniem problemów w zakresie życia seksualnego. Pomiarów tych samych parametrów klinicznych wykonane po okresie leczenia ujawniły istotną, znaczną poprawę w zakresie nasilenia objawów lękowych i neurotyczności. Zmiana stopnia nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych różniła się w zależności od ocenianych zaburzeń. W wielu wypadkach była istotna statystycznie, choć nie zawsze korzystna, np. w zakresie zaburzeń podniecenia u mężczyzn czy uogólnionej dyssatisfakcji seksualnej w całej grupie badanej.

Przeprowadzone analizy umożliwiły potwierdzenie i rozwinięcie założonych hipotez badawczych. Odnoszące się do nich wnioski przedstawiono poniżej.

Hipoteza 1. Nasileniu objawów lękowych towarzyszy występowanie objawów dysfunkcji seksualnych.

Stwierdzono, co następuje:

1. Pacjenci z wysokim nasileniem objawów lękowych oraz wysokim poziomem neurotyczności, doświadczają licznych objawów dysfunkcji seksualnych.
2. Objawy dysfunkcji seksualnych stwierdza się, w zależności od ich rodzaju, u 20-57% osób.
3. U kobiet obserwuje się wyższą liczbę jednocześnie występujących rodzajów objawów dysfunkcji seksualnych.
4. Występują istotne statystycznie różnice w częstości występowania pewnych typów dysfunkcji seksualnych między płciami – zaburzenia pożądania i podniecenia oraz ból w czasie zbliżeń występują częściej u kobiet.
5. Kobiety częściej niż mężczyźni negatywnie oceniają swoje zbliżenia płciowe.

Hipoteza 2. Zmianie nasilenia objawów lękowych towarzyszy zmiana nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych.

Stwierdzono, co następuje:

1. W przebiegu intensywnej, 3-miesięcznej grupowej i indywidualnej psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego występują pozytywne, istotne statystycznie zmiany średnich wartości nasilenia objawów nerwicowych (w tym lękowych) oraz poziomu neurotyczności. Zmiany w obszarze dysfunkcji seksualnych w przebiegu terapii są natomiast zróżnicowane.
2. Istotna statystycznie i korzystna zmiana zachodzi w odniesieniu do liczby współwystępujących rodzajów dysfunkcji seksualnych.
3. Istotne korzystne zmiany obserwuje się w nasileniu objawów i częstości występowania zaburzeń pożądania, napięcia w czasie zbliżeń oraz negatywnej oceny zbliżeń.
4. Zmiana w zakresie zaburzeń podniecenia jest istotna, lecz korzystna jedynie w grupie kobiet, a w grupie mężczyzn – niekorzystna.
5. Zmiana w zakresie częstości występowania bólu w czasie zbliżeń jest korzystna i istotna statystycznie tylko w grupie kobiet.
6. Nie stwierdza się istotnych statystycznie zmian w nasileniu objawów zaburzeń orgazmu, dyssatisfakcji, lęku w czasie zbliżeń seksualnych ani hiperseksualności.
7. Zmiany w nasileniu dysfunkcji uogólnionych są istotne statystycznie i korzystne u obu płci wyłącznie w zakresie poziomu odczuwania spontanicznego pożądania seksualnego.
8. Istotną i korzystną zmianę obserwuje się w zakresie nasilenia awersji seksualnej oraz zniżenia samooceny seksualnej, ale tylko w grupie kobiet.
9. Średnie nasilenie ogólnej dyssatisfakcji z życia seksualnego zmienia się w przebiegu psychoterapii prowadzonej opisywaną metodą w sposób istotny statystycznie, choć niewielki ilościowo, na niekorzyść, niezależnie od płci.
10. Największe prawdopodobieństwo uzyskania poprawy w zakresie dysfunkcji seksualnych (czynnościowych, ogólnej dyssatisfakcji i w niewielkim zakresie uogólnionych) dotyczy osób, które wyjściowo cechują się wysokim nasi-

leniem objawów dysfunkcji czynnościowych, a niskim dysfunkcji uogólnionych (awersja seksualna, zaniżona samoocena seksualna, obniżone pożądanie spontaniczne).

Hipoteza 3. Nasilenie objawów lękowych wiąże się dodatnio z nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych.

Stwierdzono, co następuje:

1. Wyższe ogólne nasilenie objawów lękowych wiąże się z wyższym nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych.
2. Pacjenci z nasilonymi objawami dysfunkcji występujących w czasie zbliżeń seksualnych – zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, dolegliwości bólowych oraz dyssatisfakcji, napięcia, lęku i negatywnej oceny zbliżeń – mają wyższe nasilenie objawów nerwicowych i wyższy poziom neurotyczności niż pacjenci z nasilonymi głównie dysfunkcjami uogólnionymi.
3. Pacjenci, u których występują nasilone dysfunkcje czynnościowe lub uogólnione, mają wyższe nasilenie objawów lękowych i poziom neurotyczności niż pacjenci bez dysfunkcji seksualnych.
4. W podgrupie kobiet ogólne nasilenie objawów nerwicowych wiąże się z nasileniem prawie wszystkich rodzajów dysfunkcji seksualnych, a w podgrupie mężczyzn jedynie z nasileniem objawów zaburzeń orgazmu oraz negatywną oceną zbliżeń.
5. Nasilenie objawów nerwicowych wiąże się z zaburzeniami pożądania, ujawniającymi się w czasie zbliżeń erotycznych, awersją seksualną oraz hiperseksualnością.
6. Poziom neurotyczności wiąże się z nasileniem awersji seksualnej i hiperseksualności oraz zaburzeń podniecenia i dyssatisfakcji ze zbliżeń seksualnych.
7. Liczba współwystępujących dysfunkcji seksualnych zależy od płci (wyższe wartości u kobiet) oraz dwóch klas objawów lękowych: zaburzeń fobicznych i zaburzeń autonomicznych.

Hipoteza 4. Nasilenie objawów lękowych różnego typu wiąże się w różnym stopniu z zakłóceniem poszczególnych typów dysfunkcji seksualnych.

Stwierdzono, co następuje:

1. Występuje wiele swoistych związków między nasileniem poszczególnych rodzajów objawów zaburzeń nerwicowych i dysfunkcji seksualnych.
2. Nasilenie objawów autonomicznych oraz objawów fobicznych wiąże się z nasileniem objawów zaburzeń pożądania.
3. Nasilenie objawów neurastenicznych wiąże się z nasileniem objawów zaburzeń orgazmu, awersji seksualnej oraz poziomem zaniżenia samooceny seksualnej.
4. Nasilenie objawów somatyzacyjnych i konwersyjnych wiąże się z występowaniem dolegliwości bólowych w czasie zbliżeń płciowych.
5. Nasilenie hiperseksualności wiąże się z nasileniem lęku uogólnionego i napadowego oraz objawów konwersyjnych.
6. Nasilenie awersji seksualnej wiąże się z nasileniem objawów obsesyjno-kompulsyjnych.
7. Nasilenie objawów depersonalizacji-derealizacji wiąże się z nasileniem objawów zaburzeń podniecenia, hiperseksualności i poziomem uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego.

Hipoteza 5. Lęk oraz dysfunkcja seksualna jako czynniki latentne (mechanizmy stanowiące podłoże objawów psychopatologicznych – lękowych i seksualnych) występują w związku istotnym statystycznie.

Stwierdzono istotny statystycznie związek między zaburzeniem lękowym, określającym wspólny czynnik, który łączy badane rodzaje objawów lękowych, a dysfunkcją seksualną, rozumianą jako czynnik wspólny dla wielobjawowego zakłócenia aktywności seksualnej, obejmującego objawy zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, ból w czasie stosunku oraz dyssatisfakcję ze zbliżeń.

Hipoteza 6. Nasilenie objawów nerwicowych wiąże się z obniżeniem satysfakcji seksualnej pośrednio poprzez związek z nasileniem zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, bólem w czasie współżycia.

Potwierdzono statystycznie model wzajemnych relacji między zaburzeniem lękowym a poszczególnymi dysfunkcjami seksualnymi, zakładający pośredni związek lęku z satysfakcją ze zbliżeń seksualnych, mediowany przez zaburzenia pożądania i bólu w czasie zbliżeń, a następnie podniecenia i orgazmu.

Hipoteza 7. Zmiana nasilenia objawów lękowych w przebiegu 3-miesięcznej intensywnej psychoterapii grupowej i indywidualnej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego wiąże się ze zmianą nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych.

Stwierdzono, co następuje:

1. Występują dodatnie związki między zmianą nasilenia wybranych dysfunkcji seksualnych a zmianą nasilenia określonych grup objawów lękowych. Poniżej wymieniono niektóre z nich.
2. Zmiana nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych wiąże się ze zmianą nasilenia objawów zaburzeń pożądania, lęku w czasie zbliżeń oraz liczby współwystępujących dysfunkcji seksualnych.
3. Zmiana nasilenia objawów neurastenicznych wiąże się ze zmianą nasilenia objawów zaburzeń podniecenia, orgazmu, napięcia w czasie zbliżeń oraz zaniżonej samooceny seksualnej.
4. Zmiana nasilenia objawów somatyzacyjnych wiąże się ze zmianą nasilenia objawów bólu w czasie zbliżeń.
5. Zmiana nasilenia objawów autonomicznych wiąże się ze zmianą nasilenia dysatisfakcji ze zbliżeń seksualnych oraz negatywnej oceny zbliżeń.
6. Zmiana nasilenia objawów fobicznych, autonomicznych oraz lęku uogólnionego i napadowego wiąże się ze zmianą nasilenia uogólnionej dysatisfakcji seksualnej.
7. Zmiana w poziomie neurotyczności wiąże się ze zmianą w zakresie zaniżonej samooceny seksualnej oraz lęku przeżywanego w czasie zbliżeń seksualnych.

Wnioski z przeprowadzonych analiz skłaniają także do sformułowania szeregu sugestii klinicznych, a mianowicie:

1. Częstość występowania dysfunkcji seksualnych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi sugeruje, że szczegółowy wywiad dotyczący aktywności seksualnej powinien być istotną częścią badania psychiatrycznego, a funkcjonowanie seksualne pacjenta jednym z istotnych wątków podejmowanych w trakcie psychoterapii.
2. Nasilenie wielu kategorii objawów dysfunkcji seksualnych ulega poprawie w toku psychoterapii grupowej, ukierunkowanej głównie na leczenie zaburzeń nerwicowych, co sugeruje przyjęcie tej metody jako jednego z możliwych sposobów leczenia psychogennych dysfunkcji seksualnych, zwłaszcza kiedy występują one u pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami lękowymi i zaburzeniami osobowości.
3. Nie wszystkie rodzaje dysfunkcji seksualnych poddają się leczeniu w formie psychoterapii grupowej nerwic, co sugeruje, że w przypadku m.in. zaburzeń podniecenia u mężczyzn, zaburzeń orgazmu oraz dyssatisfakcji seksualnej u obu płci, należy rozważyć włączenie w przebiegu leczenia swoistych metod terapeutycznych, ukierunkowanych objawowo.
4. Zaburzenie pożądania wydaje się kluczowym czynnikiem pośredniczącym w związku nasilenia objawów lękowych z nasileniem pozostałych dysfunkcji seksualnych. Istotna jest więc ocena tego aspektu funkcjonowania seksualnego w przebiegu psychoterapii. Może on być traktowany jako ogólny wskaźnik nasilenia zakłóceń funkcjonowania seksualnego.

Uzyskane wyniki są w wielu aspektach spójne z rezultatami wcześniej prowadzonych badań, m.in. w zakresie związku nasilenia objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych, różnic między dysfunkcjami seksualnymi u mężczyzn i kobiet czy korzystnego wpływu psychoterapii na zmianę ich nasilenia.

Zostały także zaobserwowane zjawiska dotychczas nieopisywane w pracach empirycznych, m.in. potwierdzono rolę zaburzeń pożądania jako czynnika pośredniczącego między objawami lękowymi a objawami pozostałych dysfunkcji seksualnych i satysfakcji ze zbliżeń płciowych, ujawniono relacje między poszczególnymi grupami objawów, czy też związek awersji seksualnej z zaniżoną samooceną seksualną i obniżeniem pożądania

spontanicznego. Dzięki szczegółowej ocenie emocjonalnych aspektów przeżywania sytuacji erotycznych – dyssatisfakcji, napięcia, lęku i negatywnej oceny zbliżeń – udało się potwierdzić ich istotną, a często zaniechaną w projektach badawczych, rolę w ocenie jakości życia seksualnego.

Stwierdzono, że objawy dysfunkcji seksualnych są u pacjentów uczestniczących w psychoterapii grupowej nerwic częste, a także, że wiele rodzajów problemów w funkcjonowaniu seksualnym ustępuje w jej przebiegu. Stanowi to przesłankę do traktowania 3-miesięcznej zintegrowanej, intensywnej psychoterapii grupowej i indywidualnej z przewagą podejścia psychodynamicznego jako metody użytecznej w leczeniu większości dysfunkcji seksualnych, zwłaszcza w wypadku jednoczesnego występowania nasilonych objawów lękowych.

Prezentowane badania pozwoliły dodatkowo potwierdzić użyteczność metod kwestionariuszowych w ocenie zjawisk klinicznych, w tym przydatność autorskiego narzędzia – Kwestionariusza Satisfakcji z Życia Seksualnego, opracowanego na potrzeby przedstawionego tu projektu badawczego.

9. Streszczenie

Wśród uczestników psychoterapii zaburzeń nerwicowych obserwuje się wysokie nasilenie różnorodnych objawów, których głównym mechanizmem jest lęk. Jednocześnie u wielu z tych osób występują trudności we współżyciu seksualnym i przeżywaniu swojej seksualności. Wraz z efektami leczenia w zakresie zaburzeń lękowych obserwowane są także zmiany w nasileniu dysfunkcji seksualnych.

Na podstawie tych obserwacji, a także wielu doniesień potwierdzających związki między objawami lękowymi i dysfunkcjami seksualnymi, podjęto badania, mające na celu potwierdzenie, a następnie dokładne określenie związków między zjawiskami klinicznymi, do których należą: lęk, oceniany za pomocą badania nasilenia poszczególnych rodzajów objawów nerwicowych; dysfunkcja seksualna, na którą składają się problemy występujące w czasie relacji intymnych oraz objawy uogólnionych trudności seksualnych i obniżona satysfakcja z życia seksualnego; a także zmiana nasilenia objawów lękowych i objawów dysfunkcji seksualnych, obserwowana w wynikach badań wykonanych przed terapią i po niej.

Cel badań

Badania miały na celu rozpoznanie ogólnych związków między objawami lęku a objawami dysfunkcji seksualnej oraz szczegółowych relacji między określonymi rodzajami tych objawów. Zostały one dodatkowo poszerzone w dwóch kierunkach – oceny wiarygodności hipotetycznych modeli wzajemnych relacji lęku i wybranych dysfunkcji seksualnych – oraz oceny zróżnicowania grupy badanej i dynamiki zachodzących w niej zmian.

Grupa badana

Badaniem została objęta grupa 268 pacjentów Oddziału Dziennego Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych – Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w wieku od 19 do 55 lat, mężczyzn i kobiet w proporcji płci typowej dla składu grupy uczestników psychoterapii w oddziale dziennym (32% mężczyzn, 68% kobiet). Badanie prowadzono w latach 2009-2011.

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały: rozpoznanie u pacjenta zaburzenia lub zaburzeń z rozdziału F4 zgodnie z kryteriami diagnostycznymi wg klasyfikacji ICD-10, rozpoczęcie 3-miesięcznej zintegrowanej psychoterapii w oddziale dziennym, zgoda na udział w badaniu, wiek 18-55 lat. Kryteria wykluczające stanowiły: rozpoznanie istotnej klinicznie choroby somatycznej, będącej przyczyną występujących u pacjenta ob-

jawów psychicznych; rozpoznanie ostrej reakcji na stres lub zaburzenia stresowego pourazowego, występowanie zaburzeń psychotycznych lub zaburzeń nastroju, stwierdzenie zmian organicznych OUN, niewypełnienie kompletu kwestionariuszy na początku leczenia, rezygnacja z leczenia w pierwszych dwóch tygodniach pobytu w oddziale, wycofanie zgody na udział w badaniu.

Leczenie, z którego korzystali badani, trwało trzy miesiące i polegało na intensywnej, grupowej (codziennej – łącznie 150-210 sesji) i indywidualnej (raz w tygodniu – łącznie 12 sesji) psychoterapii w warunkach dziennego oddziału szpitalnego, prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego i elementami podejścia poznawczego.

Narzędzia badawcze

Pomiaru nasilenia objawów lękowych dokonano za pomocą Kwestionariusza Objawowego KO „O”, a w ocenie nasilenia neurotycznych cech osobowości wykorzystano wskaźnik X-KON, obliczany na podstawie wyników Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej (KON-2006). Nasilenie objawów zaburzeń funkcjonowania seksualnego oceniano za pomocą autorskiego Kwestionariusza Satysfakcji z Życia Seksualnego KSS2. W opisie grupy badanej zastosowano także wyniki Ankiety Życiorysowej.

Wnioski

Wykazano, że osoby charakteryzujące się wysokim nasileniem lęku, który skutkuje występowaniem licznych objawów lękowych oraz wiąże się z wysoką neurotycznością, często doświadczają problemów w zakresie życia seksualnego, przy czym zaburzenia pożądania, niezadowolenie ze zbliżeń płciowych oraz ból w czasie zbliżeń występują częściej u kobiet.

W przebiegu leczenia ujawnia się znaczna zmiana w zakresie nasilenia objawów lękowych i neurotyczności, natomiast zmiana stopnia nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych jest zróżnicowana. Poprawa występuje w zakresie liczby współwystępujących dysfunkcji, zaburzeń pożądania (spontanicznego oraz w czasie sytuacji erotycznych), napięcia w czasie zbliżeń oraz negatywnej oceny zbliżeń u obu płci, a także objawów bólu w czasie zbliżeń oraz zaburzeń podniecenia, awersji seksualnej i zaniżonej samooceny seksualnej u kobiet. U mężczyzn występuje niekorzystna zmiana w zakresie zaburzeń podniecenia, a u obu płci zmniejsza się ogólna satysfakcja z życia seksualnego. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w zakresie nasilenia zaburzeń orgazmu, dysatysfakcji i lęku w czasie zbliżeń płciowych ani w samoocenie hiperseksualności.

Wśród pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi są osoby, u których nie występują dysfunkcje seksualne, osoby, które podają występowanie nasilonych objawów dysfunkcji związanych z przebiegiem zbliżeń płciowych oraz grupa osób z podwyższonymi wskaźnikami dysfunkcji uogólnionych, bez nasilonych dysfunkcji czynnościowych. Profil zmiany nasilenia tych objawów w przebiegu psychoterapii różnicuje badanych także na trzy grupy – pacjentów, którzy uzyskali poprawę, doznali pogorszenia lub u których nie nastąpiła zmiana w tym zakresie. Poprawę w przebiegu leczenia częściej uzyskują osoby, u których występują objawy dysfunkcji związane bezpośrednio z aktywnością seksualną w porównaniu do osób z dysfunkcjami uogólnionymi (awersja seksualna, zaniżona samoocena seksualna, obniżone pożądanie spontaniczne).

Wyższe ogólne nasilenie objawów lękowych wiąże się z wyższym nasileniem objawów dysfunkcji seksualnych. Wykryto także wiele swoistych związków między nasileniem poszczególnych rodzajów objawów zaburzeń nerwicowych i dysfunkcji seksualnych, m.in. zaburzeń podniecenia z objawami depersonalizacji-derealizacji, zaburzeń pożądania z objawami autonomicznymi i fobicznymi, zaburzeń orgazmu z objawami neurastenicznymi, objawów bólu w czasie zbliżeń z objawami konwersyjnymi oraz somatyzacyjnymi, a także awersji seksualnej z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi.

Za pomocą modelowania równań strukturalnych potwierdzono związek między zaburzeniem lękowym, stanowiącym wspólny mechanizm badanych rodzajów objawów lękowych, a dysfunkcją seksualną, rozumianą jako wieloobjawowe zakłócenie aktywności seksualnej, którą w modelu tym tworzyły objawy zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu, ból w czasie stosunku oraz dyssatisfakcja ze zbliżeń. Analiza modeli relacji między zaburzeniem lękowym a poszczególnymi dysfunkcjami seksualnymi potwierdziła pośredni związek lęku z satysfakcją ze zbliżeń seksualnych, mediowany przez zaburzenia pożądania i podniecenia, a następnie ból w czasie zbliżeń i zaburzenia orgazmu.

Wykazano, że wyjściowy wyższy poziom uogólnionej satysfakcji seksualnej wiąże się z mniejszą poprawą w zakresie objawów lękowych. Nasilenie objawów bólu w czasie zbliżeń oraz negatywnej oceny zbliżeń wiąże się natomiast dodatnio ze zmianą w zakresie wybranych kategorii objawów lękowych. Zmiana nasilenia objawów dysfunkcji seksualnych jest istotnie powiązana ze zmianą nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, neurastenicznych i zaburzeń autonomicznych, a zmiana nasilenia objawów lękowych wiąże się w największym stopniu ze zmianą nasilenia uogólnionej dyssatisfakcji z życia seksualnego, lęku w czasie zbliżeń, bólu w czasie zbliżeń, napięcia i lęku w czasie zbliżeń oraz hiperseksualności.

Badania wykazały, że objawy dysfunkcji seksualnych są istotnym problemem klinicznym w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Najważniejszą rolę w związkach między lękiem a dysfunkcją seksualną wydaje się mieć zaburzenie pożądania, które wiąże się z wtórnym występowaniem innych objawów dysfunkcji seksualnych. Zmiana ich nasilenia w przebiegu psychoterapii jest związana ze zmianą nasilenia objawów lękowych. Nie wszystkie rodzaje objawów dysfunkcji seksualnych ustępują w tym samym stopniu wraz z ustępowaniem nasilenia lęku. Wydaje się konieczne stosowanie indywidualnego podejścia w leczeniu dysfunkcji seksualnych, szczególnie zaburzeń podniecenia u mężczyzn i orgazmu u obu płci, w tym włączania do planu terapii metod ukierunkowanych swoiście na terapię danego rodzaju objawów.

10. Summary

Title: The correlation between anxiety and symptoms of sexual dysfunctions and changes in their severity in the course of psychotherapy.

The participants of neurotic disorder psychotherapy are observed to demonstrate a high severity of various symptoms which main mechanism is anxiety. Many of those individuals experience simultaneous difficulties in sexual relations and the experience of their own sexuality. The changes in the severity of sexual dysfunctions are observed contemporaneously with the effects of anxiety disorder treatment.

These observations and numerous reports corroborating the correlations between anxiety symptoms and sexual dysfunctions constituted the bases for the study which was undertaken in order to validate and offer further precise determination of the correlations between clinical events such as: anxiety assessed with the examination of severity in particular types of neurotic symptoms; a sexual dysfunction which consists in difficulties occurrent in intimate relationships, symptoms of generalised sexual difficulties and reduced satisfaction with sexual life; also, the change in the severity of anxiety and sexual dysfunction symptoms as observed in test results carried out before and after the therapy.

Study Objective

The study aimed to identify general correlations between anxiety and sexual dysfunction symptoms and specific relations between particular types of the symptoms. They were further extended into two areas: the reliability assessment of hypothetical models of mutual correlations between anxiety and selected sexual dysfunctions together with the diversity assessment of the study group and the dynamics of changes occurring within it.

Study Group

268 patients of the Day Ward for the Treatment of Neurotic and Behavioural Disorders at the University Hospital Psychotherapy Department in Kraków participated in the study. Their age varied between 19 and 55. The study group comprised of male and female individuals in the gender proportion typical of the group composition for psychotherapy participants at the day ward (32% male, 68% female). The study was conducted between 2009-2011.

The qualifying criteria for the study group included: a patient's diagnosis of a disorder or disorders of F4 group in line with diagnostic criteria under ICD-10, the commencement of a 3-month integrated psychotherapy in a day ward, the consent of study participation, age between 18 and 55. The excluding criteria included: the diagnosis of a clinically significant somatic symptom disorder constituting the cause for the occurrence of mental symptoms in a patient; the diagnosis of an acute reaction to stress or a post-traumatic stress disorder (PTSD), the occurrence of psychotic disorders or mood disorders, the diagnosis of organic changes CNS, failure to complete all questionnaires at the outset of treatment, the resignation from treatment within the first two weeks at the ward stay, the withdrawal of consent to participate in the study.

The examined group participated in the treatment which lasted three months and consisted in an intensive group psychotherapy (daily psychotherapy: 150-210 sessions in total) and an individual psychotherapy (weekly psychotherapy: 12 sessions in total) in hospital day ward conditions. The psychotherapy was conducted in the integrative approach with the dominance of psychodynamic approach and elements of cognitive approach.

Study Methods

The measurement of the severity in anxiety symptoms was carried out with the use of the Symptomatic Questionnaire KO "O", whereas in the assessment of the severity in neurotic personality characteristics the X-KON indicator was adopted. It was calculated on the basis of the results of the Neurotic Personality Questionnaire (KON-2006). The severity in symptoms of sexual functioning disorders was assessed with the use of the authored Sexual Life Satisfaction Questionnaire KSS2. The characterisation of the study group utilised the results of the Life Questionnaire as well.

Conclusions

It was observed that individuals with a high severity of anxiety, which results in the occurrence of numerous anxiety symptoms and is related to high neuroticism, frequently experience difficulties in the area of sexual life. However, desire disorders, dissatisfaction with sexual contacts and painful intercourse prevail in women with a higher frequency.

During the course of the treatment a significant change in the severity of anxiety symptoms and neuroticism is observed, whereas the change in the severity of sexual dysfunction symptoms varies. The improvement is observed in the number of co-morbid dysfunctions, desire disorders (both spontaneous desire and the one occurring in an erotic

context), tension during intercourse and a negative perception of intercourse in both sexes as well as painful symptoms during intercourse and arousal disorders, sexual aversion and an underrated sexual self-perception in women. Men are observed to experience a negative change in arousal disorder, whereas both sexes demonstrate reduced general satisfaction with sexual life. No significant changes in orgasm disorders, dissatisfaction and anxiety during sexual contacts or in hypersexuality self-evaluation were reported.

The patients with neurotic disorders include individuals who do not experience sexual dysfunctions, those who report the occurrence of severe symptoms of dysfunctions related to sexual intercourse and the group of individuals with higher indicators of generalised dysfunctions without severe activity dysfunctions. The profile of the change in the severity of these symptoms in the course of psychotherapy differentiates the study group into three subgroups as well: patients demonstrating improvement or deterioration or those who did not experience any change in that range. The improvement resulting from the treatment was observed more frequently in persons who demonstrate dysfunctional symptoms directly related to sexual activity if compared to individuals with generalised dysfunctions (sexual aversion, underrated sexual self-perception, reduced spontaneous desire).

A higher general severity of anxiety disorder symptoms is related to a higher severity of sexual dysfunction symptoms. Numerous specific relations between the severity of specific types of neurotic disorder symptoms and sexual dysfunctions were observed i.a. arousal disorders with symptoms of depersonalisation and derealisation, desire disorders with autonomic and phobic symptoms, orgasm disorders with neurasthenic symptoms, pain symptoms during intercourse with conversion and somatisation symptoms and sexual aversion with obsessive-compulsive symptoms.

With the use of structural equation modelling (SEM) the correlation was observed between an anxiety disorder constituting a common mechanism of the examined types of anxiety disorders and a sexual dysfunction regarded as a sexual activity polysymptomatic disorder which was represented in the model as symptoms of desire, arousal and orgasm disorders, pain during intercourse and dissatisfaction with intercourse. The analysis of relation models between anxiety disorder and specific sexual dysfunctions corroborated an indirect correlation between anxiety and satisfaction with sexual intercourses mediated by desire and arousal disorders followed by pain during intercourse and leading to an orgasm disorder.

The initial higher level of generalised sexual satisfaction was observed to be related to lower improvement in the range of anxiety symptoms. The severity of pain symptoms during intercourse and a negative perception of intercourse are positively related to the change in selected categories of anxiety symptoms. The severity alteration of sexual dysfunctions is significantly related to the severity change of obsessive-compulsive and neuroathenic symptoms, autonomic disorders, whereas the severity alteration of anxiety symptoms is mostly linked to the severity change in generalised dissatisfaction with sexual life, anxiety during intercourse, pain during intercourse, tension and anxiety during intercourse and hypersexuality.

In summary, the study demonstrated that sexual dysfunction symptoms pose a significant clinical difficulty in the course of neurotic disorders. The key role in the relations between anxiety and a sexual dysfunction seems to be played by the desire disorder which is secondarily related to the occurrence of other sexual dysfunctions. The change in their severity as a result of psychotherapy is associated with the severity alteration of anxiety disorders. Not all types of sexual dysfunction symptoms subside to the same extent concurrently as the anxiety severity diminishes. The application of an individual approach seems of key significance when treating sexual dysfunctions, in particular, arousal disorders in men and orgasm disorders in both sexes. That includes the incorporation in the therapy plan of methods with a specific focus on the therapy of a particular type of symptoms.

11. Aneksy

11.1. Aneks 1. Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego

Wzór kwestionariusza został przygotowany w formie zbliżonej do tej, w której był wypełniany przez badanych pacjentów. Poniżej umieszczono wersję dla kobiet oraz wersję dla mężczyzn.

11.1.1. Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego – wersja dla kobiet

Kod _____ Dzień terapii _____ Data ____ - ____ - 20 ____

KWESTIONARIUSZ SATYSFAKЦИИ Z ŻYCIA SEKSUALNEGO – KSS2 (K♀)

© Łukasz Müldner-Nieckowski, Krzysztof Rutkowski; Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków, ul. Lenartowicza 14

Kwestionariusz służy ocenie różnych obszarów zdrowia seksualnego, które mogą ulegać zakłóceniom i ograniczać satysfakcję z życia seksualnego. Prosimy o uważne przeczytanie instrukcji oraz poszczególnych pytań i zaznaczenie odpowiedzi najlepiej odpowiadających Pani odczuciom i doświadczeniom.

Kwestionariusz składa się z 4 części.

Prosimy o przeczytanie instrukcji przed wypełnieniem każdej z nich.

Przed wypełnieniem kwestionariusza prosimy także o zapoznanie się z poniższymi definicjami.

Definicje niektórych terminów używanych w kwestionariuszu	
Aktywność seksualna, życie seksualne	wszystkie zachowania, a także wyobrażenia i odczucia, związane z seksualnością, w tym samotna masturbacja, masturbacja wspólnie z partnerem, petting (pieszczoty narządów płciowych i innych stref erogennych, bez pełnego stosunku płciowego), necking (pieszczoty erotyczne ograniczające się do górnej części ciała), stosunki płciowe genitalne, oralne, analne, itp.
Gra wstępna	zachowania partnerów poprzedzające stosunek płciowy, zazwyczaj różnego rodzaju pieszczoty, zwiększające podniecenie i powodujące fizjologiczne przygotowanie narządów płciowych do odbycia stosunku płciowego
Masturbacja	pobudzenie własnych narządów płciowych i innych stref erogennych, w celu uzyskania przyjemności seksualnej, osiągnięcia orgazmu
Orgazm	szczytowanie, nagle rozładowanie szczytowego pobudzenia seksualnego, dające poczucie rozkoszy, spełnienia. U mężczyzn jest najczęściej związany z ejakulacją (wytryskiem nasienia), u kobiet z rytmicznymi skurczami mięśni w obrębie narządów płciowych.
Pożądanie seksualne	chęć, potrzeba, pragnienie uzyskiwania i rozładowywania podniecenia seksualnego
Relacje erotyczne, relacje seksualne	wszelkie sytuacje erotyczne z drugą osobą, niekoniecznie stosunki płciowe
Stosunek płciowy	zbliżenie erotyczne między partnerami związane z penetracją genitalno-genitalną (obecność członka w pochwie) lub genitalno-analną (penetracja odbytu)
Sytuacja erotyczna, kontakt seksualny	zbliżenie erotyczne między partnerami, niekoniecznie związane z penetracją genitalno-genitalną, np. seks oralny, petting, necking

Część I

Prosimy o zaznaczenie (X) na ile zgadza się Pani z każdym z poniższych stwierdzeń oraz wpisanie odpowiednich informacji w pola oznaczone [____]. Stwierdzenia w części I dotyczą okresu całego życia.

W przypadku odpowiedzi z możliwościami [tak / raczej tak / raczej nie / nie] prosimy o zaznaczenie tylko jednej z nich.

1	Kiedy byłam dzieckiem, moi rodzice unikali tematów związanych z seksem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A01	
2	W dzieciństwie doświadczyłam dużo ciepła i opieki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A02	
3	Uważam, że rodzice dobrze mnie przygotowali do relacji seksualnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A03	
4	Wiedzę na temat spraw związanych z seksem (uświadomienie jak powstaje dziecko) uzyskałam w wieku:	[____] LAT						A04
5	Nie miałam nigdy stosunku płciowego (sytuacji erotycznej związanej z penetracją genitalną). Jeżeli tak, prosimy o zaznaczenie obok <u>wszystkich</u> występujących przyczyn.	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY – miałam stosunek płciowy <input type="checkbox"/> nieśmiałość <input type="checkbox"/> brak partnera (partnerki) <input type="checkbox"/> lęk przed zajściem w ciążę <input type="checkbox"/> przekonania religijne <input type="checkbox"/> wada wrodzona narządów płciowych <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> inne przyczyny zdrowotne <input type="checkbox"/> inne przyczyny:						A05
6	Jestem heteroseksualna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A06	
7	Jestem homoseksualna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A07	
8	Jestem biseksualna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A08	
Podstawowe treści kwestionariusza zostały sformułowane w odniesieniu do relacji heteroseksualnych i (lub) homoseksualnych. W niektórych miejscach zwroty dotyczące relacji homoseksualnych umieszczono w nawiasach, np. „partner (partnerka)”.								
9	Psychicznie czuję się mężczyzną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A09	
10	Pierwszy poważny związek partnerski rozpoczęłam w wieku:	[____] LAT <input type="checkbox"/> nigdy						A10
11	Pierwszą sytuację erotyczną przeżyłam w wieku:	[____] LAT <input type="checkbox"/> nigdy						A11
12	Pierwszy stosunek płciowy przeżyłam w wieku:	[____] LAT <input type="checkbox"/> nigdy						A12
13	Dobrze (przyjemnie) wspominam mój pierwszy stosunek płciowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie miałam stosunku	A13	
14	Wspominam mój pierwszy stosunek płciowy jako przykre doświadczenie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie miałam stosunku	A14	
15	Byłam przynajmniej raz w sytuacji erotycznej z drugą osobą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A15	
16	Liczba partnerów z którymi miałam kontakty seksualne (w życiu):	[____] partnerów <input type="checkbox"/> nie miałam partnera						A18
16a	Nie współżyłam z żadnym partnerem (partnerką) od: (szacunkowy czas od ostatniego stosunku płciowego)	od: [____] tygodni [____] miesięcy [____] lat <input type="checkbox"/> nigdy nie miałam stosunku <input type="checkbox"/> współżyję regularnie						A31
17	Miałam kontakt seksualny z kobietą (kobietami)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A17	
18	Liczba partnerek – kobiet – z którymi miałam kontakty seksualne (w życiu):	[____] partnerek <input type="checkbox"/> nie miałam kontaktów seksualnych z kobietami						A16
19	Nigdy nie czułam się gotowa do rozpoczęcia relacji seksualnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A19	
20	Jestem w związku nieformalnym (stały związek bez ślubu)	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		A20	
21	Jestem w związku małżeńskim	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		A21	
22	Liczba małżeństw:	[____]						A22
23	Byłam w dzieciństwie nadużywana, molestowana seksualnie. Jeżeli tak, prosimy podać wiek: od [____] do [____] r.ż.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A23	
24	Byłam nadużywana seksualnie w życiu dorosłym. Jeżeli tak, prosimy podać wiek: od [____] do [____] r.ż.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A24	
25	Byłam siłą zmuszana do seksu. Jeżeli tak, prosimy podać wiek: od [____] do [____] r.ż.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A25	
26	Mam zdiagnozowane problemy z płodnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A26	
27	Byłam w ciąży (ile razy):	<input type="checkbox"/> TAK, [____] razy <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jestem teraz w ciąży						A27
28	Mam dzieci (liczba):	<input type="checkbox"/> TAK, [____] synów, [____] córek <input type="checkbox"/> NIE						A28
29	Nigdy w moim życiu nie odczuwałam pożądania seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A29	
30	Myślę, że doświadczyłam orgazmu (przynajmniej raz w życiu)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A30	

Część II

Poniżej zostały wymienione różne problemy, które mogą występować w czasie zbliżeń erotycznych.

Prosimy o określenie liczbowo w ilu z ostatnich 10 Pani zbliżeń erotycznych wystąpił dany problem

(jeżeli nie wystąpił ani razu na 10 zbliżeń, prosimy o wpisanie zera).

Sytuacja erotyczna / kontakt seksualny / zbliżenie seksualne, erotyczne – są tu rozumiane jako **każda sytuacja, której celem było zaspokojenie pożądania seksualnego w relacji z partnerem** (lub partnerką w przypadku relacji homoseksualnej), włączając: stosunki płciowe genitalno-genitalne, genitalno-analne, oralne i inne pieszczoty genitaliów i innych stref erogennych (**petting, necking**).

Prosimy **dotatkowo** o zaznaczenie **X** w odpowiednich polach jeżeli dany problem **nigdy** nie występował lub występuje dłużej niż przez ostatnie **6 miesięcy**.

Jeżeli nigdy nie miała Pani sytuacji erotycznej z drugą osobą, prosimy zaznaczyć kwadrat poniżej i przejść do części III.

Nigdy nie byłam w sytuacji erotycznej z drugą osobą

31	Gdy miało dojść do zbliżenia seksualnego, nie czułam pożądania ani podniecenia – pojawiło się ono dopiero po fizycznej stymulacji stref erogennych	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B01
32	Partner odczuwał ból członka w czasie wzwodu	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B02
33	Do uzyskania pobudzenia seksualnego niezbędne mi były dodatkowe bodźce (np. ból, krepowanie, specjalne sytuacje, przedmioty)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B03
34	Partner miał niepełny, niewystarczający wzwód członka	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B04
35	Byłam napięta, nie mogłam się odprężyć	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B05
36	Moje podniecenie seksualne było niewystarczające, żebym odczuwała przyjemność z seksu	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B06
37	W trakcie zbliżenia nie czułam podniecenia ani pożądania	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B07
38	W trakcie zbliżenia byłam bierna, niezaangażowana	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B08
39	W czasie seksu czułam się źle emocjonalnie (niepokój, złość, zniechęcenie itp.)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B09
40	Seks nie dawał mi przyjemności, radości	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B10
41	W trakcie seksu przestałam odczuwać pożądanie, podniecenie, które czułam na początku	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B11
42	Czułam w czasie pieszczoty ból w okolicy wejścia do pochwy lub techtaczki	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B12
43	Partner w trakcie zbliżenia był bierny, niezaangażowany	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B13
44	Zbliżenie nie przyniosło zaspokojenia mojego popędu płciowego	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B15
45	Nie miałam orgazmu, mimo takiego pragnienia	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B16
46	Miałam orgazm, ale nie dostarczył mi oczekiwanej przyjemności	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B17
47	Miałam orgazm dużo później niż oczekiwałam	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B20
48	Partner miał wytrysk zbyt wcześnie, żeby zaspokoić moje potrzeby	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B21
49	Partner (partnerka) nie zaspokoił(-ła) moich potrzeb seksualnych	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B22
50	Nie zaspokoiłam potrzeb seksualnych partnera (partnerki)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B23
51	Po zakończeniu seksu byłam napięta, niezadowolona	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B24
52	Seks był dla mnie fizycznie nieprzyjemny lub bolesny	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B25
53	Byłam ogólnie niezadowolona z przebiegu zbliżenia	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B26
54	Zbliżenie trwało krócej niż miałam na to ochotę	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B27
55	Zbliżenie trwało dłużej niż miałam na to ochotę	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B28
56	Obawiałam się, że nie zaspokoję partnera (partnerki)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B29
57	Obawiałam się, że nie będę fizycznie gotowa do stosunku (np. niewystarczające nawilżenie pochwy)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B30
58	Obawiałam się, że będę miała orgazm zbyt wcześnie	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B31

59	Nie miałam w ogóle ochoty na seks (nie czułam pożądania)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B32
60	Traktowałam seks jak obowiązek, zadanie do wykonania	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B33
61	Bałam się dotknąć genitaliów partnera (partnerki)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B34
62	Bałam się obnażyć przed partnerem (partnerką)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B35
63	Nie udało mi się zaspokoić potrzeb seksualnych partnera (partnerki), mimo że tego pragnęłam	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B36
64	Fizyczne przejawy podniecenia (np. nawilżenie pochwy) wywoływały u mnie poczucie winy	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B37
65	Miałam wrażenie nudy, monotonii	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B38
66	Czułam wstyd	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B39
67	Miałam poczucie, że robię coś złego	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B40
68	Partner (partnerka) nie współżył (-ła) ze mną w taki sposób na jaki miałam ochotę	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B41
69	Zwracałam uwagę tylko na przyjemność partnera (partnerki), nie dążyłam do własnej przyjemności	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B42

Następna lista zawiera problemy, które dotyczą wyłącznie stosunków płciowych genitalno-genitalnych oraz prób odbycia stosunku.

Prosimy o określenie liczbowo w ilu z 10 ostatnich sytuacji wystąpił dany problem (jeżeli problem nie wystąpił ani razu w ostatnich 10 sytuacjach, prosimy o wpisanie zera).

Prosimy o uwzględnienie ostatnich 10 sytuacji, w czasie których odbyła Pani stosunek płciowy lub gdy stosunek płciowy był planowany, także jeśli do niego nie doszło.

Poniższe pytania dotyczą wyłącznie stosunków płciowych genitalno-genitalnych (obecność członka w pochwie).

Prosimy też o zaznaczenie **X** w odpowiednich polach jeżeli dany problem **nigdy** nie występował lub występuje dłużej niż ostatnie **6 miesięcy**.

Jeżeli nigdy nie miała Pani stosunku płciowego, prosimy o zaznaczenie kwadratu poniżej i przejście do części III.

Nigdy nie miałam stosunku płciowego

70	Nie doszło do stosunku, bo nie czułam wystarczającego pożądania seksualnego, podniecenia	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C01
71	W czasie gry wstępnej czułam pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałam je odczuwać	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C02
72	Przy próbie stosunku zwilżenie mojej pochwy było niewystarczające do odbycia stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C03
73	Czułam ból u wejścia do pochwy przy próbie penetracji i rozpoczęcia stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C04
74	Partnerowi w czasie gry wstępnej nie udało się utrzymać odpowiedniej twardości członka, żeby rozpocząć stosunek	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C05
75	Partner odczuwał ból członka przy próbie penetracji pochwy	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C06
76	Po grze wstępnej nie byłam w pełni gotowa do stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C08
77	Byłam napięta, nie mogłam się odprężyć przed stosunkiem	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C09
78	W czasie gry wstępnej, przed stosunkiem, czułam pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałam je odczuwać	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C10
79	Na początku stosunku czułam pożądanie seksualne, ale w trakcie stosunku przestałam je odczuwać	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C11
80	W czasie całego stosunku nie czułam pożądania erotycznego, podniecenia	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C12
81	W czasie stosunku czułam ból we wnętrzu pochwy	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C13
82	Partner odczuwał ból członka w czasie stosunku	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C14
83	Skurcz mięśni pochwy powodował, że stosunek był dla mnie bolesny	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C15
84	Partnerowi nie udało się utrzymać odpowiedniej twardości członka w trakcie stosunku	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C16
85	Partner miał wytrysk na samym początku stosunku	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C17

86	W trakcie stosunku byłam napięta, nie mogłam się odprężyć	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C18
87	Pod koniec stosunku przestałam czuć pożądanie seksualne, podniecenie (przed dojściem do orgazmu)	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C19
88	W czasie stosunku nie miałam orgazmu, mimo takiego pragnienia	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C20
89	W czasie stosunku miałam orgazm, ale nie dostarczył mi przyjemności	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C22
90	Po zakończeniu stosunku czułam ból w pochwie lub u wejścia do pochwy	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C24
91	Stosunek nie przyniósł zaspokojenia mojego popędu płciowego	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C25
92	Po stosunku byłam napięta, niezadowolona	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C26
93	Nie miałam ochoty na grę wstępną przed stosunkiem	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C27
94	Stosunek trwał krócej niż miałam na to ochotę	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C28
95	Stosunek trwał dłużej niż miałam na to ochotę	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C29
96	Koncentrowałam się na tym, żeby stosunek trwał wystarczająco długo	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C30
97	Gra wstępna była zbyt krótka, przez co nie byłam gotowa do stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C31

Część III

Poniższe stwierdzenia dotyczą nie tylko problemów, ale też jakości Pani życia seksualnego i aktualnych relacji.

Prosimy o zaznaczenie (X) na ile zgadza się Pani z kolejnymi stwierdzeniami, w odniesieniu do okresu ostatnich 6 miesięcy (jeżeli jest Pani w trakcie terapii, prosimy uwzględnić okres 6 miesięcy przed terapią) **oraz wpisanie odpowiednich danych w pola oznaczone []**.

Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi przy każdym stwierdzeniu.

98	Od jak dawna pojawia się u Pani najdłuższy występujący problem z II części kwestionariusza?	[] miesięcy [] lat				<input type="checkbox"/> nie zaznaczyłam żadnego problemu	D01
99	Jestem aktywna seksualnie w stałym związku	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> w ogóle nie jestem aktywna seksualnie	G02
100	Kiedy mam fantazje erotyczne, zawsze staram się je usunąć z moich myśli	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam fantazji erotycznych	F04
101	Jestem aktywna seksualnie, ale nie jestem w stałym związku	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> w ogóle nie jestem aktywna seksualnie	G03
102	Często nawiązuję krótkotrwałe relacje seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		G01
103	Sprawy związane z seksem są dla mnie ważne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		D03
104	Myszę, że masturbacja jest jedną z przyczyn moich problemów psychicznych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam problemów psychicznych	N05
105	Odczuwam pożądanie seksualne do mojego partnera (partnerki)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie jestem w stałym związku	K03
106	Uważam, że problemy psychiczne, które mam, wynikają z trudności w moim życiu seksualnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam problemów psychicznych	D06
107	Czuję się źle, kiedy dotykam moich narządów płciowych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E06
108	Jestem zadowolona z siły mojego pożądania seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		H03
109	Uważam, że rozmowa z partnerem (partnerką) o sprawach dotyczących seksu negatywnie wpływa na życie seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N06
110	Miewam sny erotyczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F02
111	Seks kojarzy mi się z czymś złym moralnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N01
112	Pragnę poprawy mojego życia seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie wymaga poprawy	D07
113	Uważam, że seks służący tylko przyjemności jest grzechem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N04
114	Nie inicjuję kontaktów seksualnych ze względu na zły klimat emocjonalny między mną a partnerem (partnerką)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> inicjuję kontakty seksualne	K02
115	Lubię wspominać sny erotyczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F03
116	Seks kojarzy mi się z bólem, cierpieniem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N02
117	Uważam, że trudności w moim życiu seksualnym wynikają z moich problemów psychicznych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam trudności w życiu seksualnym	D05

118	Chciałabym zmienić płeć ciała	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		J03
119	Dla mojego partnera (partnerki) jest ważne, czy przeżywam orgazm w czasie stosunku	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnera/partnerki	I03
120	Ja i mój partner (partnerka) znacznie różnimy się potrzebami seksualnymi (temperamentem)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnera/partnerki	I02
121	Masturbuję się zawsze, kiedy mam na to ochotę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nigdy nie mam ochoty na masturbację	E02
122	Jestem w stałym związku i jestem aktywna seksualnie poza tym związkiem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie jestem aktywna seksualnie	G04
123	Moje życie seksualne daje mi przyjemność i radość	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		D02
124	Mam znacznie mniej fantazji seksualnych niż dawniej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F05
125	Obawiam się, że partner (partnerka) nie będzie usatysfakcjonowany(-a) seksem ze mną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L06
126	Moja orientacja seksualna jest dla mnie przyczyną cierpienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		J01
127	W trakcie lub po masturbacji mam poczucie winy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nigdy się nie masturbuję	E04
128	Seks jest dla mnie obrzydliwy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N03
129	Czuję się swobodnie, kiedy patrzę na siebie nagą w lustrze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E08
130	Między mną a partnerem (partnerką) często dochodzi do sprzeczek, których przyczyną są problemy w naszym życiu erotycznym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnera/partnerki	K05
131	Reakcje otoczenia na moją orientację seksualną są dla mnie przyczyną cierpienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		J02
132	Staram się ograniczać częstość masturbacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nigdy się nie masturbuję	E12
133	Przeciętny czas moich zbliżeń seksualnych (w minutach, łącznie z grą wstępna, wg ostatnich 10 stosunków):	[] minut				<input type="checkbox"/> nie współżyję	G05
134	Częstość współżycia z partnerem (partnerką): (prosimy o podanie średniej liczby stosunków – ostatnie 6 miesięcy)	[] razy dziennie, [] razy w tygodniu, [] razy w miesiącu					G06
135	Zdarza się, że odczuwam pożądanie seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		H02
136	Mam dolegliwości fizyczne, które ograniczają moją sprawność seksualną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L02
137	Obawiam się, że partner (partnerka) wyśmiej mnie w sytuacji erotycznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L05
138	Mam trudności emocjonalne, które ograniczają moją sprawność seksualną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L03
139	Czuję wstręt do mojego ciała	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E07
140	Patrzeć na nagiego partnera (partnerkę) sprawia mi przyjemność	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		M01
141	Uważam, że mam dobre umiejętności w seksie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L01
142	Uważam, że moje potrzeby seksualne są zbyt duże	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		H01
143	Myszę, że jestem uzależniona od seksu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E10
144	Przestałam się interesować sprawami związanymi z seksem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> seks nigdy mnie nie interesował	H04
145	Lubię przytulać (nie-erotycznie) bliskie osoby (np. partnera, dzieci, rodziców, rodzeństwo)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		M03
146	Lubię myśleć o seksie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F01
147	Obawa przed ciążą odbiera mi przyjemność z seksu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie współżyję	L07
148	Myszę, że jestem uzależniona od masturbacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E09
149	Odczuwam pożądanie seksualne, ale nie w odniesieniu do aktualnego partnera (partnerki)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam stałego partnera/partnerki	K01
150	Jestem zadowolona z umiejętności seksualnych mojego partnera (partnerki)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnera/partnerki	I01
151	Poświęcam kilka razy w tygodniu godzinę dziennie lub więcej, na aktywność internetową związaną z seksem (czat, pornografia, wirtualny seks itp.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> poświęcam mniej czasu, ale stanowi to dla mnie problem	E11
152	Lubię odczuwać fizyczne podniecenie seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E03
153	W domu mam dobre warunki do seksu z partnerem (partnerką)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnera/partnerki	K04
154	Potrafię czerpać przyjemność z masturbacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E01
155	Uważam, że jestem atrakcyjna seksualnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L04
156	Wiem jaki rodzaj dotyku i w jakiej okolicy ciała podnieca mnie najbardziej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E05
157	Czuję się dobrze, kiedy partner (partnerka) patrzy na mnie nagą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		M02
158	Jestem zadowolona z mojego życia seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		D04

Część IV

Prosimy o zaznaczenie (X) na ile zgadza się Pani z poniższymi stwierdzeniami w odniesieniu do aktualnej sytuacji oraz wpisanie odpowiednich danych w pola oznaczone [__].

159	Skorzystałam z porad u seksuologa (kiedykolwiek w życiu)	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		P01
160	Leczę / leczyłam się u seksuologa Jeżeli tak, prosimy podać przyczynę i wynik leczenia: [_____]		<input type="checkbox"/> TAK, dawniej		<input type="checkbox"/> NIE		P02
			<input type="checkbox"/> TAK, aktualnie				
161	Wypełnianie tego kwestionariusza było dla mnie kłopotliwe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P03
162	Uważam, że w grupie terapeutycznej powinno się poruszać tematy związane ze sprawami seksualnymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P04
163	Myślę, że moje życie seksualne mogłoby mi dawać więcej satysfakcji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P05
164	Myślę, że moje życie seksualne ulegnie poprawie gdy ustąpią moje problemy psychiczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam problemów psychicznych	P06
165	Mam potrzebę uzyskania porady seksuologa lub leczenia seksuologicznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P07
166	W mojej terapii chcę się zająć sprawami związanymi z życiem seksualnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie uczestniczę ani nie planuję uczestnictwa w terapii	P08
167	W mojej terapii sprawy związane z życiem seksualnym uważam za najważniejsze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie uczestniczę ani nie planuję uczestnictwa w terapii	P09
168	Myślę, że w czasie terapii będzie mi trudno mówić o sprawach związanych z moim życiem seksualnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie uczestniczę ani nie planuję uczestnictwa w terapii	P10

11.1.2. Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego – wersja dla mężczyzn

Kod _____

Dzień terapii _____

Data ____ - ____ - 20____

KWESTIONARIUSZ SATYSFAKCJI Z ŻYCIA SEKSUALNEGO – KSS2 (M♂)

© Łukasz Müldner-Nieckowski, Krzysztof Rutkowski; Katedra Psychoterapii UJ CM, Kraków, ul. Lenartowicza 14

Kwestionariusz służy ocenie różnych obszarów zdrowia seksualnego, które mogą ulegać zakłóceniom i ograniczać satysfakcję z życia seksualnego. Prosimy o uważne przeczytanie instrukcji oraz poszczególnych pytań i zaznaczenie odpowiedzi najlepiej odpowiadających Pani odczuciom i doświadczeniom.

Kwestionariusz składa się z 4 części.

**Prosimy o przeczytanie instrukcji przed wypełnieniem każdej z nich.
Przed wypełnieniem kwestionariusza prosimy także o zapoznanie się z poniższymi definicjami.**

Definicje niektórych terminów używanych w kwestionariuszu	
Aktywność seksualna, życie seksualne	wszystkie zachowania, a także wyobrażenia i odczucia, związane z seksualnością, w tym samotna masturbacja, masturbacja wspólnie z partnerem, petting (pieszczoty narządów płciowych i innych stref erogennych, bez pełnego stosunku płciowego), necking (pieszczoty erotyczne ograniczające się do górnej części ciała), stosunki płciowe genitalne, oralne, analne, itp.
Gra wstępna	zachowania partnerów poprzedzające stosunek płciowy, zazwyczaj różnego rodzaju pieszczoty, zwiększające podniecenie i powodujące fizjologiczne przygotowanie narządów płciowych do odbycia stosunku płciowego
Masturbacja	pobudzanie własnych narządów płciowych i innych stref erogennych, w celu uzyskania przyjemności seksualnej, osiągnięcia orgazmu
Orgazm	szczytowanie, nagłe rozładowanie szczytowego pobudzenia seksualnego, dające poczucie rozkoszy, spełnienia. U mężczyzn jest najczęściej związany z ejakulacją (wytryskiem nasienia), u kobiet z rytmicznymi skurczami mięśni w obrębie narządów płciowych.
Pożądanie seksualne	chęć, potrzeba, pragnienie uzyskiwania i rozładowywania podniecenia seksualnego
Relacje erotyczne, relacje seksualne	wszelkie sytuacje erotyczne z drugą osobą, niekoniecznie stosunki płciowe
Stosunek płciowy	zbliżenie erotyczne między partnerami związane z penetracją genitalno-genitalną (obecność członka w pochwie) lub genitalno-analną (penetracja odbytu)
Sytuacja erotyczna, kontakt seksualny	zbliżenie erotyczne między partnerami, niekoniecznie związane z penetracją genitalno-genitalną, np. seks oralny, petting, necking

Część I

Prosimy o zaznaczenie (X) na ile zgadza się Pan z każdym z poniższych stwierdzeń oraz wpisanie odpowiednich informacji w pola oznaczone [____]. Stwierdzenia w części I dotyczą okresu całego życia.

W przypadku odpowiedzi z możliwościami [tak / raczej tak / raczej nie / nie] prosimy o zaznaczenie tylko jednej z nich.

1	Kiedy byłem dzieckiem, moi rodzice unikali tematów związanych z seksem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A01	
2	W dzieciństwie doświadczyłem dużo ciepła i opieki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A02	
3	Uważam, że rodzice dobrze mnie przygotowali do relacji seksualnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A03	
4	Wiedzę na temat spraw związanych z seksem (uświadomienie jak powstaje dziecko) uzyskałem w wieku:	[____] LAT						A04
5	Nie miałem nigdy stosunku płciowego (sytuacji erotycznej związanej z penetracją genitalną). Jeżeli tak, prosimy o zaznaczenie obok <u>wszystkich</u> występujących przyczyn.	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY – miałem stosunek płciowy <input type="checkbox"/> nieśmiałość <input type="checkbox"/> brak partnerki (partnera) <input type="checkbox"/> lęk przed spłodzeniem dziecka <input type="checkbox"/> przekonania religijne <input type="checkbox"/> wada wrodzona narządów płciowych <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> inne przyczyny zdrowotne <input type="checkbox"/> inne przyczyny:						A05
6	Jestem heteroseksualny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A06	
7	Jestem homoseksualny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A07	
8	Jestem biseksualny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A08	
Podstawowe treści kwestionariusza zostały sformułowane w odniesieniu do relacji heteroseksualnych i (lub) homoseksualnych. W niektórych miejscach zwroty dotyczące relacji homoseksualnych umieszczono w nawiasach, np. „partnerka (partner)”.								
9	Psychicznie czuję się kobietą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A09	
10	Pierwszy poważny związek partnerski rozpocząłem w wieku:	[____] LAT <input type="checkbox"/> nigdy						A10
11	Pierwszą sytuację erotyczną przeżyłem w wieku:	[____] LAT <input type="checkbox"/> nigdy						A11
12	Pierwszy stosunek płciowy przeżyłem w wieku:	[____] LAT <input type="checkbox"/> nigdy						A12
13	Dobrze (przyjemnie) wspominam mój pierwszy stosunek płciowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie miałem stosunku	A13	
14	Wspominam mój pierwszy stosunek płciowy jako przykre doświadczenie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie miałem stosunku	A14	
15	Byłem przynajmniej raz w sytuacji erotycznej z drugą osobą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A15	
16	Liczba partnerek z którymi miałem kontakty seksualne (w życiu):	[____] partnerek <input type="checkbox"/> nie miałem partnerki						A18
16a	Nie współżyłem z żadną partnerką (partnerem) od: (szacunkowy czas od ostatniego stosunku płciowego)	od: [____] tygodni [____] miesięcy [____] lat <input type="checkbox"/> nigdy nie miałem stosunku <input type="checkbox"/> współżyję regularnie						A31
17	Miałem kontakt seksualny z mężczyzną (mężczyznami)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A17	
18	Liczba partnerów – mężczyzn – z którymi miałem kontakty seksualne (w życiu):	[____] partnerów <input type="checkbox"/> nie miałem kontaktów seksualnych z mężczyznami						A16
19	Nigdy nie czułem się gotowy do rozpoczęcia relacji seksualnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A19	
20	Jestem w związku nieformalnym (stały związek bez ślubu)	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		A20	
21	Jestem w związku małżeńskim	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		A21	
22	Liczba małżeństw:	[____]						A22
23	Byłem w dzieciństwie nadużywany, molestowany seksualnie Jeżeli tak, prosimy podać wiek: od [____] do [____] r.ż.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A23	
24	Byłem nadużywany seksualnie w życiu dorosłym Jeżeli tak, prosimy podać wiek: od [____] do [____] r.ż.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A24	
25	Byłem siłą zmuszany do seksu Jeżeli tak, prosimy podać wiek: od [____] do [____] r.ż.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A25	
26	Mam zdiagnozowane problemy z płodnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A26	
27	Mam dzieci (liczba):	<input type="checkbox"/> TAK, [____] synów, [____] córek <input type="checkbox"/> NIE						A28
28	Nigdy w moim życiu nie odczuwałem pożądania seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A29	
29	Myślę, że doświadczyłem orgazmu (przynajmniej raz w życiu)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		A30	

Część II

Poniżej zostały wymienione różne problemy, które mogą występować w czasie zbliżeń erotycznych.

Prosimy o określenie liczbowo w ilu z ostatnich 10 Pana zbliżeń erotycznych wystąpił dany problem

(jeżeli nie wystąpił ani razu na 10 zbliżeń, prosimy o wpisanie zera).

Sytuacja erotyczna / kontakt seksualny / zbliżenie seksualne, erotyczne – są tu rozumiane jako **każda sytuacja, której celem było zaspokojenie pożądania seksualnego w relacji** z partnerką (lub partnerem w przypadku relacji homoseksualnej), włączając: stosunki płciowe genitalno-genitalne, genitalno-analne, oralne i inne pieszczoty genitaliów i innych stref erogennych (**petting, necking**).

Prosimy **dotatkowo** o zaznaczenie **X** w odpowiednich polach jeżeli dany problem **nigdy** nie występował lub występuje dłużej niż przez ostatnie **6 miesięcy**.

Jeżeli nigdy nie miał Pan sytuacji erotycznej z drugą osobą, prosimy o zaznaczenie kwadratu poniżej i przejście do części III.

Nigdy nie byłem w sytuacji erotycznej z drugą osobą

30	Gdy miało dojść do zbliżenia seksualnego, nie czułem pożądania ani podniecenia – pojawiło się ono dopiero po fizycznej stymulacji stref erogennych	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B01
31	Odczuwałem ból członka w czasie wzwodu	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B02
32	Do uzyskania pobudzenia seksualnego niezbędne mi były dodatkowe bodźce (np. ból, krępowanie, specjalne sytuacje, przedmioty)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B03
33	Miałem niepełny, niewystarczający wzwód członka	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B04
34	Byłem napięty, nie mogłem się odprężyć	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B05
35	Moje podniecenie seksualne było niewystarczające, żebym odczuwał przyjemność z seksu	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B06
36	W trakcie zbliżenia nie czułem podniecenia ani pożądania	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B07
37	W trakcie zbliżenia byłem bierny, niezaangażowany	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B08
38	W czasie seksu czułem się źle emocjonalnie (niepokój, złość, zniechęcenie itp.)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B09
39	Seks nie dawał mi przyjemności, radości	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B10
40	W trakcie seksu przestałem odczuwać pożądanie, podniecenie, które czułem na początku	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B11
41	Partnerka czuła w czasie pieszczot ból w okolicy wejścia do pochwy lub łechtaczki	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B12
42	Partnerka w trakcie zbliżenia była bierna, niezaangażowana	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B13
43	Nie udało mi się utrzymać odpowiedniej twardości członka	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B14
44	Zbliżenie nie przyniosło zaspokojenia mojego popędu płciowego	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B15
45	Nie miałem orgazmu, mimo takiego pragnienia	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B16
46	Miałem orgazm, ale nie dostarczył mi oczekiwanej przyjemności	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B17
47	Odczuwałem ból członka w momencie wytrysku	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B18
48	Miałem wytrysk, ale nie towarzyszył mu orgazm	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B19
49	Miałem orgazm dużo później niż oczekiwałem	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B20
50	Miałem wytrysk zbyt wcześnie, żeby zaspokoić potrzeby partnerki	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B21
51	Partnerka (partner) nie zaspokoiła(-ł) moich potrzeb seksualnych	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B22
52	Nie zaspokoiłem potrzeb seksualnych partnerki (partnera)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B23
53	Po zakończeniu seksu byłem napięty, niezadowolony	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B24
54	Seks był dla mnie fizycznie nieprzyjemny lub bolesny	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B25
55	Byłem ogólnie niezadowolony z przebiegu zbliżenia	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B26
56	Zbliżenie trwało krócej niż miałem na to ochotę	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B27

57	Zbliżenie trwało dłużej niż miałem na to ochotę	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B28
58	Obawiałem się, że nie zaspokoję partnerki (partnera)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B29
59	Obawiałem się, że nie utrzymam odpowiedniej erekcji członka	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B30
60	Obawiałem się, że będę miał wytrysk zbyt wcześnie	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B31
61	Nie miałem w ogóle ochoty na seks (nie czułem pożądania)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B32
62	Traktowałem seks jak obowiązek, zadanie do wykonania	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B33
63	Bąłem się dotknąć genitaliów partnerki (partnera)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B34
64	Bąłem się obnażyć przed partnerką (partnerem)	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B35
65	Nie udało mi się zaspokoić potrzeb seksualnych partnerki (partnera), mimo że tego pragnąłem	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B36
66	Fizyczne przejawy podniecenia (np. wzwód członka) wywoływały u mnie poczucie winy	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B37
67	Miałem wrażenie nudy, monotonii	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B38
68	Czułem wstyd	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B39
69	Miałem poczucie, że robię coś złego	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B40
70	Partnerka (partner) nie współżyła(-) ze mną w taki sposób na jaki miałem ochotę	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B41
71	Zwracałem uwagę tylko na przyjemność partnerki (partnera), nie dążyłem do własnej przyjemności	[] na 10 zbliżeń	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	B42

Następna lista zawiera problemy, które dotyczą wyłącznie stosunków płciowych genitalno-genitalnych oraz prób odbycia stosunku.

Prosimy o określenie liczbowo w ilu z 10 ostatnich sytuacji wystąpił dany problem (jeżeli problem nie wystąpił ani razu w ostatnich 10 sytuacjach, prosimy o wpisanie zera).

Prosimy o uwzględnienie ostatnich 10 sytuacji, w czasie których odbył Pan stosunek płciowy lub kiedy stosunek płciowy był planowany, także jeśli do niego nie doszło.

Poniższe pytania dotyczą wyłącznie stosunków płciowych genitalno-genitalnych (obecność członka w pochwie).

Prosimy też o zaznaczenie **X** w odpowiednich polach jeżeli dany problem **nigdy** nie występował lub występuje dłużej niż ostatnie **6 miesięcy**.

Jeżeli nigdy nie miał Pan stosunku płciowego, prosimy o zaznaczenie kwadratu poniżej i przejście do części III.

Nigdy nie miałem stosunku płciowego

72	Nie doszło do stosunku, bo nie czułem wystarczającego pożądania seksualnego, podniecenia	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C01
73	W czasie gry wstępnej czułem pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałem je odczuwać	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C02
74	Przy próbie stosunku zwilżenie pochwy partnerki było niewystarczające do odbycia stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C03
75	Partnerka czuła ból u wejścia do pochwy przy próbie penetracji i rozpoczęcia stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C04
76	W czasie gry wstępnej nie udało mi się utrzymać odpowiedniej twardości członka, żeby rozpocząć stosunek	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C05
77	Odczuwałem ból członka przy próbie penetracji pochwy partnerki	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C06
78	Miałem pełny wzwód członka w czasie gry wstępnej, ale zanikł kiedy miało dojść do pełnego stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C07
79	Po grze wstępnej nie byłem w pełni gotowy do stosunku	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C08
80	Byłem napięty, nie mogłem się odprężyć przed stosunkiem	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C09
81	W czasie gry wstępnej, przed stosunkiem, czułem pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałem je odczuwać	[] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C10
82	Na początku stosunku czułem pożądanie seksualne, ale w trakcie stosunku przestałem je odczuwać	[] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C11

83	W czasie całego stosunku nie czułem pożądania erotycznego, podniecenia	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C12
84	Partnerka czuła w czasie stosunku ból we wnętrzu pochwy	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C13
85	Odczuwałem ból członka w czasie stosunku	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C14
86	Skurcz mięśni pochwy partnerki powodował, że stosunek był dla mnie bolesny	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C15
87	Nie udało mi się utrzymać odpowiedniej twardości członka w trakcie stosunku	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C16
88	Miałem wytrysk na samym początku stosunku	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C17
89	W trakcie stosunku byłem napięty, nie mogłem się odprężyć	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C18
90	Pod koniec stosunku przestałem czuć pożądanie seksualne, podniecenie (przed dojściem do orgazmu)	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C19
91	W czasie stosunku nie miałem orgazmu, mimo takiego pragnienia	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C20
92	W czasie stosunku miałem wytrysk, ale nie towarzyszyło mu przeżycie orgazmu	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C21
93	W czasie stosunku miałem orgazm, ale nie dostarczył mi przyjemności	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C22
94	Po zakończeniu stosunku odczuwałem ból członka	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C23
95	Po zakończeniu stosunku partnerka odczuwała ból w pochwie lub u wejścia do pochwy	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C24
96	Stosunek nie przyniósł zaspokojenia mojego popędu płciowego	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C25
97	Po stosunku byłem napięty, niezadowolony	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C26
98	Nie miałem ochoty na grę wstępną przed stosunkiem	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C27
99	Stosunek trwał krócej niż miałem na to ochotę	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C28
100	Stosunek trwał dłużej niż miałem na to ochotę	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C29
101	Koncentrowałem się na tym, żeby stosunek trwał wystarczająco długo	[_____] na 10 stosunków	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C30
102	Gra wstępna była zbyt krótka, przez co nie byłem gotowy do stosunku	[_____] na 10 sytuacji	<input type="checkbox"/> problem nigdy nie wystąpił	<input type="checkbox"/> problem występuje dłużej niż 6 miesięcy	C31

Część III

Poniższe stwierdzenia dotyczą nie tylko problemów, ale też jakości Pana życia seksualnego i aktualnych relacji.

Prosimy o zaznaczenie (X) na ile zgadza się Pan z kolejnymi stwierdzeniami, w odniesieniu do okresu ostatnich 6 miesięcy (jeżeli jest Pan w trakcie terapii, prosimy uwzględnić okres 6 miesięcy przed terapią) **oraz wpisanie odpowiednich danych w pola oznaczone [_____] .**

Prosimy o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi przy każdym stwierdzeniu.

103	Od jak dawna pojawia się u Pana najdłuższy występujący problem z II części kwestionariusza?	[_____] miesięcy [_____] lat				<input type="checkbox"/> nie zaznaczyłem żadnego problemu	D01
104	Jestem aktywny seksualnie w stałym związku	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> w ogóle nie jestem aktywny seksualnie	G02
105	Kiedy mam fantazje erotyczne, zawsze staram się je usunąć z moich myśli	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam fantazji erotycznych	F04
106	Jestem aktywny seksualnie, ale nie jestem w stałym związku	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> w ogóle nie jestem aktywny seksualnie	G03
107	Często nawiązuję krótkotrwałe relacje seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		G01
108	Sprawy związane z seksem są dla mnie ważne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		D03
109	Myślę, że masturbacja jest jedną z przyczyn moich problemów psychicznych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam problemów psychicznych	N05
110	Odczuwam pożądanie seksualne do mojej partnerki (partnera)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie jestem w stałym związku	K03
111	Uważam, że problemy psychiczne, które mam, wynikają z trudności w moim życiu seksualnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam problemów psychicznych	D06
112	Czuję się źle, kiedy dotykam mojego członka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E06
113	Jestem zadowolony z siły mojego pożądania seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		H03

114	Uważam, że rozmowa z partnerką (partnerem) o sprawach dotyczących seksu negatywnie wpływa na życie seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N06
115	Miewam sny erotyczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F02
116	Seks kojarzy mi się z czymś złym moralnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N01
117	Pragnę poprawy mojego życia seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie wymaga poprawy	D07
118	Uważam, że seks służący tylko przyjemności jest grzechem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N04
119	Nie inicjuję kontaktów seksualnych ze względu na zły klimat emocjonalny między mną a partnerką (partnerem)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> inicjuję kontakty seksualne	K02
120	Lubię wspominać sny erotyczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F03
121	Seks kojarzy mi się z bólem, cierpieniem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N02
122	Uważam, że trudności w moim życiu seksualnym wynikają z moich problemów psychicznych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam trudności w życiu seksualnym	D05
123	Chciałbym zmienić płeć ciała	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		J03
124	Dla mojej partnerki (partnera) jest ważne, czy przeżywam orgazm w czasie stosunku	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnerki/partnera	I03
125	Ja i moja partnerka (partner) znacznie różnimy się potrzebami seksualnymi (temperamentem)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnerki/partnera	I02
126	Masturbuję się zawsze, kiedy mam na to ochotę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nigdy nie mam ochoty na masturbację	E02
127	Jestem w stałym związku i jestem aktywny seksualnie poza tym związkiem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie jestem aktywny seksualnie	G04
128	Moje życie seksualne daje mi przyjemność i radość	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		D02
129	Mam znacznie mniej fantazji seksualnych niż dawniej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F05
130	Obawiam się, że partnerka (partner) nie będzie usatysfakcjonowana(-y) seksem ze mną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L06
131	Moja orientacja seksualna jest dla mnie przyczyną cierpienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		J01
132	W trakcie lub po masturbacji mam poczucie winy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nigdy się nie masturbuję	E04
133	Seks jest dla mnie obrzydliwy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		N03
134	Czuję się swobodnie, kiedy patrzę na siebie nagiego w lustrze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E08
135	Między mną a partnerką (partnerem) często dochodzi do sprzeczek, których przyczyną są problemy w naszym życiu erotycznym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnerki/partnera	K05
136	Reakcje otoczenia na moją orientację seksualną są dla mnie przyczyną cierpienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		J02
137	Staram się ograniczać częstość masturbacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nigdy się nie masturbuję	E12
138	Przeciętny czas moich zbliżeń seksualnych (w minutach, łącznie z grą wstępną, wg ostatnich 10 stosunków):	[_____] minut				<input type="checkbox"/> nie współżyję	G05
139	Częstość współżycia z partnerką (partnerem): (prosimy o podanie średniej liczby stosunków – ostatnie 6 miesięcy)	[_____] razy dziennie, [_____] razy w tygodniu, [_____] razy w miesiącu					G06
140	Zdarza się, że odczuwam pożądanie seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		H02
141	Mam dolegliwości fizyczne, które ograniczają moją sprawność seksualną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L02
142	Obawiam się, że partnerka (partner) wyśmiej mnie w sytuacji erotycznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L05
143	Mam trudności emocjonalne, które ograniczają moją sprawność seksualną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L03
144	Czuję wstręt do mojego ciała	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E07
145	Patrznie na nagą partnerkę (partnera) sprawia mi przyjemność	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		M01
146	Uważam, że mam dobre umiejętności w seksie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L01
147	Uważam, że moje potrzeby seksualne są zbyt duże	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		H01
148	Myślę, że jestem uzależniony od seksu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E10
149	Przestałem się interesować sprawami związanymi z seksem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> seks nigdy mnie nie interesował	H04

150	Lubię przytulać (nie-erotycznie) bliskie osoby (np. partnerkę, dzieci, rodziców, rodzeństwo)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		M03
151	Lubię myśleć o seksie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		F01
152	Obawa przed ciążą odbiera mi przyjemność z seksu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie współżyję	L07
153	Myślę, że jestem uzależniony od masturbacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E09
154	Odczuwam pożądanie seksualne, ale nie w odniesieniu do aktualnej partnerki (partnera)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam stałego partnera/partnerki	K01
155	Jestem zadowolony z umiejętności seksualnych mojej partnerki (partnera)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnerki/partnera	I01
156	Poświęcam kilka razy w tygodniu godzinę dziennie lub więcej, na aktywność internetową związaną z seksem (czat, pornografia, wirtualny seks itp.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> poświęcam mniej czasu, ale stanowi to dla mnie problem	E11
157	Lubię odczuwać fizyczne podniecenie seksualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E03
158	W domu mam dobre warunki do seksu z partnerką (partnerem)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam partnerki/partnera	K04
159	Potrafię czerpać przyjemność z masturbacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E01
160	Uważam, że jestem atrakcyjny seksualnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		L04
161	Wiem jaki rodzaj dotyku i w jakiej okolicy ciała podnieca mnie najbardziej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		E05
162	Czuję się dobrze, kiedy partnerka (partner) patrzy na mnie nagiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		M02
163	Jestem zadowolony z mojego życia seksualnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		D04

Część IV

Prosimy o zaznaczenie (X) na ile zgadza się Pan z poniższymi stwierdzeniami w odniesieniu do aktualnej sytuacji oraz wpisanie odpowiednich danych w pola oznaczone [___].

164	Skorzystałem z porad u seksuologa (kiedykolwiek w życiu)	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		P01
165	Leczę / leczyłem się u seksuologa Jeżeli tak, prosimy podać przyczynę i wynik leczenia: [_____] [_____]		<input type="checkbox"/> TAK, dawniej		<input type="checkbox"/> NIE		P02
166	Wypełnianie tego kwestionariusza było dla mnie kłopotliwe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P03
167	Uważam, że w grupie terapeutycznej powinno się poruszać tematy związane ze sprawami seksualnymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P04
168	Myślę, że moje życie seksualne mogłoby mi dawać więcej satysfakcji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P05
169	Myślę, że moje życie seksualne ulegnie poprawie gdy ustąpią moje problemy psychiczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie mam problemów psychicznych	P06
170	Mam potrzebę uzyskania porady seksuologa lub leczenia seksuologicznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE		P07
171	W mojej terapii chcę się zająć sprawami związanymi z życiem seksualnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie uczestniczę ani nie planuję uczestnictwa w terapii	P08
172	W mojej terapii sprawy związane z życiem seksualnym uważam za najważniejsze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie uczestniczę ani nie planuję uczestnictwa w terapii	P09
173	Myślę, że w czasie terapii będzie mi trudno mówić o sprawach związanych z moim życiem seksualnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nie uczestniczę ani nie planuję uczestnictwa w terapii	P10

11.2. Aneks 2. Skale dysfunkcji seksualnych KSS2

Zawartość skal objawów dysfunkcji seksualnych czynnościowych KSS2

Tabela 12.1. Skala zaburzeń pożądania

Nazwa skali:		Zaburzenia pożądania
Zakres oceny:		10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)
Uwzględnione objawy:		Brak pożądania, wygasanie pożądania w trakcie zbliżenia.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B08	W trakcie zbliżenia byłem bierny, niezaangażowany	W trakcie zbliżenia byłam bierna, niezaangażowana
B11	W trakcie seksu przestałem odczuwać pożądanie, podniecenie, które czułem na początku	W trakcie seksu przestałam odczuwać pożądanie, podniecenie, które czułam na początku
B32	Nie miałem w ogóle ochoty na seks (nie czułem pożądania)	Nie miałam w ogóle ochoty na seks (nie czułam pożądania)
C01	Nie doszło do stosunku, bo nie czułem wystarczającego pożądania seksualnego, podniecenia	Nie doszło do stosunku, bo nie czułam wystarczającego pożądania seksualnego, podniecenia
C02	W czasie gry wstępnej czułem pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałem je odczuwać	W czasie gry wstępnej czułam pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałam je odczuwać
C10	W czasie gry wstępnej, przed stosunkiem, czułem pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałem je odczuwać	W czasie gry wstępnej, przed stosunkiem, czułam pożądanie seksualne, ale przy próbie rozpoczęcia pełnego stosunku przestałam je odczuwać
C11	Na początku stosunku czułem pożądanie seksualne, ale w trakcie stosunku przestałem je odczuwać	Na początku stosunku czułam pożądanie seksualne, ale w trakcie stosunku przestałam je odczuwać
C12	W czasie całego stosunku nie czułem pożądania erotycznego, podniecenia	W czasie całego stosunku nie czułam pożądania erotycznego, podniecenia

Tabela 12.2. Skala zaburzeń podniecenia

Nazwa skali:		Zaburzenia podniecenia
Zakres oceny:		10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)
Uwzględnione objawy:		U mężczyzn: brak wzwodu członka, niepełny wzwód, erekcja ustępująca w czasie zbliżenia, brak odczucia podniecenia, gotowości do stosunku. U kobiet: brak poczucia podniecenia przed i w trakcie stosunku, podniecenia fizycznego, gotowości do stosunku.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B04	Miałem niepełny, niewystarczający wzwód członka	
B06	Moje podniecenie seksualne było niewystarczające, żebym odczuwał przyjemność z seksu	Moje podniecenie seksualne było niewystarczające, żebym odczuwała przyjemność z seksu
B07	W trakcie zbliżenia nie czułem podniecenia ani pożądania	W trakcie zbliżenia nie czułam podniecenia ani pożądania
B14	Nie udało mi się utrzymać odpowiedniej twardości członka	
C05	W czasie gry wstępnej nie udało mi się utrzymać odpowiedniej twardości członka, żeby rozpocząć stosunek	
C07	Miałem pełny wzwód członka w czasie gry wstępnej, ale zanikł kiedy miało dojść do pełnego stosunku	
C08	Po grze wstępnej nie byłem w pełni gotowy do stosunku	Po grze wstępnej nie byłam w pełni gotowa do stosunku
C16	Nie udało mi się utrzymać odpowiedniej twardości członka w trakcie stosunku	
C03		Przy próbie stosunku zwilżenie mojej pochwy było niewystarczające do odbycia stosunku

Tabela 12.3. Skala zaburzeń orgazmu

Nazwa skali:	Zaburzenia orgazmu	
Zakres oceny:	10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)	
Uwzględnione objawy:	U mężczyzn: brak orgazmu, przyjemności związanej z wytryskiem; przedwczesny wytrysk nasienia, opóźniony wytrysk, brak wytrysku. U kobiet: brak przyjemności związanej z orgazmem, opóźnienie orgazmu, brak orgazmu.	
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B17	Miałem orgazm, ale nie dostarczył mi oczekiwanej przyjemności	Miałam orgazm, ale nie dostarczył mi oczekiwanej przyjemności
B19	Miałem wytrysk, ale nie towarzyszył mu orgazm	
B20	Miałem orgazm dużo później niż oczekiwałem	Miałam orgazm dużo później niż oczekiwałam
B21	Miałem wytrysk zbyt wcześnie, żeby zaspokoić potrzeby partnerki	
C17	Miałem wytrysk na samym początku stosunku	
C19	Pod koniec stosunku przestałem czuć pożądanie seksualne, podniecenie (przed dojściem do orgazmu)	Pod koniec stosunku przestałam czuć pożądanie seksualne, podniecenie (przed dojściem do orgazmu)
C20	W czasie stosunku nie miałem orgazmu, mimo takiego pragnienia	W czasie stosunku nie miałam orgazmu, mimo takiego pragnienia
C21	W czasie stosunku miałem wytrysk, ale nie towarzyszyło mu przeżycie orgazmu	
C22	W czasie stosunku miałem orgazm, ale nie dostarczył mi przyjemności	W czasie stosunku miałam orgazm, ale nie dostarczył mi przyjemności

Tabela 12.4. Skala bólu w czasie zbliżeń

Nazwa skali:	Ból w czasie zbliżeń	
Zakres oceny:	10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)	
Uwzględnione objawy:	U mężczyzn: ból członka w czasie wzwodu, penetracji, w trakcie, po zakończeniu stosunku; nieprzyjemne odczucia fizyczne w czasie seksu. U kobiet: ból w okolicy wejścia do pochwy w czasie gry wstępnej, przy próbie lub w czasie penetracji; bolesny skurcz mięśni pochwy, bolesność odczuwana po stosunku.	
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B02	Odczuwałem ból członka w czasie wzwodu	
B12		Czułam w czasie pieścizot ból w okolicy wejścia do pochwy lub techtaczki
B18	Odczuwałem ból członka w momencie wytrysku	
B25	Seks był dla mnie fizycznie nieprzyjemny lub bolesny	Seks był dla mnie fizycznie nieprzyjemny lub bolesny
C04		Czułam ból u wejścia do pochwy przy próbie penetracji i rozpoczęcia stosunku
C06	Odczuwałem ból członka przy próbie penetracji pochwy partnerki	
C13		W czasie stosunku czułam ból we wnętrzu pochwy
C14	Odczuwałem ból członka w czasie stosunku	
C15		Skurcz mięśni pochwy powodował, że stosunek był dla mnie bolesny
C23	Po zakończeniu stosunku odczuwałem ból członka	
C24		Po zakończeniu stosunku czułam ból w pochwie lub u wejścia do pochwy

Tabela 12.5. Skala dyssatysfakcji seksualnej

Nazwa skali:		Dyssatysfakcja seksualna
Zakres oceny:		10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)
Uwzględnione objawy:		Brak przyjemności, radości, zaangażowania; odczuwanie niezadowolonia, brak zaspokojenia seksualnego.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B10	Seks nie dawał mi przyjemności, radości	Seks nie dawał mi przyjemności, radości
B15	Zbliżenie nie przyniosło zaspokojenia mojego popędu płciowego	Zbliżenie nie przyniosło zaspokojenia mojego popędu płciowego
B22	Partnerka (partner) nie zaspokoiła(-ł) moich potrzeb seksualnych	Partner (partnerka) nie zaspokoił(-ła) moich potrzeb seksualnych
B24	Po zakończeniu seksu byłem napięty, niezadowolony	Po zakończeniu seksu byłam napięta, niezadowolona
B26	Byłem ogólnie niezadowolony z przebiegu zbliżenia	Byłam ogólnie niezadowolona z przebiegu zbliżenia
B38	Miałem wrażenie nudy, monotonii	Miałam wrażenie nudy, monotonii
C25	Stosunek nie przyniósł zaspokojenia mojego popędu płciowego	Stosunek nie przyniósł zaspokojenia mojego popędu płciowego

Tabela 12.6. Skala napięcia w czasie zbliżeń

Nazwa skali:		Napięcie w czasie zbliżeń
Zakres oceny:		10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)
Uwzględnione objawy:		Odczuwanie w trakcie zbliżeń napięcia fizycznego i psychicznego, poczucia winy, wstydu.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B05	Byłem napięty, nie mogłem się odprężyć	Byłam napięta, nie mogłam się odprężyć
B09	W czasie seksu czułem się źle emocjonalnie (niepokój, złość, zniechęcenie itp.)	W czasie seksu czułam się źle emocjonalnie (niepokój, złość, zniechęcenie itp.)
B37	Fizyczne przejawy podniecenia (np. wzwód członka) wywoływały u mnie poczucie winy	Fizyczne przejawy podniecenia (np. nawilżenie pochwy) wywoływały u mnie poczucie winy
B39	Czułem wstyd	Czułam wstyd
B40	Miałem poczucie, że robię coś złego	Miałam poczucie, że robię coś złego
C09	Byłem napięty, nie mogłem się odprężyć przed stosunkiem	Byłam napięta, nie mogłam się odprężyć przed stosunkiem
C18	W trakcie stosunku byłem napięty, nie mogłem się odprężyć	W trakcie stosunku byłam napięta, nie mogłam się odprężyć

Tabela 12.7. Skala lęku w czasie zbliżeń

Nazwa skali:		Lęk w czasie zbliżeń
Zakres oceny:		10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)
Uwzględnione objawy:		Obawy przed niesprawnością seksualną, niezaspokojeniem potrzeb partnera; lęk przed własną nagością i kontaktem seksualnym z drugą osobą.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B29	Obawiałem się, że nie zaspokoję partnerki (partnera)	Obawiałam się, że nie zaspokoję partnera (partnerki)
B30	Obawiałem się, że nie utrzymam odpowiedniej erekcji członka	Obawiałam się, że nie będę fizycznie gotowa do stosunku (np. niewystarczające nawilżenie pochwy)
B31	Obawiałem się, że będę miał wytrysk zbyt wcześnie	Obawiałam się, że będę miała orgazm zbyt wcześnie
B34	Bałem się dotknąć genitaliów partnerki (partnera)	Bałam się dotknąć genitaliów partnera (partnerki)
B35	Bałem się obnażyć przed partnerką (partnerem)	Bałam się obnażyć przed partnerem (partnerką)
C30	Koncentrowałem się na tym, żeby stosunek trwał wystarczająco długo	Koncentrowałam się na tym, żeby stosunek trwał wystarczająco długo

Tabela 12.8. Skala negatywnej oceny zbliżeń

Nazwa skali:		Negatywna ocena zbliżeń
Zakres oceny:		10 ostatnich zbliżeń seksualnych (bez stosunku lub z pełnym stosunkiem)
Uwzględnione objawy:		Negatywna ocena poznawcza dotycząca zaspokojenia partnera, formy zbliżenia i aktywności partnera, czasu trwania zbliżenia – gry wstępnej i stosunku płciowego.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
B23	Nie zaspokoilem potrzeb seksualnych partnerki (partnera)	Nie zaspokoilaam potrzeb seksualnych partnera (partnerki)
B27	Zbliżenie trwało krócej niż miałem na to ochotę	Zbliżenie trwało krócej niż miałam na to ochotę
B28	Zbliżenie trwało dłużej niż miałem na to ochotę	Zbliżenie trwało dłużej niż miałam na to ochotę
B36	Nie udało mi się zaspokoić potrzeb seksualnych partnerki (partnera), mimo że tego pragnąłem	Nie udało mi się zaspokoić potrzeb seksualnych partnera (partnerki), mimo że tego pragnęłam
B41	Partnerka (partner) nie współżyła(-ł) ze mną w taki sposób na jaki miałem ochotę	Partner (partnerka) nie współżył (-ła) ze mną w taki sposób na jaki miałam ochotę
C28	Stosunek trwał krócej niż miałem na to ochotę	Stosunek trwał krócej niż miałam na to ochotę
C29	Stosunek trwał dłużej niż miałem na to ochotę	Stosunek trwał dłużej niż miałam na to ochotę
C31	Gra wstępna była zbyt krótka, przez co nie byłem gotowy do stosunku	Gra wstępna była zbyt krótka, przez co nie byłam gotowa do stosunku

Zawartość skal objawów dysfunkcji seksualnych uogólnionych KSS2

Tabela 12.9. Skala hiperseksualności

Nazwa skali:		Hiperseksualność	
Zakres oceny:		6 miesięcy do czasu badania	
Uwzględnione objawy:		Nadmierne potrzeby seksualne, przekonanie o uzależnieniu od seksu lub masturbacji, znacząco częsta aktywność seksualna w Internecie.	
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet	
H01	Uważam, że moje potrzeby seksualne są zbyt duże	Uważam, że moje potrzeby seksualne są zbyt duże	
E09	Myślę, że jestem uzależniony od masturbacji	Myślę, że jestem uzależniona od masturbacji	
E10	Myślę, że jestem uzależniony od seksu	Myślę, że jestem uzależniona od seksu	
E11	Poświęcam kilka razy w tygodniu godzinę dziennie lub więcej, na aktywność internetową związaną z seksem (czat, pornografia, wirtualny seks itp.)	Poświęcam kilka razy w tygodniu godzinę dziennie lub więcej, na aktywność internetową związaną z seksem (czat, pornografia, wirtualny seks itp.)	

Tabela 12.10. Skala awersji seksualnej

Nazwa skali:		Awersja seksualna	
Zakres oceny:		6 miesięcy do czasu badania	
Uwzględnione objawy:		Negatywny stosunek do własnego ciała, odczucie wstrętu, skojarzenia ekspresji i aktywności seksualnej z przykrymi odczuciami lub cierpieniem.	
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet	
E06	Czuję się źle, kiedy dotykam mojego członka	Czuję się źle, kiedy dotykam moich narządów płciowych	
E07	Czuję wstręt do mojego ciała	Czuję wstręt do mojego ciała	
E08*	Czuję się swobodnie, kiedy patrzę na siebie nagiego w lustrze	Czuję się swobodnie, kiedy patrzę na siebie nagą w lustrze	
N01	Seks kojarzy mi się z czymś złym moralnie	Seks kojarzy mi się z czymś złym moralnie	
N02	Seks kojarzy mi się z bólem, cierpieniem	Seks kojarzy mi się z bólem, cierpieniem	
N03	Seks jest dla mnie obrzydliwy	Seks jest dla mnie obrzydliwy	

* zmienna odwrócona

Tabela 12.11. Skala zaniżonej samooceny seksualnej

Nazwa skali:		Zaniżona samoocena seksualna	
Zakres oceny:		6 miesięcy do czasu badania	
Uwzględnione objawy:		Ocena własnej atrakcyjności, sprawności seksualnej, odczuwanie przyjemności z myślenia o seksie i podniecenia seksualnego.	
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet	
E03*	Lubię odczuwać fizyczne podniecenie seksualne	Lubię odczuwać fizyczne podniecenie seksualne	
F01*	Lubię myśleć o seksie	Lubię myśleć o seksie	
L01*	Uważam, że mam dobre umiejętności w seksie	Uważam, że mam dobre umiejętności w seksie	
L04*	Uważam, że jestem atrakcyjny seksualnie	Uważam, że jestem atrakcyjna seksualnie	

* zmienne odwrócone

Tabela 12.12. Skala obniżonego poziomu pożądania spontanicznego

Nazwa skali:		Obniżony poziom pożądania spontanicznego
Zakres oceny:		6 miesięcy do czasu badania
Uwzględnione objawy:		Wykładniki spontanicznego pożądania seksualnego – występowanie erotycznych marzeń sennych, fantazji seksualnych, pozytywny stosunek do nich; doświadczanie pożądania seksualnego i zainteresowanie sprawami związanymi z seksem.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
F02*	Miewam sny erotyczne	Miewam sny erotyczne
F03*	Lubię wspominać sny erotyczne	Lubię wspominać sny erotyczne
F05	Mam znacznie mniej fantazji seksualnych niż dawniej	Mam znacznie mniej fantazji seksualnych niż dawniej
H02*	Zdarza się, że odczuwam pożądanie seksualne	Zdarza się, że odczuwam pożądanie seksualne
H03*	Jestem zadowolony z siły mojego pożądania seksualnego	Jestem zadowolony z siły mojego pożądania seksualnego

* zmienne odwrócone

Tabela 12.13. Skala ogólnej dysatisfakcji seksualnej

Nazwa skali:		Ogólna dysatisfakcja seksualna
Zakres oceny:		6 miesięcy do czasu badania
Uwzględnione objawy:		Brak przyjemności i zadowolenia z życia seksualnego, pragnienie poprawy w tym zakresie i oczekiwanie większej satysfakcji w przyszłości.
Kod KSS2	Tekst dla mężczyzn	Tekst dla kobiet
D02*	Moje życie seksualne daje mi przyjemność i radość	Moje życie seksualne daje mi przyjemność i radość
D04*	Jestem zadowolony z mojego życia seksualnego	Jestem zadowolona z mojego życia seksualnego
D07	Pragnę poprawy mojego życia seksualnego	Pragnę poprawy mojego życia seksualnego
P05	Myślę, że moje życie seksualne mogłoby mi dawać więcej satysfakcji	Myślę, że moje życie seksualne mogłoby mi dawać więcej satysfakcji

* zmienne odwrócone

11.3. Aneks 3. Wyniki analiz, których nie umieszczono w tekście głównym

11.3.1. Analiza korelacji wartości skal KO z wartościami skal dysfunkcji seksualnych KSS w pomiarze 1.

Dane dodatkowe do rozdziału 6.5.1.1.1.

Tabela 12.14. Korelacje między wartościami skal objawów KO i wartościami skal KSS2 – badanie w pierwszym pomiarze. Bez podziału na płeć. (korelacje r Pearsona)

Skale KSS2	Zab. pożądanía	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dysatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dysatisfakcja seksualna	XKSS
Objawy fobiczne	,13*	,07	-,05	,09	,01	,11	,06	,03	,05	,08	-,03	-,09	,01	,01
Lęk uogólniony i napadowy	,15*	,14*	,09	,10	,01	,18**	,07	,07	,11	,20**	,02	-,02	,05	,10
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,16**	,14*	,09	,10	,07	,16*	,08	,16*	,10	,21**	,06	-,06	,03	,10
Objawy konwersyjne	,18**	,17**	,11	,19**	,11	,13*	,02	,14*	,08	,08	-,04	-,10	,06	,14*
Objawy autonomiczne	,23**	,16*	,11	,16*	,10	,16*	,06	,17**	,04	,14*	,01	-,09	,04	,21**
Objawy somatyzacyjne	,14*	,10	,14*	,23**	,08	,11	,10	,09	,02	,19**	,05	-,04	,11	,16*
Objawy hipochondryczne	,03	,03	,01	,12	-,04	,05	-,01	,01	,09	,05	-,01	-,10	-,02	,03
Objawy neurasteniczne	,14*	,09	,14*	,11	,08	,12	,11	,10	,18**	,20**	-,05	-,04	,14*	,15*
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,18**	,17**	,13*	,13*	,06	,09	,07	,13*	,18**	,19**	,01	,00	,14*	,11
Unikanie i zależność	,15*	,20**	,15*	,14*	,05	,13*	,15*	,08	,13*	,35**	,18**	,04	,25**	,16*
Impulsywność i histrioniczność	,29**	,20**	,21**	,14*	,14*	,23**	,16*	,18**	,04	,21**	,01	-,06	,07	,25**
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,10	,08	,13*	,07	-,01	,11	,09	,08	-,03	,12	,01	-,10	,08	,09
Dysfunkcje seksualne	,33**	,33**	,25**	,26**	,23**	,22**	,06	,19**	,00	,18**	,03	,10	,33**	,36**
Objawy dystymiczne	,19**	,18**	,17**	,15*	,07	,12	,06	,12	,12*	,25**	,08	,01	,16**	,18**
OWK	,25**	,21**	,18**	,21**	,10	,19**	,11	,16*	,12*	,25**	,03	-,06	,15*	,21**
X-KON	,20**	,25**	,15*	,13*	,04	,21**	,14*	,16*	,19**	,33**	,21**	,05	,19**	,19**

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

11.3.2. Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji dla pomiaru 1.

Dane dodatkowe do rozdziału 6.5.1.1.2.

Tabela 12.15. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – wartości skal KO w pomiarze 1. Mężczyźni

Skale KO	Objawy fobiczne	Lęk napadowy i uogólniony	Objawy obsesyjno-kompulsyjne	Objawy konwersyjne	Objawy autonomiczne	Objawy somatyzacyjne	Objawy hipochondryczne	Objawy neurasteniczne
Lęk uogólniony i napadowy	,67*							
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,29*	,51*						
Objawy konwersyjne	,58*	,46*	,19					
Objawy autonomiczne	,67*	,59*	,18	,69*				
Objawy somatyzacyjne	,54*	,49*	,31*	,67*	,70*			
Objawy hipochondryczne	,45*	,49*	,36*	,51*	,60*	,48*		
Objawy neurasteniczne	,42*	,50*	,32*	,38*	,33*	,33*	,21	
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,54*	,54*	,37*	,54*	,47*	,48*	,28*	,57*

* $p < 0,05$

Tabela 12.16. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – wartości skal KO w pomiarze 1. Kobiety

Skale KO	Objawy fobiczne	Lęk napadowy i uogólniony	Objawy obsesyjno-kompulsyjne	Objawy konwersyjne	Objawy autonomiczne	Objawy somatyzacyjne	Objawy hipochondryczne	Objawy neurasteniczne
Lęk uogólniony i napadowy	,61							
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,39	,52						
Objawy konwersyjne	,54	,57	,39					
Objawy autonomiczne	,60	,66	,35	,71				
Objawy somatyzacyjne	,41	,52	,43	,59	,62			
Objawy hipochondryczne	,51	,57	,40	,45	,54	,45		
Objawy neurasteniczne	,34	,57	,49	,55	,56	,54	,32	
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,40	,49	,38	,57	,47	,39	,34	,55

Dla wszystkich korelacji $p < 0,01$

Tabela 12.17. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – wartości skal KSS2 w pomiarze 1. Mężczyźni.

Skale KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne
Zab. podniecenia	,70**											
Zab. orgazmu	,64**	,62**										
Ból w czasie zbliżeń	,41**	,46**	,63**									
Dyssatisfakcja	,39**	,43**	,40**	,45**								
Napięcie	,48**	,54**	,44**	,37**	,50**							
Lęk	,26*	,28*	,40**	,29**	,24*	,42**						
Negatywna ocena	,62**	,62**	,73**	,56**	,63**	,55**	,33**					
Hiperseksualność	,11	,04	,13	-,05	,12	,02	,07	,16				
Awersja seksualna	,09	,09	,02	,02	,12	,16	,16	,01	,11			
Zaniżona samoocena seksualna	-,12	,03	-,11	-,04	-,09	,05	,17	-,19	-,15	,51**		
Obniżone pożądanie spontaniczne	,04	,00	,16	,03	,08	,12	,40**	-,02	-,03	,31**	,35**	
Ogólna dysatisfakcja seksualna	,14	,20	,21	,15	,15	,06	,21	,06	,27*	,20	,32**	,15

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Tabela 12.18. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – wartości skal KSS2 w pomiarze 1. Kobiety.

Skale KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne
Zab. podniecenia	,63**											
Zab. orgazmu	,44**	,50**										
Ból w czasie zbliżeń	,44**	,60**	,41**									
Dyssatisfakcja	,54**	,57**	,48**	,48**								
Napięcie	,61**	,57**	,48**	,43**	,44**							
Lęk	,35**	,37**	,36**	,25**	,29**	,55**						
Negatywna ocena	,64**	,62**	,59**	,41**	,75**	,65**	,46**					
Hiperseksualność	-,02	-,08	-,03	-,05	,03	-,04	-,01	-,04				
Awersja seksualna	,18*	,25**	,18*	,23**	,14	,28**	,08	,16*	,20**			
Zaniżona samoocena seksualna	,06	,17*	,02	,08	,03	,12	,13	,10	-,01	,62**		
Obniżone pożądanie spontaniczne	,14	,22**	,12	,14	,08	,19*	,10	,12	-,22**	,31**	,53**	
Ogólna dysatisfakcja seksualna	,22**	,28**	,19*	,26**	,26**	,22**	,07	,24**	,04	,46**	,34**	,26**

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

11.3.3. Analizy korelacji wartości skal KO w pomiarze 1. ze zmianami wartości skal KSS2

Dane dodatkowe do rozdziału 6.5.2.1.1.

Tabela 12.19. Korelacje między wynikami w pierwszym pomiarze wartości skal objawów KO i zmianą wartości skal KSS2. Bez podziału na płcie. (korelacje r Pearsona)

Zmiana w skalach KSS	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dyssatisfakcja seksualna	XKSS
Objawy fobiczne	,07	,06	-,01	,03	,00	,08	,07	,03	,19**	,08	,05	,00	,20**	,00
Lęk uogólniony i napadowy	-,02	,07	,03	,00	-,08	,10	,06	-,03	,20**	,09	,13	-,05	,03	-,03
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,06	,12	,05	,07	-,07	,15	,13	,06	,04	,10	,09	-,14*	-,03	,00
Objawy konwersyjne	,11	,07	,08	,07	-,01	,09	,10	,11	,22**	,07	,07	-,02	-,03	,03
Objawy autonomiczne	,10	,02	,08	-,01	-,01	,03	,01	,09	,20**	,11	,04	-,05	,09	,02
Objawy somatyzacyjne	,08	,06	,09	,13	-,01	,08	,11	,09	,08	,12	,01	-,08	-,06	,04
Objawy hipochondryczne	-,05	,02	,01	,00	-,04	,07	,06	,01	,14	,10	,06	-,08	,03	-,02
Objawy neurasteniczne	,05	,01	,02	-,04	-,06	,02	,05	-,02	,17*	,08	,03	-,04	-,11	-,04
Objawy depersonalizacji-de-realizacji	,01	,00	-,03	-,05	-,12	-,01	,12	,00	,25**	-,03	,04	-,02	,04	-,04
Unikanie i zależność	,02	,10	-,06	,05	-,12	,01	,08	-,05	,18*	,14	,14	-,01	-,01	-,05
Impulsywność i histrioniczność	,17*	,16*	,09	,12	-,06	,17*	,11	,02	,09	,18*	,16*	-,07	-,03	,10
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,12	,10	,17*	,09	,03	,13	,17*	,12	,00	,08	,10	-,10	,11	,12
Dysfunkcje seksualne	,08	,06	-,04	,07	-,03	,00	-,08	-,05	,11	,06	-,03	-,13	,02	,06
Objawy dystymiczne	,01	,04	,04	,05	-,06	,04	,09	,00	,15*	,12	,18*	-,03	,03	,00
OWK	,08	,09	,05	,06	-,07	,10	,11	,04	,21**	,14	,11	-,08	,01	,01
X-KON	,07	,15	,06	,04	-,08	,09	,07	,05	,26**	,10	,19**	-,03	,03	,06

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

11.3.4. Analizy korelacji zmiany wartości skal KO ze zmianą wartości skal KSS2

Dane dodatkowe do rozdziału 6.5.2.1.2.

Tabela 12.20. Analiza korelacji między zmianą wartości skal KO i zmianą wartości skal KSS2. Bez podziału na płcie. (korelacje r Pearsona)

Zmiana w skalach KSS	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dysatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne	Ogólna dysatisfakcja seksualna	XKSS
Objawy fobiczne	,12	,11	,05	,08	,12	,18*	,16*	,13	,12	,05	,09	,03	,20**	,08
Lęk uogólniony i napadowy	,08	,09	,07	,09	,11	,27**	,19*	,08	,10	,03	,12	,06	,16*	,09
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,17*	,15	,14	,19*	,15*	,25**	,28**	,21**	,03	,03	,08	-,10	,03	,17*
Objawy konwersyjne	,11	,15	,12	,19*	,14	,22**	,20*	,20**	,16*	-,01	,09	,02	,02	,11
Objawy autonomiczne	,14	,10	,12	,12	,19*	,21**	,17*	,24**	,15*	,05	,07	-,02	,16*	,12
Objawy somatyzacyjne	,07	,08	,11	,26**	,16*	,16*	,21**	,17*	-,01	,07	,01	-,03	,01	,12
Objawy hipochondryczne	,06	,15	,10	,16*	,08	,22**	,16*	,12	,04	,10	,06	-,01	,09	,13
Objawy neurasteniczne	,10	,14	,14	,12	,14	,28**	,25**	,14	,11	,09	,15*	,07	-,02	,14
Objawy depersonalizacji-de-realizacji	,05	,05	,01	,07	,09	,13	,25**	,08	,18*	-,04	,12	,02	,08	,08
Unikanie i zależność	,02	,11	,04	,15*	,06	,15*	,18*	,03	,09	,15*	,23**	,14	,07	,03
Impulsywność i histrioniczność	,23**	,18*	,15	,21**	,16*	,27**	,21**	,17*	,07	,15*	,20**	,01	,05	,22**
Objawy nieorganicznych zaburzeń snu	,16*	,10	,10	,11	,13	,22**	,19*	,20**	,02	,07	,10	-,06	,12	,12
Dysfunkcje seksualne	,13	,05	-,05	,12	,15	,08	,00	,02	,07	,12	,11	,09	,21**	,12
Objawy dystymiczne	,10	,08	,08	,21**	,13	,26**	,21**	,08	,04	,12	,23**	,10	,10	,10
OWK - zmiana	,15	,16*	,13	,22**	,18*	,30**	,27**	,19*	,13	,10	,18*	,04	,11	,16*
X-KON - zmiana	,13	,10	,10	,11	,08	,18*	,17*	,08	,20**	,12	,33**	,08	,09	,11

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

11.3.5. Interkorelacje predyktorów dla analiz regresji – zmiany w wartościach skal KO i KSS2

Dane dodatkowe do rozdziału 6.5.2.1.3.

Tabela 12.21. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – zmiana wartości skal KO między dwoma pomiarami. Mężczyźni

Zmiana w skalach KO	Objawy fobiczne	Lęk napadowy i uogólniony	Objawy obsesyjno-kompulsyjne	Objawy konwersyjne	Objawy autonomiczne	Objawy somatyzacyjne	Objawy hipochondryczne	Objawy neurasteniczne
Lęk uogólniony i napadowy	,67							
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,47	,46						
Objawy konwersyjne	,57	,56	,41					
Objawy autonomiczne	,65	,72	,41	,65				
Objawy somatyzacyjne	,50	,50	,43	,63	,68			
Objawy hipochondryczne	,43	,51	,49	,55	,61	,54		
Objawy neurasteniczne	,50	,71	,38	,46	,51	,34	,40	
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,59	,49	,42	,57	,48	,40	,31	,41

Dla wszystkich korelacji $p < 0,01$

Tabela 12.22. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – zmiana wartości skal KO między dwoma pomiarami. Kobiety

Zmiana w skalach KO	Objawy fobiczne	Lęk napadowy i uogólniony	Objawy obsesyjno-kompulsyjne	Objawy konwersyjne	Objawy autonomiczne	Objawy somatyzacyjne	Objawy hipochondryczne	Objawy neurasteniczne
Lęk uogólniony i napadowy	,55							
Objawy obsesyjno-kompulsyjne	,44	,49						
Objawy konwersyjne	,49	,52	,40					
Objawy autonomiczne	,51	,61	,36	,70				
Objawy somatyzacyjne	,45	,53	,46	,59	,61			
Objawy hipochondryczne	,45	,51	,38	,42	,47	,46		
Objawy neurasteniczne	,39	,64	,46	,60	,60	,56	,43	
Objawy depersonalizacji-derealizacji	,38	,48	,45	,51	,44	,40	,32	,50

Dla wszystkich korelacji $p < 0,01$

Tabela 12.23. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – zmiana wartości skal KSS2 między dwoma pomiarami. Mężczyźni

Zmiana w skalach KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne
Zab. podniecenia	,49**											
Zab. orgazmu	,60**	,50**										
Ból w czasie zbliżeń	,31*	,42**	,35**									
Dyssatisfakcja	,31*	,27*	0	,11								
Napięcie	,60**	,49**	,39**	,19	,40**							
Lęk	,36**	,23	,45**	,23	,09	,54**						
Negatywna ocena	,53**	,49**	,51**	,41**	,45**	,58**	,38**					
Hiperseksualność	-,18	-,11	-,16	-,38**	-,12	-,15	,01	-,19				
Awersja seksualna	-,09	,07	-,09	-,10	-,03	-,01	-,21	-,13	,20			
Zaniżona samoocena seksualna	-,22	-,29*	-,22	-,35**	-,20	-,12	-,01	-,30*	,32*	,20		
Obniżone pożądanie spontaniczne	,20	,06	,25	-,13	,17	,40**	,34*	,20	,20	,11	,10	
Ogólna dysatisfakcja seksualna	,12	,07	,09	,04	,15	,31*	,05	,31*	-,04	,10	,13	,07

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Tabela 12.24. Interkorelacje predyktorów do analizy regresji – zmiana wartości skal KSS2 między dwoma pomiarami. Kobiety

Zmiana w skalach KSS2	Zab. pożądania	Zab. podniecenia	Zab. orgazmu	Ból w czasie zbliżeń	Dyssatisfakcja	Napięcie	Lęk	Negatywna ocena	Hiperseksualność	Awersja seksualna	Zaniżona samoocena seksualna	Obniżone pożądanie spontaniczne
Zab. podniecenia	,59**											
Zab. orgazmu	,53**	,52**										
Ból w czasie zbliżeń	,35**	,54**	,44**									
Dyssatisfakcja	,40**	,39**	,38**	,44**								
Napięcie	,56**	,58**	,51**	,48**	,30**							
Lęk	,35**	,27**	,43**	,34**	,29**	,56**						
Negatywna ocena	,62**	,53**	,58**	,52**	,70**	,63**	,51**					
Hiperseksualność	,06	-,02	,06	-,13	,05	-,05	,01	,05				
Awersja seksualna	,31**	,28**	,23*	,32**	,06	,30**	,14	,24**	-,06			
Zaniżona samoocena seksualna	,14	,18	,21*	,17	,08	,16	,05	,08	,11	,38**		
Obniżone pożądanie spontaniczne	,15	,24*	,19*	,18	,08	,15	,05	,17	,07	,24**	,33**	
Ogólna dyssatisfakcja seksualna	,29**	,31**	,27**	,19*	,36**	,22*	,14	,28**	,17*	,11	,24**	,28**

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

11.4. Aneks 4. Wykaz skrótów i oznaczeń

- BS – błąd standardowy
- K – kobiety
- KO – Kwestionariusz Objawowy KO „O”
- KOLOR CZERWONY w tabelach i na diagramach – oznacza istotność statystyczną
- KOLOR NIEBIESKI w tabelach – oznacza korelacje / predyktory ujemne
- KON – Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006
- KSS2 – Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego
- KSS2E – kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego – wersja do drugiego pomiaru – ewaluacyjna
- M – mężczyźni
- OS – odchylenie standardowe
- OWK – Ogólna Wartość Kwestionariusza Objawowego KO „O”
- X-KON – wskaźnik neurotycznych cech osobowości kwestionariusza KON-2006
- XKSS – współczynnik nasilenia mieszanej dysfunkcji seksualnej kwestionariusza KSS2
- % ww. – procent wariacji zmiennej zależnej wyjaśniany przez dany predyktor

12. Literatura

1. Lew-Starowicz Z., Długołęcka A. *Edukacja Seksualna*. Warszawa: Bertelsmann Media. 2006:68.
2. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.
3. Masters W.H., Johnson V.E. *Human sexual inadequacy*. New York: Bantam Books; 1970.
4. Pużyński S., Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków: Vesalius; 2000.
5. Kratochvil S. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Warszawa: Iskry; 2002.
6. Krueger R.F., Chentsova-Dutton Y.E., Markon K.E., Goldberg D., Ormel J. *A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting*. J Abnorm Psychol. 2003;112(3):437-447.
7. Krueger R.F., Markon K.E. *Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology*. Annu Rev Clin Psychol. 2006;2:111-133.
8. Forbes M.K., Schniering C.A. *Are sexual problems a form of internalizing psychopathology? A structural equation modeling analysis*. Arch Sex Behav. 2013;42(1):23-34.
9. Laurent S.M., Simons A.D. *Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension*. Clin Psychol Rev. 2009;29(7):573-585.
10. Wincze J.P., Barlow D. *Enhancing sexuality: A problem-solving approach [Therapist Guide]*. San Antonio: Psychological Corporation. 1997.
11. Spector I.P., Carey M.P. *Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature*. Arch Sex Behav. 1990;19(4):389-408. Epub 1990/08/01.
12. Dunn K.M., Croft P.R., Hackett G.I. *Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population*. Fam Pract. 1998;15(6):519-524.
13. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. JAMA. 1999;281(6):537-544. Epub 1999/02/18.
14. Lew-Starowicz Z. *Raport Seksualności Polaków — Pfizer 2002 — ogólnopolskie badanie przeprowadzone przez firmę SMG & KRC*. Gdańsk: Via Medica; 2002.
15. Nicolosi A., Laumann E.O., Glasser D.B., Moreira E.D.J., Paik A., Gingell C. *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors*. Urology. 2004;64(5):991-997.
16. Laumann E.O., Nicolosi A., Glasser D.B., Paik A., Gingell C., Moreira E. i wsp. *Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. Int J Impot Res. 2005;17(1):39-57.
17. Lindau S.T., Schumm P., Laumann E.O., Levinson W., O'Muircheartaigh C.A., Waite L.J. *A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States*. The New England Journal of Medicine 2007(357):762-774.

18. Shifren J.L., Brigitta U., Monz B.U., Russo P.A., Segreti A., Johannes C.B. *Sexual Problems and Distress in United States Women Prevalence and Correlates*. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;112(5):970-978.
19. Christensen B.S., Grønbaek M., Osler M., Pedersen B.V., Graugaard C., Frisch M. *Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors*. *Arch Sex Behav*. 2011;40(1):121-132.
20. Izdebski Z. *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków: Wyd. UJ; 2012.
21. Kaplan H.S. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel. 1974.
22. Wolpe J., Wolpe D. *Wolni od lęku*. WiR, Kraków. 1999.
23. Barlow D.H. *Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference*. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54(2):140-148.
24. Beck J.G., Barlow D.H. *Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective*. *Clin Psychol Rev*. 1984;4:363-378.
25. Derogatis L.R., Meyer J.K. *A psychological profile of the sexual dysfunctions*. *Arch Sex Behav*. 1979;8(3):201-223.
26. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G., Krane R.J., McKinlay J.B. *Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study*. *J Urol*. 1994(151):54-61.
27. Kandeel F.R., Koussa V.K., Swerdloff R.S. *Male sexual function and its disorders: physiology, pathophysiology, clinical investigation, and treatment*. *Endocr Rev*. 2001;22(3):342-388.
28. Malatesta V.J., Adams H.E. *Sexual Dysfunctions*. w: Sutker P.B., Adams H.E., red. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. New York: Kluwer Academic; 2002.
29. Williams N., Leiblum S.L. *Sexual Dysfunction*. w: Wingood G.M., DiClemente R.J., red. *Handbook of women's sexual and reproductive health (Women's Health Issues)*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002.
30. Graziottin A., Serafini A., Palacios S. *Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction*. *Maturitas*. 2009;63(2):128-134.
31. Beck J.G., Bozman A.W. *Gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety*. *Arch Sex Behav*. 1995;24(6):595-612.
32. Melman A., Gingell J.C. *The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction*. *J Urol*. 1999;161(1):5-11.
33. Bach A.K., Brown T.A., Barlow D.H. *The effects of false negative feedback on efficacy expectancies and sexual arousal in sexually functional males*. *Behavior Therapy*. 1999;30:79-95.
34. Grenier G., Byers E.S. *Rapid ejaculation: a review of conceptual, etiological, and treatment issues*. *Arch Sex Behav*. 1995;24(4):447-472.
35. Rowland D.L., Cooper S.E., Slob A.K., Houtsmuller E.J. *The study of ejaculatory response in men in the psychophysiological laboratory*. *Journal of Sex Research*. 1997;34:161-166.
36. Bartoi A.G., Kinder B.N. *Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality*. *J Sex Marital Ther*. 1998;24(2):75-90.
37. Beutel M.E., Weidner W., Braehler E. *Epidemiology of sexual dysfunction in the male population*. *Andrologia*. 2006;38(4):115-121.

38. Wciórka J. *Psychopatologia*. w: Bilikiewicz A., red. *Psychiatria*. 1. Wrocław: Urban&Partner; 2002.
39. Rzewuska M. *Leczenie zaburzeń psychicznych*. PZWL, Warszawa. 2003:100-102.
40. Wciórka J., Pelc Z. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban i Partner; 2008.
41. Pużyński S., Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków - Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
42. Aleksandrowicz J.W., Sobański J.A. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2004.
43. Kroenke K., Spitzer R.L., deGruy F.V., 3rd, Hahn S.R., Linzer M., Williams J.B. i wsp. *Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care*. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):352-358.
44. Leiknes K.A., Finset A., Moum T., Sandanger I. *Overlap, comorbidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria*. *Psychosomatics*. 2008;49(2):152-162.
45. Lowe B., Mundt C., Herzog W., Brunner R., Backenstrass M., Kronmuller K. i wsp. *Validity of current somatoform disorder diagnoses: perspectives for classification in DSM-V and ICD-11*. *Psychopathology*. 2008;41(1):4-9.
46. Noyes R., Jr., Stuart S.P., Watson D.B. *A reconceptualization of the somatoform disorders*. *Psychosomatics*. 2008;49(1):14-22.
47. Voigt K., Nagel A., Meyer B., Langs G., Braukhaus C., Lowe B. *Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification*. *J Psychosom Res*. 2010;68(5):403-414.
48. Aleksandrowicz J.W. *Psychoterapia: podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów* 3ed. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.; 2000.
49. Kratochvíl S., Czabak M., Matuska E. *Podstawy psychoterapii*. Poznań: Poznań: Zysk i S-ka Wydaw.; 2003.
50. Freud S. *Życie seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
51. Beck A.T. *Cognitive therapy - nature and relation to behavior therapy*. *Behavior Therapy*. 1970;1(2):184-200.
52. Lazarus R.S. *Thoughts on the relations between emotion and cognition*. *American Psychologist*. 1982;37(9):1019-1024.
53. Lazarus R.S. *Progress on a Cognitive-Motivational-Relational Theory of Emotion*. *American Psychologist*. 1991;46(8):819-834.
54. Wolpe J. *Thirty years of behavior therapy*. *Behavior Therapy*. 1997;28(4):633-635.
55. Wolpe J., Plaud J.J. *Pavlov's contributions to behavior therapy. The obvious and not so obvious*. *Am Psychol*. 1997;52(9):966-972.
56. de Barbaro B., Drożdżowicz L., Józefik B. *Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: wątpliwości i możliwości*. *Psychoterapia*. 2008;1(144):5-16.
57. Drożdżowicz L. *Ogólna teoria systemów*. w: de Barbaro B., red. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
58. Budzyna-Dawidowski P., de Barbaro B., Furgał M. *Systemowe rozumienie chorób psychosomatycznych*. *Psychoterapia*. 2000;3(114):41-50.

59. Prochaska J.O., Norcross J.C. *Systemy psychoterapeutyczne - analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2006.
60. Barker M. *Existential sex therapy*. Sexual & Relationship Therapy. 2011;26(1):33-47.
61. Seivewright H., Tyrer P., Johnson T. *Change in personality status in neurotic disorders*. Lancet. 2002;359(9325):2253-2254.
62. Seivewright N., Tyrer P., Ferguson B., Murphy S., Johnson T. *Longitudinal study of the influence of life events and personality status on diagnostic change in three neurotic disorders*. Depress Anxiety. 2000;11(3):105-113.
63. Tyrer P., Casey P., Gall J. *Relationship between neurosis and personality disorder*. British Journal of Psychiatry. 1983(142):404-408.
64. Tyrer P., Seivewright N., Ferguson B., Tyrer J. *The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder*. Acta Psychiatr Scand. 1992;85(3):201-206.
65. Aleksandrowicz J.W., Klasa K., Sobański J., Stolarska D. *KON-2006 Kwestionariusz osobowości nerwicowej*. Psychiatr Pol. 2007;46(6):759-778.
66. Sobański J.A., Müldner-Nieckowski Ł., Klasa K., Rutkowski K., Dembińska E. *Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2012;T. 46(nr 1): s. 21-34.
67. Aleksandrowicz J.W. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości 3ed*. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
68. Firestone R.W., Firestone L.A., Catlett J. *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
69. Lew-Starowicz Z., *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich*. Warszawa: PZWL; 1992.
70. Hale V.E., Strassberg D.S. *The role of anxiety on sexual arousal*. Arch Sex Behav. 1990;19(6):569-581.
71. Meston C.M., Levin R.J., Sipski M.L., Hull E.M., Heiman J.R. *Women's orgasm*. Annu Rev Sex Res. 2004;15:173-257.
72. Kaplan H.S. *Anxiety and sexual dysfunction*. J Clin Psychiatry. 1988;49 Suppl:21-25.
73. Krane R.J., Goldstein I., Saenz de Tejada I. *Impotence*. N Engl J Med. 1989;321(24):1648-1659.
74. Maggi M., Filippi S., Ledda F., Magini A., Forti G. *Erectile dysfunction: from biochemical pharmacology to advances in medical therapy*. Eur J Endocrinol. 2000;143(2):143-154.
75. Filippi S., Marini M., Vannelli G.B., Crescioli C., Granchi S., Vignozzi L. i wsp. *Effects of hypoxia on endothelin-1 sensitivity in the corpus cavernosum*. Mol Hum Reprod. 2003;9(12):765-774.
76. Brien S.E., Smallegange C., Gofton W.T., Heaton J.P., Adams M.A. *Development of a rat model of sexual performance anxiety: effect of behavioural and pharmacological hyperadrenergic stimulation on APO-induced erections*. Int J Impot Res. 2002;14(2):107-115.

77. Corona G., Petrone L., Mannucci E., Mansani R., Balercia G., Krausz C. i wsp. *Difficulties in achieving vs maintaining erection: organic, psychogenic and relational determinants*. Int J Impot Res. 2005;17(3):252-258.
78. Freud S. *Trzy rozprawy z teorii seksualnej*. Życie seksualne. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
79. Kaplan H.S. *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. Levittown, PA: Brunner/Mazel; 1995.
80. Birnbaum G.E., Glaubman H., Mikulincer M. *Women's experiences of heterosexual intercourse: Scale construction, factor structure, and relations to orgasmic disorder*. J Sex Res. 2001;38:191-204.
81. Walen S.R. *Cognitive factors in sexual behavior*. J Sex Marital Ther. 1980;6(2):87-101.
82. Birnbaum G.E., Reis H.T., Mikulincer M., Gillath O., Orpaz A. *When sex is more than just sex: attachment orientations, sexual experience, and relationship quality*. J Pers Soc Psychol. 2006;91(5):929-943.
83. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press; 1979.
84. Beck A.T., Emery G. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books; 1985.
85. Cranston-Cuebas M.A., Barlow D.H. *Cognitive and affective contributions to sexual functioning*. Annual Review of Sex Research. 1990;1:119-161.
86. Adams A.E., 3rd, Haynes S.N., Brayer M.A. *Cognitive distraction in female sexual arousal*. Psychophysiology. 1985;22(6):689-696.
87. Quinta Gomes A.L., Nobre P. *Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: an empirical study*. J Sex Med. 2011;8(2):461-469.
88. Leiblum S.R., Rosen R.C.R. *Principles and practice of sex therapy (3rd ed.)*. New York: The Guilford Press; 2000.
89. Sobański J.A., Klasa K., Müldner-Nieckowski L., Dembińska E., Rutkowski K., Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych - objawy związane i nie związane z seksualnością*. Psychiatr Pol. 2013;47(3):411-431.
90. Figueira I., Possidente E., Marques C., Hayes K. *Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia*. Arch Sex Behav. 2001;30(4):369-377.
91. van Lankveld J.J., Grotjohann Y. *Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview*. Arch Sex Behav. 2000;29(5):479-498.
92. Elliott A.N., O'Donohue W.T. *The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women*. Arch Sex Behav. 1997;26(6):607-624.
93. Norton G.R., Jehu D. *The role of anxiety in sexual dysfunctions: a review*. Arch Sex Behav. 1984;13(2):165-183.
94. Katz R.C., Jardine D. *The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire*. J Sex Marital Ther. 1999;25(4):293-296.
95. Dennerstein L., Lehert P., Burger H., Guthrie J. *Sexuality*. Am J Med. 2005;118 Suppl 12B:59-63.

96. Hańbowski W. *Kompleks Edypa w przypadku nadużycia seksualnego*. Psychiatr. Pol. 2000;34(1):89-98.
97. Winid B. *Psychosomatyczne zaburzenia seksualne w życiu rodzinnym*. Psychiatr. Pol. 1978;12(5-6):607-612.
98. Jabłoński Z. *Optymalne podejście w leczeniu psychogennych dysfunkcji seksualnych*. Psychoterapia. 2002;1(120):41-46.
99. Dominik M., Żuchowicz T. *Porównanie sytuacji nerwicowych i obrazu chorobowego u kobiet i mężczyzn leczonych z powodu nerwicy*. Psychoterapia. 1977;23:3-12.
100. Dominik M., Żuchowicz T. *Problemy mężczyzn leczonych w oddziale nerwic*. Psychoterapia. 1976;19:14-20.
101. Fagan P.J., Wise T.N., Schmidt C.W., Jr., Ponticas Y., Marshall R.D., Costa P.T., Jr. *A comparison of five-factor personality dimensions in males with sexual dysfunction and males with paraphilia*. J Pers Assess. 1991;57(3):434-448.
102. Costa P.T., Jr., Fagan P.J., Piedmont R.L., Ponticas Y., Wise T.N. *The five-factor model of personality and sexual functioning in outpatient men and women*. Psychiatr Med. 1992;10(2):199-215.
103. Kennedy S.H., Dickens S.E., Eisfeld B.S., Bagby R.M. *Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression*. J Affect Disord. 1999;56(2-3):201-208.
104. Rosenheim E.N., M. *Personality characteristics of sexually dysfunctioning males and their wives*. J Sex Res. 1981;17:124-138.
105. Schnatz P.F., Whitehurst S.K., O'Sullivan D.M. *Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic*. J Womens Health (Larchmt). 2010;19(10):1843-1849.
106. Jodko A., Głowacz J., Kokoszka A. *Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych*. Seksuol. Pol. 2008;1:26-32.
107. Kokoszka A., Czernikiewicz W., Radzio R., Jodko A. *Kwestionariusz Seksuologiczny – narzędzie do badań przesiewowych: założenia i trafność*. Psychiatr. Pol. 2011;XLV(2):235-244.
108. Araszkiwicz A., Krzemińska A. *Zaburzenia seksualne u pacjentów z zespołem lęku napadowego i zespołem lęku społecznego*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2003;3(1):27-31.
109. Freund B., Steketee G. *Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients*. J Sex Marital Ther. 1989;15(1):31-41.
110. Ernst C., Foldenyi M., Angst J. *The Zurich Study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1993;243(3-4):179-188.
111. Solursh L.P., Solursh D.S. *Male erectile disorders in Vietnam combat veterans with chronic post-traumatic stress disorder*. Int J Adolesc Med Health. 1994;7(2):119-124.
112. Letourneau E.J., Schewe P.A., Frueh B.C. *Preliminary evaluation of sexual problems in combat veterans with PTSD*. J Trauma Stress. 1997;10(1):125-132.
113. Dunn K.M., Croft P.R., Hackett G.I. *Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey*. J Epidemiol Community Health. 1999;53(3):144-148.

114. Lee I.C., Surridge D., Morales A., Heaton J.P. *The prevalence and influence of significant psychiatric abnormalities in men undergoing comprehensive management of organic erectile dysfunction.* Int J Impot Res. 2000;12(1):47-51.
115. Van Minnen A., Kampman M. *The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders.* Sexual & Relationship Therapy. 2000;15:47-57.
116. Bodinger L., Hermesh H., Aizenberg D., Valevski A., Marom S., Shiloh R. i wsp. *Sexual function and behavior in social phobia.* J Clin Psychiatry. 2002;63(10):874-879.
117. Leonard L.M., Follette V.M. *Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications.* Annu Rev Sex Res. 2002;13:346-388.
118. Blumentals W.A., Gomez-Camirero A., Brown R.R., Vannappagari V., Russo L.J. *A case-control study of erectile dysfunction among men diagnosed with panic disorder.* Int J Impot Res. 2004;16(3):299-302.
119. Faravelli C., Giugni A., Salvatori S., Ricca V. *Psychopathology after rape.* Am J Psychiatry. 2004;161(8):1483-1485.
120. Johnson S.D., Phelps D.L., Cottler L.B. *The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample.* Arch Sex Behav. 2004;33(1):55-63.
121. Sugimori H., Yoshida K., Tanaka T., Baba K., Nishida T., Nakazawa R. i wsp. *Relationships between erectile dysfunction, depression, and anxiety in Japanese subjects.* J Sex Med. 2005;2(3):390-396.
122. Mallis D., Moysidis K., Nakopoulou E., Papaharitou S., Hatzimouratidis K., Hatzichristou D. *Psychiatric morbidity is frequently undetected in patients with erectile dysfunction.* J Urol. 2005;174(5):1913-1916.
123. Corona G., Mannucci E., Petrone L., Ricca V., Balercia G., Giommi R. i wsp. *Psycho-biological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions.* J Androl. 2006;27(1):86-93.
124. Tignol J., Martin-Guehl C., Aouizerate B., Grabot D., Auriacombe M. *Social phobia and premature ejaculation: a case-control study.* Depress Anxiety. 2006;23(3):153-157.
125. Corretti G., Pierucci S., De Scisciolo M., Nisita C. *Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders.* J Sex Marital Ther. 2006;32(2):183-187.
126. Vulink N.C., Denys D., Bus L., Westenberg H.G. *Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder?* J Affect Disord. 2006;91(1):19-25.
127. Balon R. *Mood, anxiety and physical illness. Body and mind, or mind and body?* Depress Anxiety 2006;23:377-387.
128. Aksoy U.M., Aksoy S.G., Maner F., Gokalp P., Yanik M. *Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder.* Psychiatr Danub. 2012;24(4):381-385.
129. Dettore D., Pucciarelli M., Santarnecchi E. *Anxiety and female sexual functioning: an empirical study.* J Sex Marital Ther. 2013;39(3):216-240.
130. Rajkumar R.P., Kumaran A.K. *Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study.* Compr Psychiatry. 2015.

131. Rosen I. *Symposium on sexual dysfunction. The psychoanalytical approach*. Br J Psychiatry. 1982;140:85-93.
132. Daines B., Perrett A. *Psychodynamic foundations: psychoanalysis, object relations and couple relationships*. Psychodynamic Approaches to Sexual Problems. Philadelphia, PA: Open University Press; 2000.
133. Gelder M. *Behaviour therapy for sexual deviations*. Sexual Deviation, 2nd Ed, (ed. I. Rosen): Oxford University Press; 1979.
134. Stern R., Drummond L. *Sex Therapy. The practice of Behavioural and cognitive psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
135. Lew-Starowicz Z. *Postępy w leczeniu zaburzeń erekcji*. Przegląd Seksuologiczny. 2011;27(lipiec/wrzesień):23-27.
136. Althof S.E. *What's new in sex therapy (CME)*. J Sex Med. 2010;7(1 Pt 1):5-13; quiz 14-15.
137. Althof S., Leiblum S., Chevret M., Hartman U., Levine S., McCabe M. i wsp. *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. w: Lue T., Basson R., Rosen R., Giuliano F., Khoury S., Montorsi F., red. Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women. 2004 ed. Paris 2004.
138. Binik Y.M., Meana M. *The future of sex therapy: specialization or marginalization?* Arch Sex Behav. 2009;38(6):1016-1027.
139. Heiman J.R., Meston C.M. *Empirically Validated Treatments for Sexual Dysfunction*. w: Dobson K.S., Craig K.D., red. *Empirically supported therapies: Best practice in professional psychology*. New York: Sage Publications; 1998.
140. Stinson R. *The behavioral and cognitive-behavioral treatment of female sexual dysfunction: how far we have come and the path left to go*. Sex Relat Ther. 2009;24(3-4):271-285.
141. Cysarz D. *Zaburzenia seksualne a terapia poznawczo-behawioralna*. Seksuologia Polska. 2012;10(1):41-45.
142. Oettingen J. *Dysfunkcje seksualne – podejście oparte na teorii poznawczej*. Seksuologia Polska. 2013;11(2):68-75.
143. Hucker A., McCabe M.P. *Manualized treatment programs for FSD: research challenges and recommendations*. J Sex Med. 2012;9(2):350-360.
144. Leiblum S., Rosen R., red. *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press; 1989.
145. Schnarcli I.M. *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. New York: Norton & Company; 1991.
146. Greenberg L.S., Johnson S.M. *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford; 1988.
147. Johnson S.M. *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connections*. Philadelphia: Brunner-Maze; 1996.
148. Gehring D. *Couple therapy for low sexual desire: a systemic approach*. J Sex Marital Ther. 2003;29(1):25-38.
149. Berry M.D. *The History and Evolution of Sex Therapy and its Relationship to Psychoanalysis*. Int. J. Appl. Psychoanal. Studies. 2013;10(1):53-74.
150. Rosen R.C., Leiblum S.R. *Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach*. J Consult Clin Psychol. 1995;63(6):877-890.

151. Weeks G.R. *The emergence of a new paradigm in sex therapy: integration*. Sexual and Relationship Therapy. 2005;20(1):89-103.
152. Rubio-Aurioles E., Bivalacqua T.J. *Standard operational procedures for low sexual desire in men*. J Sex Med. 2013;10(1):94-107.
153. Kleinplatz P. *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives, second edition*. New York, London: Taylor and Francis; 2012.
154. Lew-Starowicz Z. *Terapia Integralna w seksuologii*. Przegląd Seksuologiczny. 2005;1.
155. Berner M., Gunzler C. *Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions. A systematic review of controlled clinical trials: part 1 - the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction*. J Sex Med. 2012;9(12):3089-3107.
156. Fruhauf S., Gerger H., Schmidt H.M., Munder T., Barth J. *Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis*. Arch Sex Behav. 2013;42(6):915-933.
157. Dobson K.S., Craig K.D., red. *Empirically supported therapies: Best practice in professional psychology*. New York: Sage Publications; 1998.
158. Lofrisco B.M. *Female sexual pain disorders and cognitive behavioral therapy*. J Sex Res. 2011;48(6):573-579.
159. Nemati P., Soori H., Haghi S. *Psychological Studies for Women and Men with Sexual Dysfunction*. Life Science Journal. 2012;9(2).
160. Gunzler C., Berner M.M. *Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions. A systematic review of controlled clinical trials: part 2: the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction*. J Sex Med. 2012;9(12):3108-3125.
161. O'Donohue W.T., Swingen D.N., Dopke C.A., Regev L.G. *Psychotherapy for male sexual dysfunction: a review*. Clin Psychol Rev. 1999;19(5):591-630.
162. Ravart M., Trudel G., Marchand A., Turgeon L., Aubin S. *The efficacy of a cognitive behavioural treatment model for hypoactive desire disorder: an outcome study*. The Canadian Human Sex. 1996;5:112-121.
163. Trudel G., Marchand A., Ravart M., Aubin S., Turgeon L., Fortier P. *The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women*. Sex Relat Ther. 2001;16:145-164.
164. Metz M.E., Pryor J.L. *Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management*. J Sex Marital Ther. 2000;26(4):293-320.
165. Hoyer J., Uhmman S., Rambow J., Jacobi F. *Reduction of sexual dysfunction: By-product of cognitive-behavioural therapy for psycho-logical disorders?* Sexual and Relationship Therapy. 2009;24:64-73.
166. Hartmann U., Philippsohn S., Heiser K., Kuhr A., Mazur B. *Why do women with panic disorders not panic during sex (or do they)? Results of an empirical study on the relationship of sexual arousal and panic attacks*. Sex Relat Ther. 2008;23:203-216.
167. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. *Cognitions, emotions, and sexual response: analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal*. Arch Sex Behav. 2008;37(4):652-661.

168. Brown C., Schulberg H.C., Madonia M.J., Shear M.K., Houck P.R. *Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders*. Am J Psychiatry. 1996;153(10):1293-1300.
169. Gorman J.M. *Comorbid depression and anxiety spectrum disorders*. Depress Anxiety. 1996;4(4):160-168.
170. Jannini E.A., Isidori A.M., Aversa A., Lenzi A., Althof S.E. *Which is first? The controversial issue of precedence in the treatment of male sexual dysfunctions*. J Sex Med. 2013;10(10):2359-2369.
171. ter Kuile M.M., Both S., van Lankveld J.J. *Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women*. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):595-610.
172. Ventegodt S., Thegler S., Andreasen T., Struve F., Enevoldsen L., Bassaine L. i wsp. *Clinical holistic medicine (mindful, short-term psychodynamic psychotherapy complemented with bodywork) in the treatment of experienced impaired sexual functioning*. Sci World J. 2007;7:324-329.
173. Sobański J.A. *Dynamika objawów a wyniki leczenia zaburzeń nerwicowych*. Niepublikowana rozprawa doktorska. 2001.
174. Sobański J.A. *Differential response of neurotic symptoms*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2007;4(75-84).
175. Sobański J.A., Klasa K., Rutkowski K., Dembińska E., Müldner-Nieckowski Ł. . *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic*. Psychiatria i Psychoterapia. 2011;7(4):20-34.
176. Müldner-Nieckowski Ł., Klasa K., A. S.J., Rutkowski K., Dembińska E. *Seksualność studentów medycyny - rozwój i realizacja potrzeb seksualnych*. Psychiatr. Pol. 2012 46(1):35-49.
177. Müldner-Nieckowski Ł., Sobański J.A., Klasa K., Dembińska E., Rutkowski K. *Seksualność studentów medycyny - przekonania i postawy*. Psychiatr. Pol. 2012 nr 5(T. 46):s. 791-805.
178. Basson R. *Women's sexual desire--disordered or misunderstood?* J Sex Marital Ther. 2002;28 Suppl 1:17-28.
179. Basson R. *Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions*. Canadian Medical Association. 2005;172(10):327-333.
180. Carnes P. *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minneapolis, CompCare. 1983.
181. Carnes P. *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam Books. 1991.
182. Stein D.J. *Classifying hypersexual disorders: compulsive, impulsive, and addictive models*. Psychiatr Clin North Am. 2008;31(4):587-591.
183. Coleman E., Raymond N., McBean A. *Assessment and treatment of compulsive sexual behavior*. Minn Med. 2003;86(7):42-47.
184. Raymond N.C., Coleman E., Miner M.H. *Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior*. Compr Psychiatry. 2003;44(5):370-380.
185. Kafka M.P. *Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders*. Arch Sex Behav. 1997;26(5):505-526.

186. Zawadzki B. *Kwestionariusze osobowości. Strategie i procedura konstruowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
187. Aleksandrowicz J.W., Bierzyński K., Filipiak J., Kowalczyk E., Martyniak J., Mazoń S. i wsp. *Kwestionariusze objawowe „S” i „O” — narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. *Psychoterapia*. 1981(37):11-27.
188. Aleksandrowicz J.W., Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. *Psychiatr Pol.* 1994;28(6):667-676.
189. Januś A. *Użyteczność opisu konfiguracji objawów nerwicowych dla potrzeb diagnozy i procesu terapii*. *Psychoterapia*. 2005;2.
190. Klimowicz A. *Poszukiwanie specyficznych powiązań zmian osobowości ze zmianami nasilenia objawów w zaburzeniach somatyzacyjnych i lękowych - badanie porównawcze*. *Psychiatr. Pol.* 2003;37(2):247-258.
191. Rewer A. *Skale Kwestionariusza Objawowego "O"*. *Psychiatr Pol.* 2000;34(6):931-943.
192. Kokoszka A., Krótkiewicz H., Rosati A., Oziemski S., Staniszewski K., Sochacki J. *Ogólny zespół nerwicy - koncepcja i jej zastosowanie w praktyce klinicznej*. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*. 2005;5(4):153-157.
193. Gruszczyński B., Florkowski A., Gruszczyński W. *Autodestruktywność pośrednia u żołnierzy*. *Suicydologia*. 2005;1(1):55-70.
194. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. *Arch Psychiatrii Psychother.* 2011;3:21-24.
195. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. *Psychoterapia*. 2008;144(1):27-42.
196. Aleksandrowicz J.W., Klasa K., Sobański J.A., D. S. *Kwestionariusz osobowości nerwicy KON-2006*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2006.
197. Aleksandrowicz J.W., Bierzyński K., wsp. i. *Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu*. *Psychoterapia*. 1981;37:3-10.
198. Corp. I. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, New York: IBM Corp. ; 2012.
199. Arbuckle J.L. *Amos 21 User's Guide*. Chicago: SPSS; 2012.
200. Mielimaka M., Rutkowski K., Cyranka K., Sobański J., Müldner-Nieckowski Ł., Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. *Psychiatr pol.* 2015;49(1):29-48.
201. Białas A. *Psychotherapy effectiveness and the possibility of personality traits changes depending on the patients' age*. *Arch Psychiatrii Psychother.* 2009;1:11-19.
202. Sobański J.A., Klasa K., Cyranka K., Mielimaka M., Dembińska E., Müldner-Nieckowski L. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicy KON-2006*. *Psychiatr Pol.* 2014;Online First Nr 6:1-17.
203. Byrne B.M. *A primer of LISREL: Basic applications and programing for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag; 1989.
204. Browne M.W., Cudeck R. *Alternative ways of assessing model fit*. w: K. A. Bollen J.S.L.E., red. *Testing structural equation models*. Newbury Park, California: Sage; 1993.

205. Bentler P.M., Bonett D.G. *Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures*. Psychological Bulletin. 1980;88:588-606.
206. Jöreskog K.G., Sörbom D. *LISREL 7. A guide to the program and applications*. 2nd ed. Chicago: SPSS Inc.; 1989.
207. Rummel R. *Applied factor analysis*. Evanston, IL: Northwestern University Press; 1970.
208. Barlow D.H. *Anxiety and its disorders*. 2nd ed. New York: Guilford; 2002.
209. Sobański J.A., Klasa K., Cyranka K., Müldner-Nieckowski Ł., Dembińska E., Rutkowski K. i wsp. *Wpływ kumulacji urazów seksualnych na życie seksualne i związek pacjenta*. Psychiatr Pol. 2014;48(4):739-758.
210. McCabe M.P. *Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction*. J Sex Marital Ther. 2001;27(3):259-271.
211. Szymańska M., Lew-Starowicz Z., Mastalerz E. *Problemy ludzi młodych zgłaszających się do seksuologa*. Przegl Seksuol. 2012(29):12-16.
212. Iniewicz G., Strzelczak A. *Pożądanie w odpowiedzi – nowe spojrzenie na hipolibidemię u kobiet*. Psychiatr Pol. 2013;47(6):1123-1132.
213. Basson R. *Female sexual dysfunction—The new models*. The First Annual Comprehensive Review of Sexual Medicine; Vancouver, British Columbia, Canada 2002.
214. Basson R. *Human sex-response cycles*. J Sex Marital Ther. 2001;27(1):33-43.
215. Giles K.R., McCabe M.P. *Conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response*. J Sex Med. 2009;6(10):2761-2771.
216. Giraldi A., Kristensen E., Sand M. *Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: an online survey in a population sample of Danish adults ages 20-65 years*. J Sex Med. 2015;12(1):116-128.
217. Black D.W. *The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior*. CNS Spectr. 2000;5(1):26-72.
218. Kaplan M.S., Krueger R.B. *Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality*. J Sex Res. 2010;47(2):181-198.
219. Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Sobański J.A., Smiatek-Mazgaj B., Klasa K. i wsp. *Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2*. Psychiatr Pol. 2015(ONLINE FIRST Nr 15).
220. Fifer S.K., Mathias S.D., Patrick D.L., Mazonson P.D., Lubeck D.P., Buesching D.P. *Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization*. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(9):740-750.
221. Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Sobański J.A., Klasa K., Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną*. Psychiatr Pol. 2015(ONLINE FIRST Nr 16).
222. Aleksandrowicz J.W., Pawelec B. *Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian*. Psychoterapia. 1989;1(68):53-62.
223. Norcross J.C.r. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.

224. Lambert M.J., Ogles B.M. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. w: Lambert M.J., red. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: Wiley; 2004.
225. Turner D., Schottle D., Bradford J., Briken P. *Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders*. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(6):413-422.
226. Rosenberg K.P., Carnes P., O'Connor S. *Evaluation and treatment of sex addiction*. *J Sex Marital Ther*. 2014;40(2):77-91.
227. Hurlbert D.F. *A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire*. *J Sex Marital Ther*. 1993;19(1):41-55.
228. Morokoff P.J., Heiman J.R. *Effects of erotic stimuli on sexually functional and dysfunctional women: multiple measures before and after sex therapy*. *Behav Res Ther*. 1980;18(2):127-137.
229. Meston C., Hull E., Levin R. *Disorders of orgasm in woman*. *Journal of Sexual Medicine*. 2004;1:85-97.
230. LoPiccolo J., Lobitz W.C. *The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction*. *Arch Sex Behav*. 1972;2(2):163-171.
231. Munjack D., Cristol A., Goldstein A., Phillips D., Goldberg A., Whipple K. i wsp. *Behavioural treatment of orgasmic dysfunction: a controlled study*. *Br J Psychiatry*. 1976;129:497-502.
232. McCabe M.P., Delaney S.M. *An evaluation of therapeutic programs for the treatment of secondary inorgasmia in women*. *Arch Sex Behav*. 1992;21(1):69-89.
233. Heiman J.R. *Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them?* *Arch Sex Behav*. 2002;31(5):445-450.
234. Lobitz W.C., LoPiccolo J. *New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction*. w: Fischer J., Gochros H.L., red. *Handbook of behavior therapy with sexual problems*. New York: Pergamon Press; 1977.
235. Riley A.J., Riley E.J. *A controlled study to evaluate directed masturbation in the management of primary orgasmic failure in women*. *Br J Psychiatry*. 1978;133:404-409.
236. Soykan A., Boztas H., Kutlay S., Ince E., Nergizoglu G., Dilekoz A.Y. i wsp. *Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey*. *Int J Impot Res*. 2005;17(4):359-363.
237. Binik Y.M., Bergeron S., Khalife S. *Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain*. w: Leiblum S.R., red. *Principles and practice of sex therapy*. 4th ed. New York: Guilford; 2007.
238. Basson R., Althof S., Davis S., Fugl-Meyer K., Goldstein I., Leiblum S. i wsp. *Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women*. *J Sex Med*. 2004;1(1):24-34.
239. de Kruiff M.E., ter Kuile M.M., Weijnenborg P.T., van Lankveld J.J. *Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation?* *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(3):149-155.
240. McKay E., Kaufman R.H., Doctor U., Berkova Z., Glazer H., Redko V. *Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature*. *J Reprod Med*. 2001;46(4):337-342.

241. van Lankveld J.J., ter Kuile M.M., de Groot H.E., Melles R., Nefs J., Zandbergen M. *Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy*. J Consult Clin Psychol. 2006;74(1):168-178.
242. Schnyder U., Schnyder-Luthi C., Ballinari P., Blaser A. *Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization*. Can J Psychiatry. 1998;43(9):941-944.
243. Ter Kuile M.M., Bulte I., Weijnenborg P.T., Beekman A., Melles R., Onghena P. *Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design*. J Consult Clin Psychol. 2009;77(1):149-159.
244. ter Kuile M.M., van Lankveld J.J., de Groot E., Melles R., Neffs J., Zandbergen M. *Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors*. Behav Res Ther. 2007;45(2):359-373.
245. Danielsson I., Torstensson T., Brodda-Jansen G., Bohm-Starke N. *EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(11):1360-1367.
246. Corretti G., Baldi I. *The Relationship Between Anxiety Disorders and Sexual Dysfunction*. Psychiatric Times. 2007.
247. Daines B., Perrett A. *Problems associated with defence mechanisms*. Psychodynamic Approaches to Sexual Problems: Open University Press; 2000.
248. Eichenbaum C., Orbach S. *Understanding Women*. London: Penguin; 1985.
249. Meyer V., Turkat I.D. *Behavioral analysis of clinical cases*. Journal of Behavioral Assessment. 1979(1):259-270.
250. LoPiccolo J., Friedman J.M. *Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy*. w: Leiblum S.R., Rosen R.C., red. Sexual desire disorders. New York: Guilford; 1988.
251. Morokoff P.J., Gilliland R. *Stress, sexual functioning, and marital satisfaction*. Journal of Sex Research. 1993;30:43-53.
252. Hedon F. *Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life*. Int J Impot Res. 2003;15 Suppl 2:S16-19.
253. Butler R.N., Lewis M.I. *Sex after sixty: A guide for men and women for their later years*. New York: Harper & Row; 1993.
254. Zilbergeld B., Ellison C.R. *Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy*. w: Leiblum S.R., Pervin A., red. Principles and practices of sex therapy. New York: Guilford; 1980.
255. Czyżkowska A. *Zaburzenia seksualne z perspektywy terapii systemowej*. Przegląd Seksuologiczny. 2009(18):28-35.
256. Lasker J.N., Borg S. *In search of parenthood: Coping with infertility and high-tech conception*. Philadelphia: Temple University Press; 1995.
257. Levine S.B. *The psychological evaluation and therapy of psychogenic impotence*. w: Seagraves R.T., Schoenberg H.W., red. *Diagnosis and Treatment of Erectile Disturbances: A Guide for Clinicians*. New York: Plenum Medical Book Co.; 1985.
258. Barbach L. *For yourself: The fulfillment of female sexuality*. New York: Doubleday; 1975.
259. McCarthy B., McCarthy E. *Couple sexual awareness*. New York: Carroll and Graf; 1998.
260. Stuart F.M., Hammond D.C., Pett M.A. *Inhibited sexual desire in women*. Arch Sex Behav. 1987;16(2):91-106.

261. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. *Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction*. J Sex Res. 2006;43(1):68-75.
262. Kaplan H.S. *Disorders of sexual desire*. New York: Simon & Schuster; 1979.
263. Parish S.J. *From whence comes HSDD?* J Fam Pract. 2009;58 (7 Suppl Hypoactive):S16-21.
264. Meston C.M., Bradford A. *Sexual dysfunctions in women*. Annu Rev Clin Psychol. 2007;3:233-256.
265. Warnock J.J. *Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis and treatment*. CNS Drugs. 2002;16(11):745-753.
266. Schick V.R., Calabrese S.K., Rima B.N., Zucker A.N. *Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women's Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk*. Psychol Women Q. 2010;34(3):394-404.
267. McCabe M.P. *Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women*. J Sex Marital Ther. 1997;23(4):276-290.
268. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. *The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey*. Int J Impot Res. 1999;11 Suppl 1:S60-64. Epub 1999/11/11.
269. Byun J.S., Lyu S.W., Seok H.H., Kim W.J., Shim S.H., Bak C.W. *Sexual dysfunctions induced by stress of timed intercourse and medical treatment*. BJU Int. 2013;111(4 Pt B):E227-234.
270. Masters W.H., Johnson V.E., Kolodny R.C. *Heterosexuality*. New York: Gramercy; 1994.
271. Tollison C.D., Adams H.E. *Sexual disorders: Treatment, theory, and research*. New York: Gardner; 1979.
272. Stusiński J. *Cechy osobowości mężczyzn cierpiących na wytrysk przedwczesny*. Przegl Seksuol. 2012(29):3-11.
273. Dove N.L., Wiederman M.W. *Cognitive distraction and women's sexual functioning*. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):67-78.
274. Abraham G. *The psychodynamics of orgasm*. Int J Psychoanal. 2002;83(Pt 2):325-338.
275. Kinzl J.F., Traweger C., Biebl W. *Sexual dysfunctions: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample*. Child Abuse Negl. 1995;19(7):785-792.
276. Sadock V.A. *Normal human sexuality and sexual and gender identity disorders*. w: Kaplan H.I., Benjamin B.J., red. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
277. Meana M., Binik Y.M. *Painful coitus: a review of female dyspareunia*. J Nerv Ment Dis. 1994;182(5):264-272.
278. Sarwer D.B., Durlak J.A. *Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: a study of couples seeking sex therapy*. Child Abuse Negl. 1996;20(10):963-972.
279. LoPiccolo J., Stock W.E. *Treatment of sexual dysfunction*. J Consult Clin Psychol. 1986;54(2):158-167.

280. Mitchell W.B., DiBartolo P.M., Brown T.A., Barlow D.H. *Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males*. Arch Sex Behav. 1998;27(2):197-207.
281. Barlow D.H., Chorpita B.F., Turovsky J. *Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion*. Nebr Symp Motiv. 1996;43:251-328.
282. Haavio-Mannila E., Kontula O. *Correlates of increased sexual satisfaction*. Arch Sex Behav. 1997;26(4):399-419.
283. Laumann E., Gagnon J., Michael R., Michaels S. *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
284. Davidson J.K., Sr., Darling C.A. *The sexually experienced woman: Multiple sex partners and sexual satisfaction*. J Sex Res. 1988;24(1):141-154.
285. Waite L., Joyner K. *Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual unions: Time horizon, sexual behavior and sexual exclusivity*. Journal of Marriage and Family. 2001(63):247-264.
286. Barrientos J.E., Paez D. *Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile*. J Sex Marital Ther. 2006;32(5):351-368.
287. Laumann E.O., Paik A., Glasser D.B., Kang J.H., Wang T., Levinson B. i wsp. *A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. Arch Sex Behav. 2006;35(2):145-161.
288. Aksaray G., Yelken B., Kaptanoglu C., Oflu S., Ozaltin M. *Sexuality in women with obsessive compulsive disorder*. J Sex Marital Ther. 2001;27(3):273-277.
289. Beck J.G. *Hypoactive sexual desire disorder: an overview*. J Consult Clin Psychol. 1995;63(6):919-927.
290. Weisberg R.B., Brown T.A., Wincze J.P., Barlow D.H. *Causal attributions and male sexual arousal: the impact of attributions for a bogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect*. J Abnorm Psychol. 2001;110(2):324-334.
291. Palace E.M. *Modification of dysfunctional patterns of sexual response through autonomic arousal and false physiological feedback*. J Consult Clin Psychol. 1995;63(4):604-615.
292. Masters W.H., Johnson V.E. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown; 1966.
293. Lief H.I. *Inhibited sexual desire*. Medic Aspects Human Sex. 1977(7):94-95.
294. Kaplan H.S. *Hypoactive sexual desire*. J Sex Marital Ther. 1977;3(1):3-9.
295. Meston C.M., Gorzalka B.B. *Differential effects of sympathetic activation on sexual arousal in sexually dysfunctional and functional women*. J Abnorm Psychol. 1996;105(4):582-591.
296. Halford W.K., Bouma R., Kelly A., Mc D.Y.R. *Individual psychopathology and marital distress. Analyzing the association and implications for therapy*. Behav Modif. 1999;23(2):179-216.
297. Mielimaka M. *Wsparcie społeczne osób leczonych psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Kraków: UJ CM; 2011.