

Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 573–597

PL ISSN 0033-2674

www.psychiatriapolska.pl

Seksualne wydarzenia urazowe a życie seksualne i związek pacjenta

Childhood sexual traumatic events and sexual life and relationship of a patient

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

¹Katedra Psychoterapii UJ CM

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

²Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

Summary

Aim: The assessment of links between traumatic events of sexual nature recollected from the past and patients' later functioning in sexual life and relationships.

Materials and methods: Comorbidity of memories of traumatic sexual events from childhood and adolescence in patients with the features of their current partner relationships was analysed on the basis of Live Inventory completed by 2,582 women and 1,347 men, undergoing treatment between the years 1980-2002, before they were admitted to a day ward of neurotic disorder department.

Results: The existence of numerous significant links was observed e.g. the information regarding incest or incest attempt experience was related with a significant risk of a sexual life assessment as completely dissatisfying in women (OR=2.71) and almost completely dissatisfying in men (OR=2.38). Sexual initiation by rape was related with women's more frequent incidence of getting married as a result of social pressure (OR=3.77) and a feeling of hatred towards a partner (OR=5.41). Men and women who considered themselves completely sexually uneducated (before the age of 18) assessed their sexual life as completely dissatisfying (OR=2.48 and OR=2.07), which was similar to men who would get punished for masturbation or sexual plays by their guardians (OR=2.68).

Conclusions: Traumatic events and circumstances relating to sexuality, indicated in the questionnaire interview, turned out to be connected with the risk of dysfunctions in a sexual life and relationship. The traumas included, among others, rape during initiation, early initiation, incest, but also unfavourable circumstances of less traumatic nature such as a lack of sexual education, punishment for masturbation, "mostly undesired initiation". Their likely effects were rooted in relationship dysfunctions: reasons for their formation, power division, instability, problems with resolving conflicts and, most of all, sexual life dysfunctions. The results were

obtained on the basis of simple questionnaire questions, which allows for the recommendation that they be used in a routine interview.

Słowa klucze: wydarzenia urazowe w dzieciństwie i adolescencji, obciążające wydarzenia seksualne, relacja partnerska, problemy seksualne

Key words: childhood and adolescence sexual adversities, traumatic sexual events, partnership relation, sexual functioning

Wstęp

Różnego typu urazy wynikłe z nadużyć seksualnych, przemocy fizycznej i psychicznej, szczególnie mające miejsce w okresie dzieciństwa i adolescencji, wiążą się w złożony sposób z objawami [1, 2] i zwiększają ryzyko rozmaitych zaburzeń psychicznych [3–7], a także zgonu [8], jednak szczególnie często wiążą się z dysfunkcjami seksualnymi [3, 9] oraz z dysfunkcjami związków partnerskich i rodzin prokreacyjnych oraz innych relacji ofiar, w tym z ryzykiem ponownych wiktyimizacji [10, 11]. Skutki nadużycia w dzieciństwie trwają w czasie. Pierwsze reakcje mają miejsce niezwłocznie, kolejne w okresie adolescencji, gdy ofiary wchodzą w nieprawidłowe interakcje z rówieśnikami, często doznając kolejnych urazów lub zadając je innym [12–17]. Następne reakcje ujawniają się w młodszym [18] i średnim wieku dorosłym, zakłócając powstawanie prawidłowych relacji erotycznych i seksualnych [19, 20] oraz wiążąc się m.in. z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi i infekcjami przenoszonymi drogą płciową [21]. Urazowe wydarzenia mogą powodować dysfunkcyjne wybory, m.in. przez błędną percepcję siebie, jak i partnerów [22], utrudniając powstawanie i utrzymywanie związków partnerskich i małżeństw [23–26] oraz posiadanie potomstwa, w tym nawet donoszenie ciąży [27], wychowanie dzieci i współpracę w ich indywiduacji i separacji. Niedawne badania wskazują, że skutki urazu trwają aż do późnego wieku podeszłego [28] i, jak się wydaje, silniej przejawiają się w tym okresie u kobiet [29], choć generalnie mają wpływ także na mężczyzn [30], ale w nieco odmienny sposób [31].

Skutki urazów konceptualizowane są wielorako, opisano m.in. spowodowane nimi zakłócenia regulacji emocji [32], zaburzenia przywiązania [33], nieoptymalne mechanizmy obronne i strategie radzenia sobie (np. zaprzeczania, dysocjacji, konwersji, umieszczania zagrożenia w id/popędowości) [34], skrajną nieufność i skłonność do porzucania lub prowokowania do porzucenia przez partnerów, unikanie wiązania się [35]. Konsekwencjami urazu są także negatywny obraz siebie [36], poczucie utraty kontroli [37], zakłócenia w zakresie preferencji seksualnych. Szczególnie niekorzystną urazową, choć zwykle nie odizolowaną rolę wydają się pełnić urazy seksualne i często z nimi powiązane nieprawidłowe postawy rodziców wobec seksualności [38]. Doniesienia z badań oraz obserwacje kliniczne wskazują, że kumulacja takich urazów [39] oraz ich złożony charakter [40] są częste. Znane z praktyki klinicznej różnicowanie skutków urazu wydaje się zależeć w przeważającej mierze od zasobów pacjenta, w tym funkcjonowania jego rodziny [41]. Można wręcz mówić o przekazywanym międzypokoleniowo ryzyku [42] nie tylko powtarzania tych samych urazów, lecz także

powielania ich czynników ryzyka, jakimi są niezgoda między rodzicami pacjenta lub ich zaburzenia psychiczne [43], niekorzystanie z interwencji terapeutycznych oraz już wspomniana ciężkość i złożoność urazu [44].

Związki pacjentów cierpiących na zaburzenia nerwicowe i osobowości, którzy są zresztą często ofiarami urazów psychicznych (pogarszających przebieg zaburzeń), również są zakłócone w wielu aspektach [45, 46], o ile w ogóle dochodzi do ich powstania. Udane współżycie w związku wymaga dobrej komunikacji, szczególnie w zakresie seksualności, która zwykle zostaje zakłócona przez zaburzenia nerwicowe, np. lęk przed oceną [47]. U pacjentów–ofiara urazów bądź nawet pomniejszych niekorzystnych okoliczności urazowych (takich jak negatywne nastawienie rodzica do dojrzewania seksualnego lub życia intymnego swojego lub pacjenta) [38] można się spodziewać podwyższonego ryzyka zakłóceń w późniejszych związkach w wielu ich aspektach, takich jak dysfunkcyjne założenie i ich formowanie, asymetryczne sprawowanie władzy (często za pośrednictwem reglamentacji kontaktów seksualnych lub związanej z nimi satysfakcji [48]), używanie objawów (np. agorafobii) do samokontroli pacjenta lub partnera.

Cel

Niniejsze badanie oceniało powiązania między zapamiętanymi przez pacjentów wydarzeniami urazowymi i innymi niekorzystnymi okolicznościami z zakresu seksualności a obecnymi zakłóceniami ich funkcjonowania w związkach i w życiu seksualnym.

Material i metoda

Jako źródła informacji o subiektywnie zapamiętanych przez pacjentów obciążających okolicznościach życiowych z okresu dzieciństwa i adolescencji użyto Ankiety Życiorysowej [49] rutynowo wypełnianej przed leczeniem psychoterapią na dziennym oddziale leczenia nerwic. Obecnie stosowana wersja Ankiety Życiorysowej została zmodyfikowana w 2002 roku (zebrane za pomocą niej dane nie osiągnęły jeszcze niezbędnej liczebności), w niniejszym badaniu opierano się na wersji Ankiety oraz danych z lat 1980–2002. Kwalifikacja do leczenia obejmowała, obok kwestionariuszy, zazwyczaj przynajmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz baterię kilku innych testów, pozwalając na wykluczenie innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) uniemożliwiających podjęcie psychoterapii na tutejszym oddziale dziennym [50].

Uzyskano dane dotyczące pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości (kody F4, F5, F6 wg ICD-10), przy czym większość spośród 3 929 badanych osób (średni wiek kobiet: 33 lata, mężczyzn: 32) miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe (tab. 1) [38].

Dane uzyskane w wyniku badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Oszacowania współczynników ryzyka (OR) dla współwystępowania wartości dwóch zmiennych nominalnych (okoliczności życiowych) dokonano metodą regresji logistycznej. Użyto licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

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

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

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

Tabela 2. **Cechy socjodemograficzne badanych**

		Kobiety	Mężczyźni
Wiek w latach	średnia \pm odch. standardowe	33 \pm 9	32 \pm 9
	mediana	33	28
Wykształcenie	Brak/podstawowe	9%	12%
	Średnie (w tym studenci)	57%	56%
	Wyższe	34%	32%
Zatrudnienie	Pracuje	59%	70%
	Nie pracuje	41%	30%
	w tym renta	10%	7%
	Studenci	23%	24%
Stan cywilny/związek	Stabilny związek/małżeństwo	43%	47%
	Niestabilny związek/małżeństwo	26%	21%
	Nie jest w związku	31%	32%

Rozpowszechnienie niektórych wydarzeń urazowych i niekorzystnych okoliczności życiowych w grupie badanej zostało już częściowo opisane w innej publikacji [38, 49], podobnie ich powiązania z objawami [2]. W niniejszej pracy, w Aneksie, powtórzono tabelę 15 [49] zestawiającą informacje o rozpowszechnieniu wspomnianych okoliczności urazowych zależnie od płci pacjentów.

Wyniki

Informacje o rozpowszechnieniu zakłóceń życia seksualnego i funkcjonowania związków pacjentów przedstawiają tabele 3–8.

Tabela 3. Uczucia wobec partnera/ki, postrzegane uczucia partnera/ki i ocena związku

		Kobiety	Mężczyźni
Uczucia wobec partnera/partnerki	raczej kocha	31%	32%
	bardzo kocha	25%	27%
	obojętność	5%	5%
	niechęć	8%	3%
	nienawiść	8%	3%
Postrzegane uczucia partnera/partnerki	raczej kocha	33%	31%
	bardzo kocha	24%	27%
	obojętność	8%	5%
	niechęć	1%	1%
	nienawiść	1%	1%
Ocena obecnego związku	raczej dobrze	36%	38%
	raczej źle	15%	13%
	bardzo dobrze	11%	12%
	bardzo źle	7%	4%

Pominięto braki odpowiedzi oraz informacje o niebyciu w związku.

Najwięcej pacjentów płci obojga raczej kochało partnerów (31% i 32%), natomiast aż 25% kobiet i 27% mężczyzn bardzo kochało (co pokazuje, że pewna grupa pacjentów bardzo kochających swoich partnerów nie ocenia związku z nimi jako bardzo dobrze się układającego). Obojętność wobec partnera czuło względnie niewiele badanych osób (po 5% kobiet i mężczyzn), niechęć aż 8% kobiet i tylko 3% mężczyzn, nienawidziło partnerów tylko po ok. 1% badanych pacjentek i pacjentów. Postrzegane uczucia partnerów wobec pacjentów także najczęściej określone zostały jako raczej kochanie (33% kobiet i 31% mężczyzn), natomiast 24% i 27% czuło się bardzo kochanych, obojętność partnerów czuło 8% i 5% badanych, niechęć po 3%, nienawiść po 1%. Z analizy rozkładu odpowiedzi na pytania dotyczące oceny obecnego związku wynika, że badani najczęściej deklarowali, że jest raczej dobrze – zarówno w grupie kobiet

(36%), jak i mężczyzn (38%), następnie raczej źle (15% i 13%), a ocenę najwyższą – bardzo dobrze – zaznaczyło tylko 11% i 12%, bardzo źle tylko 7% i 4%, pozostałe 32% i 33% kobiet i mężczyzn nie było aktualnie w związku (tab. 4).

Tabela 4. **Współżycie seksualne**

		Kobiety	Mężczyźni
Kontakty seksualne	dłuższy związek	55%	53%
	przelotne, przypadkowe	3%	7%
	przelotne oraz dłuższe	2%	5%
Częstość współżycia	kilka razy w miesiącu	34%	37%
	rzadziej niż raz w miesiącu	17%	12%
	kilka razy w tygodniu	11%	13%
Zadowolenie ze współżycia	w większości udane	29%	33%
	zawsze udane	10%	15%
	tylko wyjątkowo udane	16%	13%
	w ogóle nieudane	10%	7%

Pominięto braki odpowiedzi oraz informacje o niewspółżyciu.

Jak wynika z tabeli 4, najwięcej badanych zadeklarowało kontakty seksualne w dłuższym związku (55% kobiet i 53% mężczyzn), przelotne, przypadkowe kontakty podało 3% kobiet i 7%, mężczyzn, podobnie kontakty zarówno przelotne, jak i w dłuższym związku 2% i 5%. Ponadto kontaktom seksualnym zaprzeczyło 39% pacjentek i 35% pacjentów. Przybliżona częstość współżycia seksualnego (z ostatnich kilku miesięcy) najczęściej wynosiła kilka razy w miesiącu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (34% i 37%), rzadziej niż raz w miesiącu współżyło 17% kobiet i 12% mężczyzn, a kilka razy w tygodniu tylko 11% pacjentek i 13% pacjentów. Najwięcej badanych określiło obecne współżycie seksualne (w okresie kilku ostatnich miesięcy) jako w większości udane (29% kobiet i 33% mężczyzn), ponad dwukrotnie mniej – jako zawsze udane (10% i 15%), natomiast bardzo liczne okazały się grupy niezadowolonych płci obojga, określających współżycie jako tylko wyjątkowo udane (16% i 13%) oraz w ogóle nieudane (10% i 7%).

Tabela 5. **Podział władzy i pozycja w związku**

		Kobiety	Mężczyźni
Podział władzy w związku	kierują wspólnie z partnerem/ką	33%	37%
	związkiem kieruje partner/ka	17%	13%
	związkiem kieruje pacjent/ka	17%	15%
	związkiem kieruje inna osoba	1%	1%

Pozycja w związku	równa partnerowi/ce	42%	48%
	gorszy/a, słabszy/a od partnera/ki	21%	12%
	lepszy/a od partnera/ki	6%	7%

Pominięto braki odpowiedzi oraz informacje o nieposiadaniu związku.

W ocenie pacjentów najczęściej związkiem kierują wspólnie z partnerem (33% kobiet i 37% mężczyzn), asymetryczne kierowanie związkiem przez partnerów podało 17% kobiet i 13% mężczyzn, natomiast przez samych pacjentów – 17% kobiet i 15% mężczyzn, ponadto władzę innej osobie przyznało po 1% kobiet i mężczyzn. Pozycja w związku najczęściej oceniana była jako równa partnerowi (42% kobiet i 48% mężczyzn), natomiast aż 21% kobiet czuło się gorsze, słabsze od partnerów, a mężczyzn tylko 12%, lepszą pozycję przyznało sobie odpowiednio tylko 6% i 7% badanych (tab. 5).

Tabela 6. Postępowanie w konfliktach i poczucie trwałości związku

		Kobiety	Mężczyźni
Przebieg konfliktów w związku	porozumiewanie się, „dogadywanie się”	31%	35%
	milczenie	13%	12%
	kłótnie lub awantury	16%	14%
	bójki	< 1%	< 1%
	inne, nieokreślone sposoby	9%	7%
	*w tym awantury z interwencjami policji	5%	2%
Ocena trwałości związku	trwały	43%	47%
	właśnie się rozpadający	11%	9%
	niepewny ze względu na zewn. okoliczności	8%	6%
	pacjent/ka myśli o zerwaniu	5%	3%
	(wg pacjenta/ki) partner/ka myśli o zerwaniu	1%	1%
	przelotny związek	1%	2%

Pominięto braki odpowiedzi oraz informacje o nieposiadaniu związku

W zakresie postępowania w konfliktach (tab. 6) pacjenci płci obojga najczęściej podali jako próby ich rozwiązywania porozumiewanie się, „dogadywanie się” (31% kobiet i 35% mężczyzn), kłótnie lub awantury okazały się dość częste (16% i 14%), choć skrajnie rzadko przyjmowanym rozwiązaniem były bójki (poniżej 1% badanych – przez 2 kobiety i 4 mężczyzn), częstym rozwiązaniem było milczenie (13% i 12%); inne, nieokreślone sposoby stosowało odpowiednio 9% i 7% badanych. Awantury z interwencjami policji zdarzyły się w związkach 5% pacjentek i 2% pacjentów. Związek pacjenci często oceniali jako trwały (43% kobiet i 47% mężczyzn), odpowiednio 11% i 9% jako właśnie się rozpadający, 8% i 6% jako niepewny ze względu na zewnętrzne okoliczności, 5% i 3% badanych myślało o zerwaniu, natomiast part-

nerom przypisało chęć zerwania tylko po 1%, a 1% kobiet i 2% mężczyzn oceniło związek jako przelotny.

Tabela 7. Powody oraz proporcja wkładu w powstanie związku/małżeństwa

		Kobiety	Mężczyźni
Powody powstania związku	miłość	38%	36%
	lęk przed samotnością	5%	3%
	chęć usamodzielnienia się	5%	3%
	przyzwyczajenie	3%	3%
	naciski i przymus	2%	1%
	powody materialne-finansowe	1%	< 1%
	zobowiązania wobec partnera/ki	1%	5%
	inne niekreślone powody	8%	5%
Proporcja wkładu w powstanie związku	oboje partnerów jednakowo	46%	42%
	głównie pacjent/ka	9%	11%
	głównie partner/ka	14%	13%
	rodzina lub przyjaciele	1%	1%

Pominięto braki odpowiedzi oraz informacje o nieposiadaniu związku

Wśród podawanych przez pacjentów przyczyn zawarcia obecnego małżeństwa (tab. 7) najczęściej wymieniana była miłość (38% kobiet i 36% mężczyzn, przy czym w momencie badania 38% pacjentek i 44% pacjentów było stanu wolnego), następnie wielokrotnie rzadsze były lęk przed samotnością (5% i 3%), chęć usamodzielnienia się (także 5% i 3%), przyzwyczajenie (po 3%), naciski i przymus (2% i 1%). Tylko 1% kobiet i jeszcze mniej mężczyzn podało powody materialne, finansowe, a zobowiązania wobec partnera/ki znacznie więcej mężczyzn (5%) niż kobiet (1%); ponadto 8% kobiet i 5% mężczyzn podało inne powody. Do powstania związku dążyło najczęściej oboje partnerów jednakowo (46% kobiet i 42% mężczyzn), głównie sobie przypisało to dążenie 9% kobiet i 11% mężczyzn, partnerom – 14% kobiet i 13% mężczyzn, rodzinie lub przyjaciołom – tylko po 1% badanych.

Tabela 8. Trudności tworzenia związków

		Kobiety	Mężczyźni
Powody braku związków uczuciowych z płcią przeciwną	były związki	83%	78%
	hamowanie przez nieśmiałość	9%	15%
	obawa przed konsekwencjami	3%	3%
	„brak okazji”	3%	2%
	brak zainteresowania płcią przeciwną	1%	2%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zaangażowanie w dotychczasowych związkach	rodzice utrudniali	1%	1%
	większe ze strony pacjentki/ta	41%	42%
	równe z obu stron	36%	36%
	większe ze strony partnera/ki	16%	12%
	bez doświadczenia związku	7%	10%

Pominięto braki odpowiedzi oraz informacje o nieposiadaniu związku

Większość pacjentów (tab. 8) miało już pierwsze związki uczuciowe z płcią przeciwną za sobą (83% kobiet i 78% mężczyzn), pozostali zazwyczaj wyjaśniali brak tego doświadczenia przez hamowanie przez nieśmiałość (9% kobiet i aż 15% mężczyzn), obawę przed konsekwencjami (po 3%), „brak okazji” (3% kobiet, 2% mężczyzn), brak zainteresowania płcią przeciwną (1% kobiet, 2% mężczyzn) oraz utrudnienia bezpośrednio przypisane rodzicom (po 1%). Zaangażowanie w dotychczasowych związkach było oceniane najczęściej jako większe zarówno ze strony pacjentek (41%), jak i pacjentów (42%), znaczny odsetek badanych uznał je za równe z obu stron (po 36% badanych), najmniej przypisało większe zaangażowanie partnerom (16% i 12%), bez doświadczenia żadnego związku było 7% kobiet i 10% mężczyzn.

W dalszej prezentacji wyników dotyczących poszukiwania powiązań między wydarzeniami urazowymi a dysfunkcjami związków pacjentów, uzyskanych przy użyciu analizy regresji (współczynników ilorazów szans i ich przedziałów ufności), ograniczono się tylko do powiązań istotnych statystycznie ($p < 0,05$). Dane przedstawiają tabele 9–14).

Jak wynika z tabeli 9, kazirodztwo wiąże się istotnie z wymuszeniem, raczej niechcianą inicjacją (u kobiet OR = 2,05), a nawet inicjacją przez zgwałcenie (u kobiet OR = 4,55, u mężczyzn OR = 12,07) i z bardzo wczesnym (K: OR = 17,61, M: OR = 7,39) lub wczesnym rozpoczęciem współżycia (K: OR = 3,15, M: OR = 2,85). Do pierwszych konsekwencji kazirodztwa należą ryzyko większego zaangażowania ofiary w następnych związkach (K: OR = 2,10, M: OR = 2,16), przelotny i przypadkowy charakter seksualnych relacji kobiet (OR = 3,11), myślenie o zerwaniu u mężczyzn (OR = 5,21), częściej to rodzina lub przyjaciele „wydają za mąż” kobietę – ofiarę kazirodztwa (OR = 3,63). Wśród powodów małżeństwa u obu płci rzadsza jest miłość, u kobiet deklarowane przyczyny, istotnie częstsze wśród ofiar kazirodztwa, to naciski i przymus (OR = 3,81) oraz chęć usamodzielnienia się (OR = 2,33). Mężczyźni (lecz nie kobiety) istotnie częściej przeżywają niechęć do partnerek (OR = 7,99) oraz ją im przypisują (OR = 3,73), uważają też, że ich związek układa się raczej źle (OR = 2,25). Mężczyźni będący ofiarami kazirodztwa istotnie częściej stwierdzają, że mają tylko wyjątkowo udane życie seksualne (OR = 2,38), podczas gdy kobiety uważają je za zupełnie nieudane (OR = 2,71).

Tabela 9. Powiązanie kazirodztwa (lub jego próby) z późniejszymi zakłóceniami relacji

	Kobiety	Mężczyźni
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)		
Rodzina lub przyjaciele	*3,63 (1,39; 9,49)	---
Powody zawarcia małżeństwa		
Naciski i przymus	**3,81 (1,57; 9,22)	---
Chęć usamodzielnienia się	*2,33 (1,21; 4,47)	---
Zobowiązania wobec partnera/ki	---	*3,39 (1,27; 9,02)
Ogólna ocena współżycia seksualnego		
Tylko wyjątkowo udane	0,89 (0,51; 1,56)	*2,38 (1,13; 4,98)
W ogóle nieudane	***2,71 (1,68; 4,39)	1,15 (0,35; 3,80)
Sposoby rozwiązywania konfliktów z partnerem/ką		
Kłótnie, awantury	*1,65 (1,04; 2,61)	0,95 (0,37; 2,46)
Uczucia wobec partnera/partnerki (lub współmałżonka)		
Niechęć	1,59 (0,86; 2,96)	***7,99 (3,11; 20,57)
Postrzegane uczucia ze strony partnera/partnerki (lub współmałżonka)		
Niechęć	1,78 (0,76; 4,18)	*3,73 (1,26; 11,03)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych		
Przelotne, przypadkowe	**3,11 (1,51; 6,41)	1,52 (0,53; 4,38)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia		
Niepewny, myśli o zerwaniu	1,24 (0,57; 2,73)	**5,21 (1,92; 14,11)
Ogólna ocena związku (lub małżeństwa)		
Z partnerem/ką układa się raczej źle	1,38 (0,84; 2,28)	*2,25 (1,04; 4,83)
Wiek rozpoczęcia współżycia seksualnego (inicjacji)		
Przed lub około 13 r.ż.	***17,61 (7,96; 38,98)	***7,39 (2,05; 26,74)
14–16 lat	***3,15 (1,80; 5,51)	*2,85 (1,22; 6,65)
Przebieg pierwszego stosunku seksualnego (inicjacji)		
Raczej niechciany	**2,05 (1,34; 3,16)	1,24 (0,29; 5,30)
Miał charakter gwałtu	***4,55 (2,57; 8,06)	**12,07 (2,35; 61,92)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych		
Pacjent/ka	***2,10 (1,42; 3,11)	*2,16 (1,12; 4,19)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans; „---” oznaczono niewyliczalne współczynniki OR

Z tabeli 10 wynika, że inicjacja przez zgwałcenie odmiennie wiąże się z dążeniem do związku – u kobiet przez ofiarę (OR = 2,49), u mężczyzn przeciwnie – przez partnerkę (OR = 6,79). Powodem zawarcia małżeństwa u kobiet istotnie częściej są naciski i przymus (OR = 3,77), a u obu płci chęć usamodzielnienia się, bardziej jednak u mężczyzn (OR = 13,19) niż u kobiet (OR = 2,31). U ofiar gwałtu płci żeńskiej podczas inicjacji dominujące uczucia wobec (późniejszych) partnerów to niechęć (OR = 2,24) i nienawiść (OR = 5,41), częściej przypisują one partnerowi obojętność (OR = 2,10) lub niechęć (OR = 3,22), rzadziej miłość (OR = 0,43). Ich kontakty seksualne są częściej przypadkowe (OR = 3,50), a życie seksualne radsze niż raz w miesiącu (OR = 1,83) i całkowicie nieudane (OR = 2,37). Podobne obciążenia nie dotyczą mężczyzn w sposób uchwytany statystycznie (być może z powodu niewielkiej liczebności tej podgrupy lub odmiennego przeżywania urazu). Mężczyźni częściej uważają swój związek za przelotny (OR = 8,55), a kobiety za właśnie się rozpadający (w chwili zgłoszenia się na terapię) (OR = 2,89), ponadto kobiety postrzegają związek jako układający się źle (OR = 1,74) lub bardzo źle (OR = 2,80), a także przypisują sobie większe zaangażowanie (OR = 1,69).

Tabela 10. Powiązanie inicjacji przez gwałt z późniejszymi zakłóceniami relacji

	Kobiety	Mężczyźni
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)		
Głównie pacjent/ka	**2,49 (1,50; 4,13)	1,14 (0,14; 9,26)
Głównie partner/ka	1,06 (0,62; 1,80)	*6,79 (1,68; 27,41)
Powody zawarcia małżeństwa		
Naciski i przymus	**3,77 (1,56; 9,13)	---
Chęć usamodzielnienia się	*2,31 (1,20; 4,42)	**13,19 (2,56; 67,91)
Częstość współżycia seksualnego (kilka ostatnich miesięcy)		
Rzadziej niż raz w miesiącu	*1,83 (1,18; 2,83)	---
Ogólna ocena współżycia seksualnego		
W ogóle nieudane	**2,37 (1,44; 3,89)	---
Uczucia wobec partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Niechęć	**2,24 (1,29; 3,90)	---
Nienawiść	**5,41 (2,01; 14,58)	---
Postrzegane uczucia ze strony partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Obojętność	*2,10 (1,21; 3,65)	---
Niechęć	**3,22 (1,62; 6,42)	---
Charakter obecnych kontaktów seksualnych		
Przelotne, przypadkowe	***3,50 (1,75; 7,01)	1,83 (0,22; 15,04)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia		
Przelotny	0,65 (0,09; 4,80)	*8,55 (1,01; 72,62)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Aktualny związek obecnie się rozpada	***2,89 (1,82; 4,57)	---
Ogólna ocena związku (lub małżeństwa)		
Z partnerem układa się raczej źle	*1,74 (1,09; 2,78)	---
Z partnerem układa się bardzo źle	***2,80 (1,65; 2,76)	3,10 (0,38; 25,65)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych		
Pacjent/ka	*1,69 (1,15; 2,49)	1,38 (0,34; 5,57)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans; „---” oznaczono niewyliczalne współczynniki OR

Z tabeli 11 wynika, że raczej niechciana inicjacja wiąże się z asymetrycznym dążeniem kobiet do związku (OR = 1,94), powstawaniem ich małżeństw z powodu lęku przed samotnością (OR = 2,09) oraz zobowiązań wobec partnera (OR = 2,45), natomiast u mężczyzn z zawieraniem małżeństw z przyzwyczajenia (OR = 3,90). Kobiety istotnie częściej raczej kochały swoich partnerów (OR = 1,59) lub odczuwały niechęć względem nich (OR = 1,62), rzadziej bardzo kochały (OR = 0,63), mężczyźni natomiast częściej raczej kochali (OR = 2,05). Kobiety istotnie częściej postrzegały partnera jako raczej je kochającego (OR = 1,38) i prowadziły życie seksualne w dłuższym związku z jednym partnerem (OR = 1,37). Związek natomiast uważały częściej za niepewny ze względu na zewnętrzne okoliczności, np. wyjazd, „trójkąt” itp. (OR = 1,57), niepewny z powodu ich myśli o zerwaniu (OR = 1,69) lub z powodu zamiaru zerwania przez ich partnera (OR = 3,28). Mężczyźni istotnie częściej uważali związek za niepewny z powodu zewnętrznych okoliczności, np. wyjazd, „trójkąt” itp. (OR = 2,36). Pacjenci płci męskiej po raczej niechcianej inicjacji czuli się istotnie częściej (OR = 2,94) słabsi/gorsi od aktualnych partnerek (lub żon), kobiety po takim samym doświadczeniu czuły się lepsze/mocniejsze (OR = 1,61) od swoich partnerów. Podział władzy w związkach kobiet był asymetryczny – częściej przypisywały ją one albo sobie (OR = 1,40) albo partnerowi (OR = 1,36).

Tabela 11. Powiązanie raczej niechcianej inicjacji z późniejszymi zakłóceniami relacji

	Kobiety	Mężczyźni
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)		
Głównie partner/ka	***1,94 (1,49; 2,51)	1,59 (0,81; 3,14)
Powody zawarcia małżeństwa		
Przyzwyczajenie	1,62 (0,98; 2,69)	**3,90 (1,58; 9,67)
Lęk przed samotnością	***2,09 (1,39; 3,14)	1,21 (0,28; 5,15)
Zobowiązania wobec partnera/ki	*2,45 (1,04; 5,77)	2,08 (0,80; 5,40)
Częstość współżycia seksualnego (kilka ostatnich miesięcy)		
Rzadziej niż raz w miesiącu	**1,49 (1,16; 1,91)	1,14 (0,53; 2,45)
Ogólna ocena współżycia seksualnego		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Tylko wyjątkowo udane	**1,58 (1,22; 2,05)	1,54 (0,78; 3,03)
W ogóle nieudane	***2,41 (1,80; 3,22)	1,58 (0,66; 3,77)
Sposoby rozwiązywania konfliktów z partnerem/ką		
Kłótnie, awantury	***1,78 (1,38; 2,29)	1,50 (0,76; 2,95)
Interwencje policji w związku z awanturami z partnerem/ką		
Zdarzały się	***2,23 (1,52; 3,27)	0,79 (0,11; 5,93)
Uczucia wobec partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Raczej kocha	***1,59 (1,29; 1,97)	*2,05 (1,21; 3,47)
Niechęć	*1,62 (1,15; 2,29)	0,63 (0,09; 4,68)
Postrzegane uczucia ze strony partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Raczej kocha	**1,38 (1,12; 1,71)	1,49 (0,87; 2,56)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych		
W dłuższym związku z jednym partnerem/ką	**1,37 (1,11; 1,68)	0,83 (0,49; 1,41)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia		
Niepewny ze względu na zewn. okoliczności	*1,57 (1,11; 2,20)	*2,36 (1,03; 5,38)
Niepewny, myśli o zerwaniu	*1,69 (1,13; 2,51)	0,53 (0,07; 3,96)
Niepewny, partner/ka chce zerwać	*3,28 (1,33; 8,07)	1,24 (0,16; 9,46)
Postrzeganie podziału władzy w związku (lub małżeństwie) pacjentów		
Partner/ka	*1,36 (1,05; 1,77)	1,23 (0,59; 2,54)
Pacjent/ka	*1,40 (1,09; 1,81)	1,24 (0,61; 2,49)
Ogólna ocena związku (lub małżeństwa)		
Układa się raczej źle	***1,78 (1,37; 2,31)	*2,11 (1,11; 4,01)
Układa się bardzo źle	*1,54 (1,08; 2,21)	1,18 (0,36; 3,89)
Pozycja pacjentów w ich związku (lub małżeństwie)		
Gorszy/a, słabszy/a	1,22 (0,96; 1,56)	***2,94 (1,61; 5,36)
Lepszy/a, mocniejszy/a	*1,61 (1,08; 2,39)	1,77 (0,78; 4,00)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych		
Pacjent/ka	*1,34 (1,09; 1,65)	1,51 (0,89; 2,55)
Partner/ka	*1,34 (1,03; 1,75)	1,79 (0,91; 3,53)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans; „---” oznaczono niewyliczalne współczynniki OR

Z drugiej strony kobiety istotnie częściej oceniały, że związek układa się raczej źle (OR = 1,78) oraz bardzo źle (OR = 1,54), a mężczyźni, że raczej źle (OR = 2,11). Współżycie seksualne kobiet miało istotnie częściej miejsce rzadziej niż raz w mie-

się (OR = 1,49), częściej oceniane jako tylko wyjątkowo udane (OR = 1,58) lub nawet w ogóle nieudane (OR = 2,41), u mężczyzn nie stwierdzono takich powiązań.

Z wyników analiz, które zawiera tabela 12, wynika, że wczesna inicjacja wiązała się w grupie kobiet z zawarciem małżeństwa z powodu chęci usamodzielnienia się (OR = 5,75) oraz z uwagi na zobowiązania wobec partnera (OR = 9,21). Także mężczyźni częściej zawierali małżeństwo z powodu zobowiązań wobec partnerki (OR = 6,38). Kobiety odczuwały także częściej obojętność ze strony partnera (OR = 2,68), swoje kontakty seksualne określiły jako przelotne/przypadkowe (OR = 5,67), a związek jako przelotny (OR = 5,93). Mężczyźni, określając swoje uczucia wobec partnerek, częściej deklarowali, że są one raczej kochane (OR = 2,69). Częstotliwość współżycia mężczyzn wynosiła częściej kilka razy w miesiącu (OR = 2,69), nie oceniali oni współżycia częściej za pomocą żadnego z dostępnych wariantów, natomiast kobiety określały współżycie częściej jako całkowicie nieudane (OR = 2,71).

Tabela 12. Powiązanie przedwczesnej inicjacji z późniejszymi zakłóceniami relacji

	Kobiety	Mężczyźni
Powody zawarcia małżeństwa		
Chęć usamodzielnienia się	***5,75 (2,28; 14,51)	---
Zobowiązania wobec partnera/ki	**9,21 (2,05; 41,31)	**6,38 (2,03; 20,00)
Częstość współżycia seksualnego (kilka ostatnich miesięcy)		
Kilka razy w miesiącu	0,99 (0,32; 3,03)	*2,69 (1,04; 6,99)
Ogólna ocena współżycia seksualnego		
W ogóle nieudane	*2,71 (1,08; 6,77)	2,72 (0,77; 9,58)
Uczucia wobec partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Raczej kocha	0,61 (2,93; 1,34)	*2,69 (1,05; 6,86)
Postrzegane uczucia ze strony partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Obojętność	*2,68 (1,01; 7,15)	2,47 (0,56; 10,99)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych		
Przelotne, przypadkowe	**5,67 (1,91; 16,81)	---
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia		
Przelotny	*5,93 (1,35; 26,06)	---
Przyczyny nienawiązywania związków uczuciowych z płcią przeciwną		
Nie interesowały osoby przeciwnej płci	---	*5,81 (1,27; 26,51)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych		
Partner/ka	1,49 (0,60; 3,71)	*3,82 (1,41; 10,32)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans; „---” oznaczono niewyliczalne współczynniki OR

Tabela 13 przedstawia powiązania dotyczące poczucia całkowitego nieświadomości seksualnego (przed 18 r.ż.). Kobiety z takim obciążeniem istotnie częściej podawały, że do aktualnego związku lub małżeństwa dążyli głównie ich krewni lub przyjaciele (OR = 2,45), wśród przyczyn małżeństwa wymieniały zaś istotnie częściej naciski i przymus (OR = 4,18), lęk przed samotnością (OR = 1,91) oraz chęć usamodzielnienia się (OR = 1,89). Pacjentki istotnie częściej podawały, że współżyją rzadziej niż raz w miesiącu (OR = 1,48), a współżycie określały częściej jako tylko wyjątkowo udane (OR = 1,47) lub z jeszcze większym prawdopodobieństwem jako w ogóle nieudane (OR = 2,48). W konfliktach z partnerem istotnie częstszym sposobem postępowania było obrażanie się, nierozmawianie (OR = 1,43), drugim – kłótnie lub awantury (OR = 1,29), przy czym częstsze niż oczekiwane statystycznie były sytuacje, gdy dochodziło do wzywania z tego powodu policji (OR = 2,54). Pacjentki czuły wobec partnera istotnie częściej obojętność (OR = 1,85), niechęć (OR = 1,69) nawet nienawiść (OR = 3,00), a postrzegały uczucia partnera jako obojętność (OR = 2,05) lub że raczej je kocha (OR = 1,36). Kontakty seksualne miały miejsce częściej w dłuższym związku (OR = 1,26), zarazem jednak związek był częściej postrzegany jako niepewny ze względu na zewnętrzne okoliczności, np. wyjazd, „trójkąt” itp. (OR = 1,58) lub aktualnie się rozpadający (OR = 1,54). Władzę w związku postrzegały jako niesymetryczną albo po stronie partnera (OR = 1,35) albo samej pacjentki (OR = 1,70). W ogólnej ocenie związku częściej pojawiała się odpowiedź, że układa się raczej źle (OR = 1,68) lub bardzo źle (OR = 1,90), a pozycję w związku oceniono jako gorszą, słabszą (OR = 1,57). Zaangażowanie w dotychczasowych związkach uczuciowych leżało po stronie pacjentek (OR = 1,50). Mężczyźni w opisie dążenia do związku istotnie częściej wymieniali udział partnerek (OR = 1,54), współżycie seksualne określali jako w ogóle nieudane (OR = 2,07), do partnerki czuli obojętność (OR=2,02), układało im się w związku bardzo źle (OR = 2,07), czuli się gorsi lub słabsi. Część mężczyzn istotnie częściej nie nawiązała związków uczuciowych (OR = 1,81) z powodu nieśmiałości (OR = 1,61).

Tabela 13. Powiązanie braku uświadomienia seksualnego z późniejszymi zakłóceniami relacji

	Kobiety	Mężczyźni
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)		
Głównie partner/ka	1,12 (0,86; 1,46)	*1,54 (1,08; 2,19)
Rodzina lub przyjaciele	*2,45 (1,27; 4,73)	0,29 (0,04; 2,20)
Powody zawarcia małżeństwa		
Lęk przed samotnością	**1,91 (1,29; 2,83)	1,76 (0,89; 3,46)
Naciski i przymus	***4,18 (2,30; 7,61)	0,34 (0,04; 2,69)
Chęć usamodzielnienia się	**1,89 (1,29; 2,78)	0,86 (0,37; 1,99)
Częstość współżycia seksualnego (kilka ostatnich miesięcy)		
Rzadziej niż raz w miesiącu	**1,48 (1,17; 1,87)	1,27 (0,88; 1,84)
Ogólna ocena współżycia seksualnego		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Tylko wyjątkowo udane	**1,47 (1,15; 1,87)	1,29 (0,90; 1,85)
W ogóle nieudane	***2,48 (1,88; 3,27)	**2,07 (1,33; 3,23)
Sposoby rozwiązywania konfliktów z partnerem/ką		
Kłótnie, awantury	*1,29 (1,01; 1,64)	1,09 (0,75; 1,57)
Obrażanie się, nierozmawianie	*1,43 (1,10; 1,86)	1,21 (0,82; 1,76)
Interwencje policji w związku z awanturami z partnerem/ką		
Zdarzały się	***2,54 (1,77; 3,63)	0,39 (0,12; 1,30)
Uczucia wobec partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Obojętność	**1,85 (1,27; 2,70)	*2,02 (1,18; 3,46)
Niechęć	**1,69 (1,22; 2,33)	0,83 (0,36; 1,91)
Nienawiść	**3,00 (1,40; 6,45)	1,73 (0,43; 6,97)
Postrzegane uczucia ze strony partnera/partnerki (lub współmałżonka)		
Raczej kocha	**1,36 (1,12; 1,65)	1,09 (0,83; 1,43)
Obojętność	***2,05 (1,51; 2,78)	1,11 (0,62; 1,98)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych		
W dłuższym związku z jednym partnerem/ką	*1,26 (1,04; 1,52)	0,82 (0,63; 1,06)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia		
Niepewny ze względu na zewn. okoliczności	*1,58 (1,15; 2,17)	1,48 (0,89; 2,45)
Aktualny związek obecnie się rozpada	**1,54 (1,16; 2,05)	1,49 (0,98; 2,27)
Postrzeganie podziału władzy w związku (lub małżeństwie) pacjentów		
Partner/ka	*1,35 (1,06; 1,72)	1,43 (0,99; 2,04)
Pacjent/ka	***1,70 (1,35; 2,15)	0,69 (0,46; 1,02)
Ogólna ocena związku (lub małżeństwa)		
Układa się raczej źle	***1,68 (1,32; 2,15)	1,31 (0,90; 1,89)
Układa się bardzo źle	***1,90 (1,37; 2,63)	*2,07 (1,21; 3,56)
Pozycja pacjentów w ich związku (lub małżeństwie)		
Gorszy/a, słabszy/a	***1,57 (1,27; 1,96)	**1,78 (1,25; 2,54)
Przyczyny nienawiązywania związków uczuciowych z płcią przeciwną		
Nieśmiałość	1,08 (0,77; 1,51)	*1,61 (1,15; 2,26)
Porady zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych		
Nie było związków uczuciowych	0,81 (0,55; 1,19)	**1,81 (1,23; 2,65)
Pacjent/ka	***1,50 (1,24; 1,82)	1,09 (0,84; 1,40)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans; „---” oznaczono niewyliczalne współczynniki OR

Z danych zamieszczonych w tabeli 14 wynika, że wśród osób karanych w dzieciństwie za masturbację lub zabawy seksualne, kobiety z istotnie wyższym prawdopodobieństwem uznały, że to głównie one dążyły do związku (OR = 2,06), mężczyźni natomiast częściej przypisali tę inicjatywę partnerkom (OR = 1,89). Kobiety zawarły małżeństwo częściej z lęku przed samotnością (OR = 2,39), a mężczyźni z powodu zobowiązań wobec partnerek (OR = 2,98). Omawiana okoliczność urazowa nie miała uchwytne go związku z częstotliwością współżycia, ani – u kobiet – z oceną jego jakości, natomiast u mężczyzn wiązała się z poczuciem, że jest ono w ogóle nieudane (OR = 2,68). Mężczyźni częściej czuli do partnerek nienawiść (OR = 5,34), a kobiety tylko niechęć (OR = 1,76), którą też częściej przypisały partnerowi (OR = 2,56). Kontakty seksualne kobiet częściej były przelotne, przypadkowe (OR = 2,79), związki rzadziej przeżywane jako trwałe (OR = 0,45) i rzadziej jako symetrycznie dzielące władzę (OR = 0,56). U mężczyzn związek częściej był określany jako przelotny (OR = 5,38) albo niepewny, ponieważ partnerka chce go zakończyć (OR = 5,10), z partnerką układa się bardzo źle (OR = 3,55), pacjent czuje się od niej słabszy/gorszy (OR = 1,88). Kobiety również rzadziej widziały aktualny związek jako wyrównany pod względem swojej pozycji (OR = 0,51), a siebie jako bardziej zaangażowane (OR = 1,95).

Tabela 14. Powiązanie karania za masturbację lub zabawy seksualne z zakłóceniami związku

	Kobiety	Mężczyźni
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)		
Głównie pacjent/ka	**2,06 (1,27; 3,36)	0,88 (0,40; 1,96)
Głównie partner/ka	0,83 (0,49; 1,42)	*1,89 (1,04; 3,43)
Powody zawarcia małżeństwa		
Lęk przed samotnością	**2,39 (1,31; 4,38)	0,99 (0,37; 2,62)
Zobowiązania wobec partnera/ki	1,70 (0,40; 7,31)	*2,98 (1,36; 6,54)
Ogólna ocena współżycia seksualnego		
W ogóle nieudane	1,41 (0,83; 2,38)	**2,68 (1,36; 5,30)
Uczucia wobec partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Niechęć	*1,76 (1,02; 3,04)	1,69 (0,50; 5,65)
Nienawiść	0,71 (0,10; 5,28)	*5,34 (1,09; 26,21)
Postrzegane uczucia ze strony partnera/ki (lub współmałżonka/ki)		
Niechęć	*2,56 (1,29; 5,08)	1,87 (0,65; 5,40)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych		
Przelotne, przypadkowe	**2,79 (1,40; 5,54)	0,98 (0,37; 2,62)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia		
Przelotny	1,09 (0,26; 4,59)	**5,38 (1,94; 14,96)
Niepewny, partner/ka chce zerwać	---	**5,10 (1,65; 15,81)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Ogólna ocena związku (lub małżeństwa)		
Układa się bardzo źle	1,47 (0,81; 2,65)	**3,55 (1,67; 7,54)
Pozycja pacjentów w ich związku (lub małżeństwie)		
Gorszy/a, słabszy/a	1,22 (0,81; 1,84)	*1,88 (1,02; 3,46)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych		
Pacjent/ka	***1,95 (1,37; 2,78)	1,49 (0,92; 2,42)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans; „---” oznaczono niewyliczalne współczynniki OR

Dyskusja

Wyniki niniejszego badania są spójne z piśmiennictwem referowanym na wstępie, a także z wynikami innych analiz [2] pokazujących powiązanie między wydarzeniami urazowymi w dzieciństwie i adolescencji a dysfunkcjami seksualnymi w wieku dorosłym, w obecnym badaniu jednak opisywanymi nie za pomocą objawów z kwestionariusza objawowego, lecz ogólnej oceny związku w tym zakresie. Ponadto ujawnionych zostało więcej powiązań dotyczących zakłóceń relacji pacjentów (prawdopodobnych skutków urazów), niekomunikowanych – przynajmniej bezpośrednio – poprzez objawy. Powiązania te wskazują na poważne trudności funkcjonowania interpersonalnego części pacjentów, szczególnie w związkach, w odniesieniu do postrzegania ich trwałości, uczuć do i od partnera, podziału władzy. Te trudności pacjentów opisywano od dawna [45, 46, 51], niekiedy również w powiązaniu z doznanymi przez nich urazami z przeszłości, jednak w piśmiennictwie, jak się wydaje, wciąż zbyt mało uwagi poświęcono formalnej analizie wpływu powszechnych w obserwacji klinicznej mniej urazowych okoliczności (takich jak „antyseksualny” sposób wychowania, niedostatki edukacji seksualnej ze strony rodziców lub opiekunów w okresie dzieciństwa i dorastania) na późniejsze trudności w bliskich relacjach, szczególnie partnerskich, i w życiu seksualnym.

Oczywiście jednym z prostszych wyjaśnień opisanych zakłóceń jest przypisanie pacjentom zaburzeń osobowości (urazy zwiększają przecież ich ryzyko [52, 53]), innym – założenie np. obecności lęku społecznego albo wrogości po urazie [54]. Wyeliminowanie drugorzędowych rozpoznań lub opisanie mechanizmów pośredniczących w opisanym obrazie powiązań przekracza jednak ramy niniejszego badania i jest jego ograniczeniem. Innym wyjaśnieniem wrogości kobiet zgwałconych podczas inicjacji może być obserwacja kliniczna, że niekiedy sprawca zostawał partnerem lub mężem ofiary. Z kolei różnica w reakcji na przejście raczej niechcianej inicjacji (mężczyźni istotnie częściej czuli się słabsi/gorsi od aktualnych partnerek (lub żon), a kobiety po takim samym doświadczeniu częściej czuły się lepsze/mocniejsze od swoich partnerów) może być wyjaśniana kulturowo – przymuszona (nie zgwałcona, lecz nakłoniona) kobieta czuje się „porządna”, mężczyzna nie.

Innymi możliwymi do uwzględnienia, lecz nieujętymi w dostępnych wynikach analiz, mechanizmami powstawania zakłóceń późniejszych związków u ofiar urazów mogą być: pourazowe przerwanie granic i w konsekwencji trudności ich regulacji, wtórna traumatyzacja nie podobnym urazem, ale np. (znane z praktyki klinicznej) skutek potępienia w rodzinie lub nieudolnego śledztwa. Inne oddziaływania, jak błędne uczenie i wychowanie, np. brak edukacji seksualnej, antyseksualne postawy rodziców, są tylko częściowo możliwe do prześledzenia w obecnych danych retrospektywnych obejmujących przestrzeń wielu lat.

Różnice kulturowe i biologiczne związane z płcią, a także różnice częstości urazów oraz ich przeżywania [31] wydają się nakładać na mniejszą liczebność grupy mężczyzn (typową dla grupy pacjentów psychoterapii w ostatnich kilku dekadach), co utrudnia rozstrzygnięcie przyczyn odmiennego obrazu wyników pacjentek i pacjentów.

W zakresie obserwacji powiązań częstości współżycia należy uwzględnić wnioski z metaanaliz [55], które sugerują, że częstość stosunków jest niezwykle mało dokładnym, niestabilnym parametrem relacji pary, zależnym od wielu czynników, takich jak wiek, rasa, kontynent, czas relacji, plany koncepcji lub antykoncepcji oraz metodologia badania.

Pośród różnych aspektów agresji i przemocy w związku interwencje policji okazały się, zgodnie z literaturą, markerem znacznego stopnia niezgody/przemocy między partnerami związku [56]. Niniejsze badanie potwierdziło powszechną (np. [57]) obserwację, że przemoc w kontekście związku partnerskiego szczególnie zmniejsza poczucie bezpieczeństwa związane z przyszłością, a jak się wydaje, także zwiększa poczucie nietrwałości związku. Zgwałcenia, jak wiadomo z praktyki klinicznej oraz badań, wiążą się z nieadekwatnym poczuciem winy i wstydu ofiar oraz patologiczną potrzebą unikania ujawniania urazu i uzyskiwania wsparcia. Ma to szczególny związek z ryzykiem zaburzeń pourazowych i, jak można przypuszczać, może dotyczyć szczególnie mocno zjawiska zgwałcenia ofiary podczas inicjacji seksualnej. W innych planowanych badaniach dotyczących kumulacji różnych aspektów urazu będzie możliwe określenie powiązania wpływu takiej przemocy towarzyszącej inicjacji z innymi jej urazowymi okolicznościami, takimi jak wczesny wiek.

Kazirodztwo lub jego próba potwierdziły także swój wpływ na zaburzenie późniejszego funkcjonowania pacjentów. Niekorzystnym zjawiskiem okazała się po raz kolejny karząca postawa rodziców wobec masturbacji.

Podsumowując, wprowadzenie większego zorientowania wywiadu psychiatrycznego i psychologicznego oraz przeprowadzanie w innych specjalnościach medycznych na zagadnienia wydarzeń urazowych może zmniejszyć obciążenie pourazowych pacjentów, a także – niepsychiatrycznego systemu opieki zdrowotnej [58]. Wymaga to prawdopodobnie lepszego przygotowania studentów medycyny i psychologii do konfrontacji z problematyką seksualną, w tym z urazami seksualnymi u siebie i u swoich pacjentów [59].

Na koniec należy wspomnieć przynajmniej niektóre ograniczenia niniejszego badania. Było ono oparte o analizy danych uzyskanych za pomocą bardzo prostych narzędzi, z konieczności pomijających liczne zmienne dotyczące pacjentów, sytuacji urazowych, ich okresu wystąpienia oraz modyfikacji oddziaływania przez otrzymany-

wanie terapii lub wsparcia ze strony otoczenia. Nie dysponowano też informacjami dotyczącymi sprawców. Nie podjęto próby oceny wpływu wieloletnich przemian socjokulturowych, jakie miały miejsce od lat 80., obejmujących m.in. zmiany w zakresie religijności, swobody obyczajowej, wolnych związków i rozwodów, emigracji i inne.

Silniejszą stroną badania wydaje się jednak wspomniana wcześniej prostota narzędzi pozwalająca na intuicyjne rozumienie odpowiedzi na pytania ankiety w miejsce używania przeliczanych parametrycznych wyników skal. Proste pytania poprzez swoje podobieństwo do prowadzonego w codziennej praktyce wywiadu klinicznego pozwalają na ich łatwe wprowadzenie do zasobów każdego klinicysty psychiatry czy psychoterapeuty, a nawet w stosownym zakresie na terapeutyczne przekazywanie pacjentowi informacji o powiązaniach.

Wnioski

1. Obecność niektórych wydarzeń życiowych z zakresu seksualności w wywiadzie uzyskiwanym od pacjentów kwalifikowanych do psychoterapii wiązała się w sposób statystycznie istotny z wyższym ryzykiem zakłóceń w ich aktualnym życiu seksualnym i związku partnerskim lub małżeństwie.
2. Do wydarzeń o szczególnie traumatycznym charakterze, powiązanych z zakłóceniami aktualnego funkcjonowania pacjentów, należała inicjacja seksualna mająca charakter gwałtu, wczesne rozpoczęcie współżycia, kazirodztwo lub jego próba. Takie powiązania miały również okoliczności niekorzystne, niemające charakteru oczywistego urazu, takie jak wychowanie pomijające edukację seksualną albo karanie za masturbację lub zabawy seksualne, a także raczej niechciana inicjacja.
3. Do najczęściej odnotowywanych obszarów zakłóceń należały dysfunkcjonalne powody powstawania związków i małżeństw pacjentów, takie jak naciski otoczenia, asymetria dążenia do związków, nierówny podział władzy w związku, jego niestabilność, nieoptymalne sposoby rozwiązywania konfliktów oraz często znaczne zaburzenia życia seksualnego – niewielka częstość współżycia, niedostateczna satysfakcja.
4. Powyżej opisane powiązania miały charakter odmienny w grupach mężczyzn i kobiet, co niekiedy można było zinterpretować jako skutki wpływów kulturowych.
5. Wszystkie omawiane wyniki analiz uzyskano na podstawie prostych pytań wywiadu ustrukturuwanego, co pozwala z jednej strony rekomendować je do stosowania w rutynowej praktyce klinicznej i w wywiadzie lekarsko-psychologicznym, a z drugiej zachęca do pogłębienia poszukiwań przez zastosowanie bardziej szczegółowych i nowszych narzędzi o typie skal klinicznych.
6. W świetle uzyskanych wyników oraz przeanalizowanego piśmiennictwa dalszych analiz wymaga także wpływ skumulowanych wydarzeń urazowych oraz ich położenia w czasie.

Wyniki badań zostały częściowo zaprezentowane na konferencjach: *Zaburzenia nerwicowe. Terapia, badania i dydaktyka. 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii CM UJ* (Kraków 10–11 czerwca 2006); II Międzynarodowej Konferencji Naukowo-

-Szkoleniowej *Nowoczesna diagnostyka w psychiatrii. Farmakoterapia i psychoterapia. Jeden cel, dwie drogi.* (Wisła, 11–13 grudnia 2008); 40th SPR International Annual Meeting (Santiago de Chile, 24–27 czerwca 2009) oraz podczas XLIII Zjazdu Psychiatrów Polskich (Poznań, 23–26 czerwca 2010).

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

Konflikt interesów: Nie było.

Piśmiennictwo

1. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. *Somatization in abused women.* J. Womens Health (Larchmt) 2007; 16(6): 909–918.
2. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością.* Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 411–431.
3. Maniglio R. *The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews.* Clin. Psychol. Rev. 2009; 29(7): 647–657.
4. Klanecky AK, McChargue DE. *Vulnerability to alcohol use disorders following early sexual abuse: The role of effortful control.* Addict. Res. Theory 2013; 21(2): 160–180.
5. Warzocha D, Pawełczyk T, Gmitrowicz A. *Associations between deliberate self-harm episodes in psychiatrically hospitalised youth and the type of mental disorders and selected environmental factors.* Arch. Psychiatry Psychother. 2010; 2: 23–29.
6. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. *Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder.* J. Anxiety Disord. 2011; 25(4): 467–73.
7. Makara-Studzińska M, Żoga J, Grzywa A. *Zaburzenia odżywiania a doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie – przegląd badań.* Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(4): 297–300.
8. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V. i wsp. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.* Am. J. Prev. Med. 1998; 14(4): 245–258.
9. Johnson L. *Suggestions for further understanding of mediating factors of sexual arousal dysfunction among women with a history of childhood maltreatment.* J. Sex Marital Ther. 2013; 39(4): 300–302.
10. Kimerling R, Alvarez J, Pavao J, Kaminski A, Baumrind N. *Epidemiology and consequences of women's revictimization.* Womens Health Issues. 2007; 17(2): 101–106.
11. Campbell R, Greeson MR, Bybee D, Raja S. *The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes.* J. Cons. Clin. Psychol. 2008; 76(2): 194–207.
12. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. *The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study.* Dev. Psychopathol. 2011; 23(2): 453–476.

13. Negriff S, Noll JG, Shenk CE, Putnam FW, Trickett PK. *Associations between nonverbal behaviors and subsequent sexual attitudes and behaviors of sexually abused and comparison girls*. Child Maltreat. 2010; 15(2): 180–189.
14. Kendra R, Bell KM, Guimond, JM. *The impact of child abuse history, PTSD symptoms, and anger arousal on dating violence perpetration among college women*. J. Fam. Violence 2012; 27(3): 165–175.
15. McCartan LM, Gunnison E. *Individual and relationship factors that differentiate female offenders with and without a sexual abuse history*. J. Interpers. Violence 2010; 25(8): 1449–1469.
16. Kobus M, Gromska J, Krzykowski G. *Urazy seksualne w dzieciństwie jako przyczyna późniejszych przestępstw seksualnych*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2002; 2(4): 235–238.
17. Bramsen RH, Lasgaard M, Koss MP, Shevlin M, Elklit A, Banner J. *Testing a multiple mediator model of the effect of childhood sexual abuse on adolescent sexual victimization*. Am. J. Orthopsychiatry 2013; 83(1): 47–54.
18. Schry AR, White SW. *Sexual assertiveness mediates the effect of social interaction anxiety on sexual victimization risk among college women*. Behav. Ther. 2013; 44(1): 125–136.
19. Zwickl S, Merriman G. *The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties*. Sex. Relation. Ther. 2011; 26(1): 16–32.
20. Stephenson KR, Hughan CP, Meston CM. *Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women*. Child Abuse Negl. 2012; 36(2): 180–189.
21. Alvarez J, Pavao J, Mack KP, Chow JM, Baumrind N, Kimerling R. *Lifetime interpersonal violence and self-reported chlamydia trachomatis diagnosis among california women*. J. Womens Health 2009; 18(1): 57–63.
22. Busby DM, Walker EC, Holman TB. *The association of childhood trauma with perceptions of self and the partner in adult romantic relationships*. Pers. Relat. 2011; 18(4): 547–561.
23. Larsen CD, Sandberg JG, Harper JM, Bean R. *The effects of childhood abuse on relationship quality: gender differences and clinical implications*. Fam. Relations 2011; 60(4): 435–445.
24. Walker EC, Sheffield R, Larson JH, Holman, TB. *Contempt and defensiveness in couple relationships related to childhood sexual abuse histories for self and partner*. J. Marital Fam. Ther. 2011; 37(1): 37–50.
25. Campbell R, Greeson MR, Bybee D, Raja S. *The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes*. J. Cons. Clin. Psychol. 2008; 76(2): 194–207.
26. Gobin RL. *Partner preferences among survivors of betrayal trauma*. J. Trauma Dissociation 2012; 13(2): 152–174.
27. Gajowy M, Simon W. *Przemoc, zaniedbanie w dzieciństwie oraz straty ciąży – ich wzajemne powiązania oraz psychologiczne konsekwencje tych powiązań*. Psychiatr. Pol. 2002; 36(6): 911–927.
28. Dennerstein L, Guthrie JR, Alford S. *Childhood abuse and its association with mid-aged women's sexual functioning*. J. Sex Marital Ther. 2004; 30(4): 225–234.
29. Savla JT, Roberto KA, Jaramillo-Sierra AL, Gambrel LE, Karimi H, Butner LM. *Childhood abuse affects emotional closeness with family in mid- and later life*. Child Abuse Negl. 2013; 37(6): 388–399.
30. Ahmad S. *Adult psychosexual dysfunction as a sequela of child sexual abuse*. Sex Relationship Ther. 2006; 21: 405–418.
31. Holmes WC. *Men's self-definitions of abusive childhood sexual experiences, and potentially related risky behavioral and psychiatric outcomes*. Child Abuse & Neglect. 2008; 32(1): 83–97.

32. Walsh K, Galea S, Koenen KC. *Mechanisms underlying sexual violence exposure and psychosocial sequelae: A theoretical and empirical review*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2012; 19(3): 260–275.
33. Sandberg DA, Suess EA, Heaton JL. *Attachment anxiety as a mediator of the relationship between interpersonal trauma and posttraumatic symptomatology among college women*. J. Interpers. Violence. 2010; 25(1): 33–49.
34. Easton SD, Coohy C, O’leary P, Zhang Y, Hua L. *The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood*. J. Fam. Violence 2011; 26(1): 41–50.
35. Roemmele M, Messman-Moore TL. *Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women*. J. Child Sex. Abuse 2011; 20(3): 264–283.
36. Lacelle C, Hebert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. *Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse*. Child Abuse Negl. 2012; 36(3): 247–259.
37. Waller G. *Perceived control in eating disorders: relationship with reported sexual abuse*. Int. J. Eat. Disord. 1998; 23(2): 213–216.
38. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Zapamiętane postawy rodziców pacjenta a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 827–851.
39. Scott-Storey K. *Cumulative abuse: Do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse*. Trauma Violence Abuse 2011; 12(3): 135–150.
40. Lacelle C, Hebert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. *Child sexual abuse and women’s sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization*. J. Child Sex. Abuse 2012; 21(5): 571–592.
41. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. *Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment*. Child Abuse Negl. 2005; 29(3): 269–284.
42. Bifulco A, Moran PM, Ball C. *Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: Examining inter-generational transmission of risk*. J. Child Psychol. Psychiatry 2002; 43: 1075–1086.
43. Young EA, Abelson JL, Curtis GC, Nesse RM. *Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders*. Depress. Anxiety 1997; 5(2): 66–72.
44. Arboleda MRC, Canton-Cortes D, Duarte JC. *Long term consequences of child sexual abuse: the role of the nature and continuity of abuse and family environment*. Behav. Psychol. 2011; 19(1): 41–56.
45. Makara-Studzińska M, Rudnicka-Drozak E, Kulik TB. *The type of relationship in marriages of patients with neurosis disorders*. Ann. Univ. Mariae Curie Skłodowska Med. 2004; 59(1): 292–296.
46. Makara-Studzińska M. *Zaburzenia nerwicowe a relacje małżeńskie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS: 2000.
47. Montesi JL, Conner BT, Gordon EA, Fauber RL, Kim KH, Heimberg RG. *On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples*. Arch. Sex. Behav. 2013; 42(1): 81–91.
48. Czyżkowska A. *Zaburzenia seksualne z perspektywy terapii systemowej*. Przegl. Seksuol. 2009; 18: 28–35.
49. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy z zakresu zdrowia seksualnego w populacji pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 35–49.

50. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
51. Ożarowska M. *Wykorzystywanie seksualne dziecka: istota zjawiska, objawy, skutki*. Horyz. Psychol. 2011; 1(1): 89–100.
52. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM. i wsp. *Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses*. CNS Spectr. 2003; 8(10): 737–754.
53. Klatkiewicz A. *Traumatyczne zdarzenia w dzieciństwie a rozwój zaburzenia osobowości borderline*. Now. Lek. 2011; 80(6): 484–492.
54. Roy A. *Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behavior: Brief report*. Psychiatry Res. 2001; 102(1): 97–101.
55. Schneidewind-Skibbe A, Hayes RD, Koochaki PE, Meyer J, Dennerstein L. *The frequency of sexual intercourse reported by women: A review of community-based studies and factors limiting their conclusions*. J. Sex. Med. 2008; 5(2): 301–335.
56. Wilson JS, West JF, Messing JT, Brown S, Patchell B, Campbell JC. *Factors related to post-traumatic stress symptoms in women experiencing police-involved intimate partner violence*. ANS Adv. Nurs. Sci. 2011; 34(3): E14–E28.
57. Perez S, Johnson DM. *PTSD compromises battered women's future safety*. J. Interpers. Violence 2008; 23(5): 635–651.
58. Fiddler M, Jackson J, Kapur N, Wells A, Creed F. *Childhood adversity and frequent medical consultations*. Gen. Hosp. Psychiatry 2004; 265: 367–377.
59. Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Sobański JA, Rutkowski K, Dembińska E. *Seksualność studentów medycyny – rozwój i realizacja potrzeb seksualnych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 35–49.

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

Otrzymano: 19.01.2014
Zrecenzowano: 27.01.2014
Otrzymano po poprawie: 10.04.2014
Przyjęto do druku: 11.04.2014

ANEKS

Tabela 15. **Dysfunkcjonalne wychowanie i inne urazy seksualne**

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

*** $p < 0,0005$, ** $p < 0,005$, * $p < 0,05$ dwustronny test dla dwóch wskaźników struktury;
cyt. za [49]