

Rozpowszechnienie subiektywnie ocenianych objawów dysfunkcji i zaburzeń seksualnych w schizofrenii

Frequency of subjectively assessed symptoms of sexual dysfunction and sexual disorders

Andrzej Kokoszka¹, Mona Abd El Aal², Aleksandra Jodko³,
Agnieszka Kwiatkowska³

¹ II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

² Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

Dziekan: prof. dr hab. J. Karyłowski

³ Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia, Centrum Psychoterapii SWZPZPOZ

Kierownik: lek. med. L. Bryła

Summary

Aim. Assessment of the frequency of subjectively assessed symptoms of sexual dysfunctions and sexual disorders in patients with schizophrenia in comparison with general population results.

Method. The study was anonymous and was conducted on a group of 56 persons with schizophrenia – patients of psychiatric hospital day-wards. A Sexological Questionnaire was used, which was based on the ICD-10 criteria. The questions contained, concern subjective perception of the occurrence of symptoms within the last 6 months.

Results. The symptoms of at least one dysfunction were reported by 93% patients (96% of women and 90% of men), symptoms of at least one disorder of sexual preference by 53.6% patients (36% of women and 71% of men). Symptoms of at least one sexual dysfunction or disorders of sexual preference were confirmed by 96.4% of patients, most of whom reported signs of numerous conditions. The results achieved on frequencies in the study, were significantly higher than the ones in the “Report on sexuality of Poles” done by Lew-Starowicz in 2002. Symptoms characteristic for sexual identity disorders were declared by 5 patients (9%). Almost 20% of the persons admitted to a constant attraction towards the same sex, whilst 10.6% of the do not accept their homosexual orientation; 17.8% reported having doubts about their orientation.

Conclusion. The obtained results point to a need of further studies with resembling methodology, on a more representative and larger group of people with schizophrenia. Confirmation of the data gathered in the pilot study would imply a necessity of introducing effective methods of evaluating sexual problems within a routine diagnostic and therapeutic proceedings. The presented results suggest that every patient with schizophrenia requires a discussion about sexual dysfunctions and disorders, as well as therapeutic actions in case of their prevalence.

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, zaburzenia seksualne, schizofrenia

Key words: sexual dysfunctions, sexual disorders, schizophrenia

Wprowadzenie

Schizofrenia jest chorobą dotykającą prawie 1% populacji osób dorosłych. W doniesieniach naukowych oraz licznych pracach badawczych wiele miejsca poświęca się różnorodnym aspektom tej choroby. Nadal jednak rzadko poruszany jest temat seksualności osób chorych na schizofrenię oraz występowania zaburzeń seksualnych w tej grupie chorych.

Do lat 70. niektórzy psychiatrzy wierzyli, że aktywność seksualna może mieć wpływ na rozwój schizofrenii [1]. Doniesienia z lat siedemdziesiątych sugerują ponadto, iż osoby z diagnozą schizofrenii mniej angażują się w jakiegokolwiek formy aktywności seksualnej [2], a gdy dochodzi do kontaktów seksualnych – ich partnerzy spostrzegają i oceniają ich jako słabo komunikujących się i prymitywnie odgrywających swoją rolę [3]. Pytani o seksualność osób ze schizofrenią, terapeuci odpowiadali, że ich pacjenci nie są w stanie radzić sobie z nią, a rozmowy na ten temat mogą nie tylko wyzwałać niepożądane zachowania, lecz również opóźniać zdrowienie [4].

Dzisiaj nie uznaje się aktywności seksualnej za przyczynę psychoz – wspólnie prowadzone badania obalają wiele mitów, jednak nadal niewiele wiadomo o funkcjonowaniu seksualnym osób z diagnozą schizofrenii. Według Buddeberga i wsp. [5] dla 80% chorych seksualność oraz związane z nią zaburzenia są istotnym elementem życia. Przyczyny różnorodnych zaburzeń funkcji seksualnych w grupie osób z rozpoznaniem schizofrenii są złożone, niewątpliwym wpływem na występowanie tego typu zaburzeń ma zarówno sama choroba – jej przewlekłość, jak i charakter objawów, oraz stosowane leczenie.

Baggaley [6] donosi, że prowadzone od dawna niesystematyczne badania wykazały, iż rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych wśród chorych na schizofrenię, zarówno w grupie osób leczonych, jak i nie leczonych, jest duże i dotyczy około 30–80% kobiet oraz około 45–80% mężczyzn, przewyższa też częstość występowania dysfunkcji seksualnych wśród pacjentów leczonych z powodu innych zaburzeń psychicznych. Wyniki badań wskazują, że wśród chorych mężczyzn, nawet w okresie przed wystąpieniem psychozy, brak zainteresowania nawiązywaniem kontaktów seksualnych jest częstszy niż w grupie mężczyzn zdrowych [7], oraz, że zdaniem osób z diagnozą schizofrenii ich potrzeby „osobistego związku” należą do najbardziej niezaspokojonych [8]. Również wyniki prac McCanna [9] oraz Volmana i Landeen [10] dowodzą, iż pomimo trudności osoby chore na schizofrenię wykazują chęć dyskusji o sprawach związanych ze swoją seksualnością i życiem intymnym, odczuwają też potrzebę wchodzenia w relacje seksualne.

Badanie Aizenberga i wsp. [11], którzy porównywali częstość występowania dysfunkcji seksualnych pomiędzy grupami chorych na schizofrenię: a) leczonych i b) nie leczonych psychotropowo, oraz c) osób zdrowych stanowiących grupę kontrolną, pokazały, iż w obydwu grupach osób chorych dysfunkcje występowały istotnie częściej niż w grupie kontrolnej, u osób leczonych częściej niż w pozostałych dwóch grupach występowały zaburzenia erekcji i orgazmu, natomiast u osób chorych nie leczonych istotnie częściej był spadek/ brak pożądania.

Według danych Bittera i wsp. [12] 37% ze zbadanych przez niego 570 pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii mówiło o występowaniu dysfunkcji przed rozpoczęciem terapii, natomiast wnioski z badań Gabay i wsp. [13] wskazują, że osoby z diagnozą schizofrenii w 50% przypadków deklarowały odbywanie regularnych stosunków seksualnych, 32% badanych współżyło w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie, 36% zgłaszało problemy seksualne, a zaledwie 5% twierdziło, że ma stałego partnera.

Odrębnym problemem jest częste występowanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawów ubocznych stosowania neuroleptyków. Dysfunkcje seksualne będące efektem negatywnego działania leków nie tylko zaburzają sferę psychiczną pacjenta, jego samoocenę, samopoczucie i jakość życia, ale również mają wpływ na jego stosunek do przyjmowanego leku i co za tym idzie – gotowość do współpracy w leczeniu. Według Fleischackera i wsp. [14] oraz Perkinsa [15] dysfunkcje seksualne są jednym z głównych powodów niewypełniania zaleceń dotyczących stosowania leków przeciwpsychotycznych. Jednocześnie tylko 10% pacjentów leczonych farmakologicznie zgłasza występowanie zaburzeń seksualnych będących efektem stosowania leków [16].

Pierwsze doniesienie o dysfunkcjach seksualnych wywołanych przez neuroleptyki opublikowano w 1968 roku [17 za: 18]. W 1989 roku Segraves [19] opisał wyniki badań, według których 30–60% procent mężczyzn stosujących leki przeciwpsychotyczne zgłaszało występowanie zaburzeń erekcji (osiągnięcia i utrzymania wzwodu) oraz przedwczesny lub opóźniony wytrysk. Wyniki badań z 2003 roku [20] wskazują na występowanie zaburzeń funkcji seksualnych u 80–90% osób leczonych tradycyjnymi neuroleptykami. Stosunkowo częsty jest spadek pożądania oraz zdolności do przeżywania orgazmu. Najczęstszym objawem niepożądanym leków przeciwpsychotycznych jest zmniejszenie się libido, wynikające z ich antagonistycznego działania w stosunku do dopaminy oraz zwiększania poziomu prolaktyny powodowanego blokowaniem oddziaływania dopaminy, co może prowadzić również do zaburzeń miesiączkowania, mlekotoku, zaburzeń erekcji. Wśród kobiet szczególnie częste są: słabsze pożądanie, trudności w osiągnięciu orgazmu, oraz zmniejszona zdolność jego przeżywania; ponadto leki te mogą powodować suchość pochwy, atrofię i wtórna do nich bolesność w trakcie stosunku (dyspareunię).

Również inne działania niepożądane, takie jak sedacja czy przyrost wagi ciała, mogą w niespecyficzny sposób prowadzić do zmniejszenia zainteresowań seksualnych. Objawy pozapiramidowe mogą ograniczać aktywność seksualną, utrudniając precyzyjne ruchy, hiperprolaktynemia polekowa, zmniejszając poziom testosteronu, może osłabiać pożądanie seksualne.

Badania wpływu specyficznych leków przeciwpsychotycznych na funkcje seksualne przynoszą zróżnicowane wyniki. Według niektórych doniesień dysfunkcje seksualne występują u 30–60% osób leczonych tradycyjnymi lekami przeciwpsychotycznymi (np. haloperidolem, flufenazyną, chlorpromazyną); wśród atypowych leków antypsychotycznych hiperprolaktynemię najczęściej wywołuje risperidon – w 89%, w porównaniu z 24% częstością występowania dysfunkcji u osób stosujących olanzapinę i zerową – u przyjmujących klozapinę [21]. Wyniki badań z 2003 roku [22] pokazują, że w grupie 636 osób leczonych jednym neuroleptykiem przez co najmniej 4 tygodnie dysfunkcje seksualne wystąpiły u 43% stosujących risperidon, 38% stosujących halope-

ridol, 35% stosujących olanzapinę, 18% stosujących kwetiapinę. Badania z 2006 roku [23] w grupie 3828 pacjentów ze schizofrenią wskazują na występowanie zaburzeń funkcji seksualnych u 71,1% (N = 188) pacjentów leczonych haloperidolem, 67,8% (N = 860) leczonych risperidonem, 60,2% (N = 142) leczonych kwetiapiną i 55,7% (N = 2638) leczonych olanzapiną. Badania Kelly i Conley, również z 2006 roku [24], wykazały występowanie dysfunkcji u 78% osób, którym podawano flufenazynę, 50% leczonych kwetiapiną i 42%, u których zastosowano risperidon; ponadto stwierdzono brak korelacji pomiędzy występowaniem dysfunkcji a poziomem prolaktyny, ustalono również, iż subiektywne poczucie jakości orgazmu poprawiło się najbardziej w grupie leczonej kwetiapiną, natomiast 55% leczonych risperidonem i 40% leczonych kwetiapiną deklaroowało lepsze samopoczucie związane z własną seksualnością niż w trakcie wcześniejszego leczenia lekami pierwszej generacji.

Kasperek-Zimowska i wsp. [25], dokonawszy wnikliwego przeglądu zagadnień związanych z seksualnością w schizofrenii, podają jednak, że najważniejszym czynnikiem wpływającym na powstawanie zaburzeń seksualnych w schizofrenii jest jej obraz kliniczny – zakłócający funkcjonowanie osobiste i społeczne.

Celem niniejszego badania było określenie częstości występowania zaburzeń seksualnych u osób z rozpoznaną schizofrenią w porównaniu z ich częstością w populacji ogólnej. Rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych w populacji ogólnej zacerpnięto z danych zawartych w raporcie o seksualności Polaków z 2002 roku, autorstwa Lwa-Starowicza [26], oraz z innych źródeł przytoczonych za tymże autorem.

Material i metoda

Grupę badaną stanowiły osoby z rozpoznaniem schizofrenii – pacjenci warszawskich i podwarszawskich dziennych oddziałów psychiatrycznych. Badaniem objęto 56 osób – 25 kobiet i 31 mężczyzn w wieku od 20 do 71 r.ż. Wśród biorących udział w badaniu 44,6% osób miało partnera w ciągu ostatnich 6 miesięcy, z czego 25% mieszkało w czasie badania ze swoim partnerem.

Badanie było anonimowe, przeprowadzono je w kilkuosobowych grupach. Przed badaniem pacjentów zapoznano z jego zasadami, a w przypadku zgody na udział w nim – proszono o podpisanie Kwestionariusza Świadomej Zgody.

Narzędziem użytym do przeprowadzenia badania był Kwestionariusz Seksuologiczny [27], stworzony na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w ICD-10. Część A kwestionariusza zawiera pytania dotyczące podstawowych danych socjodemograficznych – płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, diagnozy, występujących chorób somatycznych, stosowanych leków, czasu trwania terapii, oraz pozostawania w związku partnerskim i mieszkania wspólnie z partnerem. Część B kwestionariusza zawiera 12 pytań dotyczących subiektywnego poczucia objawów dysfunkcji seksualnych, dwa odnoszące się do występowania poczucia doświadczenia objawów o typie zaburzeń identyfikacji płciowej, 13 związanych z identyfikowaniem u siebie objawów o typie nieprawidłowych preferencji seksualnych oraz 3 pytania dotyczące orientacji seksualnej. Część C Kwestionariusza Seksuologicznego dotyczy korzystania z Internetu, nie będzie to jednak przedmiotem niniejszego opracowania

(wyniki tej części badania zostały oddzielnie opublikowane [28]). Wszystkie pytania dotyczyły ostatnich 6. miesięcy. Odpowiedzi zaznaczano na skali Likerta – od „zawsze”, przez „często”, do „nigdy”. Wyniki wstępnej oceny psychometrycznych właściwości kwestionariusza wskazują, że jest on dobrym narzędziem do badań przesiewowych. Dla dysfunkcji seksualnych maksymalna jego wrażliwość wynosi 98% a specyficzność 86%, natomiast dla zaburzeń preferencji seksualnych omawiane wartości wynoszą odpowiednio 62% i 89% [27].

Wyniki

Przedstawione poniżej wyniki obejmują osoby, które udzieliły odpowiedzi „zawsze” lub „często” na znajdujące się w kwestionariuszu pytania dotyczące występowania w ciągu ostatnich sześciu miesięcy dolegliwości, doznań i doświadczeń.

Odczuwanie objawów charakterystycznych dla co najmniej jednej dysfunkcji „zawsze” lub „często” podało prawie 93% badanych (96% kobiet i ponad 90% mężczyzn), objawów żadnej dysfunkcji seksualnej nie zgłosiła zaledwie jedna badana kobieta (4%) i trzech badanych mężczyzn (10%). Subiektywne poczucie objawów 2 dysfunkcji seksualnych wystąpiło u 16% (N = 9) badanych (8% kobiet – N = 2 i 22% mężczyzn – N = 7), 3 dysfunkcji – u kolejnych 16% (N = 9) (20% kobiet – N = 5 i 13% mężczyzn – N = 4), a występowanie objawów 4 lub więcej dysfunkcji zgłosiło 61% (N = 34) badanych (w tym 68% kobiet – N = 17 i 55% mężczyzn – N = 17). Wyniki te ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Częstość występowania subiektywnie ocenianych objawów dysfunkcji seksualnych u pacjentów z diagnozą schizofrenii

| Liczba dysfunkcji | Ogółem | Kobiety | Mężczyźni |
|-------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Co najmniej 1 | 92,8% N = 52 | 96% N = 24 | 90,3% N = 28 |
| 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 16% N = 9 | 8% N = 2 | 22% N = 7 |
| 3 | 16% N = 9 | 20% N = 5 | 13% N = 4 |
| 4 lub więcej | 61% N = 34 | 68% N = 17 | 55% N = 17 |

Obniżenie popędu seksualnego deklarowało 68% badanych kobiet i 71% mężczyzn, co zdecydowanie przewyższa częstość występowania tej dysfunkcji w populacji ogólnej (25% kobiet, 8% mężczyzn). Istotne różnice pomiędzy grupą badaną a populacją ogólną dotyczyły także występowania objawów awersji seksualnej (68% badanych kobiet i 54,8% badanych mężczyzn), objawów zaburzeń reakcji genitalnej (45,2% mężczyzn deklarowało trudności z uzyskaniem erekcji, podczas gdy w populacji ogólnej problem ten dotyczy 8% mężczyzn; 56% kobiet deklarowało zaburzenia lubrykacji, występujące w populacji ogólnej u 12% badanych) i objawów zaburzeń orgazmu

(76% kobiet stwierdziło, że nie doświadcza orgazmu; u 43,3% mężczyzn orgazm jest opóźniony). Subiektywne poczucie występowania objawów pochwy wystąpiło u 44% kobiet (2% w populacji ogólnej). Natomiast dolegliwości bólowe towarzyszące stosunkom seksualnym deklarowało 32% kobiet oraz 6,5% mężczyzn. W grupie pacjentek ciekawy okazał się wynik dotyczący odczuwania nadmiernego popędu seksualnego – subiektywne poczucie występowania objawów charakterystycznych dla tej dysfunkcji zgłosiło 32% badanych kobiet, co stanowi wynik przewyższający częstość występowania podobnych objawów u mężczyzn (u których wynik ten nie różni się od wyników w populacji ogólnej). Zgodność wyników uzyskano również w odniesieniu do objawów przedwczesnego wytrysku. Tabela 2 prezentuje uzyskane w badaniu zbiorcze wyniki dotyczące częstości występowania dysfunkcji seksualnych w grupie badanych kobiet i mężczyzn w porównaniu z populacją ogólną.

Tabela 2. Częstość występowania subiektywnie ocenianych objawów dysfunkcji seksualnych u pacjentów z diagnozą schizofrenii w porównaniu z populacją ogólną

| Dysfunkcja seksualna | W jakimkolwiek nasileniu | W jakimkolwiek nasileniu | Dane z raportu | Dane z raportu |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|----------------|
| | Kobiety | Mężczyźni | % Kobiet | % Mężczyzn |
| Brak lub utrata potrzeb seksualnych | 68% N = 17 | 71% N = 22 | 25 | 8 |
| Awersja seksualna | 68% N = 17 | 54,8% N = 17 | 3 | |
| Brak reakcji genitalnej (trudności w uzyskaniu erekcji) | | 45,2% N = 14 | | 8 |
| Brak reakcji genitalnej (trudności w utrzymaniu erekcji) | | 54,8% N = 17 | | 8 |
| Brak reakcji genitalnej (suchość pochwy) | 56% N = 14 | | 12 | |
| Zaburzenia orgazmu (brak orgazmu) | 76% N = 19 | | 10 | |
| Zaburzenia orgazmu (opóźniony orgazm) | 44% N = 11 | 43,3% N = 13 | 17 | 4 |
| Wytrysk przedwczesny | | 32,3% N = 10 | | 32 |
| Pochwica nieorganiczna | 44% N = 11 | | 2 | |
| Dyspareunia | 32% N = 8 | 6,5% N = 2 | 13 | 2 |
| Nadmierny popęd seksualny | 32% N = 8 | 19,4% N = 6 | | 19 |

Objawy o charakterze zaburzeń identyfikacji płciowej obserwowano u siebie 5% (N = 2) badanych kobiet oraz 9,6% (N = 3) mężczyzn (tabela 3). Wyniki te należy

jednak interpretować ostrożnie, z uwzględnieniem, iż dezorientacja towarzysząca objawom psychotycznym może dotyczyć również postrzegania własnej osoby na płaszczyźnie seksualnej, oraz biorąc pod uwagę możliwość występowania urojeń seksualnych (w tym przekonania o przynależności do innej płci) w różnych momentach rozwoju choroby.

Tabela 3. Częstość występowania subiektywnie ocenianych objawów zaburzeń identyfikacji płciowej u pacjentów z diagnozą schizofrenii w porównaniu z populacją ogólną

| Zaburzenie | W jakimkolwiek nasileniu | W jakimkolwiek nasileniu | Dane z raportu | Dane z raportu |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|----------------|
| | Kobiety | Mężczyźni | % Kobiet | % Mężczyzn |
| Transseksualizm | 2,5% N = 1 | 3,2% N = 1 | 0,001 | 0,003 |
| Transwestytyzm o typie podwójnej roli | 2,5% N = 1 | 6,4% N = 2 | | |

W grupie pytań odnoszących się do występowania u osób badanych symptomów o charakterze nieprawidłowych preferencji seksualnych (pomimo trudności w odniesieniu ich do populacji ogólnej), uzyskane wyniki wskazują, iż mężczyźni istotnie częściej mają tego typu objawy, w szczególności w zakresie potrzeb masochistycznych, sadystrycznych i stosowania fetyszy dla uzyskania podniecenia seksualnego. Objawy co najmniej jednego rodzaju zaburzeń preferencji seksualnych wystąpiły u 53,6% (36% kobiet i 71% mężczyzn) – w tym: 1 parafilii u 17,8% (N = 10) (20% kobiet – N = 5 i 16,1% mężczyzn – N = 5), 2 u 16,07% (N=9) (8% kobiet – N = 2 i 22,5% mężczyzn – N = 7), 3 u 7,1% (N = 4) badanych (4% kobiet – N = 1 i 9,7% mężczyzn – N = 3), a 4 lub więcej u 14,3% (N = 8) (4% kobiet – N = 1 i 22,6% mężczyzn – N = 7) badanych. W sumie 36% badanych kobiet i 71% badanych mężczyzn zadeklarowało występowanie objawów chociaż jednej parafilii. Objawy co najmniej jednej dysfunkcji lub zaburzenia preferencji seksualnej potwierdzone zostały przez odpowiedzi 96,4% badanych.

19,4% badanych mężczyzn wyrażało skłonności masochistyczne (dane szacunkowe mówią o występowaniu tej parafilii u 2,5% mężczyzn), 29% wskazywało na konieczność stosowania fetyszy dla osiągnięcia podniecenia seksualnego (w danych szacunkowych fetysyzm dotyka 11% mężczyzn), potrzeby o cechach sadyzmu seksualnego wskazywało u siebie 4% kobiet oraz 16,1% mężczyzn (dane z populacji ogólnej mówią o występowaniu tej parafilii u 5% mężczyzn). Potrzeby charakteryzujące się występowaniem pociągu seksualnego do nieletnich chłopców zgłaszało 3,2% mężczyzn. Wśród badanych kobiet – 32% wskazało na doświadczanie objawów charakterystycznych dla zaburzeń preferencji seksualnych. Najczęściej dotyczyły one potrzeby podglądania innych w sytuacjach intymnych (16%), skłonności do heteroseksualnych zachowań pedofilnych (12% w porównaniu z 1,3% w populacji ogólnej), oraz ocieractwa (12%). Wyniki dotyczące częstości występowania objawów charakterystycznych dla zaburzeń preferencji seksualnych prezentują tabele 4 i 5.

Tabela 4. Częstość występowania subiektywnie ocenianych objawów zaburzeń preferencji seksualnych u pacjentów z diagnozą schizofrenii w porównaniu z populacją ogólną

| Zaburzenie | W jakimkolwiek nasileniu | W jakimkolwiek nasileniu | Dane z raportu | Dane z raportu |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------|----------------|
| | Kobiety | Mężczyźni | % Kobiet | % Mężczyzn |
| Fetysyzm | 4% N = 2 | 29% N = 9 | 6 | 11 |
| Transwestytyzm fetyszystyczny | 4% N = 2 | 3,2% N = 1 | | |
| Ekshibicjonizm | 8% N = 4 | 16,1% N = 5 | | |
| Voyeryzm | 16% N = 8 | 51,6% N = 16 | | |
| Pedofilia – zainteresowania chłopcami | 12% N = 6 | 3,2% N = 1 | 1,3 | 0,8 |
| Pedofilia – zainteresowania dziewczynkami | 4% N = 2 | 6,5% N = 2 | 0,8 | 8,6 |
| Sadyzm | 4% N = 2 | 16,1% N = 5 | 2 | 5 |
| Masochizm | | 19,4% N = 6 | 4,6 | 2,5 |
| Ocieractwo | 12% N = 6 | 29% N = 9 | | |
| Zoofilia | | 3,2% N = 1 | | |

Tabela 5. Częstość występowania subiektywnie ocenianych objawów zaburzeń preferencji seksualnych u pacjentów z diagnozą schizofrenii

| Liczba parafilii | Ogółem | Kobiety | Mężczyźni |
|------------------|-----------------|--------------|----------------|
| Co najmniej 1 | 53,6% N = 30 | 36% N = 9 | 71% N = 22 |
| 1 | 17,8% N = 10 | 20% N = 5 | 16,1% N = 5 |
| 2 | 16,07% N = 9 | 8% N = 2 | 22,5% N = 7 |
| 3 | 7,1% N = 4 | 4% N = 1 | 9,7% N = 3 |
| 4 lub więcej | 14,3% N = 8 | 4% N = 1 | 22,6% N = 7 |

Prawie 20% (N = 11) badanych zadeklarowało stałe pożądanie osób tej samej płci (w tym 2% kobiet – N = 5 i 19,4% mężczyzn – N = 6), ponad połowa z nich – 10,7% (N = 6) – stwierdziła, że nie akceptuje swojej orientacji homoseksualnej (w tym 4%

kobiet – N = 1 i 16,1% mężczyzn – N = 5). Wątpliwości co do własnej orientacji seksualnej miało 16% kobiet (N = 4) oraz 19,4% (N = 6) mężczyzn uczestniczących w badaniu. Większy procent badanych, zarówno kobiet jak i mężczyzn, podawał, że zainteresowanie homoseksualnymi formami współżycia występowało u nich „czasem”. Odpowiedzi wskazujące na występowanie orientacji egodystonicznej dało 4% pacjentek i 16,1% pacjentów. Wyniki dotyczące orientacji seksualnej badanych ilustruje tabela 6.

Tabela 6. Częstość występowania subiektywnie ocenianego pożądanego osób tej samej płci oraz orientacji egodystonicznej u pacjentów z diagnozą schizofrenii

| Orientacja | Ogółem | Kobiety | Mężczyźni |
|---|-----------------|--------------|----------------|
| Pożądanie osób tej samej płci | 19,6% N = 11 | 20% N = 5 | 19,4% N = 6 |
| Orientacja egodystoniczna | 10,7% N = 6 | 4% N = 1 | 16,1% N = 5 |
| Wątpliwości dotyczące orientacji seksualnej | 17,8% N = 10 | 16% N = 4 | 19,4% N = 6 |

Omówienie wyników

Wyniki uzyskane w badaniu należy interpretować ostrożnie, ze względu na ich pilotażowy charakter, oraz niereprezentatywność grupy badanej, a także zastosowaną metodę, która uniemożliwia precyzyjną ocenę kryteriów diagnostycznych przez lekarza. Zapewnienie anonimowości badania gwarantowało intymność i chroniło przed doświadczaniem wstydu, a przede wszystkim – przed ewentualnym podjęciem działań w stosunku do osób, przyznających się do doznań cechujących zaburzenia preferencji seksualnych, których zaspokajanie odbywa się z zastosowaniem przemocy (pedofilia, ocieractwo, oglądactwo).

Wyniki wskazują, że wśród chorych na schizofrenię mniej niż połowa badanych pozostawała w związku partnerskim w ciągu ostatnich 6 miesięcy, z czego tylko ¼ mieszkała w tym czasie ze swoim partnerem. Zdaje się to potwierdzać tezę, że osoby chore psychicznie mają większe trudności w inicjowaniu i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych oraz realizowaniu w ich ramach swoich potrzeb seksualnych. Jednocześnie osoby mieszkające z partnerem częściej wskazywały na występowanie u nich dysfunkcji seksualnych, co ma zapewne związek z realną możliwością realizacji potrzeby seksualnej.

Wyniki dotyczące częstości występowania objawów dysfunkcji seksualnych w przebiegu schizofrenii, uzyskane za pomocą kwestionariusza, znacząco przewyższają dane odnoszące się do populacji osób zdrowych. Na poziomie tendencji statystycznej można wnioskować, że kobiety częściej deklarują występowanie objawów dysfunkcji seksualnych, zgłaszając najczęściej spadek popędu płciowego, brak odczuwania przyjemności podczas stosunku seksualnego, zaburzenia orgazmu i występowanie dyspareunii. Podobnie w grupie mężczyzn – najczęściej występującymi dysfunkcjami są te, które również w populacji ogólnej stanowią najczęstszy problem kliniczny,

jednak ogólna częstotliwość występowania dysfunkcji w grupie pacjentów jest wyższa niż w populacji ogólnej.

Przy interpretacji wyników związanych z odczuwaniem przez osoby badane objawów charakterystycznych dla zaburzeń identyfikacji płciowej należy pamiętać, iż współwystępowanie schizofrenii i transseksualizmu (którego objawy zgłosiło 2,5% badanych kobiet i 3,2% badanych mężczyzn) jest zjawiskiem niezwykle rzadkim, tak więc wyniki otrzymane w prezentowanym badaniu należy wiązać ze specyfiką samej schizofrenii i dezorientacją, jaką wprowadza ona w sferę postrzegania własnej osoby, w tym własnego ciała i płci psychicznej.

Występowanie parafilii w ogólnej populacji jest zjawiskiem stosunkowo słabo zbadanym, stąd trudności w odniesieniu zaprezentowanych rezultatów do częstości tych zaburzeń w populacji ogólnej. W jednym z nielicznych doniesień [29] obejmującym 120 mężczyzn (88 z parafilią i 32 z zaburzeniami związanymi z parafilią (paraphilia-related disorders) przyjętych do leczenia ambulatoryjnego, u 5 osób (4,1%) występowała w ciągu życia psychoza. Grupa ta była oczywiście niereprezentatywna, ale odsetek osób z psychozą był większy niż w populacji ogólnej, co sugeruje możliwość istnienia pewnych związków pomiędzy schizofrenią a zaburzeniami preferencji seksualnych. Podobny pogląd wyrażają autorzy typologii przestępców seksualnych ze schizofrenią, wyróżniając w niej grupę osób, u których parafilia pojawiła się przed początkiem psychozy [30].

Wyniki naszego badania należy interpretować bardzo ostrożnie, ze względu na nieliczną próbę, anonimowość przy pozyskiwaniu danych oraz możliwość wpływu psychotycznych przeżyć na udzielane odpowiedzi. Można jednak założyć, że zadbanie o zachowanie pełnej anonimowości w procedurze badania wpłynęło pozytywnie na szczerść udzielanych odpowiedzi dotyczących potrzeb i tendencji powszechnie negatywnie ocenianych. W szczególności ma to znaczenie w przypadku zaburzeń preferencji seksualnych, których realizacja odbywa się często z naruszeniem integralności drugiej osoby. Gdyby interpretację tę uznać za prawdziwą, to uwzględniając szeroko dostępne dane dotyczące częstego występowania zaburzeń procesów poznawczych u osób ze schizofrenią, mogących powodować trudności w interpersonalnym funkcjonowaniu, można przypuszczać, że mogą mieć one również wpływ na rozwój psychoseksualny. Trudności w satysfakcjonującym zaspokajaniu potrzeb seksualnych we właściwym okresie rozwojowym mogą zwiększać ryzyko rozwoju zaburzeń preferencji seksualnych i identyfikacji płciowej, potęgując tym samym trudności w nawiązywaniu satysfakcjonujących związków seksualnych. Świadomość parafilnych tendencji może być jedną z przyczyn niepodejmowania prób poszukiwania pomocy seksuologicznej, co wynika zapewne z obawy przed ewentualnymi konsekwencjami ich ujawnienia (np. potraktowanie parafilnych potrzeb jako objawów psychozy), albo przed negatywną oceną ze strony terapeuty itp. Uzyskane wyniki zdają się potwierdzać poglądy o częstszym występowaniu parafilii w populacji mężczyzn, choć w badanej grupie liczba kobiet zgłaszających parafilne doznania była zaskakująco wysoka (zwłaszcza „in modo” – ocieractwa i oglądactwa).

W otrzymanych wynikach rysuje się widoczna różnica dotycząca występowania skłonności homoerotycznych. W grupie badanej 4% kobiet i 3,2% mężczyzn oświadczyło, że czuje pociąg seksualny do osób tej samej płci. W porównaniu z danymi

uzyskanymi w badaniach prof. Lwa-Starowicza z 1992 r., w których 0,5% kobiet i 2,7% mężczyzn deklарowało wyłącznie homoseksualną orientację, różnice są wyraźne w grupie kobiet.

Badając etiologię zaburzeń seksualnych u chorych z rozpoznaniem schizofrenii, należy zawsze brać pod uwagę czynniki związane z istotą samej choroby – występowaniem objawów ubytkowych, autyzmem, wycofywaniem się z relacji społecznych, obniżeniem się sprawności psychomotorycznej, oraz to, iż osoby chore mają mniejsze możliwości nawiązywania relacji interpersonalnych. Rozważając przyczyny zaburzeń seksualnych nie należy również zapominać o możliwym współistnieniu innych chorób somatycznych i uzależnień. Biorąc pod uwagę fakt, iż zadowolenie z życia seksualnego jest istotnym elementem ogólnego poczucia jakości życia, a satysfakcjonujące relacje seksualne stanowią ważny element stabilnych związków emocjonalnych, zasadne wydaje się dalsze badanie przyczyn oraz częstotliwości występowania dysfunkcji seksualnych oraz objawów zaburzeń preferencji seksualnych i orientacji egodystonicznej u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii.

Wnioski

1. Bardzo częste występowanie subiektywnego poczucia objawów zaburzeń seksualnych w grupie pacjentów ze schizofrenią wskazuje, że ich ocena powinna być elementem każdego badania psychiatrycznego oraz, jeżeli jest taka potrzeba – przedmiotem oddziaływań terapeutycznych.
2. Wskazana jest weryfikacja uzyskanych wyników w większej i bardziej reprezentatywnej grupie pacjentów z diagnozą schizofrenii.
3. Anonimowość badania umożliwia uzyskanie danych o występowaniu skłonności charakterystycznych dla objawów zaburzeń preferencji seksualnych, w tym takich, których realizacja związana jest ze stosowaniem przemocy – ich omawianie powinno stanowić temat psychoedukacji.

Распространение субъективно оцениваемых симптомов дисфункции и сексуальных нарушений при шизофрении

Содержание

Задание. Целью исследования была предварительная оценка частоты появления субъективно оцениваемых симптомов дисфункции и сексуальных нарушений в группе больных с диагнозом шизофрении в сравнение с результатами, полученными в исследованиях общей популяции.

Метод. Исследование проведено при полной анонимности в группе 50 лиц с диагнозом шизофрении пациентов дневных психиатрических отделений. Использован Сексуологический глоссарий, разработанный на основании диагностических критериев ИЦД-10. Содержавшиеся в нем вопросы относятся к субъективному взгляду появления у исследованного больного симптомов сексуальных нарушений в периоде последних 6 месяцев.

Результаты. Симптомы, хотя бы одной дисфункции, приведены 93% исследованными (96% женщин и 80% мужчин), а не менее одних нарушений сексуальных предпочтений 53,6% (36% женщин и 71% мужчин). Симптомы, не менее чем одной дисфункции или же нарушения сексуальной предпочтений, были подтверждены в ответах 96,4% исследованных. Большинство исследованных указывали на симптомы нескольких сексуальных нарушений. Частоты симптомов большинства дисфункции и нарушений сексуальных предпочтений

значительно больше, чем в „Репорте о сексуальности Поляков” Льва Старовича с 2002 года. Характеристические симптомы для нарушений половой идентификации отмечено у 5 исследованных (9%). Почти 20% исследованных указало постоянное вождение лиц того самого пола, однако почти половина из них 10,6% считала, что не акцептирует своей гомосексуальной ориентации, а 17,8% исследованных указывало на сомнения, относящиеся к собственной сексуальной ориентации.

Выводы. Полученные результаты указывают на потребность проведения, при помощи подобной методологии, исследований на более широкой группе больных шизофренией. Подтверждение результатов из проведенного пилотажного исследования указывало бы на необходимость введения эффективных методов сексуальных нарушений в рамках рутинного диагностическо-терапевтического воздействия. Однако, представленные результаты указывают на потребность соответственного обсуждения появления сексуальных нарушений с каждым больным шизофренией, а также предпринятием терапевтических мероприятий в случаях их обнаружения.

Verbreitung subjektiv beurteilter Dysfunktionssymptome und sexueller Störungen in der Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Beurteilung der Häufigkeit der subjektiv beurteilten Symptome der Dysfunktion und sexueller Störungen in der Gruppe der Kranken mit der Diagnose Schizophrenie im Vergleich mit den Ergebnissen der Studie, die an gesunder Population durchgeführt wurde.

Methode. Die Studie wurde anonym in der Gruppe der 56 Personen mit der Diagnose Schizophrenie durchgeführt - es waren Patienten der psychiatrischen Tagesabteilung im Krankenhaus. Es wurde der Fragebogen zur Erfassung der Sexualität angewandt, der nach diagnostischen Kriterien ICD-10 bearbeitet wurde. Die im Fragebogen enthaltenen Fragen betreffen die subjektive Betrachtung der Symptome der sexuellen Störungen in den letzten 6 Monaten bei der untersuchten Person.

Ergebnisse. Die Symptome mindestens einer Dysfunktion gaben 93% der Untersuchten an (96% Frauen und 90% Männer), und mindestens eine Störung der Sexuellpräferenzen 53,6% (36% Frauen und 71% Männer). Die Symptome mindestens einer sexuellen Dysfunktion oder Störung der sexuellen Präferenz wurden durch Antworten bei 96,4% der Untersuchten bestätigt. Die meisten Untersuchten meldeten die Symptome mehrerer sexuellen Störungen. Die Symptome der meisten sexuellen Dysfunktionen und Störungen der Sexuellpräferenz sind signifikant höher als in der Meldung „Meldung über Sexualität der Polen“ von Lew Starowicz vom Jahre 2002. Die charakteristischen Symptome für die Störungen der Geschlechtsidentifizierung meldeten 5 untersuchte Personen (9%). Fast 20% der Untersuchten meldeten ständiges Begehren nach den Personen desselben Geschlechts, fast die Hälfte von ihnen 10,6% stellten fest, dass sie ihre homosexuelle Orientierung nicht akzeptieren; 17,8% der Untersuchten zweifeln an ihrer sexuellen Orientierung.

Schlussfolgerungen. Die erzielten Ergebnisse zeugen davon, dass es notwendig ist, mit Hilfe der ähnlichen Methodologie solche Studien an einer mehr repräsentativen und zahlreichen Population der Personen mit Schizophrenie durchzuführen. Die Bestätigung der Ergebnisse aus dieser Leitstudie würde die Notwendigkeit der Einführung der wirksamen Untersuchungsmethoden der sexuellen Störungen bei dem diagnostisch – therapeutischen Verfahren implizieren. Die geschilderten Ergebnisse lassen aber vermuten, dass es notwendig ist, mit jeder an Schizophrenie erkrankten Person entsprechend die sexuellen Störungen zu besprechen und die Therapie beim Diagnostizieren dieser Störungen durchzuführen.

La fréquence d'apparition des symptômes subjectifs des dysfonctions et des troubles sexuels au cours de la schizophrénie

Résumé

Objectif. Analyser la fréquence d'apparition des symptômes subjectifs des dysfonctions et des troubles sexuels au cours de la schizophrénie et la comparer avec celle de la population en général.

Méthode. On examine le groupe de 56 patients schizophrènes en plein anonymat avec le questionnaire de sexualité élaboré à la base de critères d'ICD-10. Les questions touchent la perception subjective des symptômes des troubles sexuels durant les derniers six mois.

Résultats. 93% de patients (96% de femmes et 90% d'hommes) notent au moins la présence d'une dysfonction, 53,6% (36% de femmes et 71% d'hommes) manifestent au moins un trouble sexuel. Les symptômes d'une dysfonction ou d'un trouble sexuel sont attestés par 96,4% de patients. La plupart d'eux signalent la présence de quelques troubles sexuels. La fréquence d'apparition de ces troubles est plus élevée chez ces patients que dans la population en général (voir « Le Rapport sur la sexualité des Polonais » de Lew-Starowicz, 2002). Les symptômes des troubles de l'identification sexuelles déclarent 5 patients (9%), presque 20% de patients déclarent la convoitise des personnes du même sexe, 10,6% de ce dernier groupe déclarent qu'ils n'acceptent pas leur identification sexuelle (homosexuelle), 17,8% de patients doutent de leur propre identification sexuelle.

Conclusions. Ces résultats suggèrent la nécessité des recherches en question dans la population des patients schizophrènes, recherches concernant le nombre plus grand et plus représentatif des schizophrènes, et en basant sur la même méthodologie. Si ces recherches attestent ces résultats préliminaires il faut introduire les méthodes efficaces examinant les troubles sexuels au cours du diagnostic pratiqué. Ces résultats présentés ici suggèrent encore la nécessité de discuter la possibilité d'apparition des troubles sexuels avec chaque patient schizophrène et de les traiter en l'occurrence.

Piśmiennictwo

1. Pinderhughes CA, Barrabee Grace E, Reyna LJ. *Psychiatric disorders and sexual functioning*. Am. J. Psychiatry 1972; 128: 1276–1283.
2. Rozan GH, Tuchin T, Kurland ML. *Some implications of sexual activity for mental illness*. Mental Hyg. 1971; 55: 318–323.
3. Skopec HM, Rosenberg SD, Trucker GJ. *Sexual behaviour in schizophrenia*. Med. Asp. Hum. Sexual. 1976; 10: 32–48.
4. Sadow D, Corman A. *Teaching a human sexuality course to psychiatric patients: The process, pitfalls and rewards*. Sexual. Disabil. 1983; 6: 47–53.
5. Buddeberg C, Furrer H, Limbacher B. *Sexuelle Schwierigkeiten ambulant behandelter Schizophrener*. Psychiatr. Prax. 1988; 15: 187–191.
6. Baggaley M. *Sexual dysfunction in schizophrenia: focus of recent evidence*. Hum. Psychopharmacol. 2008; 23: 201–209.
7. Rowlands P. *Schizophrenia and sexuality*. J. Sex. Marital Ther. 1995; 10: 47–61.
8. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W. *Case management and assertive community treatment in Europe*. Psychiatr. Serv. 2001; 52: 32–35.
9. McCann E. *The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos*. J. Adv. Nurs. 2000; 32: 132–138.
10. Volman L, Landeen J. *Uncovering the sexual self in people with schizophrenia*. J. Psychiatr. Mental Health Nurs. 2007; 14: 411–417.
11. Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfmag-Etrog P, Weizman A. *Sexual dysfunction in male schizophrenic patients*. J. Clin. Psychiatry 1995; 56: 137–141.
12. Bitter I, Basson BR, Dossenbach MR. *Antipsychotic treatment and sexual functioning in first-time neuroleptic-treated schizophrenic patients*. Int. Clin. Psychiatry 2005; 20: 19–21.
13. Gabay PM, Fernandez Bruno M, Roldan E. *Sexual behavior in patients with schizophrenia: a review of the literature and survey in patients attending a rehabilitation program*. Vertex 2006; 17: 136–144.
14. Fleischacker WW, Meise U, Gunther V, Kurz M. *Compliance with antipsychotic drug treatment: influence and side effects*. Acta Psychiatr. Scand. 1994 (supl.); 382: 11–15.
15. Perkins DO. *Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 1121–1128.

16. Knegtering H, Blijd C, Boks MPM. *Sexual dysfunctions and prolactine levels in patients using classical antipsychotics, risperidone or olanzapine*. Schizophr. Res. 1999; 36: 355–356.
17. Shaker RI, DiMascio A. *Endocrine effects of psychotropic drugs: VI male sexual function*. Connect. Med. 1968; 32: 847–848.
18. Kelly DL, Conley RR. *Sexuality and schizophrenia: A review*. Schizophr. Bull. 2004; 30: 767–779.
19. Segraves RT. *Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation*. Arch. Gen. Psychiatry 1989; 46: 275–284.
20. MacDonald S, Halliday J, Mac Ewan T, Sharkey V, Farrington S, Wall S, McCreadie RG. *Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: Sexual dysfunction. Case control studies*. Brit. J. Psychiatry 2003; 182: 50–56.
21. Haddad PM, Wieck A. *Antipsychotic-induced hyperprolactinemia: mechanisms, clinical features and management*. Drugs 2004; 64: 2291–2314.
22. Bobes J, Garca-Portilla MP, Rejas J. *Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: results of the EIRE study*. J. Sex. Marital Ther. 2003; 29: 125–147.
23. Dossenbach M, Dyachkova Y, Pirildar S i in. *Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study*. Eur. Psychiatry 2006; 21: 251–258.
24. Kelly DL, Conley RR. *A randomized double-blind 12-week study of quetiapine, risperidone or fluphenazine on sexual functioning in people with schizophrenia*. Psychoneuroendocrinol. 2006; 31: 340–346.
25. Kasperek-Zimowska B, Brodniak WA, Sarol-Kulka A. *Zaburzenia seksualne w schizofrenii – przegląd badań*. Psychiatr. Pol. 2008; 42: 97–105.
26. Lew-Starowicz L. *Raport: Życie seksualne Polaków*. Przegl. Menopauz. 2002; 4: 64–73.
27. Kokoszka A, Jodko A, Radzio R, Czernikiewicz W. *Kwestionariusz seksuologiczny. Narzędzie do badań przesiewowych: założenia i wstępna ocena właściwości psychometrycznych*. Seksuologia Polska [w druku].
28. Abd El Aal M, Jodko A, Kokoszka A. *Ocena korzystania z treści seksualnych dostępnych w Internecie przez osoby cierpiące na schizofrenię. Doniesienie wstępne z anonimowych badań kwestionariuszowych*. Seksuol. Pol. 2008; 6: 21–25.
29. Kafka MP, Hennen J. *A DSM-IV axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders*. Sex. Abuse 2002; 14: 349–366.
30. Drake CR, Pathe M. *Understanding sexual offending in schizophrenia*. Crim. Behav. Mental Health 2004; 14: 108–120.

Adres: Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 6.03.2009
Zrecenzowano: 16.04.2009
Otrzymano po poprawie: 30.08.2009
Przyjęto do druku: 30.08.2009