

Zaburzenia seksualne w schizofrenii – przegląd badań

Sexual disorders in schizophrenia – overview of research literature

Beata Kasperek-Zimowska¹, Włodzimierz A. Brodniak²,
Anna Sarol-Kulka³

¹ Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. J. Meder

² Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie
Kierownik: dr n. hum. J. Moskalewicz

³ Klinika Nerwic IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. M. Siwiak-Kobayashi

Summary

There are relatively few systematic investigations concerning sexual disorders in schizophrenia. In the paper, the most important set of symptoms of sexual disorders in schizophrenia, such as weaker libido, erection and ejaculation disturbances in men, and lubrication and orgasm disturbances in women are described. The lacking of satisfactory partner and sexual relationships is emphasized in the article. In the case of women, the most significant are the problems related to the period of pregnancy, childbirth and care giving. The overview of research literature is focused on differences between females and males in relation to sexual disorders determinants as well as clinical, mental and social effects in the course of schizophrenia.

Słowa kluczowe: zaburzenia seksualne, schizofrenia

Key words: sexual disorders, schizophrenia

Wstęp

Wszystkie fazy procesu socjalizacji i rozwoju psychoseksualnego są związane ze strukturą osobowości człowieka, jego intelektem, emocjami, postawami i systemem wartości. W fazie inicjowania kontaktów seksualnych najważniejszymi czynnikami są umiejętności współpracy i współdziałania z innymi ludźmi w ramach różnych grup – w rodzinie, szkole, pracy, oraz pozytywny stosunek do siebie i do innych.

W przypadku osób z diagnozą psychiatryczną ogromny wpływ na ich życie seksualne, a zwłaszcza na występowanie różnorodnych zaburzeń seksualnych, ma zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji chorych psychicznie, zwłaszcza z rozpoznaniem schizofrenii.

Negatywne stereotypy choroby psychicznej w społeczeństwie i dystans społeczny wobec osób chorych psychicznie, szczególnie po leczeniu w szpitalu psychiatrycznym,

wpływają na ich obraz samych siebie, zmniejszając poczucie własnej wartości, a także w znacznym stopniu ograniczając ich szanse zawodowe i matrymonialne, a tym samym także liczbę i zakres kontaktów seksualnych.

W chorobach psychicznych pojawiają się zaburzenia seksualne, które mają charakter objawowy i mogą mieć różnorodną postać. W większości chorób psychicznych zaburzenia seksualne występują równolegle z innymi licznymi objawami charakterystycznymi dla danej choroby i wraz z nimi ustępują w czasie leczenia. Zdarzają się przypadki, że zaburzenia seksualne są jedynie lekko zaznaczone wśród mocno wyeksponowanych innych objawów choroby psychicznej. W innych przypadkach zaburzenia seksualne są na pierwszym planie obserwowanych symptomów, stwarzając duże trudności diagnostyczne. Różnorodne postaci zaburzeń seksualnych mogą być jednym z pierwszych objawów rozpoczynającej się choroby psychicznej i dopiero pojawienie się innych objawów psychotycznych umożliwi ustalenie prawidłowej diagnozy.

Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe

Według różnych szacunków epidemiologicznych na schizofrenię (ICD 10, F 20-29) choruje prawie jeden procent dorosłej populacji w Polsce i wielu innych krajach euro-amerykańskiego kręgu kulturowego i cywilizacyjnego. Pomimo ogromnej liczby badań, etiopatogeneza schizofrenii nie jest dokładnie znana i budzi wiele kontrowersji. Powszechnie podkreśla się wieloczynnikowe przyczyny tej choroby, wśród których współcześnie zaznacza się dominację uwarunkowań neurochemicznych i genetycznych, chociaż nie neguje się także wpływu czynników psychologicznych i społecznych.

Wiele aspektów związanych ze schizofrenią, np. jej objawy, leczenie, rehabilitacja, rodziny chorych, skłania badaczy do znacznego wysiłku poznawczego i empirycznego. Natomiast życie seksualne pacjentów nie budzi już tak szerokiego zainteresowania. W związku z tym istnieje niewielka liczba doniesień poświęconych seksualnemu funkcjonowaniu pacjentów. Większość badań dotyczy efektów ubocznych przyjmowania neuroleptyków, w tym porównywania wpływu neuroleptyków klasycznych i nowej generacji [1–7].

Pacjenci ze swoimi trudnościami i problemami związanymi z relatywnie małymi umiejętnościami społecznymi i niewielką siecią oparcia społecznego dużo rzadziej, niż osoby zdrowe, wchodzi w związki małżeńskie i są mniej aktywni seksualnie [8].

Postać zaburzeń seksualnych w schizofrenii jest różna i z reguły uzależniona od faz klinicznego przebiegu samej choroby. Wśród najczęściej występujących objawów spotyka się obniżenie lub zanik potrzeb seksualnych, nadmierny wzrost potrzeb seksualnych, zaburzenia jakościowe popędu seksualnego pod postacią dewiacji seksualnych, patologiczną masturbację oraz zaburzenia erekcji i wytrysku. Wszelkie te zaburzenia, w porównaniu z występującymi u ludzi zdrowych, przejawiają się zwykle dość dziwnie, a czasem wprost drastycznie, co ułatwia ustalenie właściwego rozpoznania. Najczęściej jednak spotyka się zaburzenia pod postacią znacznej utraty siły popędu seksualnego. Jest to jednym z przejawów ogólnego osłabienia życia uczuciowego i popędowego oraz spadku ogólnej aktywności życiowej charakterystycznej dla osób chorych na schizofrenię. Pomimo braku potrzeb seksualnych, sprawność aparatu

psychoseksualnego, wyrażająca się erekcjami i wytryskami, może być zachowana. W tych warunkach, jeżeli nawet dochodzi do spełnienia aktu seksualnego, pacjent nie przeżywa dużego napięcia emocjonalnego, akt odbywa się jak gdyby automatycznie, a siła orgazmu jest nieznaczna. Mogą się pojawiać zaburzenia erekcji, sprawiające wrażenie czynnościowych – erekcje pojawiają się spontanicznie, lecz brak jest erekcji adekwatnych do sytuacji erotycznych.

Niektóre osoby chore na schizofrenię, a zwłaszcza kobiety, pomimo znacznie obniżonych potrzeb seksualnych, mogą utrzymywać liczne kontakty seksualne i to z wieloma partnerami. Nie są one jednak inicjatorkami tych kontaktów, zwykle poddają się biernie namowom mężczyzn, m.in. z powodu spadku uczuciowości wyższej. Może wówczas dochodzić nawet do uprawiania prostytucji. Nadmiernie silny popęd seksualny wśród osób chorych na schizofrenię spotyka się dosyć rzadko. Najczęściej wyraża się on w przeróżnych fantazjach erotycznych i uprawianiu masturbacji noszącej cechy patologicznej.

Przebywanie w instytucjach opieki zdrowotnej i społecznej obniża aktywność seksualną, co wynika z zakazu kontaktów seksualnych, szczególnie w szpitalach psychiatrycznych. Życie w swoim naturalnym środowisku, w rodzinie, swojej społeczności, znacząco zwiększa możliwość kontaktów seksualnych [9].

Problemy seksualne kobiet chorych na schizofrenię

Przebieg schizofrenii u kobiet jest inny niż u mężczyzn. W efekcie kobiety krócej pozostają w szpitalu i są rzadziej hospitalizowane w porównaniu z mężczyznami [10]. Kobiety chore charakteryzują się lepszym funkcjonowaniem społecznym, częściej umawiają się na spotkania z mężczyznami, częściej uprawiają seks, mieszkają z partnerami, wychodzą za mąż oraz zajmują się opieką nad swoimi dziećmi [11].

Z badań przeprowadzonych w latach 80. wynika, że kobiety chore na schizofrenię mają znacznie mniej satysfakcjonujące życie seksualne niż kobiety zdrowe [12]. Jednakże w tych badaniach porównywano pacjentki stale przebywające w placówkach psychiatrycznych, co nie stanowiło miarodajnej oceny tego zjawiska. W badaniach z 1996 roku [13] porównano dwie grupy kobiet – zdrowych i chorych, różniących się również pod względem zmiennych socjoekonomicznych. Brano pod uwagę częstość uprawiania seksu, wiek inicjacji seksualnej, sytuacje, w których seks był uprawiany pod presją, oraz częstość występowania chorób związanych z życiem seksualnym. Kobiety chore na schizofrenię miały więcej partnerów w swojej historii życia i zwykle obecnie nie miały partnera. Znacznie częściej były ofiarami molestowania seksualnego. Różnice te wykazywały istotność statystyczną. Przy podobnej częstości uprawiania seksu, kobiety chore pragnęły go rzadziej niż kobiety zdrowe i były nim mniej usatysfakcjonowane.

Na życie seksualne pacjentek mają także wpływ przyjmowane przez nie leki psychotropowe. Do najczęstszych objawów związanych ze stosowaniem leków należą: mniejsze zainteresowanie seksem, suchość pochwy, trudność osiągnięcia orgazmu oraz obniżone libido. Inne możliwe objawy uboczne to: wciągnięcie brodawki sutkowej, mlekotok, nieregularne miesiączki [14]. Spadek libido nie jest bezpośrednim efektem przyjmowania neuroleptyków, lecz ogólnego działania sedatywnego tej grupy leków

i ich wpływu na podwyższone wydzielanie prolaktyny. Dopamina jest naturalnym inhibitorem wychwytu prolaktyny. Dopaminergiczna blokada znosi ten hamulec, powodując zwiększony poziom prolaktyny w organizmie. Wpływa to na cykle miesięczne, obniżenie libido, a także na pojawianie się mlekotoku [14].

Sama schizofrenia nie jest bezpośrednią przyczyną zmniejszenia się pożądania czy seksualnej aktywności. Bardziej bezpośredni wpływ może mieć w tym kontekście leczenie farmakologiczne. Poważnym problemem jest także nieuporządkowane i mało satysfakcjonujące życie seksualne chorych kobiet. Są one bardziej narażone na ataki seksualne, przygodny seks, a co za tym idzie – większe ryzyko zakażenia wirusem HIV. Sprzyja temu również mała wiedza na temat seksualności, ograniczona kontrola impulsów, trudności w tworzeniu relacji interpersonalnych, współtowarzyszące uzależnienia od alkoholu i narkotyków [15].

Kobiety ciężarne chore na schizofrenię

Istnieje od 10 do 15% ryzyka, że dzieci kobiet chorych na schizofrenię będą również na nią chorowały [16]. Sprzyjają temu dodatkowe czynniki, takie, jak: brak dostatecznej opieki rodzicielskiej, działanie leków w okresie prenatalnym oraz komplikacje położnicze.

Duży procent osób chorych jest uzależnionych od nikotyny. Niektóre źródła podają, że od 74% do nawet 92%. Od nikotyny uzależnione są także kobiety, najczęściej nie przerywające uzależnienia w okresie ciąży. Ma to niekorzystny wpływ na rozwój prenatalny dziecka, jak również na jego rozwój w okresie postnatalnym.

Przeżywanie psychozy może utrudniać rozpoznanie, że się jest w ciąży, niezrozumienie towarzyszących temu stanowi zmian somatycznych, a także dokonywanie aborcji na własną rękę [17].

Chore psychicznie kobiety znacznie rzadziej korzystają z opieki lekarskiej w czasie ciąży w porównaniu z kobietami ze zdrowej populacji. Znacznie częściej w ich przypadku są to ciąże nieplanowane i niechciane. Dość często zdarza się również, że są one ofiarami przemocy w czasie ciąży. Miller [18] podaje istnienie 33% takich przypadków wśród badanych kobiet.

Wśród ciężarnych kobiet chorych psychicznie oddzielną podgrupę stanowią te, które urojeniowo zaprzeczają istnieniu ciąży. Psychotyczne przeżycia mogą prowadzić do odrzucenia opieki lekarskiej, trudności w rozpoznaniu początków akcji porodowej oraz, w rzadkich przypadkach, do zabójstw noworodków. Zaprzeczanie ciąży może być związane z utratą praw rodzicielskich do starszych dzieci lub przewidywaniem utraty tych praw do kolejnych dzieci [19].

Najczęściej w okresie poporodowym dochodzi do nasilenia się objawów w psychozach afektywnych, ale może się to zdarzać także w przebiegu psychoz schizofrenicznych. W przypadku schizofrenii zwykle objawy są demonstrowane w jakiś czas po porodzie i trwają dłużej, natomiast w zaburzeniach nastroju pojawiają się później od chwili porodu i trwają krócej [20].

Matki chore na schizofrenię spędzają ze swoimi dziećmi prawie tyle samo czasu, co matki dzieci zdrowych oraz zapewniają porównywalną jakość opieki podstawowej

[21], lecz w mniejszym stopniu odczytują sygnały komunikacyjne wysyłane przez dziecko i na nie reagują. Także rzadziej przytulają swoje dzieci i rzadziej bawią się z nimi [22]. Dla samych dzieci chory rodzic może być mało przewidywalny ze względu na swoją chorobę.

W Polsce opieka nad ciężarną chorą psychicznie kobietą nie ma specjalnego programu w systemie opieki nad matką i dzieckiem. Także w ramach programów rehabilitacyjnych dla osób chorych nie są przewidziane moduły psychoedukacyjne oraz treningi umiejętności dotyczące stosowania środków antykoncepcyjnych, zachowań seksualnych, opieki nad dzieckiem czy zakładania rodziny.

Problemy seksualne mężczyzn chorych na schizofrenię

Aizenberg i wsp. [23] badali osoby z rozpoznaniem schizofrenii. Podzielili grupę pacjentów na poddawanych leczeniu i nie leczonych. Pacjenci nie leczeni, w porównaniu z leczonymi, odczuwali mniejsze pożądanie seksualne, częściej pojawiał się u nich przedwczesny wytrysk. Obie grupy częściej uprawiały masturbację, w porównaniu z populacją zdrowych mężczyzn. Stosowana farmakoterapia poprawiała takie zmienne związane z seksualnością, jak: częstość występowania myśli o charakterze seksualnym czy ochota na uprawianie seksu, zmniejszała jednak: możliwość erekcji, przeżywania orgazmu oraz seksualną satysfakcję.

Wśród pacjentów chorych na schizofrenię odrębną podgrupę stanowią ci, dla których seksualność jest treścią przeżyć psychotycznych. Dotyczy to m.in. autokastracji. Zwykle dokonuje jej niewielka grupa młodych pacjentów. To zjawisko w literaturze przedmiotu próbuje się wyjaśniać najczęściej za pomocą psychologicznej teorii ról – w związku z konfliktem ról, problemami z identyfikacją płciową czy poczuciem winy wywołanym napaścią seksualną [24]. Gossler i wsp. [24] przedstawiają przypadek młodego pacjenta, który dokonał autokastracji w okresie dorastania. Opisują związek specyficznych problemów rozwojowych i psychopatologii. Określają autokastrację jako „psychotyczne” rozwiązanie wczesnomłodzieńczego konfliktu psychologicznego związanego z zależnością.

Dodatkowym problemem związanym z przeżyciami psychotycznymi jest transseksualizm. Trudnością dla klinicystów może być ustalenie, czy występująca u niektórych osób dezaprobata płci cielesnej, z powodu jej niezgodności z psychicznym poczuciem płci, jest objawem psychotycznym, czy objawem zaburzenia identyfikacji płciowej w postaci transseksualizmu.[25].

Raja i Azzoni [26] donoszą, że 65% badanych pacjentów jest świadomych ryzyka zakażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową, pomimo to większość z nich angażuje się w ryzykowne kontakty seksualne. Także współpraca tych pacjentów dotycząca antykoncepcji jest bardzo słaba. Obecnie istnieje duże ryzyko zakażenia się chorych psychicznie wirusem HIV [27].

Mężczyźni chorzy na schizofrenię mają trudności w inicjowaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych z racji słabo rozwiniętych umiejętności społecznych. W porównaniu z kobietami z tym rozpoznaniem, rzadziej inicjują kontakty z osobami płci przeciwnej, rzadziej żyją w stałych związkach i rzadziej mają dzieci pod swoją opieką [11]. Mężczyźni

zaczynają chorować na schizofrenię, w porównaniu z kobietami, we wcześniejszym okresie życia. Oznacza to, że mają mniej czasu na zdobycie umiejętności społecznych [10].

Wpływ leków psychotropowych na rozwój zaburzeń seksualnych w schizofrenii

Większość leków przeciwpsychotycznych ma znaczny wpływ na występowanie zaburzeń seksualnych, w tym zaburzeń erekcji i ejakulacji u mężczyzn oraz zaburzeń lubrykacji i orgazmu u kobiet. Grupa leków przeciwpsychotycznych, które są antagonistami receptora dopaminergicznego i blokują receptory adrenergiczne i cholinergiczne, jest głównie odpowiedzialna za wystąpienie zaburzeń seksualnych. Chlorpromazyna, tiorydazyna, tryfluopernazyna i haloperydol są lekami o działaniu antycholinergicznym – powodują zaburzenia erekcji i ejakulacji u mężczyzn oraz zaburzenia lubrykacji i orgazmu u kobiet. Chlorpromazyna i tiorydazyna blokują także receptory adrenergiczne, co może pogłębiać zaburzenia ejakulacji.

Chociaż leki psychotropowe stosowane do leczenia schizofrenii powodują występowanie zaburzeń seksualnych, to mamy także do dyspozycji wiele leków, które wzmagają popęd seksualny albo neutralizują negatywne objawy leków psychotropowych, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet.

Jednak najważniejszym czynnikiem wpływającym na powstawanie zaburzeń seksualnych jest sam obraz kliniczny schizofrenii, której przebieg znacznie zakłóca funkcjonowanie osobiste i społeczne pacjentów. Dopiero na drugim miejscu należy wymienić leki stosowane w jej leczeniu, niestety odgrywające znaczną rolę w wywoływaniu i rozwoju różnych zaburzeń seksualnych.

Głównym celem powyższego przeglądu zagadnień związanych z seksualnością w schizofrenii było zasygnalizowanie najważniejszych problemów w tym zakresie. Zwrócono uwagę na trudności pacjentów w relacjach interpersonalnych, małą wiedzę seksualną, w tym również dotyczącą antykoncepcji, oraz małą satysfakcję z życia seksualnego.

W odniesieniu do pacjentek zwrócono szczególną uwagę na okres ciąży, porodu oraz opiekę nad dzieckiem. Wyliczenie tych problemów wskazuje na dużą potrzebę stworzenia modułu tematycznego w ramach rehabilitacji psychiatrycznej. Moduł ten powinien zawierać tematykę seksualności w kontekście choroby psychicznej. Ponadto powinien uwzględniać opis umiejętności związanych z tworzeniem i utrzymywaniem relacji partnerskich oraz zakładaniem funkcjonalnej rodziny przy pomocy jak największej ilościowo i jakościowo sieci wsparcia społecznego i emocjonalnego. Ważną część modułu powinien także stanowić systemowy opis współdziałania, w zakresie seksualności pacjentów, grup samopomocowych, instytucji opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz społeczności lokalnej.

Сексуальные нарушения при шизофрении – литературный обзор

Содержание

Сексуальные нарушения при шизофрении составляют предмет относительно немногих систематических исследований. В предлагаемом сообщении описаны наиболее важные симптомы сексуальных нарушений при шизофрении, таких как снижение либидо, нарушения

эрекции, эякуляции у мужчин, а либрикации и оргазма у женщин. Особенно обозначены такие симптомы как отсутствие удовлетворения партнерских отношений и сексуальных реакций. В случаях больных женщин существенное значение имеют проблемы, связанные с периодом беременности, родов и опеки над ребенком. В литературном обзоре представлены различия между женщинами и мужчинами в обусловленных формах и клинических последствий, а также психических и общественных сенсуальных нарушений во время заболевания шизофренией.

Sexuelle Störungen in Schizophrenie - Studienübersicht

Zusammenfassung

Die sexuellen Störungen in der Schizophrenie sind der Gegenstand von nicht vielen systematischen Studien. In der geschilderten Arbeit wurden die wichtigsten Symptome dieser Störungen in der Schizophrenie beschrieben, solche wie die Senkung von Libidospiegel, Erektionsstörungen, Ejakulationsstörungen bei Männern, Lubrikation und Orgasmus bei Frauen, besonders Mangel an zufriedenstellenden Partnerbeziehungen und sexuellen Beziehungen. Wenn es um Frauen geht, haben die Probleme mit der Schwangerschaft, Geburt, Kinderbetreuung eine signifikante Bedeutung. In der Studienübersicht wurden die Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern in den Arten, Bedingungen und klinischen, psychischen und sozialen Folgen der sexuellen Störungen im Verlauf der Schizophrenie vorgestellt.

Les troubles sexuels dans la schizophrénie – revue de littérature en question

Résumé

Les troubles sexuels dans la schizophrénie sont rarement étudiés systématiquement. Ce travail décrit les symptômes principaux des troubles sexuels dans la schizophrénie tels que: niveau abaissé de libido, troubles d'érection, d'éjaculation chez les hommes et troubles de lubrification et de l'orgasme chez les femmes ainsi que manque des relations satisfaisantes. Chez les femmes les problèmes liés avec la grossesse, l'accouchement et la protection de l'enfance jouent aussi le rôle important. Cette revue de littérature en question présente les différences des troubles sexuels dans la schizophrénie chez les femmes et chez les hommes surtout quant à leur genre, conditionnement, effets cliniques, psychiques et sociaux.

Piśmiennictwo

1. Kelly DL, Conley RR. *A randomized double-blind 12-week study of quetiapine, risperidone of fluphenazine on sexual functioning in people with schizophrenia*. Psychoneuroendocrinol. 2006; 3: 340–346.
2. Heaffiger T, Bonsack C. *Atypical antipsychotics and sexual dysfunction: five case-reports associated with risperidone*. L'Encephale 2006; 1: 97–105.
3. Barbui C, Nose M, Bindman J, Schene A, Becker T, Mazzi MA, Kikkert M, Camara J, Born A, Tansella M. *Sex differences in the subjective tolerability of antipsychotic drugs*. J. Clin. Psychopharm. 2005; 6: 521–526.
4. Bitter I, Basson BR, Dossenbach MR. *Antipsychotic treatment and sexual functioning in first-time neuroleptic-treated schizophrenic patients*. 2005; 1: 19–21.
5. Fortier P, Motard JP, Trudel G, Even S. *Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults*. Schizophr. Bull. 2003; 3: 559–578.
6. Kaneda Y. *Effects of risperidone on gonadal axis hormones in schizophrenia*. Ann. Pharmacother. 2001; 12: 1523–1527.
7. Pfeiffer W, Kockott G, Fischl B, Schleuning G. *Adverse effects of long-term psychopharmacologic therapy on sexual functions*. Psychiatr. Prax. 1991; 3: 92–98.

8. Hilger T, Propping P, Haverkamp F. *Is there an increase of reproductive rates in schizophrenics? III. An investigation in Nordbaden (SW Germany) – results and discussion.* Arch. Psychiatr. Neurolog. Sciences 1983; 177–186.
9. Nicholson J, Geller JL, Fisher WH. „*Sylvia Frumkin*“ has a baby. *A case study for policymakers.* Psychiatr. Serv. 1996; 47: 497–501.
10. Goldstein JM. *Gender differences in the course of schizophrenia.* Am. J. Psychiatry 1988; 145: 684–689.
11. McGlashan TH, Bardenstein KK. *Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders.* Schizophr. Bull. 1990; 2: 319–329.
12. Lyketsos GC, Sakka P, Mailis A. *The sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study.* Brit. J. Psychiatry 1983; 143: 376–382.
13. Miller LJ, Finnerty M. *Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders.* Psychiatr. Serv. 1996; 47: 502–505.
14. Jensvold MF, Plaut VC, Rojansky N, Crenshaw TL, Halbreich U. *Sexual side effects of psychotropic drugs in women and men.* W: Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton JA, red. *Psychopharmacology and women: sex, gender, and hormones.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996, s. 323–368.
15. Miller LJ. *Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1997; 4: 623–635.
16. Silverman MM. *Children of psychiatrically ill parents: a prevention perspective.* Hosp. Comm. Psychiatry 1989; 40: 1257–1264.
17. Spielvogel AM, Wile J. *Treatment of psychotic pregnant patient.* Psychosom. 1986; 27: 487–492.
18. Miller LJ. *Psychopharmacology during pregnancy.* Primary Care Update for Obstetrician/Gynecologists 1996; 3: 79–86.
19. Miller LJ. *Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management.* Hosp. Comm. Psychiatry 1990; 41: 1233–1237.
20. McNeil TF. *A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 1. Clinical characteristics of the current postpartum episodes.* Acta Psychiatr. Scand. 1986; 74: 205–216.
21. Walker E, Emory E. *Infants at risk for psychopathology: offspring of schizophrenic parents.* Child Develop. 1983; 54: 1269–1285.
22. Gamer E, Gallant D, Grunebaum H. *Children of psychotic mothers: an evaluation of 1-year-olds on a test of object permanence.* Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33: 311–317.
23. Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P, Weizman A. *Sexual dysfunction in male schizophrenic patients.* J. Clin. Psychiatry 1995; 4: 137–141.
24. Gossler R, Vesely C, Friedrich MH. *Autocastration of young schizophrenic man.* Psychiatr. Praxis 2002; 4: 214–217.
25. Caspari D, Sittinger H, Lang B. *Transsexualism and schizophrenic psychosis.* Problems preparing expert opinion on transsexualism. 1999; 2: 89–92.
26. Raja M, Azzoni A. *Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses.* Europ. Psychiatry J. Assoc. Europ. Psychiatr. 2003; 2: 70–76.
27. Gray R, Brewin E, Noak J, Wyke-Joseph J, Sonik B. *A review of the literature on HIV infection and schizophrenia: implications for research, policy and clinical practice.* J. Psychiatr. Ment. H. Nurs. 2002; 4: 405–409.

Adres: Beata Kasperek-Zimowska
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 23.04.2007
Zrecenzowano: 9.07.2007
Przyjęto do druku: 4.10.2007