

Wybrane aspekty funkcjonowania seksualnego młodych mężczyzn chorych na schizofrenię

Selected aspects of sexual functioning in young male schizophrenic patients

Beata Konarzewska, Regina Popławska, Agata Szulc, Napoleon Waszkiewicz

Klinika Chorób Psychiczych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Streszczenie

Wstęp. Celem badania była ocena liczby partnerów i stosowania antykoncepcji wśród młodych mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii (od momentu rozpoczęcia aktywności seksualnej) oraz ich funkcjonowania seksualnego pod kątem zaburzeń libido, przed zastosowaniem leczenia przeciwpsychotycznego.

Materiał i metody. Przy użyciu kwestionariusza poddano ocenie 50 mężczyzn w wieku 23–35 lat hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym w latach 2004–2005.

Wyniki. Na podstawie wyników badania ustalono, że 42% (21 osób) mężczyzn (przed rozpoczęciem farmakoterapii z powodu schizofrenii) nie podejmowało aktywności seksualnej ze względu na brak partnera, 20% zgłaszało obniżenie popędu seksualnego, a 2% — jego wzrost. Liczba partnerów seksualnych w tej grupie wynosiła zaledwie 1,96 SD (2,79). Tylko 3% badanych osób choć raz użyło prezerwatywy.

Wnioski. Brak lub utrata potrzeb seksualnych stanowi częste zaburzenie wśród młodych mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii. W porównaniu z populacją ogólną charakteryzują się oni posiadaniem mniejszej liczby partnerów seksualnych, rzadziej używają prezerwatyw i są częściej niezadowoleni ze swego funkcjonowania seksualnego.

Seksuologia Polska 2008; 6 (1): 1–5

Słowa kluczowe: schizofrenia, dysfunkcje seksualne przed rozpoczęciem leczenia, partnerzy seksualni, stosowanie prezerwatyw

Abstract

Introduction. The aim of the study was to determine the condoms use and the number of lifetime sexual partners and pretreatment sexual functioning in the context of libido disturbances, in the selected group of young males with schizophrenia.

Material and methods. The study was carried out in the form of questionnaire which collected information from 50 patients between 25–35 years of age, hospitalized in psychiatric hospital in the period of 2004–2005.

Results. Great proportion (42%, $n=21$) of responders (before the antipsychotic treatment was initiated) was not engage in sexual activity, 20% reported lack of sexual desire, 2% its increase. The number of lifetime sexual partners in this group reached only 1,96 SD (2,79). Condoms use reported 3% of patients.

Conclusions. Hypoactive sexual desire disorder are highly prevalent among young male adults with schizophrenia during pretreatment period. Compared to general population they had fewer lifetime sexual partner, less common use condoms, and are not satisfied with their sexual functioning.

Polish Sexology 2008; 6 (1): 1–5

Key words: schizophrenia, pretreatment sexual dysfunctions, sexual partners, condom use

Wstęp

Prawidłowe funkcjonowanie seksualne obejmuje wiele obszarów, takich jak zainteresowanie aktywnością seksualną, pobudzenie, zdolność do osiągnięcia orgazmu i płodność. Zależy ono od umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych i prawidłowej samooceny. Zaburzenia seksualne stanowią częsty problem chorych psychicznie mężczyzn, a w szczególności osób z rozpoznaniem schizofrenii. Natura dysfunkcji seksualnych jest złożona, a etiologia często trudna do ustalenia. Przebiegają one pod postacią hipofunkcji bądź też hiperfunkcji, w zależności od etapu psychozy, stosowanego leczenia i stanu somatycznego chorych [1]. Zwykle towarzyszą schizofrenii już od samego początku, to znaczy od momentu pojawienia się symptomów prodromalnych [2]. Istnieją przesłanki, aby uznać je za czynnik predykcyjny niekorzystnego przebiegu schizofrenii i istotny diagnostycznie element choroby podstawowej [2–4]. Na podstawie dostępnej literatury można z całą pewnością stwierdzić, że funkcjonowanie seksualne mężczyzn chorych na schizofrenię jest odmienne w porównaniu z osobami zdrowymi psychicznie [1, 3, 5–8]. Charakteryzuje ich między innymi upośledzona zdolność do nawiązywania relacji o charakterze seksualnym [4]. Najczęstsze skargi w tej grupie chorych dotyczą zaburzeń ejakulacji, erekcji, ale też braku libido. Okazuje się, że większość przeprowadzonych badań mających na celu ocenę funkcji seksualnych odnosi się do pacjentów leczonych farmakologicznie, rzadko analizuje się problemy wynikające z choroby podstawowej — schizofrenii [8, 10–12]. Autorzy nielicznych prac donoszą o przewadze zaburzeń libido u nieleczonych farmakologicznie pacjentów [2]. Skąpy zakres danych odnosi się też do stosowania antykoncepcji w tej grupie chorych, chociaż zachowania ryzykowne pod względem seksualnym są dla nich typowe [13]. W związku z tym autorzy niniejszej pracy podjęli się opracowania mającego na celu ustalenie, czy w istocie mężczyźni chorzy na schizofrenię różnią się pod względem liczby partnerów seksualnych od zdrowych psychicznie mężczyzn. Celem była też ocena częstości występowania zaburzeń libido wśród tych samych chorych przed podjęciem leczenia przeciwpsychotycznego. Mając na uwadze występowanie ryzykownych zachowań seksualnych, autorzy artykułu podjęli się też ustalenia, czy mężczyźni chorzy na schizofrenię rzadziej stosują prezerwatywy, które, jak wiemy, są nie tylko popularnymi środkami antykoncepcyjnymi, ale chroniącymi przed zakażeniem się infekcjami przenoszonymi drogą płciową (STI, *sexually transmitted infections*).

Tabela 1. Dane demograficzne

Dane n = 50	Średnia	SD
Wiek badanych	29,03	6,29
Wiek pierwszej hospitalizacji	22,84	6,65
Liczba hospitalizacji	3,80	2,57
Liczba partnerów seksualnych*	1,96	2,79
Stosowanie prezerwatyw**	0,15 (3%)	0,36

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

*obejmuje wszystkich partnerów seksualnych do momentu obecnego badania

**stosowanie tej formy antykoncepcji (kiedykolwiek)

Materiał

Materiał empiryczny zebrano przy użyciu stworzonego na potrzeby badania kwestionariusza, który zawierał pytania dotyczące danych demograficznych, takich jak wiek pacjenta podczas pierwszej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym i łącznej liczby hospitalizacji (tab. 1). Kolejna grupa pytań odnosiła się do aktywności seksualnej pacjenta przed rozpoczęciem leczenia przeciwpsychotycznego. Uzyskane informacje kwalifikowały do jednej z grup:

- prawidłowe funkcjonowanie seksualne,
- zaburzenia natury seksualnej:
 - obniżenie popędu seksualnego,
 - wzrost popędu seksualnego,
 - pozostałe.

Zadano również otwarte pytania dotyczące stosowania prezerwatyw i liczby partnerów seksualnych od momentu rozpoczęcia aktywności seksualnej do czasu badania. Do badania włączono 50 mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision*), hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym w latach 2003–2004. Z badania wykluczono osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzeniem umysłowym i uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Metody

W celu wykonania obliczeń, a także dla obliczenia średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych (SD, *standard deviation*) posługiwano się programem komputerowym SAS dla Windows.

Wyniki

Opierając się na analizie danych statystycznych wykazano brak istotnych zależności między wiekiem pa-

Tabela 2. Funkcjonowanie seksualne przed rozpoczęciem leczenia przeciwpsychotycznego

Dane	n = 50	100%
Prawidłowa aktywność seksualna	n = 20	40%
Zaburzenia seksualne	n = 30 (21 osób nie posiadało partnera seksualnego)	20% — spadek lub brak popędu seksualnego 2% — wzmożony popęd seksualny

pacjenta podczas pierwszej hospitalizacji a liczbą partnerów seksualnych ($p = 0,29$). Wiek pacjenta podczas pierwszej hospitalizacji pozostawał też bez istotnego wpływu na używanie prezerwatyw ($p = 0,28$). Podobnie, nie zaobserwowano istotnej zależności między liczbą hospitalizacji pacjenta na oddziałach psychiatrycznych a liczbą partnerów seksualnych ($p = 0,48$).

Dyskusja

Zaburzenia funkcjonowania seksualnego przed rozpoczęciem leczenia przeciwpsychotycznego

W okresie poprzedzającym leczenie przeciwpsychotyczne pacjenci różnie oceniali swoje funkcjonowanie seksualne. Wielu z nich nie podjęło żadnej aktywności na tym polu, zaś 60% badanych nie była z niej zadowolona. Jednym z najczęściej zgłaszanych problemów było obniżenie lub całkowity brak libido. Przyczyn spadku zainteresowań sferą seksualną może być wiele. Warto pamiętać, że u mężczyzn początek schizofrenii przypada na 15.–24. rok życia i zwykle zbiega się z procesem dojrzewania. W tym czasie u zdrowych chłopców zmienia się w sposób istotny wydzielanie hormonu luteinizującego (LH, *luteinising hormone*). Wykazano, że jego stężenie wzrasta aż 30-krotnie, w porównaniu z wartościami wyjściowymi. U chorych na schizofrenię rówieśników w tym samym czasie dochodzi w wielu przypadkach do spadku testosteronu i gonadotropin [12]. Na podstawie licznych doniesień wskazuje się na neuroprotektoryjny wpływ estrogenu u kobiet i testosteronu u mężczyzn, ich niedobór kojarzony jest natomiast nie tylko z charakterystycznymi zaburzeniami seksualnymi, ale też z patogenezą schizofrenii. Wspólne podłoże obu zaburzeń stanowi, nadal w wielu aspektach, niejasna pod względem etiologii dysfunkcja osi podwzgórze–przysadka mózgowo–gonady [14].

Wpływ choroby

Zaburzenia seksualne stanowią element choroby podstawowej [1–3, 12]. Opisywano je na każdym eta-

pie schizofrenii. Zdaniem Akhtara i Thompsona w okresie prodromalnym małe zainteresowanie osobami przeciwnej płci i anhedonia stanowią charakterystyczne objawy rozwijającej się schizofrenii [2]. W tym czasie ważną rolę w występowaniu dysfunkcji seksualnych odgrywa przede wszystkim gorsze funkcjonowanie społeczne chorych, skłonność do izolowania się i mała komunikatywność. W czasie bezpośrednio poprzedzającym wystąpienie pierwszych objawów psychotycznych i w okresie ostrego epizodu psychotycznego, zamiast spadku, może pojawić się wzrost popędu seksualnego, wzmożona aktywność autoerotyczna, jak również nietypowe zachowania seksualne [12]. Przypisuje się je charakterystycznej dla tego okresu nadmiernej aktywności dopaminergicznej, szczególnie w obrębie struktur szlaku mezolimbicznego i mezokortykalnego. Zdaniem Smith'a ważną rolę w stymulowaniu aktywności seksualnej osób chorych na schizofrenię może odgrywać również jądro półleżące, które stanowi część wymienionych powyżej dróg nerwowych odpowiadających za regulację zachowań emocjonalnych, a także powstawanie urojeń, omamów oraz zaburzeń myślenia w okresie aktywnych zaburzeń psychotycznych [5]. W przypadku mężczyzn chorych na schizofrenię badanych dla potrzeb niniejszego opracowania 20% stanowili pacjenci z wyraźnie nieprawidłową aktywnością seksualną z powodu spadku lub braku libido. Tylko 2% pacjentów zadeklarowało wzrost popędu seksualnego przed rozpoczęciem farmakoterapii (tab. 2). Fortier i wsp. wśród mężczyzn chorych na schizofrenię w wieku od 18–35 lat odnotowali spadek popędu seksualnego u 17,4%. Żaden mężczyzna z grupy kontrolnej nie zgłosił braku lub utraty potrzeb seksualnych [15]. Tylko 40% pacjentów analizowanych w niniejszym opracowaniu deklarowało względnie prawidłową sprawność seksualną przed rozpoczęciem leczenia farmakologicznego. Opierając się na uzyskanych wynikach, autorzy potwierdzają, że wielu mężczyzn przed rozpoczęciem specjalistycznego leczenia z powodu schizofrenii ujawniała zaburzenia w sferze seksualnej. Mamy do czynienia częściej z hipofunkcją niż hiperfunkcją, co potwierdziło się w wynikach poprzednich badań. Aizenberg i wsp.

i Andreasen uzyskali istotne zależności między nasileniem anhedonii i zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym a zaburzeń w sferze libido [4, 17]. Na podstawie pozyskanych danych, w związku z brakiem oceny objawów psychopatologicznych nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, jaki rodzaj symptomów współlistnieje z konkretnym typem zaburzeń seksualnych. Istotna przewaga spadku nad wzrostem libido wskazuje na „tłumiący” wpływ schizofrenii na aktywność seksualną, stąd też mniejsza liczba partnerów seksualnych i gorszy w porównaniu z populacją ogólną sukces reprodukcyjny.

Partnerzy seksualni

Średnia liczba partnerów seksualnych w Polsce wynosi 4,5 dla populacji do 49. roku życia. Największą liczbę odnotowano wśród respondentów w grupach wiekowych 25–29 lat (średnia liczba partnerek wynosiła 3,08 dla mężczyzn i 1,50 partnerów dla kobiet) [16]. Mężczyźni, chorzy na schizofrenię, badani dla potrzeb niniejszego opracowania, których średnia wieku wynosiła 29,03 roku (SD 6,29), mają zdecydowanie mniej partnerów (1,96 [SD 2,79]). Średnio co piąty Polak do 49. roku życia nie posiada aktualnie partnera, a 14,5% osób nie współżyło seksualnie [16]. Opierając się na wynikach niniejszych badań, można wskazać, że ponad 1/3 mężczyzn chorych na schizofrenię w wieku 29,03 roku (SD 6,29) nie podjęło aktywności seksualnej w związku z brakiem partnera. Podczas gdy zdrowi psychicznie mężczyźni są najbardziej aktywni seksualnie między 25. a 29. rokiem życia, osoby oceniane w niniejszym opracowaniu najczęściej wtedy były hospitalizowane w związku z pierwszym epizodem choroby. Okazało się jednak, że ani czas pierwszej hospitalizacji, ani liczba rehospitalizacji psychiatrycznych nie miała w niniejszym badaniu istotnego wpływu na liczbę partnerów seksualnych. Wydaje się, że konieczność leczenia przeciwpsychotycznego w trakcie hospitalizacji i po wypisaniu z oddziału, poza samą chorobą, wywiera najsilniejszy wpływ na funkcjonowanie seksualne chorych na schizofrenię mężczyzn. Gitlin opisał 4 mechanizmy wpływu neuroleptyków na funkcje seksualne, takie jak:

- zmniejszenie przekąźnictwa dopaminergicznego;
- zwiększenie przekąźnictwa histaminergicznego;
- blokowanie α -adrenoreceptorów;
- działanie hormonalne, którego patologicznym następstwem jest hiperprolaktynemia [18].

Wpływ hiperprolaktynemii na funkcjonowanie seksualne jest bezsporny. Wysokie stężenie prolaktyny (PRL) we krwi działa tłumiąco na wszystkie sfery, zaczynając od zainteresowania seksem poprzez erekcję i orgazm. Upośledzenie popędu płciowego jest

skutkiem bezpośredniego działania podwyższonego stężenia PRL na ośrodkowy układ nerwowy. Hiperprolaktynemia obniża również stężenie testosteronu we krwi i pośrednio przyczynia się do spadku aktywności seksualnej [19, 20].

Opierając się na przedstawionych danych, można wykazać, że wiek pierwszej hospitalizacji ani liczba rehospitalizacji nie wpływa na możliwość pozyskania partnera seksualnego wśród osób chorych na schizofrenię. Z danych ujętych w literaturze przedmiotu wynika, że mniejsza liczba partnerów seksualnych w tej grupie chorych może być spowodowana z jednej strony trudnościami w zrealizowaniu popędu seksualnego na skutek obecności objawów psychopatologicznych uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie interpersonalne, z drugiej zaś — koniecznością stosowania leków przeciwpsychotycznych i skutków farmakoterapii [4, 19, 20].

Stosowanie prezerwatyw

Prezerwatywa stanowi w Polsce jeden z najpopularniejszych środków antykoncepcyjnych. W badaniu z 1997 roku choć jeden raz prezerwatywy użyło 56% respondentów. W 2002 roku odsetek ten wzrósł o 8%. Na przestrzeni ostatnich 4 lat postawa Polaków wobec stosowania prezerwatyw zmieniła się. Skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań, na przykład świadoma odmowa użycia prezerwatywy w sytuacji, gdy partner zaproponuje to przy pierwszym kontakcie seksualnym, jest niewielka. Większość deklaruje zgodę na jej użycie podczas pierwszego kontaktu seksualnego [16]. W porównaniu z populacją ogólną osoby chore na schizofrenię stosunkowo rzadziej korzystają z prezerwatyw (66,3% vs. 3%). W badaniu Cournosa i wsp. podobnie tylko 8% pacjentów deklarowało stałe używanie prezerwatyw [13]. Wiedza polskiego pacjenta, że jest to środek, którego prawidłowe użycie znacznie ogranicza możliwość zajścia w ciążę i zakażenia się STI, jest znikoma (10%).

Mniejsze w porównaniu z populacją ogólną zastosowanie prezerwatyw może wynikać z jednej strony z braku wiedzy o potrzebie ich stosowania, z drugiej — z powodu obecności choroby podstawowej — schizofrenii, która sprzyja zachowaniom impulsywnym i realizowaniu potrzeb instynktownych kosztem partnera.

Podsumowując, możemy stwierdzić, że funkcjonowanie seksualne mężczyzn chorych na schizofrenię przed rozpoczęciem leczenia farmakologicznego jest gorsze w porównaniu z osobami zdrowymi psychicznie [21, 22]. Wynika to być może w głównej mierze z obecności choroby, która zaburza funkcjonowanie

sfery emocjonalnej i motywacyjnej, izolując pacjenta od innych i uniemożliwiając mu nawiązanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Mężczyźni chorzy na schizofrenię częściej deklarują spadek libido, mają mniej partnerów seksualnych, rzadziej używają prezerwatyw i są w większości niezadowoleni ze swego funkcjonowania seksualnego w okresie przedchorobowym [23].

Piśmiennictwo

1. Nestoros J.N., Lehmann H.E., Ban T.A. Sexual behavior of the male schizophrenic: the impact of illness and medications. *Arch. Sex. Behav.* 1981; 10: 421–442.
2. Akhtar S., Thomson J.A. Schizophrenia and sexuality: a review and a report of twelve unusual cases — part II. *J. Clin. Psychiatry.* 1980; 41: 166–174.
3. Rowlands P. Schizophrenia and sexuality. *Esual. Marit. Ther.* 1995; 10: 47–61.
4. Aizenberg D., Zemishlany Z., Dorfman-Etrog P., Weizman A. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiatry* 1995; 56: 137–141.
5. Smith S. Dysfunkcje seksualne w schizofrenii. *Psychiatria* 2001; 3: 119–127.
6. Skopec H.M., Rosenberg S.D., Tucker G.J. Sexual behavior in schizophrenia. *Med. Aspect. Hum. Sex.* 1976; 10: 32–47.
7. Shaner A., Miller G., Minz J. Schizophrenia as one extreme of a sexually selected fitness indicator. *Schizophr. Res.* 2004; 70: 101–109.
8. Meaney A.M., O'Keane V. Prolactin and schizophrenia: clinical consequences of hyperprolactinemia. *Life Sci.* 2002; 71: 979–992.
9. Dickerson F.B., Brown C.H., Kreyenbuhl J., Goldberg R.W., Fang L.J., Dixon L.B. Sexual and reproductive behaviors among persons with mental illness. *Psychiatric Services* 2004; 55: 1299–1301.
10. Baldwin D., Birstwistle J. Schizophrenia, antipsychotic drugs and sexual function. *Prim. Care. Psychiatry* 1997; 3: 115–123.
11. Breier A.F., Malhorta A.K. Clozapine and risperidone in chronic schizophrenia: effects on symptoms, parkinsonian side effects, and neuroendocrine responses. *Am. J. Psychiatry* 1999; 156: 294–298.
12. Kelly L.D., Conley R.R. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr. Bull.* 2004; 30: 767–779.
13. Cournois F., Guido M.A., Coomaraswamy S., Meyer-Bahlburg H., Sugden R., Horwath E. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151 (2): 228–232.
14. Brown A.S., Hembree W.C., Friedman J.H., Kaufmann C.A., Gorman J.M. The gonadal axis in men with schizophrenia. *Psychiatr. Res.* 1995; 57 (3): 231–239.
15. Fortier P., Mottard J.P., 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. *Shizophr. Bull.* 2003; 29 (3): 559–572.
16. Izdebski Z. *Życie seksualne Polaków*. W: Morawska E. (red.). *Seks po polsku*. Muza SA, Warszawa 2003; 1: 15–48.
17. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39: 784–788.
18. Gitlin M.J. Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches. *J. Clin. Psychiatry* 1994; 55: 406–413.
19. Bouloux P.M., Grossman A. Hyperprolactinemia and sexual function in the male. *Br. J. Hosp. Med.* 1987; 37: 503–510.
20. Kleinberg D.L., Davis J.M., Roland DeCoster D.V., Van Baelen B., Brecher M. Prolactin levels and adverse events in patients treated with risperidone. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1999; 19: 57–61.
21. Malik P. Sexual dysfunction in schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2007; 20: 138–142.
22. Westheide J., Helmstaedter C., Elger C. i wsp. Sexuality in male psychiatric inpatients, a descriptive comparison of psychiatric patients, patient with epilepsy and healthy volunteers. *Pharmacopsychiatry* 2007; 40: 183–90.
23. Fortier P., Mottard J.P., 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. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29: 3.