

# Wybrane zagadnienia z życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię

Some issues of the psychosexual life  
 of schizophrenic outpatients

Konstantinos Tsirigotis<sup>1</sup>, Wojciech Gruszczyński<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii, Akademia Świętokrzyska, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

<sup>2</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

## Streszczenie

**Wstęp.** *Truizmem jest stwierdzenie, że życie psychoseksualne jest ogromnie ważne, daje człowiekowi poczucie szczęścia (ale może również pogrążyć w ogromnym smutku). Zagadnienie to staje się istotne w przypadku chorych na schizofrenię, chorobę, która w sposób drastyczny i dramatyczny zmienia ich życie psychiczne. Celem pracy było zbadanie wybranych aspektów życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię paranoidalną, zwłaszcza w aspekcie przeżywania radości, przyjemności i hedonizmu.*

**Materiał i metody.** *Badaniom poddano 78 chorych na schizofrenię (39 mężczyzn, 39 kobiet) oraz 78 zdrowych osób (grupa kontrolna). Zastosowano wybrane skale i wskaźniki polskich wersji następujących narzędzi: MMPI, ACL, SAI oraz RVS.*

**Wyniki.** *Na podstawie badanych zmiennych stwierdzono, że wyniki chorych na schizofrenię w sposób statystycznie istotny różnią się od wyników osób zdrowych. Wszyscy chorzy (oprócz jednej osoby) najczęściej relacjonowali problemy seksualne jako brak zadowolenia ze swego życia seksualnego.*

*W większym stopniu występują u nich samodyscyplina i samokontrola i w konsekwencji są mniej spontaniczni, co dzieje się kosztem zabawy i zdolności do wytchnienia i spokoju; w ich stosunkach widoczna jest rezerwa, nieśmiałość i hamowanie swoich odruchowych reakcji. W stopniu również o wiele mniejszym występuje u nich postawa „zabawowa”, w mniejszym stopniu odczuwają oni „radość z działania”, mają słabszą energię życiową; prawdopodobnie neuroleptyki „gaszą” nie tylko objawy psychopatologiczne, lecz również ekspansję i radość życiową chorych.*

**Wnioski.** *U chorych na schizofrenię występuje silniejsza identyfikacja z tradycyjną rolą społeczną związaną z płcią. Występują u nich problemy seksualne, które wynikają z samej choroby i/lub farmakoterapii. W mniejszym stopniu interesują się kontaktami z płcią przeciwną, czerpią też mniej zadowolenia z takich kontaktów. W stopniu również o wiele mniejszym występuje u nich postawa „zabawowa” i hedonistyczna; wyniki tworzą obraz „anhedonii”. Niżej cenią czynnik Hedonizmu Życiowego oraz czynnik Gratyfikacji Bezpośredniej niż osoby zdrowe.*

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, życie psychoseksualne

## Abstract

**Introduction.** *Truism is the statement that psychosexual life is very important and gives one a feeling of happiness (but may steep in great sadness also). This issue becomes more significant regarding schizophrenics, who suffer from a disease, which such drastically and dramatically changes their inner life.*

### Adres do korespondencji:

dr Konstantinos Tsirigotis  
 Zakład Psychologii, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy, Filia w Piotrkowie Trybunalskim  
 ul. Słowackiego 114/118  
 97–300 Piotrków Trybunalski  
 tel.: (044) 732 74 00  
 faks: (043) 843 91 60  
 e-mail: Kostek@esculap.pl, psyche1@onet.eu;  
 Nadesłano: 11.09.2007

Przyjęto do druku: 15.12.2007

*The aim of the work was to examine chosen aspects of psychosexual life of paranoid schizophrenics, particularly experiencing delight, pleasure and hedonism.*

**Material and methods.** *There were examined 78 outpatients with schizophrenia (39 men, 39 women) and 78 healthy controls. Chosen scales and indexes of MMPI, ACL, SAI and RVS were applied.*

**Results.** *Scores obtained by outpatients significantly differed from the scores of healthy controls.*

*All of the outpatients (but one) reported sexual problems, predominatingly lack of satisfaction with their sexual life.*

*It was found that outpatients have greater self-discipline and self-control and as a result less spontaneity and impulse driving; there is less "playful". Maybe neuroleptics "dash" not only psychopathological symptoms but life delight and expansion also.*

**Conclusions.** *It was found intense identification of outpatients with the traditional social sex role (gender). They have sexual problems caused by the illness itself or/and the neuroleptic treatment.*

*In a less degree they are interested in relations with the other sex and have less satisfaction with such relations. Less intensive is "playful" and hedonistic attitude; the results depict anhedonia. They also less value the factor Life Hedonism and Immediate Gratification.*

**Key words:** schizophrenia, psychosexual life

## Wstęp

Życie psychoseksualne jest ogromnie ważne, dając człowiekowi poczucie szczęścia (ale może także pograć w ogromnym smutku). Zdaniem Platona, „Miłość jest na imię temu popędowi i dążeniu do uzupełnienia siebie”. Tymi słowami wyjaśnił zjawisko „ciążenia ku sobie” dwóch połówek istoty ludzkiej (przepełnionej przez bogów za karę). Według Homera, Eros był najśłodszy z bogów. Miłość, zwłaszcza erotyczna, stanowi najwyższy poziom pozytywnego ustosunkowania się do drugiego człowieka [1].

Zagadnienie to staje się istotne w przypadku chorych na schizofrenię, która w sposób drastyczny i dramatyczny zmienia ich życie psychiczne. Dlatego ważne są pytania: Jak chorzy na schizofrenię doświadczają i spostrzegają swoją seksualność? Jakie jest ich subiektywne odczucie własnej seksualności? Ludzie cierpiący na schizofrenię pragną relacji zarówno intymnych, jak i seksualnych, za czym przemawia fakt, że są oni gotowi dyskutować o sprawach związanych z seksem i relacjami intymnymi [2, 3].

Mimo powyższych stwierdzeń, przegląd literatury wykazuje, że zachowaniu seksualnemu chorych na schizofrenię nie poświęcono wiele uwagi, a nawet klinicyści do niedawna zwracali mało uwagi ich seksualnemu funkcjonowaniu [4, 5].

Dysfunkcje seksualne są uważane za powszechne w schizofrenii; mogą być wtórne wobec samej choroby, ale mogą też być działaniem niepożądanym leczenia przeciwpsychotycznego, zwłaszcza, że chorzy cały czas muszą przyjmować leki [6].

Dysfunkcje seksualne to ważny czynnik powodujący obniżenie jakości życia tych chorych oraz

samowolnej zmiany leczenia farmakologicznego (włącznie z porzuceniem go). Znaczna grupa badanych relacjonowała, że nie miała stosunków płciowych lub wykazywała objawy dysfunkcji seksualnych (28–40% kobiet, 40–60% mężczyzn) o różnej etiologii, na przykład sama choroba (12–15%), starzenie się (35–41%) lub działania niepożądane leczenia psychiatrycznego (26–36%). Podali oni następujące dane: seksualne trudności (36%), regularne stosunki płciowe (50%), stosunki płciowe w ciągu ostatniego miesiąca (32%), stały partner (mniej niż 5%). Przynajmniej jedną dysfunkcję seksualną podało 82% mężczyzn i 96% kobiet ze schizofrenią. Mężczyźni relacjonowali mniejsze pożądanie (pragnienie) seksualne, mniejszą możliwość osiągnięcia i utrzymania wzwodu, szybszy wytrysk i mniejsze zadowolenie z intensywności swego orgazmu, natomiast kobiety — mniej przyjemności w porównaniu z grupą kontrolną. Ponadto u mężczyzn dysfunkcje seksualne wiązały się z negatywnymi objawami schizofrenicznymi i ogólną psychopatologią [4, 5].

W innej pracy stwierdzono, że nieprzystosowanie seksualne wiąże się z głębokością negatywnej symptomatologii i z głębokością apatii, anhedonii i problemami w społecznieniu. Najczęstszymi dysfunkcjami seksualnymi spowodowanymi przez leczenie przeciwpsychotyczne były zahamowanie pożądania (pragnienia) seksualnego i *amenorrhoeas* (braki miesiączki) [7].

Z kolei wśród osób chronicznie chorujących u 82,3% występowały różnego typu problemy seksualne: impotencja wzwodu, oziębłość, przedwczesny wytrysk, brak wytrysku, pochwica, bolesność przy

współżyciu. Tylko 4 osoby miały zwiększone (wzmoczone) pożądanie (pragnienie) seksualne. Autor przedstawionych badań stwierdza, że główne problemy seksualne chronicznie chorych na schizofrenię to zahamowanie (redukcja) seksualnego pożądania (pragnienia) i podniecenia [8].

Na sprawne funkcjonowanie seksualne duży wpływ mają czynniki biologiczne. Ostry epizod (rzut) schizofrenii u mężczyzn wiąże się z niskim stężeniem estrogenu i androgenów w osoczu [9]. Często występuje również hipogonadizm: u kobiet w 79% przypadków stwierdzono hipoestrogenizm, u 92% — niskie stężenie progesteronu, natomiast u 28% mężczyzn stwierdzono hipotestosteronizm [10]. Poważne pogorszenie funkcjonowania seksualnego wiązało się z większą blokadą dopaminową (silniejsze pozapiramidowe działania niepożądane i większe stężenie prolaktyny) [11].

Jak wspomniano, trudno jest rozdzielić wpływ schizofrenii (choroby) od oddziaływania neuroleptyków na seksualność, ponieważ większość chorych na schizofrenię jest leczona za pomocą leków neuroleptycznych. Klasyczne neuroleptyki mogą powodować dysfunkcje seksualne. Jednak atypowe neuroleptyki wywierają minimalny wpływ na funkcjonowanie seksualne (choć doniesienia z badań są różne, a nawet sprzeczne). Chorzy na schizofrenię, którzy są leczeni za pomocą neuroleptyków lub innych leków najczęściej zgłaszają zmniejszenie pożądania (pragnienia) seksualnego. Większość chorych relacjonuje postępujące pogorszenie swojego funkcjonowania seksualnego i socjoseksualnego, które rozpoczyna się w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości [12].

Można stwierdzić, że u chorych występują ze znaczną częstotliwością dysfunkcje seksualne, zwłaszcza hiposeksualność (osłabienie libido), głównie u mężczyzn [13].

Celem niniejszej pracy było zbadanie wybranych aspektów życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię paranoidalną, zwłaszcza w aspekcie przeżywania radości, przyjemności i hedonizmu.

## Materiał i metody

Badaniom poddano 78 chorych na schizofrenię (39 mężczyzn i 39 kobiet) leczonych ambulatoryjnie w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz grupę kontrolną 78 osób zdrowych, odpowiadającą kryteriom wieku, płci i statusu społeczno-ekonomicznego.

Wykorzystano wybrane skale i wskaźniki polskich wersji następujących narzędzi: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), Listę Przymiotników (ACL, *Adjective Check List*), Wskaźnik Upodobań Ster-

na (SAI, *Stern Activities Index*) oraz Skalę Wartości (RVS, *Rokeach Value Survey*).

W przypadku kwestionariusza MMPI wzięto pod uwagę wyniki w skali MF, za pomocą której bada się zainteresowania i zachowania męskie/kobiece oraz twierdzenia krytyczne składające się na sferę „Problemy Seksualne” [14–16].

W przypadku ACL uwzględniono wyniki w następujących skalach:

- *Aff (Affiliation)*, Potrzeba (P.) Przynależności, afiliacji: Poszukiwanie i utrzymywanie przyjaznych stosunków z wieloma osobami;
- *Het (Heteroseksuality)*, P. Kontaktów Heteroseksualnych: Poszukiwanie kontaktów i czerpanie zadowolenia z interakcji z równymi sobie osobami płci przeciwnej;
- *Mas (Masculine Attributes Scale)*, Skala Męskości oraz *Fem (Feminine Attributes Scale)*, Skala Kobiecości: skale te spełniają trzy funkcje, z których najważniejsza to umiejscowienie osób badanych na kontinuum, którego jeden kraniec obejmuje cechy „mniej” męskie, bardziej zależne i skromne, natomiast drugi zachowania „męskie”, pełne inicjatywy.
- *FC (Free Child)*, Naturalne (swobodne) Dziecko: Tendencje do działań spontanicznych, umiejętność zaspokajania własnych pragnień emocjonalnych [17–20].

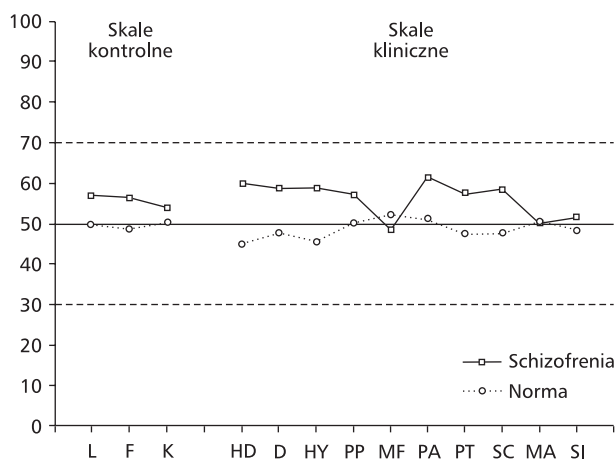
W przypadku SAI wykorzystano następujące skale: *Aff*, Potrzeba afiliacji, *Sex* (Potrzeba seksualna) oraz *Play* (Potrzeba Zabawy): Działanie tylko dla przyjemności bez dalszego celu [21–23].

Wartości, których ocena była ważna dla naszych rozważań to: Dojrzała Miłość (Bliskość seksualna i duchowa), Przyjemność (Miłe uczucie, brak nadmiernego pośpiechu), Szczęście (Radość, zadowolenie), Życie Pełne Wrażeń (Podniecające, aktywne) (z grupy Wartości Ostatecznych); Kochający (Czuły, delikatny) (z Wartości Instrumentalnych) [24–26].

## Wyniki

Na rycinie 1 i w tabeli 1 przedstawiono wyniki badań. Wyniki badanych chorych na schizofrenię w sposób istotny statystycznie różnią się od wyników osób zdrowych.

W MMPI chorzy na schizofrenię uzyskali wynik niższy niż osoby zdrowe, co oznacza, że występuje u nich silniejsza identyfikacja z tradycyjną rolą społeczną związaną z płcią. Wcześniej uważano, że zdrowi psychicznie mężczyźni są płci męskiej, a zdrowi psychicznie kobiety — płci żeńskiej. Obecnie stwierdzono, że osobowość każdego człowieka może być mie-



Rycina 1. Profil osobowości w skali MMPI chorych na schizofrenię i osób zdrowych

szanką elementów męskich i żeńskich, a ponadto, że standardy zdrowia psychicznego nie powinny mieć nic wspólnego z rodzajem. Zatem występowanie wyraźnie ukształtowanych cech psychicznych związanych z płcią (*sex-typing*) nie zawsze jest pożądane, ponieważ wiążą się z gorszym funkcjonowaniem psychologicznym, a nawet z psychopatologią. Uważa się, że warunkiem w pełni efektywnego funkcjonowania człowieka jest całkowite zintegrowanie jego męskości i kobiecości w bardziej zrównoważoną, pełniejszą, prawdziwie androgyniczną osobowość [27–30].

Spośród chorych tylko jedna osoba nie odpowiedziała diagnostycznie ani na jedno twierdzenie MMPI dotyczące Problemów Seksualnych. Wszystkie pozostałe odpowiedziały diagnostycznie w zakresie 13–75%. Najczęściej diagnostyczne odpowiedzi dotyczyły braku zadowolenia ze swojego życia seksualnego (66,67% odpowiedzi), trochę mniej było odpowiedzi diagnostycznych na twierdzenia dotyczące kłopotów związanych z życiem seksualnym, myśli seksualnych, zamartwiania się sprawnością narządów płciowych itp. Na uwagę zasługuje fakt, iż 25,64% chorych diagnostycznie odpowiedziało na twierdzenia dotyczące zaburzeń w identyfikacji płciowej, a 15,38% — homoseksualizmu.

Na podstawie wyników w skalach ACL stwierdzono, że u chorych występują problemy ze stosunkami interpersonalnymi. Odczuwany lęk powoduje, że serdeczne uczestnictwo w społecznej interakcji jest dla nich trudne; są oni nastawieni obronnie i nieufnie do innych ludzi, źle się czują, gdy sytuacja wymaga intensywniejszych i głębszych kontaktów z innymi (Aff). Występowanie takiej postawy w stosunkach interpersonalnych wiąże się z postawą wobec płci przeciwnej: chorzy na schizofrenię w mniejszym stopniu interesują się kontaktami z płcią przeciwną, czerpią także mniej zadowolenia z takich kontaktów; w ich stosunkach widoczne są: rezerwa, nieśmiałość i hamowanie swoich odruchowych reakcji (Het w ACL i Sex w SAI) [31–33].

Tabela 1. Porównanie średnich wyników ( $\pm$  SD) chorych na schizofrenię i osób zdrowych w badanych zmiennych

Skale	Norma		Schizofrenia paranoidalna		Istotność różnic	
	x	SD	x	SD	t	p
<b>MMPI</b>						
MF	53,76	10,80	47,37	9,59	2,55	0,01
<b>ACL</b>						
Aff	8,92	5,10	5,24	4,75	3,65	0,0003
Het	18,86	9,69	13,10	8,94	3,26	0,001
Mas	4,78	3,67	3,56	3,55	1,84	0,03
Fem	8,74	4,11	7,72	4,02	1,43	ni.
FC	-1,34	4,40	-3,72	3,74	2,77	0,003
<b>SAI</b>						
Aff	7,72	2,28	5,38	2,34	5,10	0,0000
Sen	6,18	1,85	4,72	1,70	4,27	0,0000
Play	6,50	2,33	4,02	1,77	5,77	0,000000
Sex	7,98	2,71	4,42	3,00	0,92	0,01
<b>RVS</b>						
Dojrzała Miłość	-0,36	0,72	0,09	0,87	-2,82	0,003
Przyjemność	0,70	0,59	0,54	0,63	-0,35	0,01
Szczęście	-0,57	0,71	-0,24	0,67	-2,02	0,02
Życie Pełne Wrażeń	0,86	0,83	1,20	0,67	-2,40	0,01
Kochający	-0,96	0,72	-0,67	0,78	-1,78	0,04

Na podstawie wyników w skali MAS stwierdzono, że u chorych na schizofrenię w ich zachowaniach jest mniej stanowczości, inicjatywy, ekspansji. Biorąc pod uwagę wymiar płci psychologicznej, można zaryzykować stwierdzenie, że zachowania „kobiecy” wymagają mniej dynamizmu, energii i ekspansji. Prawdopodobnie neuroleptyki „gaszą” nie tylko objawy psychopatologiczne, lecz również ekspansję życiową chorych [34–36]. Chorzy uzyskali niższy wynik w skali Naturalnego (swobodnego) Dziecka (FC) niż osoby zdrowe. Posiadają oni w większym stopniu samodyscyplinę i w konsekwencji są mniej spontaniczni i co dzieje się kosztem zabawy i zdolności do wytchnienia i spokoju.

W przypadku kwestionariusza SAI widać, że w mniejszym stopniu poszukują przyjemnych doznań płynących ze zmysłów. Prawdopodobnie nie mają „treningu”, nie umieją odczuwać przyjemności (Sen). W stopniu również o wiele mniejszym występuje u nich postawa „zabawowa”, poszukiwanie rozrywek, uciech, odprężenia, czyli stanów sprzyjających lub wręcz służących rozweseleniu się, osiągnięciu przyjemności. W mniejszym stopniu odczuwają oni „radość z działania”, mają słabszą energię życiową (Play). Powyższe w powiązaniu z Sen i Sex w SAI oraz Het w ACL nasuwają obraz anhedonii (gr. *an* partykuła przecząca + *ηδονη* = przyjemność, rozkosz). Możliwe, że neuroleptyki „gaszą”, oprócz objawów psychotycznych, również radość życia chorych [31–33].

Powyższe stwierdzenia można prześledzić, rozpatrując jedną z wyszczególnionych przez Murraya<sup>1</sup> [37] grup potrzeb, które wchodząc w interakcje ze sobą, tworzą pewne układy i konfiguracje. Zostaną przedstawione poniżej.

### (III) P. Seksualna (Sex)

P. Ekshibicjonizmu (Exh)

P. Przyjemnych Doznań Zmysłowych (Sen)

P. Zabawy (Play)

Potrzeby w tej grupie są skierowane ku przyjemności wypływającej z wrażeń; występują: erotyczne podniecenie, przyjemność zmysłowa, humor, fantazja i zabawa. Występuje istotnie niższe natężenie tych potrzeb u chorych na schizofrenię paranoidalną, co może sugerować anhedonię.

Z kolei autor narzędzia SAI Stern [23] również wyszczególnił kilka grup, według których sklasyfikował poszczególne zmienne, lecz według innych kryteriów niż te, które zastosował Murray i wyróżnił cztery główne sfery. Można zatem stwierdzić, co następuje.

### II. Stan Wewnętrzny

Chorzy na schizofrenię wykazują istotnie niższą akceptację impulsów w sferze seksu (Sex), doznań

pochodzących ze zmysłów (Sen), tendencji ludyecznych (Play) bądź ekshibicjonistycznych, pokazowych (Exh). W większym stopniu poddają oni swoje impulsy kontroli (por. FC w ACL). Taka struktura cech osobowości i potrzeb warunkuje wybór i hierarchię wartości. Zatem Szczęście jest istotnie niżej cenione przez chorych niż przez osoby zdrowe. Wydarzenia życiowe, zwłaszcza przeżycia chorobowe, powodują, że chorzy nie czują się szczęśliwi i dlatego radość i zadowolenie nie stanowią dla nich wielkiej wartości. Za tym przemawiają „anhedonistyczne” wyniki w badaniu potrzeb (por. Het w ACL oraz Sex, Sen i Play w SAI) [31–33].

Następną wartością jest Dojrzała Miłość, która w tej grupie jest istotnie niżej ceniona niż w grupie osób zdrowych. Bliskość seksualna i duchowa nie stanowi dla nich większej wartości z powodu ich problemów w stosunkach interpersonalnych (por. Aff w ACL i w SAI) i w konsekwencji w relacjach z płcią przeciwną (por. Het w ACL i Sex w SAI).

Jeszcze niżej chorzy cenią Przyjemność, co wydaje się dziwne, zważywszy na fakt, iż życie nie szczęśliwe im przykrości i cierpień. Można zaryzykować stwierdzenie, że chorzy na schizofrenię nie mają „treningu”, nie umieją osiągać i przeżywać stanów przyjemnych w związku ze swoimi życiowymi przeżyciami, za czym przemawiają „anhedonistyczne” wyniki w skalach potrzeb (por. Het w ACL oraz Sex, Sen i Play w SAI). Podobne wnioski nasuwa niska ocena Szczęścia. Wielu autorów wspomina o anhedonii w obrazie klinicznym schizofrenii [31, 38, 39].

Życie Pełne Wrażeń, czyli życie emocjonujące, pasjonujące, aktywne, w grupie chorych jest istotnie niżej cenione niż w grupie osób zdrowych. Być może u chorych występuje nadmiar wrażeń i dlatego nie przedstawiają one dla nich wielkiej wartości (nie wspominając fizjologicznych aspektów zapotrzebowania stymulacji). Z drugiej strony życie ekscytujące wymaga aktywności i inicjatywy, której u osób ze schizofrenią brakuje, między innymi z powodu poczucia braku bezpieczeństwa; występuje lęk, obawa przed silniejszymi emocjami, niespodziankami itp. [33, 40, 41].

Chorzy istotnie niżej cenią wartość Kochający niż osoby zdrowe, a uzasadnienie wydaje się podobne jak w przypadku dojrzałej miłości: problemy w stosunkach interpersonalnych oraz w kontaktach z płcią przeciwną. Na uwagę zasługuje różnica w atrakcyjności Dojrzałej Miłości, która jest niżej ceniona niż wartość Kochający, podczas gdy obie wchodzi w skład czynnika Miłości. Fakt ten można spróbować zinterpretować następująco: Dojrzała Miłość jako cel ostateczny

<sup>1</sup>Murray jest autorem koncepcji osobowości i potrzeb, na podstawie której skonstruowano obydwie narzędzia, czyli ACL i SAI.

egzystencji jest niżej ceniona, natomiast miłość jako sposób postępowania w stosunkach z innymi ludźmi jest wysoko ceniona. Ogólnie, czynnik Miłości (Dojrzała Miłość, Kochający) jest niżej ceniony przez chorych na schizofrenię niż przez osoby zdrowe.

Należy zaznaczyć, że wszystkie te wartości w hierarchii dokonanej przez chorych na schizofrenię zajmowały niskie pozycje, a zatem były dla nich mniej ważne [33, 40, 41]. W terminologii Rokeacha [42] osoby ze schizofrenią niżej cenią czynnik Hedonizmu Życiowego (Życie Pełne Wrażeń, Przyjemność) oraz czynnik Gratyfikacji Bezpośredniej (Dostatnie Życie, Przyjemność, Życie Pełne Wrażeń) niż osoby zdrowe.

## Wnioski

1. U osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej stwierdzono dysfunkcje badanych sfer życia psychoseksualnego, które wynikają z samej choroby i/lub farmakoterapii.
2. Chorzy prezentują istotnie silniejszą identyfikację z tradycyjną rolą społeczną związaną z płcią.
3. U chorych na schizofrenię stwierdzono istotnie niższe nasilenie w następujących zmiennych: za-interesowanie płcią przeciwną, zadowolenie z kontaktów heteroseksualnych, postawa „zabawowa” i hedonistyczna, Hedonizm Życiowy i Gratyfikacja Bezpośrednia.

## Piśmiennictwo

1. Tsigotis K. Życie psychoseksualne. Radości i smutki. Educator, Częstochowa 2000.
2. McCann E. The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *J. Adv. Nurs.* 2000; 32 (1): 132–138.
3. Volman L., Landeen J. Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2007; 14 (4): 411–417.
4. Romeon M.L., Carulla L.S., Eroles F.F. Sexuality and schizophrenia. *Acta Psiquiatrica Y Psicologica De America Latina* 1994; 40 (3): 195–206.
5. Gabay P.M., Fernandez B.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 (66): 136–144.
6. Malik P. Sexual dysfunction in schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry* 2007; 20 (2): 138–142.
7. Garcia M., Jesus M., Plazaola G. Schizophrenia and sexuality. *Psiquis* 1994; 15 (1): 25–30.
8. Guo G.Y. A pilot study of sexual problems in chronic schizophrenia: a report on 51 cases. *Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi* 1989; 22 (5): 282–284.
9. Huber T.J., Tettenborn C., Leifke E., Emrich H.M. Sex hormones in psychotic men. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30 (1): 111–114.
10. Howes O.D., Wheeler M.J., Pilowsky L.S., Landau S., Murray R.M., Smith S. Sexual function and gonadal hormones in patients taking antipsychotic treatment for schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal Of Clinical Psychiatry* 2007; 68 (3): 361–367.

11. Burke M.A., McEvoy J.P., Ritchie J.C. A Pilot Study of a Structured Interview Addressing Sexual Function in Men with Schizophrenia. *Biological Psychiatry* 1994; 35 (1): 32.
12. Fortier P. The Influence of Schizophrenia and Standard or Atypical Neuroleptics on Sexual and Sociosexual Functioning: A Review. *Sexuality And Disability* 2000; 18 (2): 85–104.
13. Raja M., Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *Eur. Psychiatry* 2003; 18 (2): 70–76.
14. Hathaway S.R., McKinley J.C. MMPI. Podręcznik. W: Paluchowski W.J. (red.). Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI. PTP, Warszawa 1984; t. I: 28–45.
15. Płużek Z. Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej. KUL, Lublin 1971.
16. Matkowski M. MMPI. Badanie — Opracowanie — Interpretacja. PtiRO, Poznań 1992.
17. Gough H.G., Heilbrun A.B. (Jr): The Adjective Check List Manual, Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1971.
18. Gough H.G., Heilbrun A.B. (Jr): The Adjective Check List Manual, Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1980.
19. Matkowski M. Test Przymiotników jako narzędzie do badania struktury potrzeb jednostki. *Przegląd Psychologiczny* 1984; 2: 519–536.
20. Wolińska J., Drwal R.L. Test Przymiotnikowy ACL H.G. Gougha i Heilbruna w badaniach samooceny i percepcji społecznej. W: Drwal R.L. (red.). Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia. UMCS, Lublin 1987; 123–126.
21. Prężyna W. Motywacyjne korelaty centralności przedmiotu postawy religijnej. *Roczniki Filozoficzne KUL*, 1977; XXV, 4.
22. Stern G.G. Preliminary manual Activities Index. College Characteristic Index, Free Press, New York 1958.
23. Stern G.G., Stein M.I., Bloom B.S. Methods in personality assessment, Free Press, Illinois 1956.
24. Brzozowski P. Polska wersja Testu Wartości Rokeacha i jej teoretyczne podstawy. *Przegląd Psychologiczny* 1986; 2: 527–540.
25. Brzozowski P. Skala Wartości — Polska wersja testu Milтона Rokeacha. W: Drwal R.L. (red.). Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. UMCS, Lublin 1987; 81–122.
26. Brzozowski P. Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha. Podręcznik. PTP, Warszawa 1989.
27. Bem S.L. Androgynia psychiczna a tożsamość płciowa. W: Zimbardo P.G., Ruch F.L. (red.). Psychologia i życie. PWN, Warszawa 1994; 435–438.
28. Bem S.L. Męskość–Kobiecość. GWP, Gdańsk 2000.
29. Brannon L. Psychologia rodzaju. GWP, Gdańsk 2002.
30. Russo N.F., Green L.B. Kobiety a zdrowie psychiczne. W: Wojciszke B. (red.). Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice. GWP, Gdańsk 2004; 303–353.
31. Gruszczyński W., Tsigotis K. Struktura potrzeb u osób ze schizofrenią paranoidalną. *Psychiatria Polska* 2000a; XXXIV, 2: 249–265.
32. Tsigotis K., Gruszczyński W. The needs structure of outpatients with paranoid schizophrenia. *Archives of psychiatry and psychotherapy* 2001a; 3, 1: 53–66.
33. Tsigotis K., Gruszczyński W. Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia. (Wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, PTP, Kraków 2005.
34. Boczkowski K. Determinacja i różnicowanie płci. PWN, Warszawa 1983.
35. Pospiszył K. Psychologia kobiety. PWN, Warszawa 1986.
36. Moir A., Jessel D. Płeć mózgu. PIW, Warszawa 1993.
37. Murray H.A. Explorations in personality. Oxford University Press, New York 1949.
38. Assouly-Besse F., Dollfus S., Petit M. Traduction française des questionnaires d'anhedonie sociale et physique de Chapman: validation de la traduction française a partir de temoires et de patients schizophrenes. *Encephale* 1995; 4: 273–284.
39. Loas G., Boyer P., Lengrand A., Gayant C., Delahousse J. L'anhedonie dans les schizophrenies. *Encephale* 1995; 6: 453–457.
40. Gruszczyński W., Tsigotis K. Hierarchia wartości u osób ze schizofrenią paranoidalną. *Psychiatria Polska* 2000b; XXXIV, 2: 235–248.
41. Tsigotis K., Gruszczyński W. (2001b). The values hierarchy of outpatients with paranoid schizophrenia. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2001b; 3, 2: 15–26.
42. Rokeach M. The nature of human values. Free Press, New York 1973.