

Milena Kansy, Weronika Rodak, Mariusz Furgal

Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Oddział Kliniczny, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Funkcjonowanie seksualne w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Sexual functioning in bipolar disorder

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie pewnych ważnych aspektów funkcjonowania seksualnego osób z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej. Przegląd literatury i dostępnych obecnie informacji na temat przeszkód w funkcjonowaniu seksualnym osób chorujących oraz ich partnerów, daje możliwość zyskania szerszej perspektywy w analizie trudności wynikających z objawów, rozwoju choroby i jej leczenia, w tym farmakologicznego, oraz rodzaju relacji intymnej partnerów. W pracy opisano wpływ rozwoju i etapu choroby, rodzaju relacji intymnej oraz leczenia farmakologicznego na życie seksualne. Opisano również zagrożenia związane z zachowaniami seksualnymi pojawiającymi się w trakcie epizodów manii. Zamieszczono krótkie komentarze do badań będące spostrzeżeniami z własnej praktyki terapeutycznej autorów.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, funkcjonowanie seksualne, dysfunkcje seksualne

Seksuologia Polska 2020

Abstract

The aim of this article is an attempt to show various aspects of sexual functioning of people suffering from bipolar disorder. By reviewing the literature and currently available information on obstacles in the sexual life of patients and their partners, it gives the opportunity to gain a broader perspective on difficulties resulting from the symptoms of the disease, treatment and disease development. The following parts of the article will present how sexual life is influenced by: disease development and stage, type of intimate relationship and pharmacological treatment. This article will also describe the risks associated with sexual behavior that may occur during periods of mania. Short comments to the reviewed results, resulting from therapeutic experience of authors were added.

Key words: bipolar disorder, sexual functioning, sexual dysfunction

Seksuologia Polska 2020; 18

Wstęp

Seksualność, a w szczególności funkcjonowanie seksualne, wiąże się z całościowym wewnętrznym i zewnętrznym funkcjonowaniem człowieka. Seksualność obejmuje nie tylko rodzaj i częstość podejmowanej aktywności seksualnej, fantazje seksualne i etapy cyklu reakcji seksualnej, ale też obraz Ja, relacje interpersonalne, rolę społeczne oraz system wartości [1]. Funkcjonowanie seksualne jest również związane ze stylem przywiązania osoby wynikającym z wczesnych doświadczeń tworzenia więzi w relacji z pierwszymi opiekunami. Może się ono cechować poczuciem bez-

pieczeństwa, wzajemności i zaufania w przypadku bezpiecznego stylu przywiązania, albo obejmować różnego rodzaju przeżycia utrudniające relacje — poczucie bezsilności, braku zaufania do innych, przewidywanie bycia odrzuconym przy unikającym stylu przywiązania oraz chaos między pragnieniem bliskości a poczuciem niemożności jej otrzymania w zaabsorbowanym stylu przywiązania. W rzetelnej analizie funkcjonowania seksualnego człowieka niemożliwe jest abstrahowanie od jego doświadczeń życiowych ani sposobu przeżywania siebie i świata. Pozostaje ono bowiem pod wpływem stanu psychicznego osoby, w tym emocji, stosowanych mechanizmów obronnych oraz organizacji osobowości.

Rozwój seksualny podlega biologicznym, społecznym oraz psychologicznym wpływom. W przypadku chorób psychicznych, w tym choroby afektywnej

Adres do korespondencji: Milena Kansy, Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, Katedra Psychiatrii UJCM, Londyn, Wielka Brytania, e-mail: milenakansy@gmail.com
Nadesłano: 9.09.2020 Przyjęto do druku: 22.12.2020

dwubiegunowej (ChAD) można zauważyć interakcje choroby oraz różnych obszarów funkcjonowania człowieka. Zmiany afektu i nastroju oraz towarzyszące im zmiany napędu oraz nawrotowy charakter tych zaburzeń [2] mogą mieć istotne znaczenie dla funkcjonowania, również w sferze seksualnej. Funkcjonowanie seksualne osób chorujących jest determinowane ich zmiennymi nastrojami.

Niedostateczne uwzględnienie funkcjonowania seksualnego może utrudniać rozumienie pacjentów oraz ich leczenie. Jakkolwiek sfera seksualna ma duży wpływ na ogólną satysfakcję z życia, pacjenci często niechętnie spontanicznie ujawniają problemy seksualne podczas rozmów ze specjalistami. Satysfakcja seksualna istotnie wiąże się z ogólnym poczuciem jakości życia [3], jest jej niezależnym predyktorem [4, 5]. Trudności w zakresie funkcjonowania seksualnego, o których pacjentka lub pacjent nie chcą lub obawiają się mówić, a które powodują dużą frustrację i pogorszenie nastroju czy poczucia własnej wartości, są częstym powodem przedwczesnej rezygnacji z farmakoterapii [6].

W przebiegu zaburzeń afektywnych mogą się pojawić zaburzenia seksualne [3, 7, 8]. Mimo znacznego rozpowszechniania często są niedoceniane przez klinicystów. W pracy klinicznej z osobami chorującymi na ChAD uwaga kierowana jest zwykle na stany prowadzące do zagrożenia zdrowia i życia. Obszar seksualności bywa bagatelizowany. Wzięcie pod uwagę problemów seksualnych pacjenta może pozwolić na uwzględnienie w decyzjach terapeutycznych potrzeb pacjentów i dzięki temu poprawić współpracę w leczeniu.

Z jednej strony ChAD wpływa na relację partnerską oraz na jej aspekt seksualny, z drugiej — trudy i niepowodzenia relacyjne wpływają zwrótnie na przebieg choroby i jej leczenia [9]. Analizując związek między ChAD a seksualnością należy zatem uwzględnić występujące między nimi sprzężenie zwrotne.

Celem niniejszego opracowania jest analiza problemu seksualności chorych na ChAD. Autorzy oparli się na przeglądzie literatury z bazy PubMed oraz Google Scholar i przytoczyli najważniejsze, ich zdaniem, artykuły napisane po 2003 roku z uwzględnieniem kilku istotnych badań z lat wcześniejszych (1960–1998) Kryteriami wyszukiwania były hasła: „bipolar disorder”, „sexual functioning”, „bipolar disorders in couples”, „affective disorders and sexual functioning”, „sexual disorders in bipolar disorder”. Wybór artykułów był podyktowany potencjalną użytecznością wyników w praktyce klinicznej osób pracujących z chorującymi na ChAD. W przeglądzie tym mogą więc nie być uwzględnione wszystkie dostępne dane ze wskazanych lat.

Rozwój choroby a rozwój seksualności

Wczesny początek ChAD w sposób istotny wpływa na rozwój seksualności pacjenta. Początkowe stadia mogą przypadać na okres młodzieńczy. Pojawiają się już wtedy zaburzenia nastroju związane z lękiem oraz towarzyszące (m.in. zaburzenia snu). Jest to również czas wzmożonego rozwoju seksualnego człowieka, eksperymentowania ze swoją seksualnością i zdobywania pierwszych doświadczeń, będących podłożem kształtującej się i rozwijającej seksualności. Trudy emocjonalne związane z początkiem chorobą przekładają się na seksualność pacjenta [10].

Wyniki badań pokazują również związek między występowaniem negatywnych wydarzeń życiowych w dzieciństwie, takich jak przemoc fizyczna, emocjonalna, seksualna, zaniedbania, alkoholizm rodziców, śmierć lub rozłąka innego rodzaju z rodzicem, choroby psychiczne w rodzinie, samobójstwa członków rodziny, a występowaniem ChAD w późniejszym okresie. Związek taki nie jest oczywiście specyficzny, takie wydarzenia występują również w historii życiowej pacjentów z innymi typami zaburzeń czy chorób psychicznych [11], a także u osób zdrowych. Jednak wydarzenia, z którymi osoby chorujące zmagają się w okresie wczesnodziecięcym, mogą mieć znaczny wpływ na ich funkcjonowanie społeczne, szczególnie na tworzenie i podtrzymywanie relacji. Trudności wynikają z zaburzeń więzi, pojawiających się po wielokrotnym doświadczaniu zagrożeń relacyjnych w okresie rozwoju. Jeśli się powtarzają, utrzymują osobę w poczuciu bezradności, zagrożenia a także chaosu i dezintegracji — ten kto miał chronić, jednocześnie budzi przerażenie albo obawę, że odejdzie. Badacze wskazują na wyraźny i silny związek między nadużyciami emocjonalnymi a występowaniem ChAD [12]. Podobnie jak w przypadku innych traumatycznych wydarzeń, związek z chorobą ma również doświadczanie wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie [13]. Przemoc seksualna w okresie rozwojowym skutkuje zakłóceniem regulacji emocjonalnej i utrudnia radzenie sobie z uczuciami [14]. W pewnym zakresie może również zmieniać funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego na poziomie neurofizjologicznym [11].

Tego typu nadużycia mają wpływ na rozwój ChAD oraz mogą skutkować trudnościami w relacjach i licznymi zaburzeniami seksualnymi [15]. Gdy zmniejsza się poczucie bezpieczeństwa w relacjach, zanika też możliwość doświadczania innych jako responsywnych, gotowych do pomocy i wsparcia emocjonalnego w potrzebach. Rozeznawanie własnych i cudzych granic staje się również utrudnione, co może mieć istotne konsekwencje dla kontaktów seksualnych w przyszłości. Częstym skutkiem doświadczeń związanych z od-

rzuceniem jest większa liczba partnerów seksualnych oraz angażowanie się w zachowania ryzykowne [16].

Oporając się na doświadczeniu z praktyki klinicznej, autorzy zauważyli, że zaburzenia na tle emocjonalnym wynikające z rozwijającej się choroby mogą zwiększać u pacjentów intensywność występujących w wieku młodzieńczym dylematów. Mogą także potęgować lęk oraz różnego rodzaju emocjonalne wewnętrzne konflikty, dotyczące własnej tożsamości, seksualności i ciała. Okres dorastania sam w sobie bogaty jest w doświadczenia zmienności emocjonalnej, intensywności przeżyć wewnętrznych i impulsywności. Zaburzenia emocjonalne mogą w tym okresie zwiększać intensywność wewnętrznych konfliktów emocjonalnych, zmniejszać zdolność refleksji nad sobą i utrudniać relacje interpersonalne. Koncepcje wskazujące zalety wczesnego rozpoczynania leczenia podkreślają możliwość zapobiegania wpływowi niepożornych początków choroby na dysfunkcje w rozwoju innych sfer psychicznych, w szczególności psychoseksualnej. Im wcześniej da się zapobiec zakłócającemu wpływowi intensywności emocjonalnej i zmienności afektywnej, tym mniejsze mogą być konsekwencje tego wpływu na obszar tożsamości i relacji. Jest to szczególnie istotne, ponieważ gromadzenie doświadczeń relacyjnych w tym okresie życia prowadzi do utrwalania sposobów funkcjonowania w relacjach, pojawiających się reakcji emocjonalnych oraz przeżyć dotyczących własnej osoby w kontekście relacji.

Silne zaabsorbowanie swoim stanem psychicznym, przeżywanymi objawami i występującym lękiem, może również na różne sposoby spowalniać, zubażać i utrudniać szeroko rozumiany rozwój psychospołeczny. Te tezy i spostrzeżenia zasługują na odrębne opracowanie teoretyczno-eksperymentalne.

Epizody depresji

W trakcie epizodów depresyjnych osoby doświadczają obniżenia nastroju oraz negatywnej samooceny, która wiąże się z uczuciem smutku, przygnębienia i poczucia winy. Dodatkowo zauważalna jest utrata energii, aktywności oraz zainteresowań, a zdolność odczuwania przyjemności z różnych działań i doświadczeń wyraźnie się obniża. Mogą również wystąpić utrata apetytu i spadek masy ciała. Najgroźniejsze dla pacjentów są pojawiające się myśli i wynikające z nich tendencje samobójcze [2]. Każdy z wymienionych objawów znacząco wpływa na wiele obszarów życia. Osoby z objawami depresyjnymi częściej są mniej zadowolone ze swojego związku [17]. Wyniki badań wskazują również, że osoby z objawami depresyjnymi siebie postrzegają jako nie lubiane przez partnera,

a partnera — jako niewspierającego i dewaluującego jakość relacji [18], w tym związanych z aktywnością seksualną.

W analizach wskazuje się też, że okresy depresyjnego nastroju skutkują utratą zainteresowania seksualnego [19]. Osoby z depresją zgłaszały niższy poziom zainteresowania seksualnego ($p < 0,01$) i satysfakcji seksualnej ($p < 0,002$) w miesiącu poprzedzającym badanie, ale nie mniejszą aktywność seksualną niż grupa kontrolna. Zasadniczo 9 z 18 (50%) porównań międzygrupowych wykazywało istotne statystycznie różnice [20]. U osób z depresją intensywność pobudzenia seksualnego również się obniża [21], co może tym samym utrudniać podejmowanie i utrzymywanie inicjatywy seksualnej. Wiąże się to również z okresami mniej intensywnych doznań podczas stosunków seksualnych, obniżeniem podniecenia oraz trudnościami w odczuwaniu orgazmu. Wyniki badań pokazują również silny związek występowania suchości pochwy ze stanem psychicznym. Ci sami badacze wskazują na podobny związek w przypadku dyspareunii. Odsetek kobiet z dyspareunią zwiększał się wraz ze wzrostem wskaźnika depresji [22]. Zaburzenia podniecenia seksualnego w postaci problemów z erekcją u mężczyzn są częstsze u chorych na depresję niż u osób bez epizodów depresyjnych. W badaniu, w którym wzięło udział 100 pacjentów z zaburzeniami erekcji, rozrostem gruczołu krokowego oraz z obydwoma schorzeniami, wyniki ukazały, że pacjenci z zaburzeniami erekcji byli 2,6 raza bardziej skłonni do zgłaszania objawów depresji niż mężczyźni z samym rozrostem gruczołu krokowego ($p < 0,005$). Pacjenci z objawami depresji zgłaszali też niższe libido niż inni pacjenci ($p < 0,0001$). Badania te jednak nie pozwalały stwierdzić związku przyczynowo-skutkowego, dlatego nie jest jasne, czy to pacjenci z depresją są częściej narażeni na zaburzenia erekcji, czy zaburzenia te same w sobie mogą przyczyniać się do pojawiania się objawów depresyjnych [23]. W badaniach japońskich związek zaburzeń erekcji z objawami depresyjnymi i lękowymi był istotny zwłaszcza w grupie wiekowej 45–55 lat [24]. Wyniki wielu innych badań również potwierdzają związek występowania depresji i zaburzeń erekcji u mężczyzn [25, 26].

Kobiety z objawami depresji częściej zgłaszają kłopoty w zakresie osiągnięcia podniecenia seksualnego i orgazmu, problemy z bólem podczas stosunków seksualnych oraz mniejszą satysfakcję i przyjemność seksualną niż grupa kontrolna [27]. Problemy z pobudzeniem seksualnym u kobiet są częstsze — nawet 6 razy bardziej prawdopodobne u kobiet z depresją niż bez niej [27–29]. Co ciekawe, wyniki badań pokazują, że w epizodzie depresyjnym kobiety zgłaszały większe pragnienie aktywności seksualnej (niż grupa

kontrolna), ale niekoniecznie z partnerem, a w postaci masturbacji. Częstotliwość masturbacji była u nich większa w porównaniu z kobietami bez epizodów depresyjnych [27, 28]. Być może wynik ten świadczy o tym, że satysfakcja seksualna kobiet z depresją w relacji z partnerem była niższa, co stanowi pierwszą z hipotez. Drugą hipotezą autorów jest to, że masturbacja zapewnia niezawodną formę przyjemności, a depresja jako stan, w którym może nastąpić utrata zainteresowania dotychczasowymi czynnościami. Dlatego jedynie pierwotne wzmacniacze pozytywnych doznań, takie jak jedzenie i seks, mogą zapewnić satysfakcjonujący poziom spełnienia, a nie powodować nasilenia obaw wokół oceny i własnej wydajności oraz sprawności. Co więcej, masturbacja może być formą uspokojenia, pozwalającą na choćby chwilowe lepsze samopoczucie, niekoniecznie mające na celu zaspokojenie i rozładowanie napięcia seksualnego samego w sobie [27]. Osoba pogrążona w smutku, bez poczucia sensu życia, z myślami rezygnacyjnymi czy samobójczymi, bez motywacji do działań, nie ma możliwości organizowania w swojej przestrzeni psychicznej miejsca na potencjalną realizację potrzeby seksualnej związanej z mobilizacją zaangażowania w relację z drugą osobą. Niektórzy badacze wskazują również na to, że nie zawsze u osób w epizodach depresyjnych, zwłaszcza u mężczyzn, występuje utrata pożądania seksualnego czy aktywności seksualnej [30–34], co może mieć związek z poszukiwaniem pocieszenia czy otuchy. Spośród osób zgłaszających doświadczenie depresji 9,4% wskazało na wzrost, a 42% na zmniejszenie zainteresowania seksualnego [31]. Druga część wspomnianego badania miała charakter jakościowy, co pozwoliło to wyciągnięcie wniosków dotyczących funkcji seksu w depresji. Służy on zaspokojeniu potrzeb intymności, przyjemności, pozwala na uspokojenie poprzez rozładowanie seksualne oraz na przemieszczenie doznań lękowych na inny obszar.

Z badań Johnsona [35] wynika, że zahamowanie orgazmu u osób z depresją jest nawet 4,6 raza bardziej prawdopodobne niż u pozostałych. Kobiety z depresją znacznie częściej zgłaszają, oprócz problemów z osiągnięciem orgazmu, również ból podczas stosunku [36]. Zaburzenia pożądania seksualnego są obecne nawet u połowy osób z depresją, a prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń pożądania ponad 5 razy większe niż u pozostałych osób [37]. Wyniki innych badań [38] również wskazują na współwystępowanie depresji z zaburzeniami seksualnymi nie można wyciągać wniosków o związkach przyczynowo-skutkowych.

Praktyka kliniczna autorów niniejszej pracy, zarówno w leczeniu indywidualnym, jak i terapii par, pozwala na stawianie hipotez dotyczących funkcjonowania

seksualnego osób z ChAD w okresie depresji. Jeżeli chory pozostaje w związku, to oprócz jego frustracji, mogą narastać również trudności relacyjne, wynikające z frustracji partnera, często mającego poczucie opuszczenia i braku kontaktu emocjonalnego z chorującym. Frustracja partnera zwrótnie może wpływać na zwiększenie trudów osoby chorej, potęgując jej poczucie bezwartościowości oraz niemożności sprostania wyzwaniom życia codziennego, w tym życia w związku, oraz oczekiwaniom relacyjnym partnera. Frustracja dotyczy też życia seksualnego, do którego motywacja osoby chorej jest w okresie epizodu choroby znacznie obniżona, a często nie występuje w ogóle.

Wspomnienia epizodów manii i pojawiającą się w nich wzmożona aktywność seksualna mają swoje skutki w okresach remisji lub okresach epizodów depresyjnych. Prowadzi to do odczuwania poczucia winy i wstydu, które mogą dodatkowo wpływać na zahamowanie różnej aktywności, w tym seksualnej. Należy to mieć na uwadze w leczeniu pacjentów w okresie depresji po epizodzie podwyższonego nastroju.

Epizody manii

W trakcie epizodów manii charakterystyczne jest podwyższenie nastroju oraz towarzyszące: wielomówność, pobudzenie psychoruchowe czy zwiększona aktywność seksualna. Często pojawiają się również inne, bywa że lekkomyślne lub mało odpowiedzialne zachowania, wzmożona łatwość interakcji z innymi i brak dystansu w kontaktach interpersonalnych [2]. W takim okresie mogą się również zwiększać drażliwość i kłótniowość pacjentów, co znacznie wpływa na relacje z bliskimi osobami.

Okresy manii często wiążą się ze zwiększonym zainteresowaniem seksualnym i aktywnością seksualną wraz z epizodami poszukiwania wielu partnerów seksualnych i nawiązywania przypadkowych kontaktów fizycznych [39]. Wyniki niektórych badań wskazują na związek nawiązywania dużej liczby kontaktów seksualnych z ryzykiem samobójstwa w późniejszym okresie, kiedy pacjenci deklarują brak sensu i wartości życia [40]. Promiskuityzm może również mieć znaczący wpływ na pacjentów pozostających w stałych związkach, ponieważ wiąże się z możliwymi romansami ujawnionymi lub nieujawnionymi partnerowi.

Z doświadczeń klinicznych wynika, że nieporozumienia w relacji mogą się też wiązać z natarczywością seksualną osoby chorującej, próbami wymuszania kontaktów seksualnych oraz bagatelizowaniem wrażliwości partnera. Okresy manii sprzyjają rezygnacji z intymności i bliskości emocjonalnej w relacjach. Obniża się poziom czułości i wrażliwości wobec osób

pozostających w relacjach, zwłaszcza wobec partnera w stałym związku. Często seks w tym okresie ma jedynie wymiar hedonistyczny, zupełnie nie spełniając swojej funkcji relacyjnej.

Warto zwrócić uwagę na różne zagrożenia dotyczące realizacji seksualnej w ChAD. Zwiększony popęd seksualny w okresach manii oraz możliwe podejmowanie ryzykownych zachowań również na tle seksualnym, zwiększa ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową [41, 42]. Osoby w manii podejmują różne ryzykowne działania, zarówno w obszarze seksualnym, jak i innych.

Możliwe jest również pozytywne przeżywanie skutków manii w postaci zwiększonej aktywności seksualnej. Niektóre osoby, zwłaszcza te, u których w okresie remisji występuje obniżone libido, mogą okresy wzmożonego popędu seksualnego przeżywać jako możliwość doświadczania innego poziomu własnej aktywności seksualnej. Podobnie dla partnerów tych osób takie momenty mogą być możliwością innego doświadczania relacji seksualnej, jakkolwiek autorzy niniejszej pracy nie znaleźli wyników badań potwierdzających tą stosunkowo częstą obserwację kliniczną.

Pozostawanie w relacji lub życie bez partnera

Funkcjonowanie seksualne może się różnić w zależności od pozostawania w związku lub życia bez partnera. Wśród osób z ChAD zauważa się wysoki wskaźnik rozwodów [43], co wskazuje na występowanie trudności w relacjach: dużej zmienności w relacji, utrudnionego planowania, chociażby dotyczącego prokreacji. Zarówno partnerzy, jak i osoby chorujące, mierząc się z niestabilnością w związku, a także częstym intensywnym zaangażowaniem w leczenie czy radzenie sobie ze skutkami epizodów choroby, często nie mają dodatkowej energii na planowanie podejmowania innych rodzinnych wyzwań [43]. W literaturze znajdują się informacje na temat reakcji partnerów na zachowania osoby chorej. W okresach maniakałnych przy intensywnym zaangażowaniu osoby chorej w realizowanie celów i szukanie różnych źródeł przyjemności ich partnerzy wykazują mniej zaangażowania w interakcje. W okresach depresyjnych partnerzy zaabsorbowani są próbami łagodzenia smutku, przygnębienia i rezygnacji występujących u osoby chorej [44]. Dodatkowo obie osoby z pary zmagają się z występującymi w chorobie: agresywnością, impulsywnością, często kompromitującymi faktami czy wspomnieniami, silnymi emocjami, skutkami ubocznymi przyjmowanych leków [11]. Dla samych osób chorych pozostawanie w związku lub życie bez partnera ma duże znaczenie.

Według badań osoby z ChAD pozostające w małżeństwie, rozwiedzione oraz w separacji przeżywają więcej niepowodzeń i trudności w funkcjonowaniu niż osoby będące samotne i nigdy niebędące w małżeństwie [45].

Zmienność faz może również mieć swoje odzwierciedlenie w relacji seksualnej z partnerem. W okresach manii, gdy osoba chora doświadcza wzrastającego popędu seksualnego, partnerzy mogą unikać intymnego kontaktu ze względu na napięcie, niepokój w parze oraz brak wrażliwości uczuciowej u osoby chorej. Jednocześnie w okresach depresyjnych partnerzy spotykają ze strony osoby chorej mniejszy popęd seksualny, irytację czy wysoki poziom poczucia nieszczęścia, co również może hamować ich w inicjatywie bliskości erotycznej [44].

Korzystając z doświadczenia pracy z parami w terapii par i rodzin, autorzy zauważają istotność i specyfikę zjawiska opieki, jakie występuje w parze, w której jedna z osób choruje. Zarówno okresy depresyjne, jak i maniakałne mogą prowokować do zachowań opiekuńczych, kontrolujących i ochronnych ze strony partnera. Partnerzy w okresach depresji motywują chorujących do aktywności, dbają o ich higienę, spożywanie posiłków, zażywanie leków. W okresach manii natomiast próbują kontrolować zachowania partnera, czasami ograniczać różne impulsywne zachowania, a nawet minimalizować ich szkodliwe skutki, zmniejszając poczucie odpowiedzialności osoby chorującej za nie. Tego typu zachowania, mające charakter opiekuńczych, mogą znacząco zmniejszać popęd seksualny w relacji, ze względu na to, że relacja partnerska/erotyczna jest odmienna w swojej formie od relacji opiekuńczej/matczynej, w której popęd seksualny raczej ulega wycofaniu lub wyciszeniu.

W okresach choroby niezadowolenie z życia małżeńskiego wzrasta. Dotyczy ono również obszaru aktywności seksualnej. Partnerzy osób chorujących opisują swoje silne poczucie poświęcania się, do którego zaliczają rezygnację z planów dotyczących życia rodzinnego, częste okresy zmniejszonej ilości snu, rezygnację z własnych przyjemności oraz brak energii i czasu na to, by zająć się sobą. Często wspominają, że ich życie jest skoncentrowane na chorym partnerze, co utrudnia angażowanie się w inne aktywności. Poświęceniu często towarzyszą bezsilność, związana z poczuciem małego wpływu na przebieg choroby oraz na ciągłość podejmowanego leczenia przez chorego [43]. Bezsilność potęguje poczucie samotności w radzeniu sobie z życiowymi rodzinnymi wyzwaniami, wstyd i zakłopotanie w różnych sytuacjach, które występują w okresach choroby, co miesza się z urazami i żalem wywołanymi przez niektóre wydarzenia w życiu relacyjnym czy seksualnym. Poczucie poświęcenia własnych

spraw oraz bezsilności może również znacząco zmniejszać zainteresowanie życiem seksualnym u partnera osoby chorej.

Zdolności mentalizacyjne pozwalające na rozumienie własnych emocji i rozpoznawanie przeżyć innych osób dają możliwość łatwiejszego radzenia sobie w relacjach oraz tym samym radzenia sobie w obszarze sfery seksualnej [46]. Mentalizowanie, przyjmowanie perspektywy drugiej osoby oraz rozumienie cudzych intencji są często utrudnione lub niemożliwe w przebiegu tej choroby [47]. Zaburzenie w odczytywaniu emocji innych bliskich osób, a tym samym ich potrzeb, intencji i reakcji oraz utrudnienie refleksji nad sobą, mogą znacząco wpływać na jakość relacji seksualnej. Wrażliwość na własne potrzeby oraz sygnały drugiej strony są niezwykle istotne i zwiększają szansę na satysfakcję z seksu. Dodatkowo brak poczucia bezpieczeństwa w parze, występujący zarówno u osób chorujących, jak i pozostających z nimi w związkach [43], zmniejsza wrażliwość na drugą osobę, co może prowadzić do większego skupiania się na sobie i ochronie siebie niż na swobodnym oddaniu się relacji czy bliskości fizycznej z drugą osobą.

Partnerzy osób chorujących na ChAD napotykają na różne trudności poza sferą seksualną. Mogą one mieć wpływ na obniżenie motywacji do podjęcia aktywności seksualnej. Są to: nadużywanie alkoholu przez osobę chorą, problemy finansowe wynikające z zachowań impulsywnych osoby chorującej (hazard, zakupy), mniejsze zaangażowanie partnera w życie rodzinne i pełnienie ról rodzinnych, w tym rodzicielskich [48]. Emocje, które wzbudzają się w osobie pod wpływem wspomnianych doświadczeń, mogą powodować dystans emocjonalny utrudniający zbliżenie zarówno emocjonalne, jak i fizyczne. Opisane zachowania mogą być przeżywane przez partnera osoby chorującej jako swoiste porzucenia w życiu relacyjnym i rodzinnym.

Zaburzenia seksualne występujące w ChAD

Pacjenci mogą napotykać na wiele trudności seksualnych, które zależą od fazy choroby, intensywności objawów oraz stosowanego leczenia farmakologicznego. Doświadczenia emocjonalne z pierwszymi opiekunami oraz późniejsze doświadczenia relacyjne mogą mieć istotny wpływ na funkcje seksualne. U mężczyzn z ChAD częściej mogą występować zaburzenia erekcji. Ta dysfunkcja może ograniczać satysfakcję z życia seksualnego, powodując dyskomfort, niechęć do kontaktów seksualnych oraz występujący stres czy napięcie podczas potencjalnie możliwych zbliżeń. Nad-

mierna aktywność seksualna pojawiająca się zwłaszcza w okresach manii [49] może znacząco utrudniać funkcjonowanie seksualne, podobnie jak obniżenie aktywności seksualnej pojawiające się w okresach depresji.

Poziom popędu seksualnego oraz aktywności seksualnej utrudniający życie jednostki i znacznie na nie wpływający jest różny w zależności od cech indywidualnych. W okresach manii jest widoczny znaczny wzrost szeroko rozumianej aktywności seksualnej w porównaniu z funkcjonowaniem poza tymi okresami. U pacjentów z ChAD wiąże się to z częstszym angażowaniem się we flirty, erotycznym prowokacyjno-uwodzicielskim zachowaniem, częstszym poruszaniem tematów dotyczących seksu, zwłaszcza u kobiet [50]. Z wielokrotnie jest też zaabsorbowanie myśleniem o seksie [51], ryzykowne stają się zachowania seksualne, rozumiane jako obarczone wysokim poziomem ryzyka dla zdrowia lub życia osoby lub osób z jej otoczenia. Są to przygodne kontakty seksualne z osobami obcymi, często bez stosowania zabezpieczeń, co jest związane z możliwością zarażenia się chorobami oraz zajścia w niechcianą i nieplanowaną ciążę [52]. Osoby chore w okresie manii, głównie kobiety, angażują się również w zachowania seksualne za pieniądze oraz seks pod wpływem substancji psychoaktywnych [53].

W zaburzeniach erekcji u pacjentów z ChAD znaczącą rolę mogą odgrywać zarówno leczenie farmakologiczne tej choroby, jak i czynniki psychologiczne. Może to się również wiązać z obniżeniem stężenia testosteronu wynikającym z zaburzeń snu [54] lub towarzyszącym ChAD [55].

Problemy seksualne w grupie osób z ChAD mogą być niedoszacowane. Jest to wciąż temat, który powoduje u wielu osób zawstydzenie. Pacjenci niechętnie rozmawiają, nawet z lekarzem, o swoim życiu intymnym. Często można więc nie mieć dostępu do pełnego wachlarza problemów, a tym samym nie wiedzieć o ich rozpowszechnieniu.

Wpływ leczenia farmakologicznego na utrudnienia funkcjonowania seksualnego

Istotnym czynnikiem oddziałującym na funkcjonowanie seksualne osób z rozpoznaniem ChAD są różnego rodzaju dysfunkcje będące efektem ubocznym psychofarmakoterapii. W leczeniu ChAD stosuje się nie tylko stabilizatory nastroju, obejmujące kilka grup leków, ale także leki przeciwdepresyjne czy przeciwlękowe. Należy mieć na uwadze, że dysfunkcje pojawiające się w konsekwencji stosowania leków psychiatrycznych często nie są przez pacjentów zgłaszane spontanicz-

nie i należy pytać o nie osoby leczone wprost, nawet jeśli same nie zgłaszają tego typu dolegliwości związanych z farmakoterapią. Podłożem obserwowanych polekowych zaburzeń funkcji seksualnych mogą być zarówno zaburzenia hormonalne, jak i niezwiązane z nimi czynniki pokrótce omówione poniżej.

Zaburzenia metabolizmu hormonów płciowych

Niektóre leki stosowane w ChAD wpływają na funkcjonowanie seksualne poprzez modyfikowanie metabolizmu hormonów płciowych. Zakłada się na przykład, że wpływ litu na stężenie testosteronu może być odpowiedzialny za zgłaszane niekiedy podczas stosowania tego leku objawy, takie jak: trudność w uzyskaniu podniecenia, spadek libido, zaburzenia erekcji, zaburzenia lubrykacji u kobiet, anorgazm lub zmniejszenie odczuwanej satysfakcji z orgazmu [56]. Z kolei karbamazepina wpływa na metabolizm hormonów płciowych poprzez indukcję enzymów wątrobowych. U mężczyzn obserwowano wzrost stężenia globuliny wiążącej hormony płciowe (SHGB, *sex hormone binding globulin*), a także spadek stężenia hormonów androgenowych wskutek ich zwiększonego katabolizmu [57]. Zależnie od typu konkretnych zaburzeń hormonalnych u mężczyzn opisywano spadek libido, zaburzenia erekcji lub zaburzenia w zakresie zdolności osiągnięcia orgazmu. Z kolei u kobiet odnotowywano głównie spadek libido, trudności w uzyskaniu podniecenia i zmniejszoną satysfakcję z pożycia seksualnego [58].

Hiperprolaktynemia

Hiperprolaktynemia jest potencjalnym objawem ubocznym stosowania leków blokujących niewybiórczo receptory dopaminowe. Spośród leków stosowanych w ChAD takie działanie wykazują niektóre atypowe neuroleptyki. Blokada receptorów dopaminowych w szlaku podwzgórzowo-lejkowym prowadzi do wzmożenia uwalniania prolaktyny. Efekty działania prolaktyny wynikają między innymi z jej pośredniego wpływu na redukcję wydzielania hormonów płciowych poprzez obniżenie stężeń lutropiny (LH, *luteinizing hormone*) i folitropiny (FSH, *follicle-stimulating hormone*). Objawy hiperprolaktynemii wpływające na funkcjonowanie seksualne obejmują spadek libido i anorgazm, ponadto u mężczyzn zaburzenia erekcji i ejakulacji, a u kobiet — według niektórych źródeł — dyspareunię [59, 60]. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na funkcje seksualne badano jednak przede wszystkim wśród pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń z kręgu schizofrenii. W tej grupie wykazano, że związek pomiędzy stwierdzoną hiperprolaktynemią a obecnością

dysfunkcji seksualnych często jest na tyle słaby, że należy rozważać ich pozafarmakologiczne pochodzenie [61].

Wzrost masy ciała i zaburzenia metaboliczne

Na zaburzenia funkcji seksualnych wpływ może mieć wzrost masy ciała i rozwój zespołu metabolicznego. Są one nierzadkimi objawami ubocznymi stosowanych w ChAD atypowych leków przeciwpsychotycznych (zwłaszcza olanzapiny i kwetiapiny) oraz kwasu walproinowego. Wzrost masy ciała może niekorzystnie wpływać na libido poprzez pogorszenie oceny własnego ciała i spadek ogólnej wydolności fizycznej. Konsekwencjami rozwoju powikłań metabolicznych mogą być zaburzenia hormonalne oraz zaburzenia wtórne do rozwoju miażdżycy czy cukrzycy — u mężczyzn zaburzenia erekcji i ejakulacji, natomiast u kobiet najczęściej spadek libido, zaburzenia fazy podniecenia i orgazmu [62, 63].

Sedacja

Niektóre leki stosowane w ChAD mają wyraźne działanie uspokajające. Efekt zależy od dawki oraz indywidualnej wrażliwości. U części pacjentów przeradza się w poczucie nadmiernego uspokojenia, ociężałości lub wręcz senności, co może — niekorzystnie wpływając na aktywność chorego w różnych wymiarach — generować także spadek aktywności seksualnej.

Inne czynniki

Niektóre mechanizmy prowadzące do powstania polekowych dysfunkcji seksualnych nie są w pełni jasne — tak jak w przypadku objawów ubocznych z tego zakresu związanych ze stosowaniem najpopularniejszych grup leków przeciwdepresyjnych, których mechanizm działania obejmuje hamowanie wychwytu zwrotnego serotoniny. To właśnie aktywacja przekazywania serotonergicznego w ośrodkowym układzie nerwowym, a zwłaszcza stymulacja post-synaptycznych receptorów 5-HT₂, wydaje się być podłożem zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości [64]. Kobiety najczęściej relacjonują zaburzenia fazy podniecenia, następnie spadek libido, a w dalszej kolejności trudności z osiągnięciem orgazmu [65]. Mężczyźni skarżą się głównie na zaburzenia dotyczące libido i zdolności osiągnięcia orgazmu [66].

Podsumowanie

Życie seksualne osób z ChAD w znacznym stopniu koreluje z przebiegiem choroby, zarówno jej epizoda-

mi depresyjnymi, jak i maniakalnymi. Niezależnie od związków ze stanem psychicznym pacjenta, jego funkcjonowanie seksualne ma związek z relacjami z partnerem, a te z kolei zależą aktualnej dyspozycji psychicznej pacjenta. Jak przedstawiono powyżej, kolejne czynniki, które wiążą się tym, jak w relacjach erotycznych funkcjonuje osoba z zaburzeniem dwubiegunowym, mają wyraźne związki z biologicznymi aspektami choroby. W tym artykule pominięto niektóre z nich, skupiono się zaś na związanych ze zmianami wprowadzanymi przez leczenie. Takie wzajemne interrelacje poziomu psychologicznego, biologicznego i społecznego, tutaj ograniczone do niektórych aspektów funkcjonowania w związku, pokazują złożoność czynników zakłócających satysfakcjonujące życie seksualne pacjentów. W związku z analitycznym charakterem badań naukowych i ich skupianiem się zazwyczaj na badaniu pewnego wycinka interakcji pomiędzy jedynie dwoma poziomami, w codziennej pracy klinicyści są zdani na posługiwanie się potwierdzonymi naukowo badaniami w połączeniu z mniej zobiektywizowanym naukowo myśleniem klinicznym, co starano się oddać, uzupełniając komentarzem o takim charakterze dane naukowe. Ta trudność badawcza nie jest zresztą specyficzna jedynie dla analizowanego w niniejszej pracy obszaru, ale dotyczy ogólnie bio-psycho-społecznego podejścia do różnych zjawisk związanych z chorobami [67].

W artykule nie zostało uwzględnione rozróżnienie na typy choroby afektywnej dwubiegunowej, co w pewnym stopniu zmniejsza dokładność opisu, ponieważ różnica przeżyć w manii i hipomanii może mieć znaczenie również dla życia seksualnego osoby chorującej. W literaturze można znaleźć wyniki badań wskazujących na brak znaczących różnic dotyczących życia seksualnego związanych z ChAD, zwłaszcza kiedy osoby chore są skutecznie leczone w trybie ambulatoryjnym.

Wciąż nieokreślona zostaje granica między wpływem choroby na niektóre cechy i zachowania a postrzeganiem/traktowaniem ich jedynie jako zmiennych temperamentalnych, osobowościowych lub innych będących względnie niezmiennymi, niezależnymi od dynamiki choroby cechami.

Jednoznacznym wnioskiem z badań jest konieczność brania pod uwagę w pracy z pacjentami funkcjonowania seksualnego osób chorujących i ich partnerów, co pozwala na analizę różnego rodzaju trudów, niedogodności, a także cierpienie pacjenta i często stanowi o możliwości utrzymania dobrego funkcjonowania w związku a czasem nawet współpracy w leczeniu przez pacjenta. Zmiany w funkcjonowaniu seksualnym pacjenta mogą być sygnałem zmian jego stanu psychicznego, w szczególności przebiegu choroby — poprawy i pogorszenia.

Piśmiennictwo

1. Dolczewska-Samela A. Promocja zdrowia seksualnego jako forma profilaktyki zaburzeń. *Pol Przegl Nauk Zdr.* 2006; 3(8): 198–201.
2. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria. Edra Urban & Partner, Wrocław* 2018.
3. Sørensen T, Giraldo A, Vinberg M. Sexual distress and quality of life among women with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2017; 5(1): 29, doi: [10.1186/s40345-017-0098-0](https://doi.org/10.1186/s40345-017-0098-0), indexed in Pubmed: [28589489](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28589489/).
4. Nomejko A, Dolińska-Zygmunt G, Zdrojewicz Z. Poczucie jakości życia a satysfakcja z życia seksualnego - badania własne. *Seksuologia.* 2012; 10(2).
5. Żak-Łykus A, Nawrat M. Satysfakcja seksualna, życiowa i partnerska. *Family Forum.* 2013: 3.
6. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2009; 29(2): 157–164, doi: [10.1097/JCP.0b013e31819c76e9](https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819c76e9), indexed in Pubmed: [19512977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19512977/).
7. Barata BC. Affective disorders and sexual function: from neuroscience to clinic. *Curr Opin Psychiatry.* 2017; 30(6): 396–401, doi: [10.1097/YCO.0000000000000362](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000362), indexed in Pubmed: [28806269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28806269/).
8. McMillan E, Adan Sanchez A, Bhaduri A, et al. Sexual functioning and experiences in young people affected by mental health disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 253: 249–255, doi: [10.1016/j.psychres.2017.04.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.009), indexed in Pubmed: [28395230](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28395230/).
9. Sheets ES, Miller IW. Predictors of relationship functioning for patients with bipolar disorder and their partners. *J Fam Psychol.* 2010; 24(4): 371–379, doi: [10.1037/a0020352](https://doi.org/10.1037/a0020352), indexed in Pubmed: [20731483](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731483/).
10. Ferensztajn E, Rybakowski J. Etapy przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatr Pol.* 2012; 4: 613–626.
11. Jaworska-Andryszewska P, Abramowicz M, Kosmala A, et al. Trauma wczesnodziecięca w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia.* 2016; 11(2).
12. Etain B, Mathieu F, Henry C, et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress.* 2010; 23(3): 376–383, doi: [10.1002/jts.20532](https://doi.org/10.1002/jts.20532), indexed in Pubmed: [20564371](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20564371/).
13. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord.* 2013; 15(4): 341–358, doi: [10.1111/bdi.12050](https://doi.org/10.1111/bdi.12050), indexed in Pubmed: [23346867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23346867/).
14. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse Negl.* 2010; 34(12): 967–976, doi: [10.1016/j.chiabu.2010.06.004](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.004), indexed in Pubmed: [21030084](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21030084/).
15. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, et al. Wpływ kumulacji urazów seksualnych na życie seksualne i związek pacjenta. *Psychiatr Pol.* 2014; 48(4).
16. Roemmele M, Messman-Moore TL. Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *J Child Sex Abus.* 2011; 20(3): 264–283, doi: [10.1080/10538712.2011.575445](https://doi.org/10.1080/10538712.2011.575445), indexed in Pubmed: [21660814](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21660814/).
17. Li PF, Johnson L. Couples' depression and relationship satisfaction: examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns. *Journal of Family Therapy.* 2016; 40: S63–S85, doi: [10.1111/1467-6427.12124](https://doi.org/10.1111/1467-6427.12124).
18. Baucom D, Whisman M, Paprocki C. Couple-based interventions for psychopathology. *Journal of Family Therapy.* 2012; 34(3): 250–270, doi: [10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x).
19. Casper RC, Redmond DE, Katz MM, et al. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1985; 42(11): 1098–1104, doi: [10.1001/archpsyc.1985.01790340082012](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790340082012), indexed in Pubmed: [3863548](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3863548/).

20. Howell JR, Reynolds CF, Thase ME, et al. Assessment of sexual function, interest and activity in depressed men. *J Affect Disord.* 1987; 13(1): 61–66, doi: [10.1016/0165-0327\(87\)90074-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(87)90074-7), indexed in Pubmed: [2959701](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2959701/).
21. Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(1): 55–63, doi: [10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a](https://doi.org/10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a), indexed in Pubmed: [14739690](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14739690/).
22. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53(3): 144–148, doi: [10.1136/jech.53.3.144](https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144), indexed in Pubmed: [10396490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10396490/).
23. Shabsigh R, Klein LT, Seidman S, et al. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology.* 1998; 52(5): 848–852, doi: [10.1016/s0090-4295\(98\)00292-1](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(98)00292-1), indexed in Pubmed: [9801112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9801112/).
24. Sugimori H, Yoshida K, Tanaka T, et al. Erectile Dysfunction. *Handbook of Sexual Dysfunction.* 2005: 169–206, doi: [10.1201/b14175-11](https://doi.org/10.1201/b14175-11).
25. Low WY, Khoo EM, Tan HM, et al. Depression, hormonal status and erectile dysfunction in the aging male: results from a community study in Malaysia. *The Journal of Men's Health & Gender.* 2006; 3(3): 263–270, doi: [10.1016/j.jmhg.2006.02.007](https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.02.007).
26. Nicolosi A, Moreira ED, Villa M, et al. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *J Affect Disord.* 2004; 82(2): 235–243, doi: [10.1016/j.jad.2003.12.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.008), indexed in Pubmed: [15488252](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15488252/).
27. Frohlich P, Meston C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *J Sex Res.* 2002; 39(4): 321–325, doi: [10.1080/00224490209552156](https://doi.org/10.1080/00224490209552156), indexed in Pubmed: [12545415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12545415/).
28. Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, et al. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(6): 539–548, doi: [10.1023/B:A-SEB.00000044738.84813.3b](https://doi.org/10.1023/B:A-SEB.00000044738.84813.3b), indexed in Pubmed: [15483368](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15483368/).
29. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53(3): 144–148, doi: [10.1136/jech.53.3.144](https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144), indexed in Pubmed: [10396490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10396490/).
30. Bancroft J, Janssen E, Strong D, et al. The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Arch Sex Behav.* 2003; 32(3): 217–230, doi: [10.1023/a:1023409516739](https://doi.org/10.1023/a:1023409516739), indexed in Pubmed: [12807294](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807294/).
31. Bancroft J, Janssen E, Strong D, et al. The relation between mood and sexuality in gay men. *Arch Sex Behav.* 2003; 32(3): 231–242, doi: [10.1023/a:1023461500810](https://doi.org/10.1023/a:1023461500810), indexed in Pubmed: [12807295](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807295/).
32. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998; 13 Suppl 6: S1–S4, doi: [10.1097/00004850-199807006-00001](https://doi.org/10.1097/00004850-199807006-00001), indexed in Pubmed: [9728667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9728667/).
33. Baldwin DS. Depression and sexual function. *J Psychopharmacol.* 1996; 30(10): 34.
34. Bancroft J, Janssen E, Carnes L, et al. Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: the relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *J Sex Res.* 2004; 41(2): 181–192, doi: [10.1080/00224490409552226](https://doi.org/10.1080/00224490409552226), indexed in Pubmed: [15326543](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15326543/).
35. Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(1): 55–63, doi: [10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a](https://doi.org/10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a), indexed in Pubmed: [14739690](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14739690/).
36. Meston CM, Rellini AH, Heiman JR. Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74(2): 229–236, doi: [10.1037/0022-006X.74.2.229](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.229), indexed in Pubmed: [16649867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16649867/).
37. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29(7): 573–585, doi: [10.1016/j.cpr.2009.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.007), indexed in Pubmed: [19632022](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19632022/).
38. Balon R. Mood, anxiety, and physical illness: body and mind, or mind and body? *Depress Anxiety.* 2006; 23(6): 377–387, doi: [10.1002/da.20217](https://doi.org/10.1002/da.20217), indexed in Pubmed: [16823859](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823859/).
39. Mazza M, Harnic D, Catalano V, et al. Sexual behavior in women with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011; 131(1-3): 364–367, doi: [10.1016/j.jad.2010.11.010](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.010), indexed in Pubmed: [21130498](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21130498/).
40. Dell'Osso L, Carmassi C, Carlini M, et al. Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *J Sex Med.* 2009; 6(11): 3063–3070, doi: [10.1111/j.1743-6109.2009.01455.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01455.x), indexed in Pubmed: [19732307](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19732307/).
41. Ozcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, et al. Reproductive health in Women with serious mental illnesses. *J Clin Nurs.* 2014; 23: 1283–1291.
42. Miller LJ, Ghadiali NY, Larusso EM, et al. Bipolar disorder in women. *Health Care Women Int.* 2015; 36(4): 475–498, doi: [10.1080/07399332.2014.962138](https://doi.org/10.1080/07399332.2014.962138), indexed in Pubmed: [25315819](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25315819/).
43. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, et al. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar Disord.* 2016; 18(2): 192–199, doi: [10.1111/bdi.12370](https://doi.org/10.1111/bdi.12370), indexed in Pubmed: [26890335](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26890335/).
44. Lam D, Donaldson C, Brown Y, et al. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2005; 7(5): 431–440, doi: [10.1111/j.1399-5618.2005.00240.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00240.x), indexed in Pubmed: [16176436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16176436/).
45. Sylvia LG, Montana RE, Deckersbach T, et al. Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2017; 5(1): 10, doi: [10.1186/s40345-017-0078-4](https://doi.org/10.1186/s40345-017-0078-4), indexed in Pubmed: [28188565](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28188565/).
46. Waszyńska K. Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2010.
47. Wiener D, Andrzejewska M, Bodnar A, et al. Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia.* 2011; 6(2).
48. Henker FO. Coping with a manic-depressive spouse. *Med Aspects Hum Sex.* 1985; 19(4): 29–32.
49. Kopeykina I, Kim HJ, Khatun T, et al. Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *J Affect Disord.* 2016; 195: 1–14, doi: [10.1016/j.jad.2016.01.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.035), indexed in Pubmed: [26851616](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851616/).
50. Allison JB, Wilson WP. Sexual behavior of manic patients: a preliminary report. *South Med J.* 1960; 53: 870–874, doi: [10.1097/00007611-196007000-00009](https://doi.org/10.1097/00007611-196007000-00009), indexed in Pubmed: [13792827](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13792827/).
51. Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry.* 1973; 28(2): 221–228, doi: [10.1001/archpsyc.1973.01750320053009](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.01750320053009), indexed in Pubmed: [4684288](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4684288/).
52. Fletcher K, Parker G, Paterson A, et al. High-risk behaviour in hypomanic states. *J Affect Disord.* 2013; 150(1): 50–56, doi: [10.1016/j.jad.2013.02.018](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.018), indexed in Pubmed: [23489397](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489397/).
53. McCandless F, Sladen C. Sexual health and women with bipolar disorder. *J Adv Nurs.* 2003; 44(1): 42–48, doi: [10.1046/j.1365-2648.2003.02766.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02766.x), indexed in Pubmed: [12956668](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956668/).
54. Andersen ML, Alvarenga TF, Mazaro-Costa R, et al. The association of testosterone, sleep, and sexual function in men and women. *Brain Res.* 2011; 1416: 80–104, doi: [10.1016/j.brain-res.2011.07.060](https://doi.org/10.1016/j.brain-res.2011.07.060), indexed in Pubmed: [21890115](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21890115/).
55. Wooderson SC, Gallagher P, Watson S, et al. An exploration of testosterone levels in patients with bipolar disorder. *BJPsych Open.* 2015; 1(2): 136–138, doi: [10.1192/bjpo.bp.115.001008](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001008), indexed in Pubmed: [27703738](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27703738/).

56. Grover S, Ghosh A, Sarkar S, et al. Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *J Clin Psychopharmacol*. 2014; 34(4): 475–482, doi: [10.1097/JCP.0000000000000131](https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000131), indexed in Pubmed: [24781439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24781439/).
57. Svalheim S, Sveberg L, Mochol M, et al. Interactions between antiepileptic drugs and hormones. *Seizure*. 2015; 28: 12–17, doi: [10.1016/j.seizure.2015.02.022](https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.02.022), indexed in Pubmed: [25797888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25797888/).
58. Hamed SA. The effect of epilepsy and antiepileptic drugs on sexual, reproductive and gonadal health of adults with epilepsy. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2016; 9(6): 807–819, doi: [10.1586/17512433.2016.1160777](https://doi.org/10.1586/17512433.2016.1160777), indexed in Pubmed: [26934627](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26934627/).
59. Ignacak A, Kasztelnik M, Sliwa T, et al. Prolactin--not only lactotrophin. A „new” view of the „old” hormone. *J Physiol Pharmacol*. 2012; 63(5): 435–443, indexed in Pubmed: [23211297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23211297/).
60. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The effect of bromocriptine treatment on sexual functioning and depressive symptoms in women with mild hyperprolactinemia. *Pharmacol Rep*. 2018; 70(2): 227–232, doi: [10.1016/j.pharep.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.pharep.2017.10.008), indexed in Pubmed: [29475005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475005/).
61. De Hert M, Detraux J, Peuskens J. Second-generation and newly approved antipsychotics, serum prolactin levels and sexual dysfunctions: a critical literature review. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13(5): 605–624, doi: [10.1517/14740338.2014.906579](https://doi.org/10.1517/14740338.2014.906579), indexed in Pubmed: [24697217](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24697217/).
62. Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano D, et al. From inflammation to sexual dysfunctions: a journey through diabetes, obesity, and metabolic syndrome. *J Endocrinol Invest*. 2018; 41(11): 1249–1258, doi: [10.1007/s40618-018-0872-6](https://doi.org/10.1007/s40618-018-0872-6), indexed in Pubmed: [29549630](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29549630/).
63. Doruk H, Akbay E, Cayan S, et al. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Arch Androl*. 2005; 51(1): 1–6, doi: [10.1080/014850190512798](https://doi.org/10.1080/014850190512798), indexed in Pubmed: [15764412](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15764412/).
64. Segraves RT, Balon R. Antidepressant-induced sexual dysfunction in men. *Pharmacol Biochem Behav*. 2014; 121: 132–137, doi: [10.1016/j.pbb.2013.11.003](https://doi.org/10.1016/j.pbb.2013.11.003), indexed in Pubmed: [24239785](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24239785/).
65. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2016; 91(9): 1280–1286, doi: [10.1016/j.mayocp.2016.04.033](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.033), indexed in Pubmed: [27594188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594188/).
66. Clayton AH, El Haddad S, Iluonakhamhe JP, et al. Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13(10): 1361–1374, doi: [10.1517/14740338.2014.951324](https://doi.org/10.1517/14740338.2014.951324), indexed in Pubmed: [25148932](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25148932/).
67. Wood BL. Biopsychosocial. In: L'Abate L. ed. *Paradigms in theory construction*. Springer Science+Business Media, LLC 2012.