

Związki diadyczne osób chorujących na schizofrenię

Dyadic relationships of people with schizophrenia

Jarosław Stusiński¹, Wojciech Merk², Michał Lew-Starowicz²

¹ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii

² Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Klinika Psychiatrii

Summary

Creating successful partnerships is important for the overall quality of life. People suffering from schizophrenia experience significant difficulties in entering and maintaining dyadic relationships due to psychotic symptoms, consequences of the disease and its treatment or social stigmatization. Difficulties in creating intimate relationships are noticed already during adolescence, constituting one of the elements of prepsychotic changes. Among people diagnosed with schizophrenia, women more often than men create dyadic relationships, which may be due to the later onset of the disease, better indicators of social functioning, and favorable socio-cultural patterns. Among coupled individuals, the quality of their relationships is important for the course of the disease and treatment. People with schizophrenia often prefer to bond with other patients because of the possibility of creating a balanced relationship providing acceptance and support. Healthy partners of people with schizophrenia, due to the burden arising from the specificity of the disease and commitment to care for a sick partner, also need professional support. Issues regarding dyadic relationships should be included in a holistic therapeutic approach to people diagnosed with schizophrenia.

Słowa kluczowe: schizofrenia, zdrowie seksualne, funkcjonowanie społeczne

Key words: schizophrenia, sexual health, social functioning

Wprowadzenie

Związki diadyczne (tj. bliskie relacje oparte na uczuciach erotycznych) osób chorujących na schizofrenię (SCH) to zagadnienie słabo poznane i często zaniedbywane w procesie leczenia. Diagnoza SCH często przesłania indywidualne cechy i potrzeby osób nią dotkniętych i automatycznie kwalifikuje je jako niezdolne do kontrolowania swojej seksualności czy pełnienia funkcji partnerskich i rodzicielskich, a ekspresja potrzeb relacyjnych i seksualnych chorych bywa traktowana jako przejaw ich zabu-

zonego funkcjonowania bądź potencjalne niebezpieczeństwo dla ich zdrowia [1–3]. Tymczasem ta sfera wymaga dokładnego przestudiowania i rutynowego uwzględniania w praktyce klinicznej co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, możliwość zawarcia przez dorosłe osoby dobrowolnych związków diadycznych, trwania w nich i ich rozwiązania jest powszechnie uznawana za jedno z fundamentalnych praw człowieka i została wyszczególniona w międzynarodowych deklaracjach, m.in. w art. 16 *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka* [4], art. 11 *Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka* [5] czy art. 23 *Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych* [5]. Po drugie, sfera bliskich związków i seksualności odzwierciedla zdolności w obszarze relacji międzyludzkich, realizacji konkretnych celów i zaspokajania potrzeb. Stanowi zatem wrażliwy wskaźnik całościowego funkcjonowania pacjentów oraz ma istotne znaczenie dla jakości ich życia [7].

Niniejszy niesystematyczny przegląd literatury przedmiotu ma na celu ocenę potrzeb relacyjnych, zdolności ich zaspokojenia oraz ich znaczenia dla stanu zdrowia i funkcjonowania osób chorujących na SCH, jak również wskazanie na konieczność traktowania sfery relacyjnej jako integralnego elementu leczenia SCH. W toku wywodu zostaną poddane weryfikacji następujące założenia: (1) SCH zasadniczo nie zmienia potrzeb relacyjnych, jednak stanowi dla osób nią dotkniętych znaczne utrudnienie w ich zaspokojeniu przez stworzenie i utrzymanie związków diadycznych; (2) płeć chorych istotnie różnicuje tworzenie i utrzymanie przez nich związków diadycznych; (3) związki diadyczne osób chorujących na SCH cechują się większym nasileniem trudności w zakresie intymności i dopasowania partnerów, przez co są bardziej narażone na rozpad; (4) bycie w związku diadycznym łączy się z korzystniejszym przebiegiem choroby i lepszym funkcjonowaniem chorych oraz (5) osoby chorujące na SCH mają większe szanse na stworzenie związków diadycznych z osobami także chorującymi psychicznie, a związki między osobami chorującymi na zaburzenia psychiatryczne nie stanowią same w sobie zagrożenia dla ich dobrostanu. Opracowanie zostanie zwieńczone próbą sformułowania konkretnych wytycznych dla klinicyстів na temat włączenia problematyki bliskich relacji w zakres leczenia SCH.

Potrzeby relacyjne i seksualne chorych

Szeroki zakres i daleki zasięg zmian zachowań, reakcji emocjonalnych i procesów myślowych w SCH znacząco wpływa na relacje społeczne i osobiste chorych [7]. Harley i wsp. [8] wykazali, że 56% ze 137 osób chorujących na SCH lub zaburzenia schizoafektywne (SZA) nigdy nie było w intymnym związku. Pacjenci z SCH rzadziej doświadczają bycia w relacji seksualnej w ciągu życia na tle innych grup pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne [9].

Ten stan rzeczy bywa uzasadniany wycofaniem społecznym i brakiem zainteresowania chorych bliskimi kontaktami czy trwałymi relacjami [3]. Badanie Tsirigotisa i Gruszczynskiego [10] obejmujące 78 chorych na SCH i 78 zdrowych osób wykazało, że pacjenci byli w mniejszym stopniu zainteresowani kontaktami z płcią przeciwną, czerpali mniej zadowolenia z takich kontaktów i przejawiali w nich większą rezerwę, nieśmiałość i hamowanie odruchowych reakcji, a także przypisywali miłości niższą

rangę. Rozya i wsp. [11] odnotowali w grupie 40 osób z SCH znacznie niższą „zdolność do kochania” (w *Kwestionariuszu do pomiaru mocnych stron charakteru*) w stosunku do 40 osób zdrowych, co wiązało się z obniżeniem satysfakcji z życia. Istnieje jednak istotna różnica między brakiem potrzeby nawiązywania relacji intymnych a brakiem zdolności ich tworzenia.

Dotychczasowe doniesienia sugerują, że potrzeby relacyjne w SCH w dużej mierze pozostają zachowane, mimo zmian w doświadczaniu i interpretacji rzeczywistości czy trudności w relacjach interpersonalnych. Z przeglądu literatury de Jagera i McCanna [12] wynika, że w sferze relacji intymnych potrzeby i pragnienia osób z psychozą nie różnią się zasadniczo od populacji ogólnej, lecz pozostają przeważnie niezaspokojone. Badanie Vucic-Peitl i wsp. [13] wśród 200 osób z SCH i 100 osób zdrowych dopasowanych pod względem wieku i płci potwierdza, że osoby chorujące na SCH nie różnią się istotnie od osób zdrowych pod względem świadomości własnej seksualności, gotowości do aktywności seksualnej i pragnienia przygód seksualnych (*sexual adventurism*). Cechują je jednak wyższe negatywna emocjonalność i niekompetencja seksualna oraz niższa satysfakcja seksualna niezależnie od czasu trwania choroby i leczenia.

Wpływ choroby i leczenia na sferę relacyjną

SCH – z powodu znacznego upośledzenia funkcji psychicznych i społecznych – oraz jej leczenie stanowią istotne utrudnienie dla stabilnych związków diadycznych. Nieufność, objawy wytwórcze, niekontrolowane zachowania, deficyty funkcji poznawczych, obniżenie motywacji i zainteresowań, wycofanie społeczne, zmniejszona ekspresja emocjonalna czy anhedonia w dużym stopniu ograniczają zdolności relacyjne. Działania niepożądane leków przeciwpsychotycznych (LPP): spowolnienie, sztywność mięśni, zmiany mimiki i motoryki czy przyrost masy ciała, mogą pozbawiać poczucia atrakcyjności i wywoływać zawstydzenie, a przez to obniżać samoocenę i sprzyjać wycofaniu [2, 14–16].

Przeprowadzone badania sugerują, że większość osób z rozpoznaniem SCH doświadcza stopniowego zakłócenia prawidłowego rozwoju psychoseksualnego rozpoczynającego się w okresie dojrzewania u mężczyzn i we wczesnej dorosłości u kobiet. Mężczyźni mają trudności ze znalezieniem partnera seksualnego oraz gorzej funkcjonują seksualnie przed zdiagnozowaniem u nich choroby. Kobiety często są w stanie znaleźć partnera seksualnego, większość wychodzi za mąż, jednak w późniejszym okresie wzrasta liczba rozwodów. Wadą tego typu badań jest to, że retrospektywna ocena funkcjonowania seksualnego nie jest wiarygodna i nie bierze pod uwagę wielu zmiennych. Snyder i Whisman [17] twierdzą, że na tle biologicznej wrażliwości pacjentów stresujące wydarzenia wynikające z bliskich związków – lub alternatywnie z ich braku – mogą stanowić istotny czynnik rozwoju choroby. Autorzy dodają, że zrozumienie, w jaki sposób związki wpływają na przebieg choroby, zarówno pozytywnie, jak i negatywnie, może pomóc w procesie rehabilitacji.

Istnieją przesłanki, by przyjąć, że deficyt zdolności tworzenia związków seksualnych stanowi objaw psychozy poprzedzający wystąpienie jej bardziej wyraźnych symptomów [18, 19]. Raboch [20] na podstawie badania 51 kobiet z SCH i 101 pacjentek

ginekologicznych stwierdził, że rozwój seksualny wśród badanych z SCH był „znacznie opóźniony” – istotnie później nawiązywały one kontakty seksualne i tworzyły bliskie relacje. Nie znalazł wszakże istotnych różnic w zakresie zainteresowania seksualnego, zakochiwania się czy liczby partnerów seksualnych. W dorosłym życiu kobiety chorujące na SCH ujawniały dużo gorsze parametry funkcjonowania seksualnego, choć nie odnotowano różnic dla chorych deklarujących bycie w satysfakcjonujących związkach. Długość choroby, liczba epizodów i hospitalizacji czy obraz kliniczny SCH nie były istotnie związane z parametrami funkcji seksualnych. Keefe i wsp. [21] w badaniu 69 mężczyzn przewlekłe chorujących na SCH lub zaburzenie schizoaffective (SZA) wykazali, że słabe przedchorobowe funkcjonowanie socjoseksualne (niższy poziom aktywności społecznej i seksualnej) wiązało się z większym nasileniem objawów negatywnych, mniejszą liczbą objawów pozytywnych, większym ogólnym nasileniem psychopatologii oraz gorszym aktualnym funkcjonowaniem społecznym i zawodowym. Przedchorobowe funkcjonowanie socjoseksualne nie było istotnie powiązane z wiekiem badanych, wiekiem wystąpienia pierwszego epizodu choroby, liczbą i długością hospitalizacji psychiatrycznych, czasem trwania choroby, poprawą zdrowia przy leczeniu haloperidolem czy wykształceniem. Natomiast Joseph i wsp. [22] w badaniu 280 ambulatoryjnych pacjentów z SCH lub SZA odkryli, że lepsze wyniki w zakresie funkcji poznawczych łączyły się z mniejszym zaburzeniem funkcjonowania w sferze związków romantycznych. Silny, długotrwały związek między SCH a samotnością potwierdziło badanie Agerbo i wsp. [23] obejmujące 5341 pacjentów z SCH przy pierwszym przyjęciu do placówki psychiatrycznej w latach 1970–1999 i 53 410 dopasowanych osób z grupy kontrolnej. Osoby chorujące na SCH rzadziej były w związku długo przed pierwszym przyjęciem do szpitala. Pacjenci wyraźnie różnili się od populacji ogólnej pod kątem swojego stanu cywilnego, tj. rzadziej byli w związkach małżeńskich, nawet 15–20 lat przed pierwszym przyjęciem do szpitala psychiatrycznego i do 20–25 lat po nim.

Objawy SCH, działania niepożądane LPP, częstsze występowanie chorób somatycznych (np. sercowo-naczyniowych, hormonalnych), otyłości oraz szkodliwych nawyków (np. palenia) odpowiadają za częste występowanie w tej populacji chorych dysfunkcji seksualnych. W wypadku osób w związkach dysfunkcje obniżają satysfakcję seksualną pary i wiążą się z pogorszeniem jej funkcjonowania w innych obszarach. Wśród osób samotnych natomiast wywołują lęk przed kompromitacją i porzuceniem, co sprzyja wycofaniu z prób inicjowania bliższych znajomości. Pacjenci aktywni seksualnie przed wystąpieniem choroby mogą zachować potrzebę kontaktów niezależnie od psychopatologii. Jej realizacja jednak niekoniecznie odbywa się wtedy w stałym i monogamicznym związku, lecz przyjmuje postać przygodnych stosunków wynikających z dostępności partnera czy osłabionej kontroli zachowań. Takie relacje nie tylko są mniej satysfakcjonujące i intymne, ale też narażają pacjentów na choroby przenoszone na drodze kontaktów seksualnych [3, 18, 19, 24–26].

Warunki życia chorych, w tym pobyty na oddziałach psychiatrycznych, ograniczają możliwości realizacji intymnych potrzeb. Dla osób będących w związkach rozłąka związana z hospitalizacją stanowi duże wyzwanie. W wypadku osób samotnych pobyt na oddziale wyraźnie zawęża możliwości nawiązywania i utrzymywania interakcji poza

nim, ale także umożliwia kontakty z innymi pacjentami, które znamionuje większe zrozumienie i komfort. Pogłębienie relacji jest jednak problematyczne w kontekście zasad placówki psychiatrycznej [3, 24, 27].

Różnice płciowe a związki diadyczne chorych

Osoby chorujące na SCH rzadziej tworzą związki, zawierają małżeństwa i utrzymują partnerską aktywność seksualną w porównaniu z populacją ogólną. Badania jednak zgodnie pokazują, że kobiety mają lepsze wskaźniki w tych obszarach, co koresponduje z danymi o ogólnie lepszym funkcjonowaniu społecznym kobiet z SCH przed zachorowaniem i po nim [28–31]. Ze względu na często późniejszy początek choroby kobiety mają większe szanse nabycia zdolności społecznych i stworzenia relacji przed wystąpieniem zmian przez nią wywołanych [24, 32].

Płeć różnicuje powiązania między bliską relacją a przebiegiem choroby. Walker i wsp. [32] w badaniu 882 pacjentów z SCH odkryli interaktywny efekt płci i stanu cywilnego. Najniższe wyniki w zakresie objawów psychopatologicznych odnotowano dla żonatych mężczyzn, podczas gdy najwięcej symptomów prezentowały kobiety zamężne. Z jednej strony może to być spowodowane odmiennym wpływem małżeństwa na przebieg choroby w zależności od płci, tj. nasileniem objawów u kobiet i ich łagodzeniem u mężczyzn. Z drugiej zaś powodem może być większa skłonność do pozostania w małżeństwie w wypadku bardziej symptomatycznych kobiet i mniej symptomatycznych mężczyzn. Istotnym czynnikiem jest tu też charakterystyka małżonków, ich stabilność psychiczna i zdolność zapewnienia wsparcia, które mają korzystny wpływ na przebieg choroby niezależnie od płci. Fińskie badania na dużych populacjach pacjentów psychiatrycznych [33, 34] wskazały, że wśród osób z SCH kobiety częściej były w stałym związku i mieszkaly z partnerem lub samotnie niż mężczyźni, którzy częściej mieszkali z rodzicami. Jakość życia oceniono jako najniższą u samotnych mężczyzn w porównaniu z mężczyznami w związkach i kobietami. Jakość życia u kobiet była oceniana ogólnie wyżej, niezależnie od tego, czy były w związku, czy też nie.

Specyfika związków osób ze schizofrenią

Objawy psychotyczne mogą zmieniać postrzeganie przez chorych ich partnerów i relacji. Objawy pozytywne mogą obejmować urojenia o przemoc seksualnej ze strony partnera, o jego niewierności, o zastąpieniu bliskiej osoby sobowtórem (zespół Capgrasa) czy byciu obiektem uczuć innych (zespół de Clérambaulta) [18]. Także objawy negatywne, np. apatia czy zaniedbanie, z dużym prawdopodobieństwem będą obniżać jakość związku. Jakość relacji ma ogromny wpływ na przebieg choroby. Wysokie wskaźniki wyrażanych emocji (*expressed emotions* – EE), czyli wysoki poziom wrogości, krytyki i nadopiekuńczości przy braku ciepła emocjonalnego, stanowią ważny predyktor nawrotu choroby. Choć badania nad EE dotyczą głównie rodzin generacyjnych, można założyć analogiczną prawidłowość wśród partnerów [18].

Związki osób z poważną chorobą psychiczną charakteryzują się mniejszą intymnością i zaangażowaniem oraz gorzej ocenianymi dopasowaniem i satysfakcją niż

w populacji ogólnej. W badaniu Perry i Wrighta [3] wśród 369 pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i psychotycznymi wykazano, że w większości byli oni samotni, częściej nawiązywali związki krótkotrwałe bądź długotrwałe relacje bez poważnych zobowiązań. Częściej też utrzymywali związki równoległe, wcześniej angażowali się w aktywność seksualną z nowymi partnerami, a partnerzy pacjentów byli mniej zintegrowani z ich sieciami społecznościowymi. Pacjenci donosili o mniejszej satysfakcji fizycznej z kontaktów seksualnych ze swoimi partnerami i rzadszym przeżywaniu orgazmu. Aggarwal i wsp. [35] porównali 76 pacjentów z SCH i 58 z zaburzeniami depresyjnymi pozostających w związku małżeńskim. Badani z SCH ujawnili słabsze dopasowanie małżeńskie i niską jakość małżeństwa. Ponadto niżej oceniali satysfakcję seksualną, mimo że nie różnili się od pacjentów depresyjnych pod względem częstości zaburzeń seksualnych. Czas trwania małżeństwa nie miał znaczącego wpływu na przystosowanie małżeńskie i seksualne.

Wśród osób z SCH opisano gorszą jakość i trwałość związków. Beach i wsp. [36] obserwowali małżeństwa 37 pacjentów z depresją, 38 z zaburzeniami dwubiegunowymi i 21 z SCH w porównaniu z 49 małżeństwami osób zdrowych. Po 3 latach wszystkie grupy kliniczne miały istotnie wyższe odsetki rozwodów niż grupa kontrolna. Wśród małżeństw, gdzie jedno z partnerów chorowało na SCH, stwierdzono tendencję do zgłaszania największego niedopasowania małżeńskiego, jednak różnice w stosunku do innych grup nie były istotne statystycznie. Przy czym 71% respondentów z tej grupy miało negatywny przebieg małżeństwa w ciągu 3 lat. Thara i Srinivasan [37] zbadali zmiany stanu cywilnego 76 pacjentów z SCH w okresie 10 lat. Z utrzymaniem małżeństwa były związane jego zawarcie przed wystąpieniem choroby, obecność dzieci, krótszy czas trwania choroby w momencie rozpoczęcia badania i obecność omamów słuchowych przy przyjęciu na oddział. Natomiast utrzymaniu małżeństwa nie sprzyjały bezrobocie i obniżenie statusu społeczno-ekonomicznego oraz spływanie afektu i zaniedbywanie siebie.

Brakuje danych o czynnikach intrapsychicznych istotnych dla tworzenia i utrzymania związków u osób z SCH. Wyjątkiem jest badanie Uznańskiej i Czabały [38] wskazujące, że pacjenci chorujący na SCH będący w stałych związkach ($n = 30$) różnią się od pacjentów samotnych ($n = 30$) większym pragnieniem i staraniem się utrzymywania stałych związków oraz większym otwarciem na innych ludzi, ich potrzeby, uczucia i poglądy. Badani w związkach byli bardziej skłonni do kompromisu i robienia czegoś dla innych, lecz w mniejszym stopniu obawiali się zmian i oczekiwali od idealnego partnera opieki nad innymi i gotowości do zmian.

Związki diadyczne a przebieg choroby

Dotychczasowe badania sugerują, że pozostawanie w związku postrzeganym przez oboje partnerów jako udany stanowi czynnik, który pomaga radzić sobie z chorobą. Wpływając pozytywnie na funkcjonowanie osób dotkniętych SCH, bliska relacja przyczynia się do ich pełniejszego powrotu do zdrowia. Badania wskazują, że osoby z rozpoznaniem SCH pozostające w związku małżeńskim są rzadziej hospitalizowane oraz łatwiej integrują się ze społecznością niż osoby rozwiedzione czy samotne.

Autorzy badania wnioskują, że podstawowa i uniwersalna potrzeba ludzi, by czuć się kochanym i potrzebnym, jest zaspokajana w związku małżeńskim [39 za: 40].

Salokangas [34] w pięcioletnim badaniu 227 pacjentów z SCH dowiódł, że życie z partnerem stanowiło główny czynnik odpowiadający za korzystne funkcjonowanie i łagodniejszy przebieg choroby. Najlepsze wyniki w zakresie parametrów klinicznych i funkcjonowania uzyskiwali pacjenci mieszkający z partnerami. Utrzymywali oni najbardziej intensywne relacje z członkami rodziny i przyjaciółmi w pierwszych latach choroby, co można wyjaśnić lepszym funkcjonowaniem przedchorobowym pacjentów w związkach, jak również korzystnym wpływem związku na utrzymanie relacji z bliskimi nawet w pierwszych i najcięższych etapach choroby. Wysoki poziom interakcji społecznych sprzyjał poprawie zdrowia w zakresie objawów psychiatrycznych i depresyjnych – pacjenci mieszkający z partnerami mieli pod koniec obserwacji znacznie niższy poziom tych objawów niż inni badani, mimo ich początkowego wyrównania. Ogólnie w mniejszym stopniu wymagali oni opieki szpitalnej i przyjmowali mniejsze dawki LPP.

Żmuda i wsp. [41] stwierdzają, że choć bliska i satysfakcjonująca relacja nie stanowi pełnego zabezpieczenia przed nawrotem choroby, poczucie bezpieczeństwa i aktywowane w niej pozytywne emocje stanowią znaczne wzmocnienie we wszystkich wymiarach funkcjonowania i silną motywację w procesie zdrowienia. Z kolei samotność stanowi jeden z głównych czynników obniżających jakość życia. Badanie Cardoso i wsp. [42] na 123 ambulatoryjnych pacjentach z SCH ujawniło, że cywilny stan wolny wyraźnie zwiększał prawdopodobieństwo niskiej jakości życia zarówno w wymiarze ogólnym, jak i w sferach zawodowej oraz intrapsychicznej i interpersonalnej. W badaniu Nyer i wsp. [44] u osób w średnim i starszym wieku z SCH lub SZA i objawami depresji status cywilny był istotnie związany z jakością życia oraz obecnością myśli samobójczych. Jakość życia była istotnie wyższa w grupie osób żyjących w małżeńskich lub nieformalnych związkach w porównaniu z grupą osób samotnych, w czym może pośredniczyć przywiązanie (poczucie emocjonalnej bliskości i bezpieczeństwa) jako czynnik pozytywnie wpływający na jakość życia osób z SCH lub SZA [43]. Ponadto osoby pozostające w związku małżeńskim zgłaszały mniej myśli samobójczych niż osoby niezamężne, co autorzy tłumaczą tym, że osoby przeżywające rozpad związku lub jego utratę narażone są na większe ryzyko popełnienia samobójstwa [44].

Związki między osobami chorującymi psychicznie

Specyfika życia osób chorujących na SCH (redukcja sieci społecznych, hospitalizacje) zwiększa szanse na nawiązanie relacji z osobami także chorującymi psychicznie. Thomsen i wsp. [45] zbadali wzorce kohabitacji między osobami przeciwnej płci w duńskiej populacji w okresie 13 lat, wykazując wśród osób chorujących na SCH wyraźną tendencję do kohabitacji z osobami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza SCH. Wśród badanych mieszkających z osobą chorującą na SCH występowała wyraźnie zwiększona częstość diagnozowania epizodu depresji i jeszcze większa rozpoznania SCH. Kobiety żyjące z mężczyzną z SCH miały aż dwunastokrotnie większe ryzyko SCH niż kobiety mieszkające z mężczyznami niechorującymi psychicznie.

Perspektywa związku z osobą także chorującą może być oceniana jako korzystna ze względu na szansę stworzenia wyrównanej relacji zapewniającej akceptację i wsparcie [27, 46]. Shanks i Atkins [47] ocenili 22 małżeństwa, w których oboje partnerzy mieli diagnozy psychiatryczne (13 mężczyzn i 8 kobiet miało rozpoznanie SCH; w 5 małżeństwach oboje partnerzy mieli SCH). U pacjentów obu płci po ślubie nie zmieniła się znacząco liczba wizyt ambulatoryjnych, ale czas spędzony w szpitalu był znacznie krótszy. Badanie nie potwierdziło szkodliwego wpływu związku na zdrowie psychiczne, a raczej zademonstrowało zdolność do budowania stabilnych i zadowolających relacji między osobami chorującymi psychicznie.

Uwzględnianie problematyki związków diadycznych w kontekście diagnostyki i leczenia schizofrenii – wskazówki dla klinicystów

Uznając, że celem kompleksowej opieki nad pacjentem jest nie tylko redukcja objawów psychotycznych, ale także budowanie zdolności pacjentów do prowadzenia satysfakcjonującego i produktywnego życia, aspekt relacji uczuciowych i seksualnych nie może zostać w niej pominięty. Niestety w literaturze przedmiotu znajdziemy niewiele wskazówek dotyczących sposobów czy scenariuszy prowadzenia rozmów z osobami chorującymi psychicznie i ich partnerami na temat relacji seksualnych. Brakuje również narzędzi przeznaczonych do określenia ich potrzeb czy trudności, które nierozzerwalnie wiążą się z doświadczeniem choroby, a więc nie są uniwersalne dla ogółu populacji. Podobnie zaniedbana jest kwestia świadczenia profesjonalnej pomocy skupionej na związkach diadycznych osób chorych. Większość autorów podkreśla jednak użyteczność treningów umiejętności komunikacyjnych, a terapia partnerska czy seksualna, jeśli bierze pod uwagę specyfikę funkcjonowania osób chorych, może okazać się wystarczająca w przewyciężeniu ich problemów. Poniżej zaprezentowano siedem podstawowych zasad (wraz z uzasadnieniem) dotyczących kwestii relacyjnych, które powinny uwzględniać holistycznie prowadzone diagnostyka i leczenie osób chorujących na SCH.

- I. Pacjenci mają takie same potrzeby relacyjne jak wszyscy inni, a zagadnienia dotyczące bliskich związków powinny być traktowane jako rutynowy element diagnostyki i leczenia.

Powszechne założenie, że osoby chorujące na SCH nie mają potrzeby nawiązywania bliskich relacji uczuciowych czy seksualnych, sprawia, że są one pomijane w procesie leczenia [3, 8]. Dostrzegalna jest również obawa, że poruszanie tematów szczególnie intymnych wyzwoli silne emocje sprzyjające dekompensacji, utrudni proces leczenia czy będzie potraktowane jako zachęta do niekontrolowanych zachowań seksualnych. W jednym z badań zauważono, że pielęgniarki niechętnie rozmawiały z pacjentami o ich seksualności, ponieważ nie uznawały tego za element swojej pracy, wskazywały na własne braki w zakresie edukacji seksualnej oraz uważały chorych za „pozbawionych seksualności” i „zbyt chorych”, by podejmować taką tematykę [48]. Podobnie psychiatrzy mogą postrzegać osoby z SCH jako „aseksualne” lub zbyt odizolowane społecznie, by mogły angażować się we współżycie seksualne [49]. Tymczasem pacjenci

często są gotowi rozmawiać o związkach i seksualności, potrafią wyrażać swoje przeżycia i pragnienia oraz przyjmować informacje. Rozmowy ze specjalistą na tematy intymne powinny być przeprowadzane z poszanowaniem prywatności i w atmosferze zaufania [2, 20, 23, 25, 50].

- II. Potrzeby relacyjne powinny być określane u każdego pacjenta, a do klinicysty należy zainicjowanie rozmowy na ten temat.

Potrzeby pacjentów i ustalane na ich podstawie cele terapii na ogół koncentrują się wokół pomocy w zwiększeniu umiejętności nawiązywania intymnych relacji, jak również odgrywania zróżnicowanych ról w układzie partnerskim pomimo ograniczeń, jakie mogą narzucać objawy chorobowe. W badaniu Östman i Björkman [51] zarówno pacjenci, jak i ich partnerzy wskazywali, że starali się poruszyć problem seksualności podczas regularnych sesji terapeutycznych, jednak pozostawało to bez żadnej reakcji ze strony lekarzy. Kwestii związanych z seksualnością unikano nawet podczas pobytów na stacjonarnych oddziałach psychiatrii. Jednocześnie wyrażali oni pragnienie dostępu do takiej formy opieki, zarówno w szpitalnej, jak i ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, w której lekarze otwarcie rozmawialiby z nimi o ich seksualności, nie ograniczając się do diagnostyki dysfunkcji. Partnerzy podkreślali, że z radością przywitaliby inicjatywę uwzględniającą ich w procesie terapeutycznym i leczniczym, ponieważ ich życie jest już powiązane z życiem pacjentów, w ten czy inny sposób oboje żyją z chorobą [51].

Narzędziem przeznaczonym do oceny złożonych potrzeb klinicznych i społecznych osób z chorobami psychicznymi jest *Camberwell Assessment of Need (CAN)* [52]. Kwestionariusz obejmuje 22 pozycje służące do oceny problemów, także tych odnoszących się do kwestii intymnych relacji i ekspresji seksualnej, dokonywanej zarówno przez personel, jak i pacjentów. Jedna z prac ujawniła znaczne różnice między postrzeganiem potrzeb przez personel i pacjentów – prawie wszyscy pacjenci (90%) zidentyfikowali swoją potrzebę w zakresie wyrażania seksualności, podczas gdy personel nadał temu bardzo niski priorytet. Ta rozbieżność może uwydatniać obawy związane z postawą personelu w odniesieniu do potrzeb seksualnych chorych i potencjałem do rozmowy na ten temat [53, 54]. Warto byłoby więc zachęcić personel medyczny do autorefleksji i rozważenia własnych uprzedzeń dotyczących wspomnianych par, aby zapewnić im skuteczniejsze wsparcie [55].

- III. Wsparcie udzielane pacjentom w zakresie relacji erotycznych musi uwzględniać ich bezpieczeństwo i dobrostan.

Ponieważ osoby chorujące na SCH mają zwiększone ryzyko doświadczania różnych form przemocy, specjaliści powinni zachować czujność wobec jej symptomów także w sferze związków pacjentów. Rutynowo przy omawianiu funkcjonowania relacyjnego i seksualnego pacjentów powinny być podejmowane zagadnienia profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową i planowania rodziny. Interwencje skierowane na usprawnienie zdolności nawiązania i utrzymania bliskich relacji wymagają wcześniejszej redukcji objawów psychotycznych i uzyskania przez pacjentów krytycyzmu [2, 3, 39, 50, 56]. Istotnym aspektem jest określenie zdolności pacjentów do dobrowolnego i świadomego zaangażowania

się w relacje seksualne. Zaburzenia myślenia i percepcji, wahania nastroju, impulsywność i sugestywność itd. znacząco utrudniają chorym zdolność adekwatnego rozeznania sytuacji i wyrażenia zgody, co czyni ich szczególnie narażonymi na wszelkie formy przemocy seksualnej oraz niepożądane konsekwencje aktywności seksualnej, takie jak infekcje przenoszone podczas kontaktów seksualnych i niechciane ciążę. Z tych powodów Mandarelli i wsp. [50] opracowali częściowo ustrukturyzowany wywiad dla klinicystów *Sexual Consent Assessment Scale* (SCAS) oraz jego skróconą wersję (SCAS-10). Badanie z zastosowaniem tego narzędzia wśród pacjentów w ustabilizowanym stanie psychicznym (pod koniec hospitalizacji) ukazało, że osoby z zaburzeniami ze spektrum SCH ($n = 31$) miały mniejszą zdolność do wyrażenia zgody na kontakt seksualny niż pacjenci z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi ($n = 54$), a także miały znaczne deficyty w zakresie podstawowej wiedzy seksuologicznej.

Wiele osób może wymagać pomocy w neutralizacji stresu wynikającego ze stygmatyzacji spowodowanej chorobą, jak również w związku ze specyfiką seksualności danej osoby, jeśli nie jest odbierana przez ogół jako normatywna. Przydatne może być zajęcie się kwestiami łączącymi się z tożsamością seksualną w planowaniu leczenia osób z chorobami psychicznymi, takimi jak doświadczenie dyskryminacji i przemocy w społeczności i placówkach terapeutycznych [57].

IV. Proces leczenia powinien uwzględniać funkcjonowanie związków diadycznych chorych.

W wypadku pacjentów pozostających w związkach uwzględnienie w procesie leczenia funkcjonowania ich relacji ma niebagatelne znaczenie dla jego przebiegu. Strategie skoncentrowane na minimalizacji konfliktów i adaptacji do zmian będących skutkiem choroby stanowią ważny element redukcji ryzyka nawrotu. W wielu wypadkach (np. kryzysu w związku, dysfunkcji seksualnych) zachodzi konieczność wdrożenia terapii partnerskiej i seksualnej. Pomocne może być prowadzenie dyskusji dotyczącej wyzwań wynikających z braku bliskości seksualnej w małżeństwie. Terapia i edukacja seksualna z reguły prowadzi do zwiększenia satysfakcji i intymności w związku [58]. Szczególnej opieki wymagają pacjenci przeżywający rozpad relacji, stanowiący silnie stresującą sytuację obciążoną dużym zagrożeniem dla ich dobrostanu psychicznego.

V. Pomoc osobom chorującym na schizofrenię w zakresie związków diadycznych powinna odnosić się do potrzeb czy problemów specyficznych dla tej grupy.

Nawiązywanie intymnej relacji stawia osoby chorujące na SCH przed dylematem związanym z ujawnieniem partnerom swojej diagnozy. Poczucie wstydu, lęk przed odrzuceniem czy realne doświadczenia utraty ważnej relacji z powodu choroby zazwyczaj są silnie stresujące i potencjalnie stanowią zagrożenie dla zdrowia psychicznego. Seeman [16] zwraca uwagę, że choć tożsamość danej osoby nie może być zredukowana do jej diagnozy psychiatrycznej, to z powodu konsekwencji, jakie niesie SCH dla wspólnego życia, potencjalni partnerzy mają prawo do informacji na ten temat. Ze względu na znaczną stygmatyzację osób chorujących ujawnienie diagnozy może być procesem stopniowym i w razie potrzeby wspieranym pomocą specjalisty.

Dylemat co do posiadania potomstwa wiąże się z obawami o dziedziczenie przez nie choroby, wpływ ciąży i porodu na stan psychiczny chorych, a także o możliwości wychowania dzieci i zapewnienia im stabilnych warunków życia. Wątpliwości budzi też funkcjonowanie chorych w przyszłości, tj. czy w ogóle i jak długo zdrowy partner będzie zdolny opiekować się drugą osobą w podeszłym wieku lub gdy sam zacznie doświadczać problemów zdrowotnych [16, 59].

- VI. W świadczeniu pomocy osobom chorującym na schizofrenię w zakresie nawiązywania i utrzymywania związków diadycznych zastosowanie znajdują te same metody, co w innych grupach pacjentów.

Klinicyści mogą pracować z osobami z SCH w celu poprawy ich ogólnych kompetencji społecznych przez trening umiejętności wpływający na poprawę zdolności konwersacyjnych, zachowań interaktywnych, inteligencji społecznej/percepcji, asertywności oraz umiejętności chodzenia na randki/budowania relacji [60]. Umożliwia on osobom ćwiczenie takich scenariuszy, jak: rozpoczynanie i podtrzymywanie rozmowy, zapraszanie kogoś na randkę, wyrażanie pozytywnych uczuć i zwracanie się do partnera z prośbą o korzystanie z zabezpieczenia przed ciążą i chorobami przenoszonymi na drodze kontaktów seksualnych. Ćwiczenie takich scenariuszy zwiększa prawdopodobieństwo, że umiejętności społeczne związane z seksualnością zostaną przyswojone i skutecznie wdrożone w rzeczywistych sytuacjach.

Wśród treningów umiejętności komunikacyjnych w związkach żaden nie został zaprojektowany specjalnie dla par, w których jedno lub oboje partnerów cierpi na chorobę psychiczną. Niektórzy autorzy proponowali użycie programu *Couple Communication* (CC) zaprojektowanego przez Millera, Wackmana i Nunnally'ego (1992) dla par, w których jedna z osób choruje na SCH. Program jest dość prosty w obsłudze, dzięki czytelnej instrukcji mogą się go łatwo i szybko nauczyć zarówno instruktorzy, jak i klienci. Wykorzystuje wizualne wskazówki pomocne w nauce i format grupowy, który zapewnia uczestnikom poczucie więzi z innymi w podobnych sytuacjach życiowych [61]. Zawiera elementy instrukcji, modelowania, odgrywania ról w trakcie sesji i „zadań domowych”. Proces nauczania umiejętności komunikacyjnych podzielony jest na cztery główne sekcje (dbanie o siebie, dbanie o partnera, rozwiązywanie konfliktów, wybór stylów komunikacji). Ucząc ekspresyjnych i receptywnych umiejętności werbalnych, a także rozwiązywania problemów, powinien poprawiać komunikację między partnerami [61]. Jedną z form psychoedukacji do wykorzystania w pracy z bliskimi osób dotkniętych SCH stanowią gotowe poradniki przygotowane przez ekspertów w dziedzinie zdrowia psychicznego i seksualnego dostępne online, takie jak np. *A Guide for Spouses of Partners with Serious Mental Illness* (<https://www.bcss.org/support/guide-spouses-partners-serious-mental-illness/>).

- VII. W wypadku pacjentów będących w związkach ich partnerzy powinni w miarę możliwości być angażowani w proces diagnostyki i leczenia.

Wywiad zebrany od partnerów często dostarcza ważnych informacji na temat stanu psychicznego pacjentów, zwłaszcza jeśli ich krytycyzm jest ograniczony. Do małżonków należą na ogół decyzje dotyczące leczenia i sytuacji życiowej chorych,

jeśli ich stan nie pozwala na wyrażenie swojej woli. Oczekuje się, że w takich okolicznościach małżonkowie będą działać w najlepszym interesie pacjentów, opierając się na wiedzy o ich preferencjach lub na przewidywaniach ich decyzji ukształtowanych na podstawie bliskiej relacji [62]. Zaangażowanie partnerów w proces leczenia ma ogromne znaczenie dla jego powodzenia, ponieważ zwykle to na nich spoczywa przynajmniej okresowo obowiązek opieki nad chorymi i nadzorowania ich leczenia. Efektywne spełnianie tej funkcji wymaga jednak ich starannej edukacji [63, 64]. Zachęcanie do stałego wspierania małżonków jest tu kluczowym elementem. Empatia okazywana przez personel medyczny zwykle sprawia, że para czuje się mniej samotna ze swoimi problemami i ma wrażenie, że znalazła dla nich zrozumienie. Empatia w poradnictwie dla par może zatem zwiększyć satysfakcję małżeńską [65]. Duże wsparcie zapewniają programy adresowane do bliskich chorych, zwłaszcza w przełamywaniu izolacji społecznej i normalizacji doświadczenia choroby psychicznej bliskiej osoby. Bezpośredniej interwencji specjalistów wymagają sytuacje, w których partnerzy pacjentów są narażeni na szkody psychiczne i fizyczne, np. gdy stali się obiektami urojeniowej zazdrości [18, 56, 59]. Wszechstronna edukacja powinna pomóc partnerom w radzeniu sobie we wspólnym życiu z osobą, u której zdiagnozowano SCH, a parom zdobyć wiedzę i umiejętności zwiększające szansę na utrzymanie zdrowego i stabilnego związku [66].

Podsumowanie

Związki diadyczne należy traktować jako wartość istotną dla optymalnego funkcjonowania i jakości życia człowieka niezależnie od stanu jego zdrowia psychicznego. Pragnienie bliskiej relacji w wypadku osób z SCH może stanowić ważny element dążenia do poprawy zdrowia i osiągnięcia stylu życia typowego dla osób zdrowych [23, 27, 46]. W świetle przedstawionych badań realizacja potrzeb relacyjnych przez osoby dotknięte SCH napotyka trudności będące nie tylko bezpośrednią konsekwencją choroby i jej objawów, ale również innych czynników (społeczna stygmatyzacja, warunki życia itd.). Płeć chorych istotnie różnicuje tworzenie i utrzymanie przez nich związków na korzyść kobiet, które mają większe szanse nabycia umiejętności społecznych i stworzenia relacji, posiadania potomstwa, pozostawania w związku małżeńskim lub zamieszkiwania z partnerem. Deficyty poznawcze utożsamiane z SCH utrudniają nawiązanie i utrzymanie stałej relacji, w wypadku takich par odsetek separacji i rozwodów jest wysoki. Trudności we wspólnym radzeniu sobie i zrozumieniu ekspresji emocjonalnej partnera są znaczącymi czynnikami wpływającymi na relacje w parach. W takich układach obserwowano często brak motywacji do komunikowania się i chęć wycofania się [38]. Sytuacja życiowa chorych na SCH, w tym ich stan cywilny, w dużej mierze decyduje o uzyskaniu klinicznej i funkcjonalnej remisji. Przy czym bliski, oparty na zaufaniu związek ze współmałżonkiem pomaga też w utrzymaniu interakcji rodzinnych na dość wysokim poziomie. Udany związek jest źródłem wsparcia i motywacji do kontynuowania leczenia, zatem pomoc pacjentom w tej sferze powinna być integralną częścią leczenia SCH [3, 41].

Piśmiennictwo

1. Bhugra D, Pathare S, Nardodkar R, Gosavi C, Ng R, Torales J i wsp. *Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: A global review*. Int. Rev. Psychiatry 2016; 28(4): 386–392. Doi: 10.1080/09540261.2016.1210577.
2. McCann E. *The expression of sexuality in people with psychosis: Breaking the taboos*. J. Adv. Nurs. 2000; 32(1): 132–138.
3. Perry BL, Wright ER. *The sexual partnerships of people with serious mental illness*. J. Sex. Res. 2006; 43(2): 174–181. Doi: 10.1080/00224490609552312.
4. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* (rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 r.). http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf (dostęp: 3.02.2020).
5. *Deklaracja Praw Seksualnych Światowej Organizacji Zdrowia Seksualnego* (WAS). <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Polish.pdf> (dostęp: 3.02.2020).
6. *Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych Organizacji Narodów Zjednoczonych* (ONZ). http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf (dostęp: 3.02.2020).
7. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
8. Harley EW, Boardman J, Craig T. *Sexual problems in schizophrenia: Prevalence and characteristics. A cross sectional survey*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010; 45(7): 759–766.
9. Gonzalez-Torres MA, Salazar MA, Inchausti L, Ibañez B, Pastor J, Gonzalez G i wsp. *Lifetime sexual behavior of psychiatric inpatients*. J. Sex. Med. 2010; 7(9): 3045–3056.
10. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Wybrane zagadnienia z życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię*. Seksuologia Polska 2007; 5(2): 51–56.
11. Rozya P, Sawicka M, Żochowska A, Bronowski P. *Mocne strony osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych – podobieństwa i różnice*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(1): 93–104.
12. de Jager J, McCann E. *Psychosis as a barrier to the expression of sexuality and intimacy: An environmental risk?* Schizophr. Bull. 2017; 43(2): 236–239. Doi: 10.1093/schbul/sbw172.
13. Vucic-Peitl M, Rubesa G, Peitl V, Ljubicic D, Pavlovic E. *Aspects of sexual self-perception in schizophrenic patients*. Eur. J. Psychiatr. 2009; 23(1): 37–46.
14. McCann E. *Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2010; 17(3): 251–259. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01509.x.
15. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W. *Case management and assertive community treatment in Europe*. Psychiatr. Serv. 2001; 52(5): 631–636.
16. Seeman MV. *When and how should I tell? Personal disclosure of a schizophrenia diagnosis in the context of intimate relationships*. Psychiatr. Q. 2013; 84(1): 93–102. Doi: 10.1007/s11126-012-9230-6.
17. Snyder DK, Whisman MA. *Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: Directions for clinical training and practice*. J. Marital. Fam. Ther. 2004; 30(1): 1–12. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01218.x.
18. Rowlands P. *Schizophrenia and sexuality*. Sex. Marital Ther. 1995; 10(1): 47–61.
19. Fortier P, Trudel G, Mottard JP, Piché L. *The influence of schizophrenia and standard or atypical neuroleptics on sexual and sociosexual functioning: A review*. Sex. Disabil. 2000; 18(2): 85–104. Doi: <https://doi.org/10.1023/A:1005510812695>.

20. Raboch J. *The sexual development and life of female schizophrenic patients*. J. Arch. Sex. Behav. 1984; 13(4): 341–349.
21. Keefe RS, Mohs RC, Losonczy MF, Davidson M, Silverman JM, Horvath TB i wsp. *Premorbid sociosexual functioning and long-term outcome in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 1989; 146(2): 206–211.
22. Joseph J, Kremen WS, Franz CE, Glatt SJ, Leemput van de J, Chandler SD i wsp. *Predictors of current functioning and functional decline in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2017; 188: 158–164. Doi: 10.1016/j.schres.2017.01.038.
23. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. *Marital and labor market status in the long run in schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61(1): 28–33.
24. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. *The facts about sexual (Dys)function in schizophrenia: An overview of clinically relevant findings*. Schizophr. Bull. 2015; 41(3): 674–686. Doi: 10.1093/schbul/sbv001.
25. Kelly DL, Conley RR. *Sexuality and schizophrenia: A review*. Schizophr. Bull. 2004; 30(4): 767–779.
26. Lyketsos GC, Sakka P, Mailis A. *The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A preliminary study*. Br. J. Psychiatry 1983; 143: 376–382.
27. Young SL, Ensing DS. *Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities*. Psychiatr. Rehabil. J. 1999; 22(3): 219–232.
28. McGlashan TH, Bardenstein KK. *Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders*. Schizophr. Bull. 1990; 16(2): 319–329.
29. Test MA, Senn Burke S, Wallisch LS. *Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care*. Schizophr. Bull. 1990; 16(2): 331–344.
30. Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J i wsp. *Gender differences in schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 1995; 183(8): 522–528.
31. Salokangas RK, Stengård E. *Gender and short-term outcome in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1990; 3(5–6): 333–345.
32. Walker E, Bettes BA, Kain E, Harvey P. *Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients*. J. Abnorm. Psychol. 1985; 94(1): 42–50.
33. Salokangas RKR, Honkonen T, Stengård E, Koivisto AM. *To be or not to be married—that is the question of quality of life in men with schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36(8): 381–390.
34. Salokangas RK. *Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow-up study*. Acta Psychiatr. Scand. 1997; 96(6): 459–468.
35. Aggarwal S, Grover S, Chakrabarti S. *A comparative study evaluating the marital and sexual functioning in patients with schizophrenia and depressive disorders*. Asian J. Psychiatr. 2019; 39: 128–134. Doi: 10.1016/j.ajp.2018.12.021.
36. Beach SRH, Winters KC, Weintraub S. *Marital dissolution and distress in a psychiatric population: A longitudinal design*. Behav. Interv. 1986; 1(4): 217–229.
37. Thara R, Srinivasan TN. *Outcome of marriage in schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997; 32(7): 416–420.
38. Uznańska K, Czabała JC. *Cechy osobowości a związki małżeńskie osób chorych na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(3): 409–419.
39. Yechieli H. *A group psycho-educational intervention model for partners coping with a psychiatric disability*. Hevra Ve'Revacha. 2004; 24(1): 79–100.

40. Doron H, Sharabi-Nov A, Trablus M, Amory V, Benbenishty Y, Skuza Y i wsp. *Couple relationships in persons with schizophrenia: Intimacy, passion, and commitment*. Am. J. Health Sci. 2014; 5(2): 155–164.
41. Żmuda D, Orzeł-Górniak M, Urbańska A, Olajosy M, Makara-Studzińska M. *Jakość relacji małżeńskiej pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych u obojga partnerów – opis przypadku*. Curr. Probl. Psychiatry 2014; 15(3): 129–134.
42. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MN, Fonseca JO. *Factors associated with low quality of life in schizophrenia*. Cad. Saude Publica 2005; 21(5): 1338–1340.
43. Caron J, Lecomte Y, Stip E, Renaud S. *Predictors of quality of life in schizophrenia*. Community Ment. Health J. 2005; 41(4): 399–417. Doi: 10.1007/s10597-005-5077-8.
44. Nyer M, Kasckow J, Fellows I, Lawrence EC, Goishan S, Solorzano E i wsp. *The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms*. Ann. Clin. Psychiatry 2010; 22(3): 172–179.
45. Thomsen AF, Olsbjerg M, Andersen PK, Kessing LV. *Cohabitation patterns among patients with severe psychiatric disorders in the entire Danish population*. Psychol. Med. 2013; 43(5): 1013–1021. Doi: 10.1017/S003329171200181X.
46. Yu MY, Shim W. *Couples with schizophrenia “becoming like others” in South Korea: Marriage as part of a recovery process*. Fam. Process. 2009; 48(3): 429–440. Doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01293.x.
47. Shanks J, Atkins P. *Psychiatric patients who marry each other*. Psychol. Med. 1985; 15(2): 377–382.
48. Quinn C, Happell B, Browne G. *Talking or avoiding? Mental health nurses’ views about discussing sexual health with consumers*. Int. J. Ment. Health Nurs. 2011; 20(1): 21–28.
49. Wright ER, Wright DE, Perry BL, Foote-Ardah CE. *Stigma and the sexual isolation of people with serious mental illness*. Soc. Probl. 2007; 54(1): 78–98.
50. Mandarelli G, Zangaro S, Raja M, Azzoni A, Tatarelli R, Ferracuti S. *Competence to consent to sexual activity in bipolar disorder and schizophrenic spectrum disorders*. Arch. Sex. Behav. 2012; 41(2): 507–515.
51. Östman M, Björkman AC. *Schizophrenia and relationships: The effect of mental illness on sexuality*. Clin. Schizophr. Relat. Psychoses 2013; 7(1): 20–24. Doi: 10.3371/CSRP.OSBJ.012513.
52. Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. *The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol 1996; 31(3–4): 109–113. Doi: 10.1007/BF00785756.
53. McCann E. *The expression of sexuality in people with psychosis: Breaking the taboos*. J. Adv. Nurs. 2000; 32(1): 132–138. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x.
54. Higgins A, Barker P, Begley CM. *Clients with mental health problems who sexualize the nurse-client encounter: The nursing discourse*. J. Adv. Nurs. 2009; 65(3): 616–624. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04899.x.
55. Sauerheber JD, Nims D, Carter DJ. *Counseling Muslim couples from a Bowen family systems perspective*. Fam. J. Alex Va. 2014; 22(2): 231–239. Doi: 10.1177/1066480713514937.
56. Crowe M. *Couples and mental illness*. Sex. Relation. Ther. 2004; 19(3): 309–318. Doi: 10.1080/14681990410001715436.
57. Cook J. *Sexuality and people with psychiatric disabilities*. Sex Disabil. 2000; 18(3): 195–206.

58. Kennedy SC, Gordon K. *Effects of integrated play therapy on relationship satisfaction and intimacy within couples counseling: A clinical case study*. Fam. J. Alex Va. 2017; 25(4): 313–321. Doi:10.1177/1066480717732169.
59. Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I. *Subjective experiences of husbands of spouses with schizophrenia: An analysis of the husbands' descriptions of their experiences*. Arch. Psychiatr. Nurs. 2011; 25(5): 366–375. Doi: 10.1016/j.apnu.2011.03.001.
60. Bellack AS, Muesser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*, 2nd edition. New York: The Guilford Press; 2004.
61. Greer AL, Goldberg J, Weerasekera P. *Prenatal planning for people with schizophrenia: Integrating individual and couple-level interventions*. Psychiatr. Rehabil. Ski. 1997; 2(1): 37–48. Doi: 10.1080/10973435.1997.10387550.
62. Seeman MV. *Substitute consent in women with psychosis*. J. Psychiatr. Pract. 2014; 20(6): 491–497. Doi: 10.1097/01.pra.0000456600.96857.cb.
63. Checton MG, Magsamen-Conrad K, Venetis MK, Greene K. *A dyadic approach: Applying a developmental-conceptual model to couples coping with chronic illness*. Health Educ. Behav. 2015; 42(2): 257–267. Doi:10.1177/1090198114557121.
64. Sanden van der RLM, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G, Bos AER. *Coping with stigma by association and family burden among family members of people with mental illness*. J. Nerv. Ment. Dis. 2014; 202(10): 710–717. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000189.
65. Schmidt CD, Gelhert NC. *Couples therapy and empathy: An evaluation of the impact of Imago therapy on partner empathy levels*. Fam. J. Alex Va. 2017; 25(1): 23–30. Doi: 10.1177/1066480716678621.
66. Sprenkle DH. *Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issue*. Fam. J. Alex Va. 2012; 38(1): 101–121. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00271.x

Adres: Michał Lew-Starowicz
Klinika Psychiatrii
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 99/103
e-mail: michal.lew-starowicz@cmkp.edu.pl

Otrzymano: 23.05.2020
Zrecenzowano: 6.12.2020
Otrzymano po poprawie: 21.02.2021
Przyjęto do druku: 10.06.2021