

Klasyfikacja, etiologia oraz prawidłowe diagnozowanie zaburzeń seksualnych u kobiet – ZSK (FSD – Female Sexual Disorders). Czynniki biologiczne, psychoseksualne oraz kontekstualne

Marta Rawińska, Anna Czyżkowska, Zbigniew Lew-Starowicz

Katedra Psychoterapii i Terapii Seksualnej, Wydział Psychologii, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

Rawińska M, Czyżkowska A, Lew-Starowicz Z. Klasyfikacja, etiologia oraz prawidłowe diagnozowanie zaburzeń seksualnych u kobiet – ZSK (FSD – Female Sexual Disorders). Czynniki biologiczne, psychoseksualne oraz kontekstualne. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 334-339.

Streszczenie

Kobięca seksualność jest bardzo złożona. Kobięce dysfunkcje seksualne stanowią problem wielowymiarowy, łączący elementy biologiczne, psychologiczne i interpersonalne o wielorakiej etiologii. Rodzaje kobiecych trudności seksualnych obejmują: zaburzenia pobudzenia seksualnego, zaburzenia orgazmu, zaburzenia związane z odczuwanym bólem (dyspareunia) oraz zespół obniżonego popędu płciowego (hipolibidemia). Rozpowszechnienie tych dysfunkcji w Europie jest wysokie. Blisko 27% kobiet w wieku 40-80 lat doświadcza braku zainteresowania sferą seksualną, 29% uskarża się na zespół obniżonego popędu płciowego, 22% ma zaburzenia pożądania, 19% zaburzenia orgazmu, a 14% odczuwa ból w trakcie trwania stosunku lub przy próbie immisio. W niniejszej pracy opisany został paradygmat ułatwiający diagnozowanie i leczenie zaburzeń seksualnych u kobiet (ZSK) w praktyce ogólnolekarskiej. Opisano najistotniejsze elementy przyczyniające się do wystąpienia ZSK, czynniki bezpośrednio wywołujące i rozwijające ZSK oraz czynniki podtrzymujące i utrwalające ZSK, które mogą jednocześnie utrudniać proces leczenia.

Słowa kluczowe

zaburzenia seksualne kobiet, klasyfikacja, etiologia, diagnoza, relacja pacjentka – klinicysta

WPROWADZENIE

Seksualność kobiet zmienia się wraz z cyklem życia i jest zależna od czynników biologicznych (rozrodczych), osobistych doświadczeń, aktualnej sytuacji i zmiennych specyficznych dla relacji z partnerem/partnerką [1, 2, 3, 4, 5]. Problemy seksualne są w znacznym stopniu zależne od wieku i dość powszechne, np. w Stanach Zjednoczonych dotyczą aż 43% kobiet [6, 7, 8, 9, 10]. Dla porównania, wśród Polek zgłaszających trudności w życiu erotycznym do najczęściej wymienianych należą: zmniejszenie potrzeb seksualnych – 30% oraz rzadkie osiągnięcie orgazmu – 21% [11]. Co ważne, większość kobiet swoje trudności natury seksualnej uznaje za silnie stresujące [9, 12]. Na zdrowie seksualne kobiety składają się trzy podstawowe wymiary – ocena siebie w roli partnerki seksualnej, funkcjonowanie seksualne (zwłaszcza pod względem zdrowia psychoseksualnego) oraz postrzeganie związku partnerskiego jako satysfakcjonującego bądź nie [1, 2, 3]. Specyfika związku partnerskiego obejmuje zarówno aspekt trwałości relacji (związek długoterminowy lub krótkoterminowy), jak i jej jakość (zgodna lub konfliktowa). Aspekt relacji wydaje się być szczególnie istotny w przypadku par w związkach długoterminowych. Kiedy dochodzi do konfliktów, które często są wynikiem nieumiejętnej komunikacji, partnerzy zamiast starać się postrzegać konflikt jako trudność do rozwiązania, zaczynają się wzajemnie obwiniać, co może powodować „szukanie winnego”, gdy para doświadcza trudności natury seksualnej. Problemy z porozumiewaniem się prowadzą do frustracji, rozczarowań i napięć, które towarzyszą wielu

związkom. Liczne nieporozumienia, wywołują uczucie złości i nadwyrężają podstawy związku, a tym samym przyczyniają się do spadku zadowolenia z życia intymnego.

Zaburzenia seksualne kobiet (ZSK) można opisać na kontinuum: od dysatisfakcji (fizjologiczne zmiany wraz z emocjonalną frustracją) przez dysfunkcje (patologiczne reakcje zarówno fizyczne, jak i afektywne) po zaburzenia seksualne (fizyczna patologia i dysfunkcyjność narządów seksualnych oraz zaburzenia psychiczne) [5]. Najczęstszym rozpoznaniem towarzyszącym zaburzeniom seksualnym o etiologii somatycznej są zmiany w obrębie dna miednicy [13]. ZSK nie powinny być diagnozowane jako choroba *per se* i leczone wyłącznie metodami farmakologicznymi. Niski poziom satysfakcji i jakości życia seksualnego kobiety może być ściśle związany z osobą partnera. Seksualne dysfunkcje mogą pojawić się w odpowiedzi na przemoc w związku, w którym pozostaje kobieta. Wprawdzie jakość życia seksualnego kobiet obniża się z wiekiem, wraz z pojawieniem się menopauzy, jednakże w porównaniu do mężczyzn, kobiety mniejszą wagę przywiązują do swojej seksualności, nie odczuwają tak silnego stresu w związku ze spadkiem wydolności seksualnej. Dlatego też leczenie może być bardziej efektywne [14].

Spójeczno-kulturowe czynniki mogą również zmienić percepcję i rozumienie zaburzeń seksualnych. Poczucie bliskości jest ściśle związane z odpowiedzią seksualną na poziomie fizjologicznym i jakością satysfakcji, którą kobieta odczuwa [15, 16, 17, 18]. Uczucie wobec partnera wpływa na jakość związku; zarówno długość relacji, jak funkcjonowanie seksualne obydwojga partnerów [19].

Problemy seksualne często występują łącznie z innymi trudnościami doświadczanymi aktualnie przez kobietę [4, 5]. Współwystępowanie zaburzeń seksualnych i chorób somatycznych jest pierwszym krokiem w prawidłowej diagnostyce

tych pierwszych. Do najczęściej wymienianych chorób towarzyszących zaburzeniom seksualnym należą choroby ginekologiczne, proktologiczne, metaboliczne, kardiologiczne i naczyniowe oraz układu nerwowego [2, 3, 20]. W jednym z badań porównano częstotliwość zaburzeń seksualnych z rozpoznanymi chorobami układu moczowego. Okazuje się, że choroby układu moczowego znacząco częściej sprzyjają rozwijaniu się zaburzeń podniecenia (cztery razy częściej) oraz zaburzeń bólowych (siedem razy częściej) w porównaniu do grupy kobiet zdrowych [6]. Dlatego tak ważna jest diagnostyka układu moczowo-płciowego i proktologicznego.

Czynniki psychologiczne wpływające na rozwój zaburzeń seksualnych są w znacznym stopniu zależne od indywidualnych cech i doświadczeń, np. doznanej traumy seksualnej, zdiagnozowanych zaburzeń odżywiania lub zaburzeń osobowości. Niektóre badania wskazują na dość częste rozpoznanie osobowości histrionicznej wśród pacjentek zgłaszających problemy seksualne [21, 22, 23, 24, 25]. Być może cechy specyficzne dla kryterium rozpoznania tego typu osobowości sprzyjają rozwijaniu się trudności natury seksualnej, jednakże wnioskowanie na ten temat nie może być jednoznaczne. Ponad 70% pacjentek z rozpoznaniem depresji deklaruje spadek popędu seksualnego [26]. Równie częstymi rozpoznaniami w dysfunkcjach seksualnych są zaburzenia lękowe – 30% i depresja – 21% [27]. Ponieważ u kobiet czynniki psychologiczne są w znacznym stopniu powiązane z życiem seksualnym, prawidłowa diagnostyka psychiatryczna ma kolosalne znaczenie w leczeniu tej grupy zaburzeń.

KLASYFIKACJA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH KOBIEC (ZSK)

W ostatnich latach klasyfikacja ZSK (FSD-Female Sexual Disorders) przechodzi różne modyfikacje, których odzwierciedleniem jest kompleksowe rozumienie etiologii tych zaburzeń. Efektem zmian i istotności czynników psychologicznych i relacyjnych jest klasyfikacja zaproponowana przez Basson i współpracowników [28] – Tabela 1. Podział ten uwzględnia rozpoznanie klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-IV.

ASPEKTY KLINICZNE LECZENIA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

Dla kompleksowego zrozumienia natury zaburzeń seksualnych ważne jest branie pod uwagę tzw. czynników opisowych, zdefiniowanych podczas dwóch międzynarodowych konferencji poświęconych diagnostyce i leczeniu zaburzeń seksualnych [4, 28]. Należą do nich:

I Etiologia zaburzenia, czynniki predyspozycyjne, wywołujące i podtrzymujące (Tab. 2, Tab. 3, Tab. 4). Każda z kategorii bierze pod uwagę czynniki biologiczne, psychoseksualne i kontekstualne [19].

- 1) Czynniki biologiczne obejmują zmiany hormonalne, zaburzenia dna miednicy, choroby układu kardiologicznego, warunki neurologiczne (zwłaszcza ośrodki odpowiedzialne za odczuwanie bólu), zmiany metaboliczne (cukrzyca, tarczyca itp.), zaburzenia afektywne i lęk. Wszystkie właściwości natury somatycznej, które mogą pośrednio lub bezpośrednio wpływać na seksualność, jak również farmakoterapia, leczenie chirurgiczne, radiologiczne powinny być brane pod uwagę w diagnozie. Spadek

Tabela 1. Podział zaburzeń seksualnych u kobiet zaproponowany przez Basson i wsp., [28]

| |
|--|
| <i>Zaburzenia pożądania u kobiet</i> Brak lub zmniejszone zainteresowanie seksem (lub pożądania). Brak myśli i fantazji o treści seksualnej. Brak pragnie nie wyklucza pobudzenia. Upośledzenie w zakresie utraty potrzeb seksualnych przypisuje się często zmianom w cyklu życia – menopauzalny okres oraz w związku z długotrwałą relacją z partnerem – osłabienie zainteresowania partnerem. |
| <i>Awersja seksualna</i> Silny lęk towarzyszący perspektywie kontaktu seksualnego. |
| <i>Brak radosnego przeżywania – anhedonia</i> Zmniejszone do minimum (w terapii poznawczo-behawioralnej pacjentka określa na skali) lub brak adekwatnej przyjemności w przeżyciach pacjentki Zachowana jest lubrykacja oraz inne reakcje seksualne |
| <i>Brak reakcji genitalnej</i> Skargi pacjentek obejmują zwłaszcza: minimalne ukrwienie w obrębie sromu, suchość pochwy, zmniejszona wrażliwość na pieczytę genitaliów. Wybiórcze skargi wyłącznie na suchość pochwy są częstsze u kobiet w czasie menopauzy. Zachowane jest subiektywne odczucie podniecenia w trakcie pieczyt w okolicach innych niż genitalne. |
| <i>Brak reakcji genitalnej wraz z zaburzeniem podniecenia</i> Brak lub skrajnie niski poziom pobudzenia przy zachowanej odczuwanej przyjemności ze stymulacji seksualnej, ale jednocześnie brak seksualnej reakcji genitalnej (powiększenie sromu, lubrykacja). |
| <i>Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego</i> Spontaniczne, natrętne i niechciane pobudzenie genitalne (mrowienie, wibracje, pulsowanie). Pobudzenie to jest niezwiązane z subiektywnym odczuciem seksualnego zainteresowania i pożądania, może się pojawiać samoistnie bądź być wywołane przez bodźce seksualne, jak i nieseksualne. Napięcie seksualne nie jest rozładowywane przeżywanymi orgazmem/orgazmami. Świadomość subiektywnego podniecenia jest typowa, ale nie zawsze nieprzyjemna i może utrzymywać się przez długi okres (godzinami, dniami, miesiącami). |
| <i>Zaburzenia orgazmu</i> Pomimo subiektywnie odczuwanego silnego podniecenia/pobudzenia, orgazm albo nie występuje albo jego intensywność jest minimalna lub jest znacznie opóźniony. |
| <i>Dyspareunia</i> Ból w czasie stosunku lub próby penetracji pochwy. Obejmuje dyspareunię nieorganiczną. Może być spowodowana miejscowym stanem patologicznym lub czynnikami psychologicznymi (ważną rolę odgrywają czynniki emocjonalne). |
| <i>Pochwica</i> Skurcz mięśni otaczających pochwę powodujący zamknięcie wejścia do pochwy. Pojawia się często jako foniczna reakcja unikania i antycypacja lęku, bólu wraz z mimowolnym skurczem mięśni. Nieprawidłowości w budowie oraz inne fizyczne powinny zostać wykluczone jeśli bierze się pod uwagę to rozpoznanie. |

liczby hormonów płciowych, jako naturalna konsekwencja jatrogennej menopauzy, jest jedną z przyczyn ZSK.

- 2) Psychoseksualne czynniki odnoszą się do emocjonalno-afektywnych procesów takich jak: negatywne doświadczenia okresu dorastania, utrata osób bliskich, traumatyczne wydarzenia życiowe (fizyczne, seksualne, emocjonalne) [29, 30], negatywny obraz własnego ciała, zaburzenia odżywiania wpływające na samoocenę i pewność siebie oraz styl przywiązania (więź lękowa lub unikająca). Czynniki te mogą bezpośrednio wpływać na zaufanie w związku, stopień zaangażowania w relację, pewność uczuć wobec partnera oraz postawę wobec intymności i namiętności w związku.
- 3) Czynniki kontekstualne dotyczą przeszłości i aktualnych znaczących związków w życiu kobiety, a także restrykcji kulturowych i religijnych, obecne przeżywanymi trudnościami interpersonalnymi, zdrowia somatycznego partnera i jego ewentualnych dysfunkcji lub trudności w sferze seksualnej, niewłaściwej stymulacji erotycznej oraz innych kwestii dotyczących sfery emocjonalnej i erotycznej [31].

Tabela 2. Czynniki sprzyjające rozwojowi seksualnych dysfunkcji u kobiet [19]*Biologiczne*

- Zaburzenia endokryne (hypoandrogenizm, hypoestrogenizm, hyperprolaktemia, zaburzona praca nadnerczy, choroby tarczycy, cukrzyca)
- Przewlekła kandydoza sromu i/lub zapalenie pęcherza moczowego
- Zapalenie dna miednicy: pierwotne lub nabyte
- Długotrwałe przyjmowanie hormonów płciowych, leków sterydowych lub innych farmaceutyków wpływających na poziomy neurotransmiterów
- Choroby przewlekłe (m. in. kardiologiczne, neurologiczne, psychiatryczne)
- Endometrioza sprzyjająca jatrogennej menopauzie i dyspareunia
- Pozostałe i uporczywie nawracające czynniki np. dyspareunia/przewlekły ból związany z endometriozą

Psychoseksualne

- Nieadekwatny/opóźniony rozwój psychoseksualny
- Zaburzenia osobowości typu borderline
- Negatywne doświadczenia seksualne: przemoc, wykorzystanie
- Negatywny obraz własnego ciała lub zbytne przywiązywanie wagi do wyglądu zewnętrznego
- Zaburzenia afektywne (dystymia, depresja, mania) i zaburzenia lękowe
- Nieefektywne strategie radzenia sobie z trudnościami
- Brak prawidłowej wiedzy/edukacji seksualnej

Kontekstualne

- Etniczne/religijne/kulturowe przekonania, oczekiwania i ograniczenia dotyczące seksualności
- Ambiwalencja względem aktywności seksualnej gdy nie jest się w trwałym związku
- Negatywne przekonania odnośnie kobiecych metod antykoncepcji
- Niski status społeczno-ekonomiczny
- Słabszy dostęp do fachowej pomocy medycznej i psychologicznej
- Brak sieci wsparcia

Tabela 3. Czynniki bezpośrednie, wywołujące rozwój seksualnych zaburzeń u kobiet [19]*Biologiczne*

- Negatywne zdarzenia dotyczące płodności (niechciane ciążę, aborcja, traumatyczny poród z uszkodzeniem dna miednicy, problemy z opieką nad noworodkiem, bezpłodność)
- Depresja poporodowa
- Zapalenie sromu i pochwy/choroby weneryczne
- Seksualne zaburzenia związane z silnym bólem
- Menopauza przed ukończeniem 40 roku życia (POF: Premature Ovaria Failure)
- Przedwczesna menopauza między 40 a 45 rokiem życia
- Menopauza w następstwie biologicznej lub chirurgicznej interwencji (spadek androgenów, inne towarzyszące zaburzenia i choroby)
- Poważne i przetrwałe symptomy menopauzy mające wpływ na ogólne samopoczucie
- Aktualne schorzenia
- Aktualnie przyjmowane leki
- Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (przeważnie od alkoholu)

Psychoseksualne

- Utrata miłości ze strony partnera lub spadek uczuć wobec partnera
- Nieprzyjemne, poniżające doświadczenie seksualne
- Zaburzenia afektywne i lękowe
- Spadek płodności i poczucia pełnowartościowości jako kobieta

Kontekstualne

- Konfliktowy związek
- Stresory obecne w cyklu życia (np. choroby dzieci, rozwód, separacja, niewierność partnera itp.)
- Strata lub śmierć członka rodziny lub bliskiego przyjaciela
- Brak dostępu do opieki medycznej i pomocy psychologicznej
- Trudności finansowe

II Zaburzenie jest zgeneralizowane – z każdym partnerem, w każdej sytuacji lub sytuacyjne – związane z osobą partnera lub czynnikami kontekstualnymi, co powinno zostać sprecyzowane [4, 5]. Zaburzenie, które ujawnia się sytuacyjnie z reguły wyklucza somatyczne przyczyny takiego stanu rzeczy (odwrotnie jeśli chodzi o zaburzenie zgeneralizowane).

Tabela 4. Czynniki podtrzymujące i utrwalające zaburzenia seksualne u kobiet (mogące stanowić utrudnienie w procesie terapii) [19]*Biologiczne*

- Błędy diagnostyczne, w tym pominięcie istotnych czynników predyspozycji do powstania ZSK
- Nie leczone lub nieprawidłowo leczone zaburzenia współwystępujące:
 - Fizyczne: zmiany w obrębie dna miednicy
 - Urologiczne: nietrzymanie moczu, wielomoc, obniżenie pęcherza moczowego, szyjki macicy lub odbytnicy
 - Proktologiczne: zaparcia, pęknięcia, hemoroidy
 - Metaboliczne: cukrzyca
 - Psychiatryczne: depresja, zaburzenia lękowe (fobie, zespół lęku uogólnionego, napady paniki)
- Niewłaściwe leczenie farmakologiczne
- Uzależnienia
- Zmiany ogólnoustrojowe związane z chorobami przewlekłymi lub menopauzą:
 - Hormonalne
 - Naczyniowe
 - Muskularne
 - Neurologiczne
 - Immunologiczne
- Przeciwwskazania do terapii hormonalnej (zwłaszcza w okresie menopauzy)

Psychoseksualne

- Obniżona lub utrata pewności siebie jako atrakcyjnej seksualnie kobiety
- Lęk
- Stres (osobisty, emocjonalny, związany ze związkiem, seksualny)
- Obniżone zainteresowanie partnerem, jako obiektem pożądania
- Spadek zaangażowania w związek (spadek siły uczucia)
- Zaburzenia afektywne (depresja i/lub lęk)
- Negatywny stosunek do okresu przekwitania i związanych z nim zmian
- Niezadowolony z siebie: negatywny obraz ciała np. kształtu ciała, wagi, zmarszczek, obniżenie sprawności fizycznej

Kontekstualne

- Nieprawidłowa diagnostyka: omijanie tematu ZSK przez lekarzy i innych specjalistów w rozmowie z pacjentką
- Brak dostępu do opieki medycznej i psychologicznej
- Problemy zdrowotne partnera: ogólne, seksualne lub psychologiczne
- Trwający konflikt z partnerem lub innymi ważnymi członkami rodziny
- Czynniki środowiskowe (brak prywatności, brak czasu)

III Zaburzenie trwa „od zawsze” (od pierwszego doświadczenia seksualnego) lub jest nabyte w trakcie miesiący lub lat trwania związku. Dopytanie o to, co zdaniem pacjentki powoduje aktualnie przeżywane trudności, oferuje diagnoście wgląd w etiologię zaburzenia, zwłaszcza, jeśli jest ono nabyte.

IV Poziom stresu, który może mieć słaby, umiarkowany lub poważny wpływ na ZSK. Należy odróżnić stres o charakterze seksualnym bądź niezwiązanym ze sferą seksualną od depresji. Stopień, w jakim kobieta jest zestresowana, może mieć znaczenie dla motywacji w procesie leczenia oraz stanowić predyktor powodzenia lub porażki w terapii.

BADANIE

Bardzo ważnym elementem diagnozy ZSK jest prawidłowe badanie lekarskie. Prawidłowa ewaluacja potencjalnych somatycznych przyczyn obejmuje: endokrynologię, zmiany naczyniowe, metaboliczne, neurologiczne, neuroimmunologiczne oraz czynniki jatrogenne. Prawidłowa diagnoza ZSK pozwala uniknąć zarówno zaniedbań natury medycznej, jak i zapobiegać dalszemu pogłębieniu się dysfunkcji [31, 32, 33]. Właściwa diagnoza oraz proces leczenia wymagają współpracy specjalistów zajmujących się różnymi aspektami funkcjonowania człowieka. Idealnym zespołem wydaje się być grupa ekspertów, w której pracują: lekarz-seksuolog, ginekolog, urolog, psychiatra, endokrynolog, psycholog,

anestezjolog, neurolog, proktolog, dermatolog, psychoterapeuta (pracujący z parą lub dwóch pracujących z partnerami indywidualnie), psycholog-seksuolog i fizjoterapeuta. Oczywiście nie zawsze wskazani specjaliści są potrzebni, ale dostęp do nich oraz możliwość konsultacji jest kluczową kwestią w leczeniu ZSK. Kluczowe kryteria związane z prawidłowym diagnozowaniem oraz elementy, na które należy zwrócić szczególną uwagę w badaniu przedstawia Tabela 1.

ETYCZNE ASPEKTY LECZENIA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

Zainteresowanie życiem intymnym, własną seksualnością oraz możliwością uprawiania seksu jest naturalną potrzebą człowieka bez względu na wiek, stopień sprawności fizycznej czy dobrostan psychiczny. Niewłaściwe założenia dotyczące braku zainteresowania seksem lub braku trudności w tej sferze w odniesieniu do pacjentów, którzy zgłaszają się po pomoc z zupełnie innymi dolegliwościami niż seksualne mogą prowadzić do błędnych diagnoz. Brak możliwości szczerej, autentycznej, wspierającej i konstruktywnej rozmowy skutkuje pogłębianiem problemu, może prowadzić do niewłaściwej diagnozy, a tym samym do nieefektywnego procesu leczenia.

Podstawowa wiedza z zakresu seksualności, ukierunkowana edukacja i praktyka dają lekarzowi bądź innemu klinicyście wzrost poczucia pewności w zmaganiu się z zaburzeniami seksualnymi [4]. Pozytywne, proaktywne i empatyczne podejście do życia seksualnego pacjenta buduje zaufanie i akceptację problemu z jego strony. Wymaga to autentycznej samoświadomości klinicysty co do jego własnego stosunku do seksualności człowieka, np. orientacji seksualnych, różnych aspektów życia intymnego, zaburzeń, dewiacji, chorób wenerycznych itd. Brak wiedzy lub trudność klinicysty w mówieniu o seksie mogą skutkować unikaniem pytań o tę sferę życia. Często zdarza się, że klinicysta, który nie czuje się pewnie lub nie ma dostatecznie dużej wiedzy, nie zadaje pytań, pomija niektóre tematy.

Osoby pracujące w służbie zdrowia powinny być wyczułone na projektowanie własnych wartości i postaw na pacjentów, zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie (gestami, westchnieniami, mimiką, postawą ciała itd.). Zachowując neutralność, dbają o komfort pacjenta, powodują u niego wzrost poczucia akceptacji i wprowadzają nowe, należące do pacjenta przekonania i postawy [15, 34]. Sposób zadawania pytań ma znaczenie. Zamiast: „Czy masturbowała się Pani kiedyś?” można zadać pytanie „Co sądzi Pani na temat masturbacji?”. Jest to pytanie otwarte, dające więcej swobody osobie pytanej. Pacjentka może zarówno wyrazić swoje zdanie na temat masturbacji, jak i odnieść je do siebie. Tym samym diagnosta ma szansę dowiedzieć się nie tylko, czy pacjentka ma doświadczenia masturbacyjne, ale także jaki jest jej stosunek do samej masturbacji. Inny przykład, zamiast: „Czy kiedykolwiek była Pani molestowana seksualnie?”, lepiej „Czy kiedykolwiek doświadczyła Pani jakiegos niechcianego zachowania o charakterze seksualnym?”.

Należy pamiętać, że tematyka seksualności wymaga uważności, poufności, a także respektowania praw pacjenta. Pytania dotyczące życia intymnego są ważnym elementem w diagnostyce i leczeniu. Ważne jest także, iż w większości sytuacji nie stanowią głównego tematu rozmowy z pacjentem. Zbyt wiele pytań odnoszących się do bardzo intymnych

szczegółów życia może spowodować, że pacjent poczuje się zawstydzony i obnażony. Dlatego o życie erotyczne należy pytać delikatnie i stosownie do sytuacji, dbając o granice pacjenta oraz uwzględniając specjalizację lekarza. Istotne elementy rozmowy podsumowuje Tabela 5 [15].

Informacja dotycząca jakości życia seksualnego jest niezbędna zanim podjęte zostaną jakiegokolwiek interwencje medyczne lub chirurgiczne, zwłaszcza jeśli mamy do czynienia z chorobami przewlekłymi. Skutkuje to dwiema podstawowymi konsekwencjami – daje pacjentowi informację, że klinicysta jest zainteresowany innymi aspektami życia pacjenta (nie tylko tymi, które leczy obecnie), ale także stosuje prewencję w odniesieniu do innych możliwych zaburzeń w przyszłości. Ponadto daje poczucie bezpieczeństwa i pewności, zarówno klinicyście, jak i pacjentowi, że wszystkie możliwe przyczyny zaburzenia są zbadane. Jest to istotny element zwłaszcza w przypadku ewentualnej interwencji chirurgicznej.

Tabela 5. Rozmowa z pacjentką o kwestiach związanych z życiem seksualnym [15]

| |
|---|
| Bądź empatyczny, bez względu na to jak bardzo natarczywa/napastliwa/wzbudzona jest pacjentka |
| Używaj prostego języka, zrozumiałej terminologii |
| Bądź uważny na moment w którym możesz zadać pytanie odnoszące się do tego, co wzbudza w pacjentce najsilniejsze emocje |
| Bądź uważny na niewerbalne wygnały świadczące o dyskomforcie lub zawstydzeniu pacjentki |
| Bądź uważny na słowa, które same w sobie wywołują silną reakcję emocjonalną np. gwałt, aborcja |
| Jeśli nie masz pewności co do orientacji seksualnej pacjentki, staraj się używać słów, dając możliwość wyboru np. „Czy rozmawiała Pani ze swoim partnerem lub partnerką?” |
| Wyjaśniaj i uzasadniaj swoje pytania |
| W czasie badania lekarskiego ucz, pokazuj, dbaj o poczucie bezpieczeństwa |
| Jasno wytłumacz w jaki sposób rozluźnić mięśnie dna miednicy przez badaniem: urologicznym, ginekologicznym, proktologicznym |
| Staraj się pomóc na tyle na ile pozwalają ci twoje kwalifikacje i na ile czujesz się komfortowo: zasugeruj wizytę u specjalisty, jeśli uznasz to za konieczne |

OPTIMALIZACJA LECZENIA

Czynniki biologiczne, psychoseksualne i związane z relacją w związku mogą być w różnym stopniu istotne dla poszczególnych pacjentek, zależnie od indywidualnych doświadczeń. Leczenie zaburzeń seksualnych wymaga zatem wielodyscyplinarnego podejścia, biorącego pod uwagę etiologię oraz inne schorzenia współwystępujące – zarówno w sferze psychicznej, jak i medycznej [15, 33]. Symptomy zaburzeń seksualnych wraz z rozpoznaniem powinny być diagnozowane i określane przez wykwalifikowanych specjalistów z różnych dziedzin (Tab. 6).

W przypadku pary może być tak, że jeden z partnerów jest tzw. „nositelą objawu”, czyli ujawnia problemy natury seksualnej w odpowiedzi na to, co dzieje się w relacji. Może też być tak, że w odpowiedzi na trudności, z którymi boryka się partner/partnerka, sam/a rozwija podobne. Dość częstym przypadkiem podczas zbierania wywiadu z pacjentkami okazują się problemy seksualne ich partnerów: hipolibidemia, zaburzenia erekcji i/lub trudności w kontroli momentu ejakulacji oraz inne problemy zdrowotne [1, 4, 7]. Określenie tych potencjalnie istotnych czynników współwystępujących z ZSK stanowi bardzo istotny element właściwego leczenia, zarówno w przypadku terapii indywidualnej, jak

Tabela 6. Specjaliści wymagani przy prawidłowej diagnozie zaburzeń seksualnych u kobiet [15]

| |
|---|
| Doświadczony ginekolog, zajmujący się zaburzeniami seksualnymi: zwłaszcza gdy ZSK wymagają terapii hormonalnej |
| Urolog lub androlog: gdy partner cierpi z powodu zaburzeń erekcji lub ejakulacji |
| Internista lub lekarz rodzinny z doświadczeniem w obrębie trudności natury seksualnej: zarówno u pacjentki jak i u jej partnera |
| Onkolog: w okresie klimakterium włącza się do leczenia hormonalną terapię zastępczą kobietom, które przebyły chorobę nowotworową |
| Psychiatra: zaburzenia lękowe i depresyjne towarzyszące ZSK |
| Certyfikowany seksuolog-terapeuta: możliwość rozmowy, diagnozy psychoseksualnych czynników wpływających na ZSK |
| Psychoterapeuta partnerski/małżeński: gdy kwestie relacji w związku są kluczowe dla ZSK |
| Psychoterapeuta indywidualny: gdy trudności natury osobistej, indywidualnej wpływają na ZSK (doświadczenia, przekonania, postawy) |
| Fizjoterapeuta: zwłaszcza w przypadku hiper- lub hipotonia mięśni |

i partnerskiej. Współpraca wielu specjalistów zajmujących się kwestiami seksualnymi w znaczeniu medycznym oraz psychoseksualnymi wydaje się niezbędna.

WNIOSKI

W przypadku ZSK kompleksowa diagnostyka medyczna wymaga zróżnicowanego podejścia, biorąc pod uwagę w różnym stopniu czynniki natury biologicznej, jak i psychoseksualnej. Jeśli pacjentka sama nie podnosi kwestii trudności seksualnych w trakcie zbieranego wywiadu, lekarz bądź inny specjalista świadczący usługi medyczne powinien rutynowo zapytać (choćby dlatego, że poziom satysfakcji z życia intymnego może znacząco wpływać na samopoczucie i dobrostan psychofizyczny): „Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia intymnego/seksualnego?”, „Czy odczuwa Pani satysfakcję ze swojego życia intymnego/seksualnego?”. Takie pytania stanowią swoistego rodzaju wstęp do ewentualnego rozwinięcia tematu przez pacjentkę. Klinicyści mogą pomóc w mówieniu o trudnościach natury seksualnej, stwarzając atmosferę pełną akceptacji, życzliwego zainteresowania. Dobrym pomysłem jest parafrazowanie słów pacjenta, czyli powtarzanie z upewnieniem się, czy się dobrze zrozumiało komunikat, np. „Jeśli dobrze rozumiem, trudności o których Pani mówi zaczęły się po urodzeniu dziecka?”. Należy pamiętać, że kwestie seksualne są często ujawniane w odniesieniu do relacji partnerskiej. Dla wielu kobiet seks jest motywowany miłością: zwrócenie uwagi na intymność w związku, w którym jest pacjentka stanowi klucz do zrozumienia i leczenia zaburzeń seksualnych u kobiet. Jeśli jest taka możliwość, specjalista powinien brać pod uwagę historię związku, potrzeby i wartości obydwójga partnerów oraz ich preferencje. Właściwe podejście i bezpieczna, oparta na zaufaniu relacja pomiędzy pacjentką a klinicystą wydaje się być integralną częścią całościowego patrzenia na ZSK.

PIŚMIENNICTWO

- Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause* 2004; 11: 766-777.
- Graziottin A, Brotto LA. Vulvar vestibulitis syndrome: a clinical approach. *J Sex Marital Ther.* 2004; 30: 125-139.
- Graziottin A. Libido: the biologic scenario. *Maturitas* 2000; 34(suppl 1): S9-16.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson, D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Seagraves K, Seagraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G,

- Whipple B. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000; 163: 888-893.
- Basson R. Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause* 2004; 11: 714-725.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-544.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract.* 1998; 15: 519-524.
- Osborn M, Hawton K, Gath D. Sexual dysfunction among middle-aged women in the community. *Br Med J. (Clin Res Ed)* 1988; 296(6627): 959-962.
- Bancroft J, Loftus J, Long J. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 193-204.
- Fugl-Meyer A, Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexology* 1999; 2: 79-105.
- Raport Vamea: Seksualność Polek. SMG/KRC; 2005.
- Bancroft J. Biological factors in human sexuality. *J Sex Res* 2002; 39: 15-21.
- Graziottin A, Nicolosi A, Caliani I. Vulvar vestibulitis and dyspareunia: addressing the biological etiologic complexity. Poster presented at the International meeting of the Female Sexual Function Forum, 2001: Boston, MA; 2001.
- Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med.* 2005; 2: 317-330.
- Plaut M, Graziottin A, Heaton J. *Sexual Dysfunction.* Oxford: Health Press; 2004.
- Klausmann D. Sexual motivation and the duration of the relationship. *Arch Sex Behav* 2002; 31: 275-287.
- Kaplan H. *Disorders of Sexual Desire.* New York: Simon & Schuster; 1979.
- Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 279-285.
- Porst H, Buvat J. *Standard Practice in Sexual Medicine.* Oxford: Blackwell Publishing; 2006: 305-314.
- Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ. The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain* 1997; 73: 269-294.
- Pariser SF, Niedermier JA. Sex and the mature woman. *J Wom Health* 1998; 7: 849-859.
- Reiter R. A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol.* 1990; 33: 130-136.
- Ryan ML, Dennerstein L, Pepperell R. Psychological aspects of hysterectomy: a prospective study. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 516-522.
- Walker EA, et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics* 1995; 36: 531-540.
- Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Sollner W. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol.* 2000; 96: 929-933.
- Morgan CD, Wiederman MW, Pryor TL. Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: a follow-up study. *J Sex Marital Ther.* 1995; 21: 67-77.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29: 85-96.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004; 1: 40-48.
- Edwards L, Mason M, Phillips M. Childhood sexual and physical abuse: incidence in patients with vulvodinia. *J Reprod Med.* 1997; 42: 135-139.
- Basson R. Women's desire deficiencies and avoidance. W: Levine SB, Risen CB & Althof SE, red. *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals.* New York: Brunner Routledge; 2003: 111-130.
- Leiblum SR, Rosen RC. *Terapia zaburzeń seksualnych.* Gdańsk: GWP; 2005.
- Graziottin A. Treatment of sexual dysfunction. W: Bo K, Berghmans B, van Kampen M, Morkved S, red. *Evidence Based Physiotherapy for the Pelvic Floor. Bridging Research and Clinical Practice.* Oxford: Elsevier; 2005.
- Komisaruk B, Whipple B. Brain activity imaging during sexual response in women with spinal cord injury. W: Hyde J, red. *Biological Substrates of Human Sexuality.* Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 109-146.
- Gabbard GO, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-patient relationship. *JAMA* 1995; 273: 1445-1449.

Classification, etiology, and accurate diagnosing of Female Sexual Disorders [FSD] – biological, psychosexual and contextual factors

■ Abstract

Female sexuality is a multifaceted phenomena. Female sexual dysfunction (FSD) is a multidimensional problem combining biological, psychological and interpersonal elements of multiple aetiology. Types of FSD include: sexual arousal disorder, orgasmic disorders, pain disorder (dyspareunia) and hypoactive sexual desire disorder (HSDD). Up to 27% of women aged 40-80 years in Europe experience lack of sexual interest, 29% complain of HSDD, 22% of arousal disorder, 19% of orgasmic disorder, and 14% of sexual pain disorder.

Objective: To summarize the main characteristics of female sexuality, and present a comprehensive view of the key factors in sexual health, and diagnosis and treatment of sexual disorders. The most updated classification is presented, with a focus on predisposing factors contributing to female sexual dysfunction, precipitating factors contributing to female sexual disorder, and maintaining factors contributing to female sexual disorder. The degree of reported distress may have implications for the woman's motivation for therapy and for prognosis.

■ Key words

female sexual disorders, classification, etiology, diagnosis, physician-patient relationship