

Mężczyźni kobiet menopauzalnych

Część II. Relacje partnerskie i seksualne

Menopausal women – what are their partners like? Part II. Partners and sexual relations

Grzegorz Jakiel^{1,2}, Anna B. Pilewska-Kozak¹, Celina Łepecka-Klusek¹, Joanna Tkaczuk-Włach¹, Kinga Syty³

¹Katedra i Klinika Rozrodczości i Andrologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. Grzegorz Jakiel

²I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Grzegorz Jakiel

³doktorantka w Katedrze i Klinice Rozrodczości i Andrologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. Grzegorz Jakiel

Przeгляд Menopauzalny 2009; 2: 97-101

Streszczenie

Praca stanowi przegląd piśmiennictwa w zakresie relacji partnerskich/matżeńskich oraz seksualnych partnera kobiety menopauzalnej. Głównym powodem kryzysu więzi matżeńskich w rodzinach kobiet menopauzalnych jest mniejsze zainteresowanie życiem płciowym oraz przeżywanie „kryzysu wieku średniego” przez męża. Nerwowość partnera, drażliwość, zaburzenia pamięci, zmienność nastroju, objawy subdepresji bądź depresji to tylko nieliczne z objawów, które mogą występować u starzejącego się mężczyzny. Może ujawnić się podejrzliwość, zazdrość i lęk przed ewentualnymi młodszymi konkurentami. Największym problemem pary matżeńskiej, którą tworzy kobieta w okresie okołomenopauzalnym i równy jej wiekiem bądź starszy mężczyzna, są trudności związane ze sferą życia intymnego. Zmniejsza się liczba stosunków seksualnych w związku z dysfunkcją mężczyzny lub z powodu niechęci kobiety do współżycia. Wiele starszych heteroseksualnych par zaprzestaje współżycia z powodu zaburzeń erekcji i obniżonego popędu seksualnego. Relacje seksualne mężczyzn mogą być zaburzone przez czynniki kulturowe, religijne i społeczne. Okazuje się, że mężczyźni lepiej sytuowani i o wyższym poziomie wykształcenia wykazują większy popęd seksualny. Terapia farmakologiczna pomaga wielu mężczyznom przezwyciężyć problem dysfunkcji seksualnej. Wówczas kobieta, która z powodu dysfunkcji partnera zaakceptowała abstynencję seksualną, musi podjąć ponownie współżycie, niekiedy przezwyciężając utrudnienia biologiczne. Dowiedziono, że bodźcem do podejmowania współżycia seksualnego w omawianym okresie jest raczej zaangażowanie emocjonalne i otwartość na potrzeby partnera niż jego fizyczna atrakcyjność. Utrzymywanie relacji seksualnych przez osoby w starszym wieku jest naturalną potrzebą obojga partnerów, a zadaniem współczesnej medycyny jest zwalczanie biologicznych barier w realizacji tej potrzeby na tyle szybko, by nie doprowadzić do kryzysu związku.

Słowa kluczowe: starzejący się mężczyzna, relacje partnerskie, relacje seksualne

Summary

A review of partnership and sexual relations between man and his menopausal woman was done. The main cause of difficulties in the bonds of emotions in the perimenopausal woman's family is the lesser interest in sex and the mid-life crisis of her partner. The partner's nervousness, irritability, memory deterioration, moodiness, and symptoms of depression are only some of the symptoms of senescence of man; moreover, sometimes suspiciousness and jealousy about younger men is observed. The main difficulty in the relations between a woman and her older man is the problem of intimate life. Erectile disorders and woman's aversion to sexual activity are frequently observed in this period and result in decreased frequency of sexual intercourses. Cultural, religious and social factors may disturb the sexual relations of men. Higher socioeconomic status is connected with increased sexual drive in men. Pharmacotherapy helps many of them to overcome erectile disorder. Then, the woman who has come to accept abstinence is expected to resume sexual activity, at times overcoming her biological difficulties. In these times the bonds of emotions and openness to one's partner's needs are the stimuli of sexual initiation, rather than his attractiveness. Sexual activity in older age is the natural need of woman and man. Fighting and overcoming the biological barriers concerning sexual life before a marital/relationship crisis occurs should be the aim of modern medicine.

Key words: male aging process, partner relations, sexual relations

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. **Grzegorz Jakiel**, Katedra i Klinika Rozrodczości i Andrologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Probostwo 4, 20-089 Lublin

W pierwszej części rozważań na temat *mężczyzny kobiety menopauzalnej* określono sylwetkę demograficzną partnera życiowego, który towarzyszy kobiecie w okresie klimakterium oraz opisano jego stan endokryny. Wiadomo zatem, że jest on najczęściej nieco starszy. Wielu z tych mężczyzn może przejawiać symptomy zmniejszonego stężenia androgenów, a pozostali zwyczajne objawy procesu starzenia się. Nałożenie się objawów niedomogi hormonalnej u kobiety i mężczyzny może prowadzić do napięć w życiu rodzinnym, często dramatycznie niewłaściwych reakcji z obu stron, które nie zdają sobie sprawy, że u partnera mogą pojawić się trudności w wymiarze biopsychospołecznym, związane z naturalnymi procesami starzenia się organizmu.

Badania Kanadys i wsp. [1], przeprowadzone w 2004 r. wykazały, że co trzecia kobieta w tym okresie zauważa zmianę swojej pozycji w rodzinie, czuje się osamotniona i mniej potrzebna dzieciom. Kaunitz i wsp. [2] są jednak zdania, że głównym powodem kryzysu więzi małżeńskich w rodzinach kobiet menopauzalnych jest mniejsze zainteresowanie życiem płciowym przez kobiety w tym okresie oraz przeżywanie kryzysu wieku średniego przez męża.

Symptomy starzenia się mężczyzny a relacje rodzinne

Starzenie się jako naturalny okres w życiu mężczyzny to nie tylko jego osobisty problem. Dotyczy on funkcjonowania całej rodziny, szczególnie gdy brak jest zrozumienia ze strony partnerki, która sama przeżywa okres okołomenopauzalny [3, 4].

Kobiety nie uświadamiają sobie, że ich partner życiowy oprócz problemów natury biologicznej może przejawiać inne niż dotychczas zachowania w sferze psychoseksualnej i społecznej. Należą do nich m.in. nerwowość (nadmierne napięcie wewnętrzne, niemożność pełnego zrelaksowania się), niepokój, lęk, a nawet okresy paniki, drażliwość, zaburzenia pamięci, pogorszenie zdolności kojarzenia, skłonność do depresji (zniechęcenie, smutek, częsta zmiana nastroju, poczucie bezsensu życia i wyczerpania energii życiowej), przeświadczenie, że najlepszy okres w życiu już minął [3–5]. Zespół tych objawów opisał Heinemann [5] w 1999 r. w populacji niemieckich mężczyzn w wieku 40–69 lat. U 43,6% badanych występowały one w stopniu minimalnym, u kolejnych 41,8% w stopniu niewielkim, u co dziesiątego (10,9%) w stopniu umiarkowanym, a u pozostałych 3,7% w dużym. U mężczyzn, którzy towarzyszą kobiecie w okresie przejścia menopauzalnego, mogą występować objawy subdepresji, a także pojawić się lub nasilić podejrzliwość, zazdrość, lęk przed ewentualnymi młodszymi konkurentami, wybuchowość, trudności w podejmowaniu decyzji, hipochondria lub też pracoholizm. U co trzeciego mężczyzny po 60. roku życia obserwuje się natomiast zabu-

żenia pamięci [4]. Tan [6] uważa, że objaw ten jest na trzecim miejscu wśród dolegliwości tego okresu, po zaburzeniach erekcji i ogólnym osłabieniu.

Relacje seksualne

Zazwyczaj na pierwsze miejsce wśród problemów pary małżeńskiej/partnerskiej, którą tworzy kobieta przeżywająca okres okołomenopauzalny i równy jej wiekiem bądź starszy mężczyzna, wysuwają się trudności związane ze sferą życia intymnego. Zmniejsza się liczba stosunków seksualnych zarówno z powodu dysfunkcji mężczyzny (zaburzenia erekcji, ogólny dyskomfort psychiczny), jak i z powodu niechęci kobiety do współżycia, często spowodowanej nadmierną suchością pochwy, bolesnym współżyciem, a także ogólnym złym samopoczuciem [2, 3]. Według danych z piśmiennictwa [6–8] u osób w wieku 20–25 lat liczba stosunków płciowych wynosi 2–3, a u par po 50. roku życia 1–2 tygodniowo. Jeśli jest to spowodowane głównie niechęcią ze strony partnera (niemożnością odbycia stosunku), wywołuje to często napięcia w życiu rodzinnym i nieprawidłowe reakcje ze strony partnerki, która powinna w takiej sytuacji być wsparciem dla mężczyzny. W sytuacji odwrotnej, gdy kobieta nie angażuje się w sferę życia seksualnego, mężczyzna czuje się nieatrakcyjny i odrzucony [8]. Kafka [10] twierdzi, że hiperseksualność zdecydowanie częściej występuje u przedstawicieli płci męskiej (5 : 1). Ten sam autor w innym doniesieniu stwierdza, że kobiety wraz z upływem lat tracą zainteresowanie i chęć do częstych kontaktów seksualnych, ale odczuwanie przez nie przyjemności ze współżycia jest względnie stałe, głównie w ustabilizowanych związkach. O obniżonym popędzie seksualnym u kobiet piszą również Laumann i wsp. [11]. Podobny fakt, tj. spadek liczby odbywanych stosunków wraz z wiekiem partnerów, zaobserwowali już w latach 50. ubiegłego stulecia Kinsey i wsp. [7].

Przyczyny zaburzeń w relacjach między mężczyzną i jego menopauzalną partnerką mogą tkwić w stanie zdrowia fizycznego i mentalnego kobiety [12]. Masters i wsp. [13] opisali szereg symptomów utrudniających prawidłową reakcję seksualną ze strony kobiety. Należą do nich m.in. zmniejszenie częstości rumieńca skórniego, zmniejszenie napięcia piersi, brak powiększania się piersi podczas pieśczoł, opóźnienie czasu reakcji łechtaczki, zmniejszona lub prawie nieobecna wydzielina z gruczołu Bartholina, opóźnione nawilżanie pochwy i zmniejszona jej adaptacja, rzadsze i niekiedy bolesne skurcze macicy podczas orgazmu.

Spojrzenie na odrębności tego okresu u mężczyzny musi być zdefiniowane poprzez przyjęty model seksualności. W ostatnich latach dominuje model medyczno-biologiczny oparty na analizie wieku, zmian fizycznych, hormonalnych i obecności chorób przewlekłych, które ograniczają lub eliminują popęd i zachowania seksual-

ne. U mężczyzn dotkniętych późnym hipogonadyzmem zaburzenia popędu płciowego oraz zmiany organiczne są główną przyczyną zaburzeń seksualnych, pomimo niejednokrotnie silnej motywacji oraz przyzwolenia wynikającego ze sfery wartości [14].

DeLamater i Sill [15] definiują popęd jako sumę czynników biofizycznych (system hormonalny, naczyniowy, obecność choroby lub terapii), czynników psychologicznych (wiedzy o seksie, skłonności do ekspresji seksualnej, zdrowia psychicznego, depresji lub jej leczenia) i czynników społecznych, a zwłaszcza dostępności i relacji z partnerem seksualnym. Popęd jest składową biologiczną pożądaną, ściśle związaną z aktywnością neuroendokrynną i manifestującą się m.in. myślami, fantazjami i snami o treści erotycznej, szukaniem okazji do aktywności seksualnej (z innymi osobami lub autoerotyzmu) oraz wzmożoną wrażliwością narządów płciowych. Ta składowa pożądaną zależy od stężenia hormonów.

Druga składowa pożądaną jest zdeterminowana przez czynniki kulturowe dotyczące oczekiwań, wierzeń i wartości dotyczących aktywności seksualnej. Im bardziej są one pozytywne, tym większa szansa, że osoba będzie *korzystała* ze swojej seksualności.

Trzecia składowa pożądaną dotyczy sfery psychologicznej i motywacji w relacjach międzyludzkich i wyraża się zachowaniami seksualnymi w stosunku do danego partnera. Ta składowa pożądaną ma najsilniejszy wpływ na aktywność seksualną, szczególnie u kobiet. U wielu z nich, szczególnie po menopauzie, popęd seksualny słabnie i nie jest czynnikiem inicjującym aktywność seksualną [16]. Jednocześnie pożądaną lub też podniecenie płciowe może być u nich rezultatem świadomej decyzji, uwiedzenia (*seduction*) lub zachęty ze strony partnera. Co więcej, pomimo osłabionej składowej biologicznej wzbudzone w ten sposób doświadczenia seksualne mogą być u kobiety źródłem satysfakcji.

W drugiej połowie życia mężczyzny niezbędne jest rozróżnienie pomiędzy popędem seksualnym a obiektywnymi możliwościami realizacji aktywności seksualnej, innej niż tylko marzenia, sny i myśli o treści erotycznej. Różnica ta jest warunkowana przez częste występowanie zaburzeń wzwodu, często o nasileniu eliminującym także możliwość masturbacji. Zaburzenia wzwodu mogą być pochodną przyczyn i chorób pośrednio wynikających z hipogonadyzmu, takich jak cukrzyca, zespół polimetaboliczny czy arterioskleroza [4–10, 15–21].

W Polsce na zaburzenia wzwodu cierpi ok. 1,5 mln mężczyzn po 35. roku życia, co koreluje z tendencją ogólnosiową. Co drugi z nich to osoba w wieku pomiędzy 40. a 60. rokiem życia. Niepokojący jest fakt, że co drugi z tych mężczyzn uważa, że zaburzenia wzwodu są nieuchronną konsekwencją starzenia się i nie udaje się z tym problemem do lekarza [22]. McKinlay [23] podaje, że tylko 10% spośród mężczyzn, którzy odczuwają dyskomfort z powodu zaburzeń wzwodu, zgłasza się po poradę lekarską.

Najdokładniejsze dane dotyczące zaburzeń erekcji uzyskano podczas badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych (*Massachusetts Male Aging Study* – MMAS), wg których u ponad połowy (52%) mężczyzn w wieku 40–70 lat zaobserwowano zaburzenia erekcji o różnym nasileniu, od minimalnych (10%), poprzez umiarkowane (25%), do całkowitej impotencji (10%). Częstość ich występowania korelowała z wiekiem mężczyzn [17, 18]. Inne badanie [24] przeprowadzone z udziałem grupy mężczyzn w wieku 50–70 lat wykazało podobną zależność, gdyż blisko połowa z nich (48%) miała zaburzenia erekcji.

Pierwszym, powszechnie uznanym czynnikiem negatywnie wpływającym na popęd seksualny jest wiek. Starszy mężczyzna potrzebuje więcej czasu i bardziej bezpośredniej stymulacji członka do osiągnięcia pełnego wzwodu. Faza *plateau* jest przedłużona, ze zmniejszeniem nagłości wystąpienia orgazmu i wytrysku. Orgazm jest mniej intensywny niż w młodszym wieku, trwa krócej, z mniejszą liczbą skurczów mięśni opuszkowo-jamistych. Objętość ejakulatu jest mniejsza, okres zwiotczenia członka bardziej gwałtowny, a czas refrakcji dłuższy.

Araujo i wsp. [17], analizując w ramach *Massachusetts Male Aging Study* zmiany w seksualności mężczyzn wraz z postępem ich wieku, stwierdzili istotną statystycznie tendencję pogarszania się niemal wszystkich parametrów składających się na sferę seksualną, dotyczyło to nie tylko częstości masturbacji, ale także oceny popędu płciowego prowadzonej poprzez pomiar częstości stosunków seksualnych, masturbacji, planowania seksu i momentów frustracji spowodowanej jego brakiem. Charakterystyczne, że tendencja ta nie miała charakteru liniowego w czasie, zatem czynnik wieku był mocno modyfikowany najprawdopodobniej czynnikami społecznymi. Wyniki wcześniejszego etapu (MMAS I) pokazały natomiast związane z wiekiem obniżenie częstości myśli i snów erotycznych, ale ogólny poziom satysfakcji seksualnej pozostawał bez zmian.

Relacje seksualne mężczyzn mogą być zaburzone przez czynniki kulturowe, religijne i społeczne, analogiczne do opisywanych u kobiet w okresie menopauzy. Kontekst kulturowy wpływa także na różne możliwości ekspresji seksualnej zarówno kobiet, jak i mężczyzn [25] – zespół pustego gniazda (dotyczący także mężczyzn), konieczność przeorientowania celów życiowych, mniej satysfakcjonujące relacje z partnerką. W badaniach DeLamater i Sill [15] zarówno mężczyźni o najniższym, jak i najwyższym popędzie seksualnym pozostawali w stałych związkach. Zatem można sądzić, że dla starzejącego się mężczyzny istotny jako modyfikator popędu seksualnego nie jest fakt bycia w związku, ale być może jego jakość. Cytowani autorzy nie zanotowali podobnej prawidłowości wśród kobiet. Współczesne społeczeństwa są w większości kulturowo zorientowane na ludzi młodych. Oni stanowią wzorzec fizyczny, także jako obiektu seksualnego, przedstawiany w mediach wszel-

kich typów. Porównanie z tym wzorcem jest nieuniknione i wpływa na ocenę atrakcyjności własnej i swojego związku, może z jednej strony wpływać na pobudzenie popędu seksualnego, ale również pogarszać samoocenę.

Starzejący się mężczyzna dokonuje zwykle samooceny, będąc przy tym skłonny do nastrojów depresyjnych, wynikających z coraz większych różnic w stosunku do opisanego powyżej wzorca, ale także z biologicznej inklinacji na skutek zmniejszonego stężenia testosteronu. Rzadko jest ona euforyczna. Samoocena wiąże się z bilansem dotychczasowego życia. Jakkolwiek poczucie sukcesu jako czynnik modyfikujący zainteresowanie seksem i popęd seksualny nie było badane, to oceniono niektóre jego elementy – wpływ sytuacji materialnej i wykształcenie. Mężczyźni lepiej sytuowani wykazywali większy popęd seksualny, podobną rolę odgrywał poziom edukacji. To samo źródło podkreśla ważną rolę nastawienia do seksu kształtowanego w dotychczasowym życiu. Koreluje ono bardzo mocno dodatnio z intensywnością popędu płciowego [15, 26].

Doniesienia Kingsberg [14] wskazują, że do 40. roku życia ok. 40% mężczyzn ma zaburzenia erekcji, a w wieku 70 lat do 67%, co zdecydowanie obniża poziom zadowolenia. W przypadku kobiet satysfakcja seksualna nie wydaje się natomiast obniżać z wiekiem, jakkolwiek czynniki fizyczne związane z menopauzą silnie oddziałują na aktywność seksualną. Ta sama autorka cytuje badania, w których 80% mężczyzn i 66% kobiet w okresie andropauzy i menopauzy odpowiedziało, że seks jest bardzo ważny w relacji małżeńskiej/partnerskiej. Wśród nich 74% seksualnie aktywnych mężczyzn i 70% aktywnych seksualnie kobiet odpowiedziało, że są bardziej zadowoleni z życia seksualnego, niż gdy mieli 40 lat, co wg autorki uzasadnia tezę, że gdy starsze osoby są nieaktywne seksualnie to głównie z powodu braku partnera lub problemów zdrowotnych. Dowodem na poparcie tej tezy są doniesienia Diokno i wsp. [27] którzy stwierdzili, że współżycie seksualne kobiet menopauzalnych warunkowane jest pozostawaniem w stałym związku partnerskim, gdyż tylko 5% niezamężnych kobiet deklaroowało aktywność seksualną, podobną zależność zaobserwowali Beutel i wsp. [28].

Doniesienia z piśmiennictwa [18, 20] wskazują, że wiele starszych heteroseksualnych par zaprzestaje aktywności z powodu zaburzeń erekcji. Zaburzenia te są najważniejszym źródłem złej samooceny, a tym samym obniżonego pożądania mężczyzn. Wiele kobiet po menopauzie nie uprawia seksu z tego powodu, że mężczyzna ma zaburzenia erekcji i obniżony popęd seksualny.

Wprowadzenie do terapii inhibitorów fosfodiesterazy typu 5. pomogło wielu mężczyznom przezwyciężyć problem dysfunkcji seksualnej, rysuje się jednak nowy problem polegający na przesunięciu równowagi seksualnej w parach, które wcześniej cierpiały z powodu zaburzeń erekcji. Kobieta, która wcześniej zaakceptowała abstynencję seksualną z powodu dysfunkcji partnera,

teraz musi przyzwyczać się do nowej sytuacji, co jest wyzwaniem wymagającym czasu. Starsza kobieta, która nie współżyła dłuższy okres ma zwężoną pochwę, z atrofią śluzówki i nie może natychmiast przystosować się do penisa partnera bez ryzyka bólu i uszkodzenia [29]. Mężczyzna po odzyskaniu możliwości pełnej penetracji staje się euforyczny i natrafiając na trudności w realizowaniu potrzeb seksualnych z dotychczasową partnerką, często podejmuje próby poza aktualnym związkiem. Implikacją tej sytuacji jest konieczność rozpoczęcia leczenia zaburzeń wzrodu szybciej, na etapie ich niewielkiego nasilenia, bez doprowadzania do wymuszonej przerwy we współżyciu seksualnym. Z drugiej zaś strony, konieczne jest dostosowanie techniki seksualnej do możliwości biologicznych obojga partnerów, co w praktyce oznacza cierpliwe prowadzenie gry wstępnej, dłuższej i ważniejszej do osiągnięcia satysfakcji seksualnej niż we wcześniejszych etapach życia. Bodźcem do takiej praktyki jest zaangażowanie uczuciowe i potrzeba bliskości, istotniejsze w tym wieku jako motywacja do podejmowania współżycia niż atrakcyjność fizyczna partnera.

Piśmiennictwo

1. Kanady K, Wiktor H, Pilewska A. Pozycja kobiety w rodzinie w okresie przekwitania. *Ann UMCS, Sect. D* 2004; 59, Suppl. 14, cz. 2: 435-8.
2. Kaunitz AM, Lentz G, Sherwin B. Seksualność po menopauzie. *Ginekol Dypl* 1999; 1: 6-15.
3. Mansfield PK, Koch PB, Gierach G. Husbands' support of their perimenopausal wives. *Women Health* 2003; 38: 97-112.
4. Terska A, Tobor E, Jakiel G. Proces starzenia się mężczyzny a problemy okresu andropauzy. *Zdr Publ* 2005; 115: 216-9.
5. Heinemann LAJ, Zimmermann T, Vermeulen A, Thiel C. A New Aging Males' (AMS) Symptoms Rating Scale. *The Aging Male* 1999; 2: 105-14.
6. Tan RS. Memory loss a reported symptom of andropause. *Arch Androl* 2001; 47: 185-9.
7. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. WB Saunders, Philadelphia 1953.
8. Jarząbek G, Pawelczyk M, Friebe Z. Przekwitanie a aktywność seksualna. *Prz Menopauz* 2007; 3: 177-9.
9. Mędraś M. Andropauza i menopauza – dwie strony tego samego problemu. *Prz Menopauz* 2002; 4: 54-8.
10. Kafka MP. Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav* 1997; 26: 505-26.
11. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
12. Marsiglio W, Donnelly D. Sexual relations in later life: a national study of married persons. *J Gerontol* 1991; 46: 338-44.
13. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Little, Brown and Company, Boston 1966.
14. Kingsberg SA. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch Sex Behav* 2002; 31: 431-7.
15. DeLamater JD, Sill M. Sexual desire in later life. *J Sex Res* 2005; 42: 138-49.
16. Basson R. The female sexual response. A different model. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 51-65.
17. Araujo AB, Mohr BA, McKinlay JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men: longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1502-9.
18. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.

19. Morley JE. The aging man and woman: are the differences important. *J Mens Health Gend* 2004; 1: 224-6.
20. Schiavi RC. Aging and male sexuality. Cambridge University Press, UK, 1999; 13-27, 74-85.
21. Wu CY, Yu TJ, Chen MJ. Age related testosterone level changes and male andropause syndrome. *Chang Gung Med J* 2000; 23: 348-53.
22. Darewicz B, Skrodzka M, Kudelski J. Starzenie się mężczyzny a zaburzenia erekcji. *Urol Pol* 2008; 61: 5-9.
23. McKinlay JB. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2000; 12: 6-11.
24. Koskimäki J, Hakama M, Tammela TM. Prevalence of erectile dysfunction in Finland. *Int J Impot Res* 2000; 12: 25-47.
25. Graziottin A. Similarities and differences between female and male sexual functions and dysfunctions. *J Mens Health Gend* 2004; 1: 71-6.
26. McKinlay JB, Feldman HA. Age related variation in sexual activity and interest in normal men: results from the Massachusetts Male Aging Study. In: *Sexuality across the lifecourse*. Rosi AS (ed). University of Chicago Press, Chicago 1994; 261-85.
27. Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med* 1990; 150: 197-200.
28. Beutel ME, Stöbel-Richter Y, Brähler E. Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU Int* 2007; 101: 76-82.
29. Leiblum SR. The midlife and beyond. Paper presented at the 24th Annual Postgraduate Course of the Psychology Professional Interest Group of the America Fertility Society on Sexual Dysfunction. Patients Concerns and Practical Strategies, Orlando FL 1991.