

# Psychologiczne i seksualne problemy kobiet w okresie okołomenopauzalnym

## *Psychological and sexual problems of perimenopausal women*

Joanna Tkaczuk-Włach, Dorota Robak-Chołubek, Małgorzata Sobstyl, Kinga Syty, Grzegorz Jakiel

Przeгляд Menopauzalny 2008; 5: 278-281

### Wstęp

Dziś jedna trzecia życia kobiety to czas, kiedy ustaje miesiączkowanie i zdolności reprodukcyjne. Wygaśnięcie zdolności poczęcia potomstwa nie oznacza jednak zaniku potrzeb seksualnych, chociaż szeroko społecznie przyjęte jest traktowanie starszych osób jako istot aseksualnych. Często taka ignorancja potrzeb ludzi wchodzących lub będących w tzw. jesieni życia wynika z niewiedzy i braku akceptacji aktywności seksualnej widzianej jako istotny element składający się na jakość życia. Dotyczy to szczególnie kobiet, których seksualność do niedawna była postrzegana jedynie w ścisłym związku z prokreacją, a czas przekwitania wiązano raczej z wizerunkiem matrony, niekojarzącej się z poszukiwaniem spełnienia w satysfakcjonującym życiu seksualnym.

### Zmiany w reaktywności seksualnej towarzyszące klimakterium

Objawy związane z niedoborem estrogenów pojawiają się u ok. 40% kobiet w okresie przedmenopauzalnym i u ok. 85% po menopauzie.

Tkanki układu moczowo-płciowego oraz gruczołu piersiowego kobiety należą do tych, których właściwe funkcjonowanie szczególnie zależy od estrogenów.

Hipoestrogenizm jest bodźcem do zmian zanikowych w skórze oraz błonach śluzowych zewnętrznych narządów płciowych i pochwy. Wargi sromowe ulegają zmniejszeniu, podobnie łechtaczka, której wrażliwość na bodźce również zostaje osłabiona i opóźniona [1]. Podskórna tkanka tłuszczowa wżgórka łonowego stopniowo zanika, redukcji ulega owłosienie łonowe, gruczoł Bartholína ulega atrofii [2].

U kobiet młodych zwilżenie pochwy pojawia się po 10–30 s od rozpoczęcia aktywności seksualnej, u kobiet po 50. roku życia czas ten wynosi 2–3 min. Spada również sama ilość produkowanego śluzu, a zmniejszona wilgotność pochwy sprzyja dyspareunii [3–5].

Po 60. roku życia zmniejsza się długość i szerokość pochwy, a jej ściany stają się cieńsze, bardziej gładkie, nabierają koloru raczej różowego w odróżnieniu do czerwonego, charakterystycznego dla młodszych kobiet. Pochwa skraca się i spada jej elastyczność. Atrofia nabłon-

ka pochwy wiąże się z tendencją do powstawania w niej szczelin, a to w powiązaniu ze wzrostem pH pochwy, wynikającego z zaburzeń w wydzielaniu śluzu sprzyja stanom zapalnym nie tylko pochwy, ale również cewki i pęcherza moczowego [2, 6].

Piersi stają się mniejsze, mniejsze jest też ich obrzmienie w czasie podniecenia. Brodawka piersiowa staje się mniej wrażliwa na bodźce [1]. Hipoestrogenizm wpływa też na odczuwanie orgazmu, który może być opóźniony lub nawet nieobecny [7]. Orgazmowi mogą towarzyszyć bolesne skurcze macicy [1].

Badania wskazują na związek androgenów z kobiecą reaktywnością seksualną. Androgeny wpływają na pobudzenie seksualne i poziom libido oraz na pożądanie i podniecenie seksualne, biorą udział w procesie lubrykacji pochwy, zwiększają wrażliwość receptorów pochwy na stymulację oraz powodują rozluźnienie mięśni okalających pochwę. Testosteron wpływa na inicjację zachowań seksualnych, pociąg seksualny, reakcję na filmy erotyczne oraz zwiększa zachowania masturbacyjne [8, 9].

Szczególnie zależności te widoczne są u kobiet po menopauzie chirurgicznej, u których bardzo szybko dochodzi do zaburzeń seksualnych, głównie spadku libido.

Testosteron może działać poprzez receptory androgenowe, obecne m.in. w nabłonku pochwy, zrębie, mięśniach gładkich oraz śródbrzońki naczyń i w błonie śluzowej pochwy – przez receptory estrogenowe [10].

Chociaż w okresie klimakterium produkcja estrogenów zostaje zmniejszona, to produkcja androgenów przez jajniki w zasadzie się nie zmienia [3, 8]. U kobiet w okresie pomenopauzalnym produkcja testosteronu wynosi 180 µg/dobę, z czego w 50% jego źródłem pozostają jajniki. Zmniejszenie stężenia androgenów w surowicy nie wiąże się ściśle z samą menopauzą, lecz jest funkcją czasu. Stężenie produkowanych przez nadnercza dehydroepiandrosteronu (DHEA) oraz siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) maleje liniowo już od 30. roku życia kobiety [8]. U kobiet w okresie przedmenopauzalnym (43–47 lat) zauważono mniejsze, w porównaniu z młodszymi kobietami (19–37 lat), zwiększenie stężenia testosteronu i androstendionu w środkowej fazie cyklu [11].

## Seksualność kobiet w okresie okołomenopauzalnym

Mimo popularnego poglądu, że seksualność kobiet zanika wraz z zanikiem produkcji estrogenów, coraz więcej badań dostarcza informacji zaprzeczających tej tezie. Okazuje się, że w tym okresie życia coraz więcej kobiet postrzega swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące, bo pozbawione lęku przed nieplanowaną ciążą i efektami ubocznymi stosowanej antykoncepcji. W badaniu Blumel i wsp. (2002) wśród kobiet w wieku 40–64 lat prawie 80% deklaroowało aktywność seksualną [12]. Wśród czynników determinujących aktywność seksualną, zwłaszcza w późnym wieku (po 60. roku życia), wymienia się posiadanie stałego partnera oraz stan zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego [13, 14]. Tylko 5% niezamężnych kobiet deklaroowało aktywność seksualną [13].

Jednak wraz z wiekiem – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn – wzrasta częstość zaburzeń seksualnych [15]. Wśród kobiet w wieku 40–60 lat minimum jeden problem seksualny zgłasza 40% z nich [16].

Kobiety wraz z wiekiem tracą zainteresowanie i chęć do częstych kontaktów seksualnych, ale odczuwanie przyjemności z aktywności seksualnej jest względnie stałe, szczególnie w stałych związkach [17].

Wśród przyczyn zaburzeń seksualnych tego okresu wymienia się:

- spadek zainteresowania współżyciem,
- poczucie spadku własnej atrakcyjności,
- indywidualną historię seksualną kobiety,
- dyspareunię,
- brak pożądania ze strony partnera,
- zaburzenia seksualne u partnera,
- brak partnera [18–21].

Częstsze zadowolenie ze zbliżeń, wyższy poziom libido, częstszy orgazm i rzadsze występowanie zaburzeń seksualnych stwierdzono u kobiet z wyższym statusem socjoekonomicznym [22, 23]. Wykazano również, że poziom wykształcenia obniża ryzyko zaburzeń seksualnym po menopauzie [24]. Być może wpływa na to lepsza edukacja seksualna, otwartość oraz świadoma postawa kobiet i ich partnerów wobec potrzeb seksualnych [23].

Często mówi się o występowaniu różnych zespołów w grupie pacjentek menopauzalnych, m.in. opuszczonego gniazda, wdowy czy Kehrera, w których to obrazie klinicznym mamy do czynienia również z zaburzeniami natury seksualnej. W badaniu Genazzanego i wsp. (2005) 45% respondentek uskarżało się na spadek libido [25].

Jako rzadkie swoje kontakty seksualne określa 47% Polek w wieku menopauzalnym i 1/3 kobiet z innych państw Europy [26, 27]. W badaniu Hayes i wsp. (2007) procent kobiet z obniżonymi potrzebami seksualnymi wzrasta z 11% wśród kobiet między 20. a 29. rokiem życia, do 53% w wieku 60–70 lat [28]. Przebiec operacji

ginekologicznej znamienne podwyższa ryzyko wystąpienia zaburzeń pożądania seksualnego (ang. *hypoactive sexual desire disorder* – HSDD) w grupie pacjentek w wieku okołomenopauzalnym [29, 30].

Najczęściej ujawnianym problemem seksualnym kobiet w Polsce jest zmniejszenie potrzeb seksualnych, przy czym wśród kobiet w okresie okołomenopauzalnym 38% badanych zgłasza taki problem. Polki w tej grupie wiekowej uskarżają się ponadto na brak *lubricatio* (16%), brak orgazmu (18%) oraz pochwicę (5%) [26]. Tymczasem z wyników badań Graziottin i Basson (2004) wynika, że wśród kobiet po menopauzie na dyspareunię uskarża się nawet 40% kobiet [31].

Zaburzenia orgazmu, częste w tej grupie kobiet, wyrażają się w postaci wydłużenia czasu potrzebnego do jego osiągnięcia, zmniejszenia intensywności jego przeżywania i szybciej ustępujących towarzyszących mu przeżyć [27, 32]. Jednak nie tylko sam wiek wpływa na sposób odczuwania orgazmu u tej grupy kobiet. Innymi determinantami wymienianymi w badaniu Gonzaleza i wsp. (2006) są poziom edukacji, obecność lub brak partnera seksualnego, stopień satysfakcji z relacji z partnerem oraz zadowalające nawilżenie pochwy [32]. Wiele badań potwierdza, że wcześniejsze funkcjonowanie w sferze seksualnej, zadowolenie, w tym odczuwanie orgazmu, wreszcie sposób przeżywania relacji z partnerem mają zdecydowany wpływ na jakość życia seksualnego w okresie klimakterium [33, 34].

## Zaburzenia nastroju i depresja związane z okresem menopauzalnym

Objawy depresji występują u ok. 1/3 kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Zaburzenia o charakterze depresji nie manifestują się w tej grupie pacjentek jako jednolita grupa i klasyfikowane są m.in. jako zaburzenia afektywne, zaburzenia depresyjno-lękowe, czy zaburzenia adaptacyjne oraz organiczne zaburzenia nastroju [35].

Jak wykazują badania, ryzyko ujawnienia zaburzeń o charakterze depresji wzrasta u kobiet, które jeszcze miesiączkują, w ciągu 5 lat poprzedzających menopauzę oraz u tych z menopauzą chirurgiczną w porównaniu z kobietami z menopauzą naturalną [4, 21, 35, 36]. Nie należy także zapominać o innych czynnikach mogących wpływać na ujawnienie zaburzeń o typie depresji w tej grupie kobiet, tj. czynnikach genetycznych, indywidualnym rysie psychologicznym pacjentki, wcześniejszym leczeniu psychiatrycznym, sytuacji życiowej kobiety i związanymi z nią stresującymi zdarzeniami żywymi [4, 5]. W badaniach przeprowadzonych na 1104 kobietach w okresie menopauzalnym Lipińska-Szałek i wsp. (2003) wykazali, że samopoczucie psychiczne kobiet w tym okresie życia bardziej podlegało wpływom czynników psychospołecznych niż biologicznym [37]. Wala-

szek i wsp. (2002) oraz Gallicchio (2007), nie znaleźli korelacji między poziomem hormonów płciowych a depresją u kobiet w okresie klimakterium [5, 38].

Tymczasem takie indywidualne cechy osobowości, jak umiejętność radzenia sobie ze stresem, optymizm, wiedza na temat zmian towarzyszących menopauzie pozwalają na zmniejszenie odczuwania wielu niekorzystnych zarówno psychicznych, jak i fizycznych, zmian w tym okresie życia [39, 40].

W literaturze przedmiotu często mówi się o nietypowym charakterze depresji menopauzalnych, z dużym udziałem komponenty lękowej i podnieceniem psychoruchowym, a także wyższym ryzykiem prób samobójczych. Należy tu wspomnieć także o tzw. depresji maskowanej, kiedy *pod maską* zgłaszanych przez pacjentkę jako pierwszoplanowych objawów somatycznych, np. bólu kości i stawów, zaburzenia funkcji układu pokarmowego, świądu skóry, kryją się te wskazujące na poważne zaburzenia nastroju [41].

Wykazano, że terapia hormonalna służy zapobieganiu i zmniejszaniu objawów somatycznych związanych z klimakterium, jednak wbrew oczekiwaniom nie niweluje objawów depresyjnych i lękowych [36]. Powyższe fakty, wynikające z praktyki klinicznej znajdują odbicie w najnowszych badaniach, które wskazują, że zaburzenia nastroju tego okresu u kobiet wiążą się raczej z zaburzeniami układu serotonergicznego niż ze zmniejszeniem stężenia estrogenów czy zmianami w stężeniach DHEAS, testosteronu lub FSH [4, 35, 36, 38]. Dlatego też koniecznością jest stosowanie leków o działaniu serotonergicznym, dających dobry efekt terapeutyczny w tej grupie pacjentek.

### Możliwości terapeutyczne

Dziś medycyna musi odpowiedzieć sobie na pytanie, co można uczynić dla tak dużej grupy ludzi wchodzących w okres jesieni życia.

Od dawna jest przyjęte postępowanie mające na celu m.in. poprawę komfortu współżycia kobiet, wynikającą z hipostenemii przez stosowanie estrogenów systemowo lub miejscowo. Należy zwrócić uwagę, że miejscowa terapia estriolem jest dość bezpieczna ze względu na brak efektu proliferacyjnego na endometrium oraz szybką poprawę kondycji błony śluzowej układu moczowo-płciowego [6]. Terapia estrogenowa, oprócz wielu innych korzyści w sferze seksualności, poprawia satysfakcję z aktywności seksualnej, poczucie własnej atrakcyjności oraz zwiększa częstość fantazji seksualnych [42, 43].

Korzystanie z androgenów w czasie terapii u pacjentek menopauzalnych jest wciąż terapią przyszłości, nie zaś rozpowszechnioną praktyką kliniczną. Po terapii transdermalnej testosteronem stwierdzono istotny statystycznie wzrost libido w tej grupie kobiet [8]. Potrzeba jednak dalszych badań klinicznych, w celu ustalenia bezpiecznej dawki i drogi podania, przeciwwskazań, jak też sprecyzowania czasu potrzebnego do skutecznej terapii.

Obecnie dobrą alternatywą wydaje się tibolon, mający powinowactwo do receptorów zarówno estrogenowych, gestagenowych, jak i androgenowych. Oprócz efektywności tibolonu w neutralizacji wielu objawów wypadowych, zaznacza się jego dodatni wpływ na funkcje seksualne oraz nastroj u kobiet [44, 45].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wciąż mała liczba kobiet w okresie klimakterium korzysta z właściwej terapii zaburzeń nastroju o typie depresji. Tymczasem holistyczne spojrzenie na zdrowie pacjentki wymusza na lekarzu rodzinnym, a szczególnie na lekarzu ginekologu, właściwe rozpoznanie i ukierunkowanie leczenia także na te zaburzenia, utrudniające w znacznym stopniu funkcjonowanie kobiet w tym okresie życia.

Należy pamiętać, że wizyta u lekarza psychiatry w naszym społeczeństwie wciąż związana jest z dużym lękiem o stygmatyzację, co skutecznie blokuje poszukiwanie właściwej pomocy. Uważa się, że lekarz ginekolog jako lekarz każdej kobiety powinien podejmować wysiłki w kierunku rozpoznania depresji u pacjentek menopauzalnych i pomagać im w uświadomieniu potrzeby właściwej terapii. Jak wynika z badań przeprowadzonych na populacji kobiet w Stanach Zjednoczonych, ważny jest sposób rozmowy, gdyż tylko 32% kobiet między 40. a 60. rokiem życia jest gotowych rozmawiać wprost na temat swoich problemów seksualnych, po 60. roku życia odsetek ten jeszcze bardziej spada [16]. Zasadniczo kobiety chcą rozmawiać o tej sferze swojego życia z lekarzem, ale wolą, aby to on inicjował rozmowę [46].

W leczeniu depresji okresu okołomenopauzalnego stosuje się generalnie te same leki, jak w innych grupach pacjentów z rozpoznaniem depresji. Stosunkowo rzadziej sięga się jednak po leki starszych generacji, np. trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, a faworyzuje leki nowej generacji. Wśród tych ostatnich szczególnym powodzeniem cieszą się te z komponentem przeciwłękowym. Leki nowej generacji dają możliwość skutecznej monoterapii oraz bezpiecznego leczenia w warunkach ambulatoryjnych, ze względu na nieliczne interakcje i przeciwwskazania.

Należy zwrócić tutaj uwagę, iż ważnym czynnikiem wpływającym na powodzenie terapii i zapobieganie nawrotom depresji jest długość terapii i odpowiednio wysokie dawki leku oraz częstość wizyt kontrolnych. Uważa się, że czas leczenia to minimum 6 mies. do chwili uzyskania poprawy, a w przypadku częstych nawrotów – nawet kilka lat [41].

Dziś uważa się, że stosowanie terapii hormonalnej nie pogarsza przebiegu depresji, może zaś sprzyjać – poprzez zniwelowanie natężenia objawów wypadowych – poprawie nastroju.

### Piśmiennictwo

1. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Little, Brown and company, Boston 1966.
2. Gelfand MM. Sexuality among older women. J Women's Health Gen Based Med 2000; 9 Suppl 1: 15-20.

3. Basson R. Hormones and sexuality: current complexities and future directions. *Maturitas* 2007; 57: 66-70.
4. Gallicchio L, Schilling Ch, Miller SR, et al. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. *J Psychosom Res* 2007; 63: 263-8.
5. Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, et al. Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric* 2007; 10: 132-42.
6. Warenik-Szymankiewicz A, Stópień R. Niedobór estrogenów a zmiany zanikowe w tkankach estrogenozależnych. *Med Dypł* 2006 (wyd. spec.): 36-8.
7. Kotz K, Alexander JL, Dennerstein L. Estrogen and androgen hormone therapy and well-being in surgically postmenopausal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15: 898-908.
8. Basaria S, Dobs AS. Clinical Review: Controversies regarding transdermal androgen therapy in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 4743-52.
9. Sarrel PM. Improving adherence to hormone replacement therapy with effective patient-physician communication. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180 (3 Pt 2): S337-40.
10. Shifren J, Davis SR, Moreau M, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause* 2006; 13: 770-9.
11. Mushayandebvu T, Castracane VD, Gimpel T, et al. Evidence for diminished midcycle ovarian androgen production in older reproductive aged women. *Fertil Steril* 1996; 65: 721-3.
12. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, et al. Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women. Influence of menopause and hormone replace therapy. *Rev Med Chil* 2002; 130: 1131-8.
13. Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med* 1990; 150: 197-200.
14. Marsiglio W, Donnelly DJ. Sexual relations in later life: a national study of married persons. *J Gerontol* 1991; 46: S338-44.
15. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, et al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002; 77 Suppl 4: S42-8.
16. Sadovsky R, Alam W, Enecilla M, et al. Sexual problems among a specific population of minority women aged 40-80 years attending a primary care practice. *J Sex Med* 2006; 3: 795-803.
17. 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.
18. Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause* 2004; 11: 78-81.
19. Dennerstein L, Leher P, Burger H, Guthrie J. Sexuality. *Am J Med* 2005; 118 Suppl 12B: 59-63.
20. Nappi RE. New attitudes to sexuality in the menopause: clinical evaluation and diagnosis. *Climacteric* 2007; 10 (Suppl 2): 105-8.
21. Skrzypulec V, Drosdzol A, Ferensowicz J. Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Gin Prakt* 2003; 11: 26-34.
22. Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Arch Sex Behav* 1994; 23: 375-95.
23. Myers LS. Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. *Neurosci Biobehav Rev* 1995; 19: 331-41.
24. Dennerstein L, Smith AM, Morse CA, Burger HG. Sexuality and the menopause. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994; 15: 59-66.
25. Genazzani AR, Schneider HPG, Nijland E. The European Menopause Survey 2005: What do women think right now about menopause and HRT? *Climacteric* 2005; 8 (suppl. 2): 96.
26. Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z. Seksualność Polek. Raport Seksualność Polaków 2002. *Prz Menopauz* 2002; 4: 64-73.
27. Łukasiewicz M, Lew-Starowicz Z. Orgazm a menopauza w życiu kobiety. *Prz Menopauz* 2008; 1: 49-53.
28. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett C. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril* 2007; 87: 107-12.
29. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women. *J Sex Med* 2006; 3: 212-22.
30. 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: 317-30.
31. Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause* 2004; 11: 766-77.
32. Gonzalez M, Viafara G, Caba F. Libido and orgasm in middle – aged woman. *Maturitas* 2006; 53: 1-10.
33. Dennerstein L, Leher P. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries. *Menopause* 2004; 11: 778-85.
34. Dennerstein L, Leher P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 2005; 84: 174-80.
35. Rajewska J. Depresja i zaburzenia nastroju u kobiet. *Med Dypł* 2006 (wyd. spec.): 45-51.
36. Harlow BL, Wise LA, Otto MW, et al. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 29-36.
37. Lipińska-Szałek A, Sobczuk A, Pertyński T i wsp. Wpływ czynników biologicznych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego. *Prz Menopauz* 2003; 6: 55-61.
38. Walaszek P, Mazur P, Płachta Z i wsp. Czy stan hormonalny kobiet w okresie menopauzy jest przyczyną zaburzeń nastroju o typie depresji? *Prz Menopauz* 2002; 3: 33-7.
39. Bielawska-Batorowicz E. Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. *Prz Menopauz* 2007; 2: 70-6.
40. Caltabiano ML, Holzheimer M. Dispositional factors, coping and adaptation during menopause. *Climacteric* 1999; 2: 21-8.
41. Krogulski S, Lipińska-Szałek A. Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. *Prz Menopauz* 2004; 3: 31-8.
42. Nathorst-Böös J, Wilkund J, Mattson LA, et al. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double blind placebo controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 656-60.
43. Sherwin BB. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1991; 72: 336-43.
44. Castelo-Branco C, Vicente JJ, Figueras F, et al. Comparative effects of estrogens plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern, and sexuality in postmenopausal women. *Maturitas* 2000; 34: 161-8.
45. Jakimiuk AJ, Bogusiewicz M, Tomaszewski J. Tibolon w terapii substytucyjnej okresu menopauzy (część 2). *Prz Menopauz* 2004; 5: 6-13.
46. Loehr J, Verma S, Squin R. Issues of sexuality in older women. *J Womens Health* 1997; 6: 451-7.

Prawidłowe odpowiedzi do *Testowego programu edukacyjnego* dotyczącego psychologicznych i seksualnych problemów kobiet w okresie okołomenopauzalnym zamieszczonego w zeszycie 4/2008 *Przeгляdu Menopauzalnego*

1b; 2b; 3b; 4d; 5d; 6c; 7d; 8a; 9a; 10c; 11d; 12b; 13d; 14d; 15b; 16d; 17d; 18b