Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45. roku życia

Sexual disorders and personal problems of women aged over 45

Zbigniew Lew-Starowicz, Monika Szymańska

Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;
kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz

Przegląd Menopauzalny 2010; 6: 381–384

Streszczenie

Cel pracy: Analiza zaburzeń seksualnych i problemów osobistych u kobiet powyżej 45. r.ż.

Materiał i metody: Badaną populację stanowiły kobiety powyżej 45. r.ż. (43% z nich było w wieku 45–55 lat, a 57% w wieku 56–70 lat), które zgłosiły się do lekarza seksuologa w 2009 r. z powodu zaburzeń seksualnych i problemów osobistych. Kobiety te stanowiły 7,8% wszystkich pacjentów.

Wyniki i wnioski: Wśród zaburzeń seksualnych dominowała hipolibidemia, odczuwanie braku podniecenia seksualnego, anorgazmia i zespół dezaprobaty płci. Natomiast wśród problemów osobistych przeważał brak satysfakcji ze względu na zaburzenia seksualne partnera, romans partnera i podejrzenie synów o orientację homoseksualną.

Słowa kluczowe: zaburzenia seksualne, problemy osobiste.

Summary

Aim of the study: To analyse sexual disorders and personal problems in women over 45 years of age.

Material and methods: the test population accounted for women over 45 years of age (43% of those aged 45-55 and 57% at the age of 56-70 years), which came to the sexology doctor in 2009 due to sexual disorders and personal problems. Women represented 7.8% of all patients.

Results and conclusions: The following sexual disorders dominate: low sexual desire, anorgasmia. But among personal problems, lack of satisfaction with the sexual partner, affairs of their partners and gender identity of their sons prevailed.

Key words: sexual disorder, personal problem.

Wprowadzenie

Menopauza nie jest okresem nagłym. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) definiuje okres okołomenopauzalny jako obejmujący 2–8 lat poprzedzających ostatnią miesiączkę i rok po jej ustąpieniu. Z badań wynika, że średni wiek menopauzy w Polsce wynosi 50 lat, najczęściej występuje pomiędzy 45. a 55. r.ż. Nie da się ukryć, że jest to trudny etap w życiu każdej kobiety, a objawy przekwitania mogą pojawić się na parę lat przed ostatnią miesiączką i zwykle utrzymują się przez kilka, a nawet kilkanaście lat po niej. Powyższe objawy dotyczą zarówno sfery somatycznej, jak i psychospołecznej. Do najczęściej występujących objawów somatycznych zalicza się: drażliwość, zawroty i bóle głowy, przygnębienie, bezsenność, nocne poty, suchość skóry i śluzówek. Do najczęściej występujących objawów natury psychospołecznej należą: niskie poczucie własnej wartości związane z utratą fizycznej atrakcyjności, z utratą zdolności prokreacyjnej; kryzys egzystencjalny, depresja, lęki. Seksualność jest jednym z aspektów, które podlegają najgłębszym modyfikacjom. Na seksualność kobiet w wieku okołomenopauzalnym ma wpływ wiele czynników. W niniejszej pracy skupiono się przede wszystkim na czynnikach psychospołecznych, choć nie da się ukryć, że te fizjologiczne są równie ważne.

Problemy i zaburzenia seksualne kobiet powyżej 45. roku życia

Postrzeganie seksualności kobiet w wieku menopauzalnym ma związek np. z kulturą, w której te kobiety żyją. Wielkie religie świata podkreślają związek między

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz, Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa

seksualnością a rozrodczością (np. w kulturze Zachodu do XX w.) i dlatego pozaprokreacyjna rola seksu jest przez nie pomijana lub wręcz nieakceptowana.

Może to mieć duży wpływ na unikanie aktywności seksualnej. Natomiast w kulturach pozytywnie nastawionych do seksualności i traktujących menopauzę jako naturalną fazę życia aktywność kobiet nie ulega większej zmianie. Lock zbadał grupę 1738 Japonek w wieku 45–55 lat i doszedł do wniosku, że 65% z nich nie odczuwała w tym wieku dyskomfortu psychicznego związanego z przekwitaniem, jedynie 27% doświadczało przykrych stanów psychicznych.

Natomiast z badań przeprowadzonych w różnych krajach Zachodu wynika, że aktywność seksualna w tym okresie u ok. 40% kobiet nie ulega zmianie w porównaniu z poprzednimi latami, u ok. 40% zmniejszyła się, a u 20% wzrosła [1].

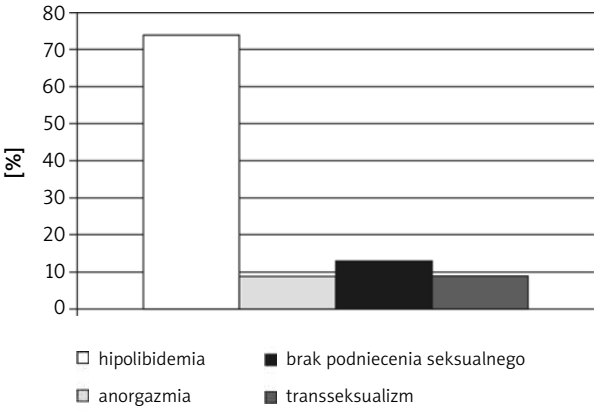
Z badań przeprowadzonych przez Laumanna w 1994 r. wynika, że w wieku okołomenopauzalnym aktywnych seksualnie jest 82% kobiet i 60% kobiet w wieku powyżej 60 lat [2].

Liczne badania potwierdzają, że wpływ hormonów na aktywność seksualną jest znacznie mniejszy niż samoocena tych kobiet, relacje partnerskie i jakość ich życia seksualnego przed menopauzą. Samoocena wiąże się u nich z: poczuciem zewnętrznej atrakcyjności, oceną ze strony partnera, oceną ze strony otoczenia i przejawami adoracji wobec nich. Nie da się ukryć, że kobiety zainteresowane życiem seksualnym i mające udany związek ze sprawnym seksualnie partnerem mają motywację do kontynuowania kontaktów. Bardzo ważny jest również charakter związku, w którym kobieta żyje, tzn. ważna jest jego stabilność, ogólna satysfakcja z życia małżeńskiego i rodzinnego, urozmaicanie sztuki miłosnej przez partnera, a także atrakcyjność zachowań adoracyjnych partnera [3]. Z badań przeprowadzonych przez Dundon i Rellini z Uniwersytetu w Vermont na grupie 86 kobiet w wieku 40–70 lat wynika, że na podstawie symptomów menopauzy w dużym stopniu można przewidywać satysfakcję seksualną w ogóle.

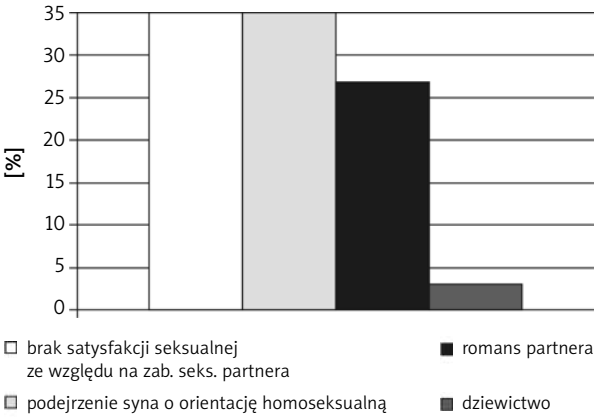
Badania Dundon i Rellini ukazują, że seksualna satysfakcja i satysfakcja ze związku wzajemnie się zmieniają – jeżeli satysfakcja ze związku zmniejsza się, to samo dzieje się z satysfakcją seksualną i odwrotnie, choć przyczynowość nie została ustalona [4].

Natomiast z badań przeprowadzonych przez Carvalho i Nobre na grupie 237 kobiet wynika, że na pożądanie seksualne w znacznym stopniu wpływają ich dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności. Najbardziej znaczącą rolę okazały się odgrywać przekonania dotyczące negatywnego wpływu wieku na seksualność (np. „wraz ze starzeniem się kobiet, przyjemność, jaką uzyskują w trakcie seksu, maleje", „po menopauzie kobiety nie mogą osiągnąć orgazmu") oraz seksualny konserwatyzm (np. „aktywność seksualna musi być inicjowana przez mężczyzn"). Duży wpływ na kobiece pożądanie seksualne miały również myśli na temat niepowodzenia i wycofania (np. „nie podniecam się", „kiedy to się skończy?") oraz brak myśli erotycznych (np. „moje ciało podnieca go"). Niniejsze dane sugerują rolę poznawczych wymiarów w motywacyjnych aspektach kobiecej seksualności – zwłaszcza poprzez wpływ na rozproszenie uwagi w czasie aktywności seksualnej. Negatywne emocje podczas aktywności seksualnej mogą nie tylko sprzyjać dysfunkcjom seksualnym, ale także być konsekwencją problemów seksualnych. U kobiet z dysfunkcjami seksualnymi częściej występowały uczucia rozczarowania, smutku, winy – w równym stopniu jak mniejsza przyjemność i zadowolenie podczas stosunku seksualnego [5].

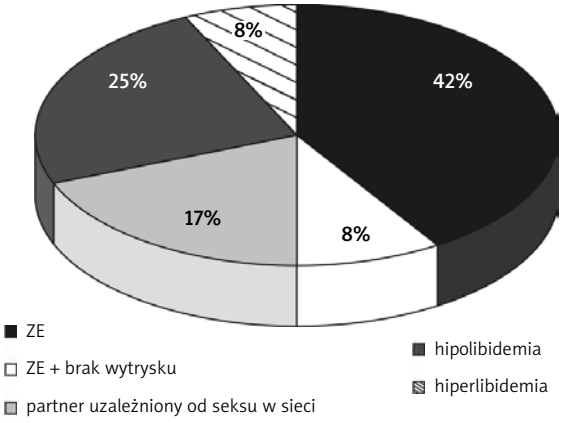
Z badań Berra i wsp. z Uniwesytetu w Bolonii, przeprowadzonych na grupie 100 zdrowych kobiet po menopauzie, wynika, że choć starsze kobiety będące po menopauzie uzyskiwały wyższe wyniki w kwestionariuszu FSFI (*Female Sexual Function Index*) niż kobiety będące jeszcze przed menopauzą, co świadczy o tym, że wzrost występowania problemów seksualnych koreluje z wiekiem, to wśród nich poziom stresu był niższy niż wśród kobiet będących jeszcze przed menopauzą. Przy porównaniu wyników uzyskanych w FSDS (*Female Sexual Distress*



Ryc. 1. Zaburzenia seksualne kobiet po 45. r.ż. (*n* = 23)



Ryc. 2. Problemy osobiste kobiet po 45. r.ż. (*n* = 37)



Ryc. 3. Zaburzenia seksualne partnera (*n* = 12)

Ryc. 4. Charakter związków badanych kobiet (*n* = 60)

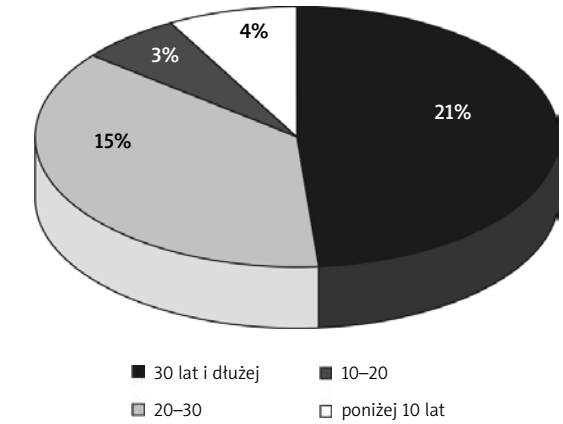
Scale) pomiędzy kobietami będącymi przed menopauzą i po menopauzie okazuje się, że wśród kobiet będących po menopauzie z wynikami w FSFI świadczącymi o patologii, tylko 25 z 69 (36,2%) wiązało ich występowanie ze znacznym stresem. Przeciwnie sytuacja wyglądała u kobiet przed menopauzą. U tych kobiet uczucia lęku oraz dyskomfortu związane z problemami seksualnymi były w większym stopniu ważne, dlatego też 20 z 31 (64,5%) z nich ujawniło wynik świadczący o patologii w skali stresu. Zaburzenia w zakresie podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji w związku oraz bólu związanego z aktywnością seksualną powodują silniejsze lęki wśród kobiet przed menopauzą. Niski poziom pożądania był jedynym wymiarem, który wydaje się bardziej niepokoić kobiety po menopauzie niż te przed menopauzą. Słaba korelacja pomiędzy stresem związanym z pogorszeniem seksualnym a funkcjami seksualnymi wśród kobiet po menopauzie może prowadzić do przypuszczenia, że wiele z nich próbuje dostosować się do hormonalnych i fizycznych zmian związanych z menopauzą oraz zdaje się akceptować pogorszenie się funkcji seksualnych. Może to mieć kilka przyczyn, takich jak dysfunkcja pomiędzy seksualnymi a reprodukcyjnymi funkcjami, społeczna i kulturowa akceptacja mniejszej aktywności seksualnej oraz mniejszej przyjemności z niej płynącej, częstsze dysfunkcje seksualne partnera, a także związane z wiekiem mniejsze docenianie własnego ciała [6].

Cel pracy

Analiza zaburzeń seksualnych i problemów osobistych u kobiet powyżej 45. r.ż.

Materiał i metody

Grupę badawczą stanowiło 60 kobiet, które zgłosiły się w 2009 r. do seksuologa z powodu swoich zaburzeń seksualnych lub też problemów osobistych. Czterdzieści trzy procent kobiet było w wieku 45–55 lat, 57% – w wieku 56–70 lat. Kobiety te stanowiły 7,6% całej populacji pacjentów zgłaszających się w tym czasie do seksuologa. Badanie odbywało się w Ogólnopolskiej Lekarskiej Przychodni Towarzystwa Rozwoju Rodziny mieszczącej się w Warszawie na Placu Trzech Krzyży 16.



Ryc. 5. Długość trwania związku (*n* = 43)

Podstawową metodą diagnostyczną, jaką zastosowano, był wywiad biograficzny.

Dodatkowo, w razie potrzeby, zostały zastosowane: badania laboratoryjne, wywiad od partnera, skale (Skala Mell-Krat dla kobiet, skala patologii seksualnej kobiet autorstwa prof. Lwa-Starowicza) i kwestionariusze (Inwentarz do Oceny Płci Psychologicznej autorstwa A. Kuczyńskiej, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI), metody projekcyjne (test rysunku, test zaczarowania autorstwa prof. Lwa-Starowicza).

Wyniki

Spośród wszystkich przyjętych przez lekarza w OLPTRR w 2009 r. pacjentów 7,6% stanowiły kobiety powyżej 45. r.ż.

Rycina 1. przedstawia rodzaje zaburzeń seksualnych, na które cierpiały kobiety powyżej 45. r.ż. Rycina 2.

ilustruje rodzaje zaburzeń seksualnych partnerów, które stały się przyczyną braku satysfakcji seksualnej u ich partnerek. Na rycinie 3. przedstawiono problemy osobiste kobiet będących w wieku okołomenopauzalnym. Rycina 4. obrazuje charakter związków, w jakich aktualnie znajdowały się kobiety przychodzące do lekarza seksuologa w 2009 r., a rycina 5. – długość trwania powyższych związków.

Omówienie

Do lekarza seksuologa z powodu zaburzeń seksualnych zgłosiło się 38,3% kobiet powyżej 45. r.ż.; 74% z nich cierpiało na hipolibidemię (nie odczuwały w ogóle chęci współżycia lub też odczuwały ją rzadziej niż wcześniej – przed 45. r.ż. codziennie lub kilka razy w tygodniu, a obecnie raz na 3–6 mies.), 13% odczuwało brak podniecenia seksualnego, 9% zgłosiło się z powodu anorgazmii, 4% – z powodu zespołu dezaprobaty płci (były już w trakcie leczenia).

Z następującymi problemami osobistymi borykało się 61,7% kobiet powyżej 45. r.ż.: 35% odczuwało brak satysfakcji seksualnej ze względu na zaburzenia seksualne partnera (przeważają zaburzenia erekcji), 35% kobiet podejrzewało swojego syna o orientację homoseksualną (z powodu ich zachowania się, ubioru, ludzi, którymi zaczęli się otaczać), 27% zgłosiło się z powodu romansu partnera (partnerzy się do tego przyznali), 3% zgłosiło się z powodu dziewictwa (było ono następstwem odczuwania bardzo silnych lęków przed stosunkiem seksualnym).

Z analizy historii chorób pacjentek powyżej 45. r.ż. wynika, że zdecydowana większość tych kobiet, bo 81%, żyje w związku małżeńskim, 12% z nich żyje w stałym związku nieformalnym, 3% deklaruje, że aktualnie nie jest w żadnym związku, 2% jest w separacji, 2% jest rozwiedziona. U 60% kobiet związek trwa od ponad 20 lat.

Wnioski

Z analizy pacjentek szukających pomocy u seksuologa wynika, że znacząca grupa kobiet (38,3%) cierpi na zaburzenia seksualne. Najczęściej zgłaszanym przez kobiety powyżej 45. r.ż. zaburzeniem seksualnym była hipolibidemia, a najczęstszym zgłaszanym przez nie problemem seksualnym był brak satysfakcji ze względu na zaburzenia seksualne partnera; 35% z nich miało problem z homoseksualną orientacją syna, 27% przeżywało romans partnera. Z wywiadów przeprowadzonych wśród partnerów ww. kobiet wynika, że zaburzenia seksualne nie są obce również im, bo aż 35% kobiet uskarżało się na brak satysfakcji seksualnej z ich powodu.

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z. Encyklopedia erotyki. Muza, Warszawa 2001.
2. Terapia zaburzeń seksualnych. Leiblum S, Rosen R (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
3. Meston CM, Hamilton LD, Harte CB. Sexual motivation in women as a function of age. J Sex Med 2009; 6: 3305-19.
4. Dundon CM, Rellini AH. More than sexual function: predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. J Sex Med 2010; 7: 896-904.
5. Carvalho J, Nobre P. Predictors of women's sexual desire: the role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. J Sex Med 2010; 7: 928-37.
6. Berra M, De Musso F, Matteucci C, et al. The impairment of sexual function is less distressing for menopausal than for premenopausal women. J Sex Med 2010; 7: 1209-15.