

# Zaburzenia pożądania u kobiet w okresie klimakterium w praktyce klinicznej

## *Hypoactive Sexual Desire Disorder among women in the climacteric period in clinical practice*

Anna Czyżkowska<sup>1</sup>, Marta Rawińska<sup>1</sup>, Zbigniew Lew-Starowicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Seksuologii i Psychoterapii Wydziału Psychologicznego Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie; kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz

<sup>2</sup>Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz

Przeгляд Menopauzalny 2011; 6: 448–453

### Streszczenie

Do typowych zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym zalicza się utratę lub brak potrzeb seksualnych, zaburzenia podniecenia seksualnego, brak reakcji seksualnej, zaburzenia orgazmu oraz bolesne stosunki. Jednym z najczęstszych zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie klimakterium są zaburzenia pożądania (*hypoactive sexual desire disorder* – HSDD). Etiopatogeneza zaburzeń pożądania zawiera trzy wymiary: biologiczny, poznawczy i motywacyjny. W niniejszej pracy opisany został także paradygmat ułatwiający diagnozowanie i leczenie zaburzeń pożądania w praktyce ogólnolekarskiej.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia pożądania, menopauza, pożądanie seksualne, popęd seksualny.

### Summary

Typical sexual disorders among women in the perimenopausal period include loss of sexual interest, sexual arousal disorders, loss of sexual reaction, orgasm disorders and pain during intercourse. One of the most frequent sexual disorders among women in the climacteric period is hypoactive sexual desire disorder. Pathophysiology of sexual desire disorders has three major dimensions: biologic, motivational, and cognitive. This paper describes also the paradigm that facilitates the diagnosis and treatment of HSDD in the health practitioner's practice.

**Key words:** sexual desire disorders, menopause, sexual desire, sexual drive.

### Wstęp

Okres klimakteryczny jest związany z szeregiem zaburzeń metabolicznych wynikających z procesu wygasania czynności endokrynej jajnika (niedobór estrogenów, zmniejszenie stężenia progesteronu, zmniejszenie stężenia inhibin, zwiększenie stężenia gonadotropin) [1]. Stan hormonalny kobiety w okresie klimakterium jest odpowiedzialny za szereg objawów klinicznych. Do wczesnych biologicznych manifestacji zalicza się objawy wypadowe, takie jak: uderzenia gorąca, bóle głowy, zlewne poty, zaburzenia snu, spadek libido, depresja, które w znaczący sposób pogarszają jakość życia kobiet w tym okresie. Do typowych zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym zalicza się utratę lub brak potrzeb seksualnych, zaburzenia podniecenia seksualnego, brak reakcji seksualnej, zaburzenia orgazmu oraz bolesne stosunki lub dyspareunię [2]. Za etiopatogenezę tych

zaburzeń uznaje się zmniejszenie stężenia hormonów, głównie estrogenów i androgenów. Zmniejszenie stężenia estrogenów powoduje spadek częstości współżycia, a brak testosteronu zmniejsza zainteresowanie seksem. Maleje przepływ krwi w pochwie i sromie, co jest przyczyną ograniczenia dopływu estrogenów, które podnoszą poziom stymulacji seksualnej oraz wilgotności pochwy i sromu. Jest to, w połączeniu z suchością pochwy i zanikiem organów płciowych, przyczyną dyskomfortu odczuwanego podczas stosunku. Zanikowe zapalenie pochwy powoduje m.in. podrażnienia, krwawienia z organów płciowych i bolesne owrzodzenia. Wiąże się to z mniejszą aktywnością seksualną, lękiem przed seksualnością oraz wiązaniem erotyzmu z negatywnymi odczuciami, co sprzyja pojawianiu się zaburzeń seksualnych. W badaniu Skrzypulec spadek częstości współżycia podawało 81% pacjentek w okresie okołomenopauzalnym [3]. Wśród

Adres do korespondencji:

Zbigniew Lew-Starowicz, Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa

przyczyn tego stanu były m.in.: spadek libido (36%), niechęć i wstręt do seksu (23,3%), brak pożądania w stosunku do partnera (25%), bolesność, suchość pochwy podczas stosunku (29,5%).

### Definicja zaburzeń pożądania

Zaburzenia pożądania (*hypoactive sexual desire disorder* – HSDD) to brak lub zmniejszone odczucia zainteresowania seksem, brak myśli i fantazji o tematyce seksualnej, brak reakcji pożądania także w odpowiedzi na bodźce seksualne, brak motywacji i dążenia do uzyskania odczuć seksualnego pobudzenia. Zmniejszone zainteresowanie seksem w przypadku HSDD nie wynika z typowego spadku pobudliwości związanego z długim stażem związku [4]. Skargi pacjentki na obniżone libido stają się znaczące klinicznie, gdy zaburzenie to utrudnia pacjentce funkcjonowanie i jest związane z jej dyskomfortem, cierpieniem.

Koncentrowanie się na seksualnych fantazjach/myślach i pożądaniu podkreśla znaczenie umysłowej aktywności poświęcanej antycypacji i fantazjowaniu na temat seksualnego zbliżenia. U kobiet taka aktywność jest typowa dla pierwszych miesięcy i lat związku. W stałym, długotrwałym związku wiele kobiet relacjonuje, że główną motywacją do uprawiania seksu jest potrzeba intymności, która może być wyzwalcaczem pobudzenia seksualnego w odpowiedzi na inicjatywę partnera.

Kryterium cierpienia (dystresu) zastosowane do zaburzeń pożądania oznacza, że to kobieta powinna być odpowiednio zmotywowana do poszukiwania leczenia, ponieważ sama odczuwa dyskomfort związany z tym problemem i zaburza to jej indywidualne funkcjonowanie. Jednakże w wyniku HSDD cierpią także relacje partnerskie i dyskomfort obojga partnerów oraz wtórne problemy partnerskie mogą wpływać na percepcję problemu i poziom motywacji do leczenia (mogą motywować zarówno zwiększać, jak i zmniejszać).

### Rozpowszechnienie

Dane populacyjne wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń pożądania wynosi 32% wśród kobiet w wieku 18–59 lat [5]. Badanie przeprowadzone w Europie w grupie 2467 kobiet wskazuje, że wśród kobiet w wieku 20–49 lat słabe pożądanie seksualne przejawia 16% kobiet, w tej samej grupie wiekowej wśród pacjentek, które miały chirurgiczną menopauzę, dotyczy to 29%. W grupie kobiet w wieku 50–70 lat (po fizjologicznej menopauzie) jest to 42%, w tym samym przedziale wiekowym, ale u kobiet po chirurgicznej menopauzie jest to aż 46% [6]. Liczba kobiet cierpiących z powodu utraty pożądania, a więc z rozpoznaniem HSDD wynosiła: 7% w grupie kobiet płodnych i 16% w grupie po chirurgicznej menopauzie (w wieku 20–49 lat), 9% w grupie

kobiet po menopauzie fizjologicznej i 12% po chirurgicznej menopauzie (w wieku 50–70 lat) [6]. Prawdopodobieństwo wystąpienia słabego pożądania seksualnego wzrasta wraz z wiekiem, a cierpienie związane z utratą pożądania jest ujemnie skorelowane z wiekiem [7].

Chirurgiczna menopauza, wywołana obustronną ooforektomią, wpływa negatywnie na popęd seksualny na skutek utraty estrogenów i androgenów produkowanych w jajnikach. Jajniki odpowiadają za ok. 50% całkowitego stężenia androgenów w okresie rozrodczym. W opisywanym badaniu okazało się, że u kobiet po chirurgicznej menopauzie istotnie częściej występowała hipolibidemia niż u tych przed okresem menopauzy czy w okresie fizjologicznej menopauzy [6]. Co więcej, pożądanie seksualne, pobudliwość seksualna, orgazm i doświadczanie seksualnej przyjemności były ze sobą skorelowane ( $p < 0,001$ ). Kobiety z rozpoznaniem HSDD częściej były nieusatysfakcjonowane ze swojego życia seksualnego i ze swojego związku niż kobiety o prawidłowym poziomie pożądania ( $p < 0,001$ ) [6].

W raporcie „Seksualność Polaków” w grupie 426 kobiet w wieku 15–75 lat hipolibidemia była najczęstszym problemem seksualnym i dotyczyła 25% respondentek [8]. W tym samym badaniu u kobiet w wieku menopauzalnym zmniejszenie potrzeb seksualnych ujawniło 38% badanych, brak *lubricatio* – 16%, brak orgazmu – 18%, pochwicę – 5%.

### Patofizjologia

Pożądanie seksualne, zainteresowanie seksem, opisywane także jako apetyt seksualny, popęd, impuls seksualny, odzwierciedla uczucie żądzy seksualnej, która motywuje człowieka do odbycia stosunku seksualnego i koncentruje uwagę danej osoby na tym celu. Zawiera w sobie trzy wymiary: biologiczny, motywacyjny i poznawczy.

### Wymiar biologiczny

Podstawowy instykt popędu seksualnego powstaje w obrębie układu limbicznego i węchomózgowia, obszarach hormonozależnych, ulegających różnym stanom psychiki, zależnych zwłaszcza od afektu. Dopamina jest głównym neurotransmiterem związanym z pożądaniem, endorfiny biorą udział z kolei w powstawaniu odczucia satysfakcji. Końcowe zachowanie seksualne odzwierciedla skomplikowaną sieć neurobiologicznych powiązań pomiędzy siłami napędu i hamowania. Hormony prawdopodobnie kontrolują intensywność libido i zachowań seksualnych, ale nie wpływają na ich kierunek, który z kolei zależy w większej mierze od czynników motywacyjnych, afektywnych i poznawczych.

Estrogeny odpowiadają za pojawienie się drugorzędnych cech płciowych oraz za funkcjonowanie sek-

sualne u kobiet (zarówno centralnie, jak i obwodowo), w tym za poziom zainteresowania seksem [9–11]. Estrogeny wpływają także na pobudliwość seksualną na poziomie ośrodkowego układu nerwowego (OUN), trudną do odróżnienia w badaniach od pożądania, ponieważ percepcja pożądania przejawia się od razu w aktywności neuronalnej rejestrowanej jako pobudzenie seksualne (na poziomie OUN) [12].

Odpowiednie stężenie androgenów także wpływa na zainteresowanie seksem – zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. To, czy estrogeny, czy androgeny są głównym modulatorem kobiecej seksualności, pozostaje nadal w obszarze kontrowersji [13]. Androgeny działają także w obrębie ciał jamistych u obu płci. Estrogeny i androgeny kształtują trofizm narządów zmysłów, które są seksualnym celem i seksualnymi wyznacznikami libido. Gdy wszystkie poziomy hormonów płciowych zostaną przeliczone na pg/ml, androgeny wydają się być dużo bardziej liczne w organizmie kobiety niż estrogeny [14]. Pomenopauzalny hormonozależny zanik narządów zmysłów może być istotnym i często ignorowanym czynnikiem wpływającym na utratę libido u starszejących się kobiet [15].

Prolaktyna, gdy jej stężenie jest większe od fizjologicznego, może hamować kaskadę elementów związanych z reakcjami seksualnymi – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Hipo- lub hiperfunkcjonowanie innych narządów endokrynnych (nadnercza, tarczyca) także może wpływać na pożądanie seksualne.

Oksytocyna jest uważana za najważniejszy czynnik neurochemiczny, który łączy ze sobą afektywną i erotyczną jakość libido, ale jej użyteczność kliniczna w diagnostyce i leczeniu kobiecych zaburzeń seksualnych nie została jeszcze dostatecznie poznana.

Nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych może brać udział w powstawaniu zaburzeń seksualnych, a ich rola powinna zostać szerzej zbadana. Narkotyki mogą hamować lub pobudzać pożądanie seksualne [16]. Poniżej opisano wpływ poszczególnych substancji na poziom lęku i libido (tab. I).

Jakość zdrowia i dobrego samopoczucia lub dotkliwość chorób silnie wpływają na poziom energii i witalności, która jest źródłem intensywności popędu seksualnego [17]. Także inne zaburzenia seksualne mogą wtórnie wywołać spadek libido oraz wzrost frustracji i brak satysfakcji. Współwystępowanie różnych zaburzeń seksualnych u kobiet jest częstym zjawiskiem, któremu warto poświęcać uwagę w trakcie procesu diagnostyki pacjentki.

### Wymiar motywacyjny

Afekt oraz potrzeba intymności to czynniki, które zwłaszcza w przypadku kobiet są istotne i mogą znacząco wpływać na ich popęd seksualny. W obrębie gatunku ludzkiego motywacja do realizowania potrzeby

seksualnej może być zarówno biologiczna (związana z podstawowym celem – prokreacją), jak i związana z seksem postrzeganym rekreacyjnie, w którym celem jest dążenie do przyjemności. Istnieje też motywacja do instrumentalnego seksu, gdzie seks jest postrzegany jako środek konieczny do osiągnięcia jakiegoś dalszego celu i korzyści.

### Wymiar poznawczy

W ostatnich latach badania nad pożądaniem seksualnym obejmują zarówno biologiczne czynniki (endokrynne, jak i neurochemiczne), czynniki motywacyjne, jak i relacyjne, związane z podatnością libido na wpływ elementów osobowościowych oraz zależnych od kontekstu. Podłużne badanie populacyjne pokazało, że czynniki związane z partnerem (uczucia względem partnera, chęć pozyskania partnera) mają większy wpływ na pożądanie seksualne niż stężenie hormonów [11].

Tab. I. Wpływ poszczególnych substancji na poziom lęku oraz libido

Substancje	Lęk	Libido	
		mężczyźni	kobiety
kofeina	↑↑	?	?
cardiamidum	↑↑	?	?
strychnina	↑	0	0
żeń-szeń	0	0	0
wino czerwone wytrawne	↓↓	↑	↑
wino słodkie	↓	0	0
wino białe wytrawne	↓↓	0	0
wino owocowe	↓	↓	↓
piwo	0	↓↓	0
miód pitny	↓	↓	↓
koniak	↓	↑	↑
szampan	↓	↑	↑
wódka	↓	↓↓↓	↓
whisky	↓	0	0
likieri	0	0	0
amfetamina	↑↑	↑	↑
marihuana	↑	↓↓	↓
kokaina	↑	↓↓↓	↓
heroina	↑	↓↓↓	↓↓
LSD	↑	↓↓↓	↓↓
opiaty	↑	↓↓↓	↓↓
kawa	↑↑	↓↓	0
herbata	↑	?	?
czekolada	0	↑	0
coca-cola	0	↑	0

LSD – dietyloamid kwasu D-lizergowego (niem. Lysergsäurediethylamid); 0 – brak wpływu; ? – wpływ nieznan; ↑ – podwyższa, ↓ – obniża.

## Tło kliniczne

Utrata pożądania seksualnego jest uwarunkowana wieloczynnikowo – czynniki biologiczne, motywacyjno-emocjonalne i poznawcze nakładają się z procesem starzenia się oraz procesem menopauzy, prowadząc do postępującego spadku libido [6, 7, 10, 18]. Istnieje pewien zestaw przydatnych pytań pozwalających klinicyście lepiej poznać etiologię zgłaszanego problemu, biorąc pod uwagę także współwystępowanie innych zaburzeń seksualnych. Poniżej opisany paradygmat służy do diagnozowania różnych zaburzeń seksualnych w praktyce ogólnolekarskiej.

### Kiedy zauważyła pani opisywany problem? Czy był on obecny od początku pani życia seksualnego?

- Jeśli odpowiedź jest twierdząca (co zdarza się średnio u 22–28% kobiet), należy najpierw sprawdzić uwarunkowania psychoseksualne, a hormonalne tylko, gdy jest to wskazane klinicznie.
- Jeśli odpowiedź jest przecząca i objawy pojawiły się niedawno, należy spytać, co – zdaniem pacjentki – mogło wywołać ten problem.

### Jeśli problemy pojawiły się niedawno, czy zainteresowanie seksem słabło w wolnym tempie?

- Jeśli odpowiedź jest twierdząca, należy sprawdzić problemy w relacji lub brak satysfakcji z życia seksualnego, problemy seksualne i zdrowotne partnera pacjentki, stres w pracy, problemy wychowawcze z dziećmi lub bliskimi krewnymi, chroniczne choroby somatyczne, menopauzę itp.
- Jeśli odpowiedź jest przecząca i popęd seksualny zanikł w sposób nagły, należy sprawdzić, czy stało się tak na skutek hormonalnych konsekwencji zabiegów chirurgicznych (np. obustronnej oofrektomii), używanych leków (np. antydepresyjnych), problemów w związku (np. odkrycie romansu partnera, ostry kryzys małżeński).

### Czy utrata pożądania ogranicza się do osoby partnera i/lub do kontekstu sytuacyjnego?

- Jeśli odpowiedź jest twierdząca, należy sprawdzić opisywane przez pacjentkę czynniki związane z relacją i kontekstem.
- Jeśli odpowiedź jest przecząca i utrata pożądania jest obecna w każdej sytuacji i z różnymi partnerami (zgeneralizowana utrata popędu), należy sprawdzić indywidualne czynniki psychoseksualne i biologiczne.

### Jaka była przeciętna częstotliwość aktywności seksualnej (w wymiarze tygodniowym lub miesięcznym) w ciągu ostatnich 6 miesięcy, włączając w to autostymulację oraz kontakty z partnerem?

- Jeśli pacjentka relacjonuje, że aktywność seksualna odbywała się regularnie, należy spytać, czy była z tej aktywności zadowolona i pobudzona w jej wyniku oraz czy wystąpił orgazm. Jeśli odpowiedź jest twierdząca, to relacjonowany problem jest wywołany prawdopodobnie naturalnym spadkiem poziomu po-

żądania w stałym związku. W stałym długotrwałym związku kobieta często współżyje, aby zaspokoić potrzebę intymności – nawet w obliczu braku wysokiego poziomu pożądania.

### Jeśli zachowana jest aktywność seksualna, czy pani partner doświadcza niskiego poziomu libido lub innych problemów seksualnych?

- Jeśli odpowiedź jest twierdząca, partner może być osobą indukującą objaw, a kobieta w reakcji na problemy partnera doświadcza objawu. Zaburzenia seksualne u mężczyzny mogą wywołać brak zainteresowania seksem także u kobiety. Jeśli tak jest w danym przypadku, to mężczyzna może potrzebować fachowej pomocy. Ewentualnie obydwójce mogą być włączeni w terapię i leczenie zaburzeń seksualnych (zgodnie z podejściem systemowego rozumienia objawu).
- Jeśli odpowiedź jest przecząca, należy spytać, jak pacjentka rozumie i wyjaśnia brak kontaktów seksualnych ze strony jej i partnera.

### Czy ma pani sny i fantazje o treści erotycznej?

- Jeśli odpowiedź jest twierdząca, to zazwyczaj wskazuje na prawidłowy profil hormonalny oraz zachowane prawidłowe funkcjonowanie seksualne w obrębie aktywności psychicznej. Zatem powinien zostać zbadany aspekt motywacyjny, utrata zainteresowania seksem może być związana z czynnikami relacyjnymi i/lub innymi problemami natury psychologicznej.
- Jeśli odpowiedź jest przecząca, to sugeruje, że zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne mogą brać udział (np. depresja).

### Czy doświadcza pani innych problemów seksualnych, takich jak suchość w obrębie pochwy, kłopoty z lubrykacją pochwy, zaburzenia orgazmu? Czy odczuwa pani ból w trakcie stosunku? (W przypadku współwystępowalności innych zaburzeń seksualnych zrozumienie, które zaburzenie jest głównym jest kluczem do właściwego leczenia).

- Jeśli żadne inne zaburzenie seksualne nie występuje u pacjentki, zaburzenia endokrynologiczne, naczyniowe, neurologiczne mogą zostać wykluczone (choć uważne badanie fizykalne jest zawsze zalecane).

### Czy uprawia pani zachowania autoerotyczne i czy zakończzone one są orgazmem?

- Jeśli odpowiedź jest twierdząca, to wskazuje na prawidłowe libido, pozytywny obraz swojego ciała i brak zahamowania seksualnego. Utrata libido mogła nastąpić wtórnie wskutek problemów w relacji partnerskiej lub niemożności do odbycia stosunku w wyniku zaburzeń u partnera.
- Jeśli odpowiedź jest przecząca, zakładając, że system wartości pacjentki nie pozwala na masturbację, głównymi czynnikami obniżającymi pożądanie mogą być: zahamowanie seksualne, rozterki natury religijnej, poczucie winy, negatywny obraz ciała, niska samoocena, brak pewności siebie.



**Czy stosunek seksualny sprawia pani przyjemność?**

- Jeśli odpowiedź jest twierdząca, to wskazuje na prawidłowe reagowanie na bodźce seksualne.
- Jeśli odpowiedź jest przecząca i kobieta preferuje inne aktywności seksualne niż stosunek, należy sprawdzić dwie możliwości: awersję seksualną/fobię seksualną i/lub zaburzenia bólowe związane ze stosunkiem, które mogą wywołać wtórnie utratę libido. Bywa, że problemy bólowe pojawiły się na wiele lat przed tym, jak pacjentka trafiła na konsultację i nie wiąże ona ich z obecnymi problemami z libido, nie zdając sobie sprawy, że to one leżą u podłoża jej obecnego stanu. Uważny diagnosta musi uporządkować zaburzenia pacjenta wedle kolejności etiologicznej. Niektóre kobiety preferują inne niż stosunek aktywności seksualne. Niektóre z tych kobiet mogą mieć preferencje homoseksualne.

**Co sprawiło, że uświadomiła pani sobie, że ma pani problemy z pożądaniem seksualnym i zaczęła pani z tego powodu szukać pomocy (np. poziom frustracji, który był nie do zniesienia, strach przed utratą partnera, narzekanie partnera, nagła nadzieja na możliwość wyleczenia)?**

- Ostatnie pytanie pokazuje klinicyście, co jest prawdziwą motywacją pacjentki do leczenia.

**Ocena kliniczna**

Jeśli ocena stanu pacjentki sugeruje możliwą etiologię biologiczną, lekarz powinien ocenić:

- stężenie hormonów u pacjentki: całkowitego i wolnego testosteronu, dehydroepiandrosteronu (DHEA), prolaktyny, 17 $\beta$ -estradiolu, białka wiążącego hormony płciowe (*sex hormone binding globulin* – SHBG), w próbce pobranej 5. lub 6. dnia cyklu u kobiet płodnych; tyreotropiny (TSH), gdy są ku temu wskazania;
- badanie dna miednicy – w dokładnym badaniu ginekologicznym, zwłaszcza w przypadkach, gdy pacjentka relacjonuje dodatkowo problemy z pobudliwością, orgazmem i/lub problemy związane z bólem podczas stosunku;
- czynniki psychoseksualne i stan emocjonalny – lekarz powinien pobieżnie spytać o te kwestie, a jeśli to konieczne, zwrócić się do seksuologa lub psychologa po konsultację.

**Leczenie**

Zaburzenia pożądania mają najniższy wskaźnik wyleczenia spośród wszystkich zaburzeń seksualnych. Odpowiedzialne za to mogą być takie czynniki, jak: złożona etiologia, wpływ czynników relacji partnerskiej, niska motywacja do poprawy relacji seksualnych z danym partnerem. Najlepsze wyniki osiąga się u wysoce zmotywowanych pacjentek, zwłaszcza gdy etiologię

stanowią zaburzenia hormonalne w wyniku menopauzy. W tym przypadku prawidłowa terapia hormonalna może pomóc w odzyskaniu libido oraz satysfakcjonującej reaktywności seksualnej.

Opierając się na opisanej wyżej złożonej diagnozie etiologii tego zaburzenia, leczenie, jakie należy wdrożyć, może być biologiczne (somatyczne) i/lub psychologiczne (z włączeniem terapii pary, gdy to konieczne). Wskazane mogą być (często we współpracy z innymi specjalistami):

- terapia hormonalna (z włączeniem androgenów, jeżeli jest to wskazane);
  - farmakologiczne zmniejszenie prolaktyny (jeżeli zdiagnozowano hiperprolaktynemię);
  - tyroksyna (gdy zdiagnozowano niedoczynność tarczycy);
  - niskie dawki leków antydepresyjnych, gdy współwystępują zaburzenia nastroju (w badaniach najlepsze rezultaty zdaje się dawać bupropion [16]);
  - lepsza kontrola glikemiczna u kobiet chorych na cukrzycę;
  - ewentualna zmiana leków mogących wpływać negatywnie na libido (takich jak lewosulpiryd powodujący hiperprolaktynemię);
  - zmiana stylu życia: zminimalizowanie palenia papierosów i spożywania alkoholu, kontrola wagi ciała, regularne ćwiczenia fizyczne dla poprawy obrazu własnego ciała i nastroju, urozmaicona dieta, prawidłowa ilość snu;
  - właściwa opieka medyczna dla pacjentów cierpiących na utrzymujące się niskie pożądanie w wyniku poważnej choroby przewlekłej;
  - leczenie każdego współwystępującego zaburzenia, zwłaszcza awersji seksualnej, pochwicy i/lub dyspareunii oraz zaburzeń orgazmu, ponieważ te zaburzenia, jeśli nie będą prawidłowo leczone, są odpowiedzialne za niską motywację lub całkowity brak motywacji do kontaktów seksualnych.
- Możliwe inne konsultacje:
- z urologiem/andrologiem, jeśli utrata pożądania nastąpiła wskutek zaburzeń seksualnych mężczyzny;
  - z terapeutą małżeńskim, jeśli zaburzenia pożądania wynikają z problemów w relacji;
  - z psychiatrą: 1) jeśli obniżenie libido nastąpiło wskutek traumy (np. bycie ofiarą nadużycia seksualnego lub nagła utrata rodzica); kobiety mające psychiczne trudności z intymnością i seksualnością wymagają psychoterapii; 2) jeśli u źródeł niskiego libido leży zaburzenie psychiczne, takie jak depresja czy zaburzenia lękowe.

**Piśmiennictwo**

1. Skatba P. Przekwitanie (klimakterium). W: Skatba P. Endokrynologia ginekologiczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 303.
2. Moyer P. Female sexual dysfunctions. Diverse types, causes and therapies. Financial Times, Healthcare, London 1998.

3. Skrzypulec V, Drosdzol A, Ferensowicz J, Nowosielski K. Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Gin Prakt* 2003; 11: 26-34.
4. Basson R, Althof S, Davis S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2004; 1: 24-39.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
6. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med* 2006; 3: 212-22.
7. 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.
8. Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z. Seksualność Polek. Raport Seksualność Polaków 2002. *Przeł Menopauz* 2002; 4: 64-73.
9. Dennerstein L, Burrows GD, Wood C, Hyman G. Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 316-22.
10. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, et al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002; 77 (Suppl 4): S42-8.
11. Dennerstein L, Lehert 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.
12. Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004; 30: 173-83.
13. Wallen K. Sex and context: hormones and primate sexual motivation. *Horm Behav* 2001; 40: 339-57.
14. Lobo RA (ed.). *Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspects*. Lippincott Williams & Wilkins, New York 1999.
15. Graziottin A. Libido: the biologic scenario. *Maturitas* 2000; 34 (Suppl 1): S9-16.
16. Segraves RT, Balon R. *Sexual Pharmacology Fast Facts*. Norton & Co, New York 2003.
17. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Guthrie J. Sexuality. *Am J Med* 2005; 118 (Suppl 12B): 59S-63S.
18. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001; 76: 456-60.