

Problemy seksualne kobiet w okresie klimakterium w praktyce klinicznej

Sexual problems among women in the climacteric period in clinical practice

Violetta Skrzypulec, Agnieszka Droszól, Robert Kowalczyk, Krzysztof Nowosielski, Aneta Walaszek, Bogusława Piel, Wioletta Rozmus-Warcholińska

Okresowi perimenopauzalnemu często towarzyszą objawy związane z zaburzeniem stanu psychicznego i aktywności seksualnej kobiet. Za prawidłową reakcją seksualną odpowiedzialne jest współdziałanie hormonów: estrogenów, progesteronu oraz testosteronu. W prawidłowej odpowiedzi seksualnej kobiety wyodrębniono 3 fazy: podniecenia, orgazmu oraz ustępowania podniecenia. W organizmie dojrzałej kobiety po 40. roku życia obserwuje się fizjologiczne zmiany ogólnoustrojowe, które mogą negatywnie wpływać na seksualność poprzez zmianę dotychczasowych doznań natury intymnej. Za etiopatogenezę zaburzeń seksualnych w okresie okołomenopauzalnym uznaje się spadek poziomu hormonów, głównie estrogenów i androgenów, przewlekłe choroby ogólnoustrojowe, schorzenia uroginekologiczne, neurologiczne, jak i zażywane leki. Zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), do typowych zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie perimenopauzalnym zalicza się zaburzenia pożądania seksualnego, podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu oraz zaburzenia seksualne związane z bólem. W zakres prawidłowo przeprowadzonej diagnostyki dysfunkcji seksualnych wchodzi badanie podmiotowe (wywiad), przedmiotowe pacjentki (fizykalne i ginekologiczne) oraz badania dodatkowe. Zgodnie ze standardami Kanadyjskiego Towarzystwa Menopauzy, w leczeniu zaburzeń seksualnych stosuje się metody hormonalne i niehormonalne. Do farmakoterapii hormonalnej zalicza się hormonalną terapię zastępczą oraz hormonalną terapię zastępczą ze wstawką androgenną. Leczenie niehormonalne stanowią: małe dawki leków przeciwdepresyjnych, selektywne inhibitory wychwyty serotoniny, utrzymywanie regularnej aktywności seksualnej, metody treningowe – masturbacyjne oraz psychoterapię indywidualną, partnerską, grupową.

Słowa kluczowe: menopauza, zaburzenia seksualne, dyspareunia, hormonalna terapia zastępcza

(Przegląd Menopauzalny 2004; 3: 16–23)

Okres klimakterium będzie stanowić problem cywilizacyjny w XXI wieku, gdyż ok. 1/3 kobiet zamieszkujących kraje wysoko rozwinięte jest w wieku pomenopauzalnym, a każda kobieta ponad 1/3 życia przeżywa po okresie menopauzy. Przekwitanie u kobiet ogniskuje wiele niekorzystnych zjawisk psychologicznych, so-

cjospołecznych i biologicznych. Te 3 grupy czynników są w różnym stopniu odpowiedzialne za gorsze funkcjonowanie psychospołeczne kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz za znaczny wzrost zaburzeń psychologicznych w tym okresie życia. Podejście dojrzałych kobiet do zagadnień dotyczących funkcji płcio-

Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej;
kierownik Katedry: prof. ŚAM dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec



wych zależy od zmiany ich ogólnego stanu zdrowia w trakcie klimakterium, stanu zdrowia partnera czy pojawienia się nowego partnera, a także czynników kulturowych, społecznych i religijnych [1, 2].

Musiły minąć całe dekady, aby kultura Zachodu zaakceptowała pogląd, że kobiety zasługują na szacunek. Pod koniec XIX wieku w prawodawstwie europejskim pojawiły się po raz pierwszy gwarancje praw obywatelskich dla kobiet. Współczesne prądy intelektualne dążą do całkowitego zrównania płci, zarówno w sferze prawnej, jak i seksualnej [3]. Jak napisała Reay Tannahil w książce *Historia seksu: Gdy wyzwolona kobieta ogłosiła deklarację swojej niepodległości seksualnej, świat doznał szoku. Było to (...) najbardziej rewolucyjne wyzwanie rzucone nawykom i postawom kształtowanym przez 5 tysięcy lat* [3]. W takiej atmosferze próba głoszenia, iż kobiety w okresie klimakterium mają prawo do satysfakcjonującego życia seksualnego musi budzić mieszane nastroje, gdyż poza uznaniem prawa do realizacji swojej seksualności przez kobiety, narusza lansowaną przez masową kulturę normę, iż prawo do seksu mają wyłącznie ludzie młodzi. W artykule postaramy się bez fałszywej pruderii przybliżyć problemy seksualne dojrzałych kobiet, z którymi spotkaliśmy się w praktyce klinicznej. Analizując seksualność kobiet w okresie klimakterium, należy przybliżyć definicję zdrowia seksualnego. WHO definiuje je jako połączenie fizycznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów danej osoby poprzez pozytywne wzmacnianie zachowań, które rozwijają osobowość, porozumienie i miłość. Zaburzenia seksualne mogą być zdefiniowane jako utrzymujące się niedostosowanie prawidłowych i typowych wzorców zachowań lub reakcji seksualnych [4].

Prawidłowa reakcja seksualna

W prawidłowej odpowiedzi seksualnej kobiety wyodrębniono 3 fazy: podniecenia (przekrwienie naczyń nioruchowe i miotonia), *plateau* i orgazmu oraz fazę ustępowania podniecenia (model Kaplana) [5]. Za prawidłową reakcją seksualną odpowiedzialne jest współdziałanie hormonów: estrogenów, progesteronu oraz testosteronu, które aktywując syntazę NO (NOS) i zwiększając syntezę NO, pobudzają wewnątrzkomórkową kaskadę zmian, co daje w konsekwencji zwiotczenie mięśni gładkich naczyń krwionośnych i zwiększenie przepływu krwi przez łechtaczkę. Znamienne rolę w regulacji odpowiedzi seksualnej odgrywają androgeny, a głównie testosteron. Fizjologicznemu wzrostowi popędu płciowego u kobiet w okresie okołouwulacyjnym towarzyszy wzrost stężenia testosteronu i androstendionu w surowicy. Testosteron wywiera działanie ośrodkowe poprzez modulację równowagi układu serotonergicznego i dopaminergicznego w podwzgórze, układzie limbicznym i obszarze przedwzrokowym.

Ponadto, działa obwodowo poprzez receptory androgenowe (RA) zlokalizowane w proksymalnej i dystalnej części pochwy. Wykazano, iż najlepsze efekty w leczeniu zaburzeń seksualnych (zwiększenie popędu płciowego) u kobiet po przebyciu obustronnej owarektomii uzyskuje się, stosując hormonalną terapię zastępczą z wkładką androgeną (wzrost aktywności RA zarówno w części proksymalnej i dystalnej pochwy). Androgeny działają miejscowo w tkankach pochwy, zwiększając ekspresję mRNA NOS, aktywując układ niecholinergiczno-nieadrenergiczny, a powyższy efekt jest potęgowany przez estrogeny [6]. W przypadku niedoboru androgenów u kobiet pojawia się zespół objawów, który został sklasyfikowany jako zespół niedoboru androgenów u kobiet (*Androgen Deficiency Syndrome*). Do osiowych objawów zalicza się spadek pożądania seksualnego, czucia w okolicy łechtaczki i brodawek sutkowych, spadek napięcia mięśniowego oraz witalności, samopoczucia, scieńczenie i utratę owłosienia łonowego, jak również problemy z osiągnięciem orgazmu [7].

Zmiany fizjologii seksualnej kobiet w okresie okołomenopauzalnym

W organizmie dojrzałej kobiety po 40. roku życia obserwuje się fizjologiczne zmiany ogólnoustrojowe, które mogą negatywnie wpływać na seksualność poprzez zmianę dotychczasowych doznań natury intymnej. Ujawniają się zmniejszenie przekrwienia piersi i skóry w czasie podniecenia, jak i zmniejszenie nabrzmienia łechtaczki i zdolności podnoszenia warg sromowych. Wymiar podłużny i poprzeczny pochwy ulega redukcji, opóźnia się *lubricatio*, trzon i szyjka macicy kurczą się oraz następuje obniżenie czucia w strefach erogennych i skrócenie fazy orgazmu [1, 2]. Starzejąca się kobieta przeżywa kryzys egzystencjalny, a wiele czynników natury psychospołecznej, jak poczucie starzenia się, negatywny wizerunek własnego ciała, utrata atrakcyjności mogą wpływać na zachowania seksualne. Pojawiające się problemy powodują ucieczkę w świat wspomnień, romansowych lektur, pracoholizm lub wyłania się obraz depresji inwolucyjnej. Kobieta dokonuje idealizacji obecnego związku lub poszukuje idealnego partnera, by realizować nowe potrzeby. W praktyce klinicznej spotykamy *zespół wdowy*, który dotyczy kobiet z dłuższą przerwą w aktywności seksualnej i głównie objawia się jako dyspareunia lub zaburzenia czucia [1, 2, 4, 8, 9].

Etiopatogeneza zaburzeń seksualnych

Za etiopatogenezę zaburzeń seksualnych w okresie okołomenopauzalnym uznaje się spadek poziomu hormonów, głównie estrogenów i androgenów. Spadek estrogenów powoduje zmniejszenie częstości współżycia,



a brak testosteronu zmniejsza zainteresowanie seksem. Obniżenie stężenia testosteronu powoduje spadek NO, oksytocyny i dopaminy, brak progesteronu redukuje przekazywanie w układzie GABA-ergicznym. W konsekwencji obniża się motywacja seksualna i odpowiedź seksualna ulega zaburzeniu [6]. 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. Wykazano znamiennej korelację pomiędzy występowaniem suchości pochwy a miejscowym stężeniem estrogenów w pochwie mniejszym od 50 pg/ml [10]. Hipoestrogenizm powoduje wzrost pH w pochwie, co z kolei sprzyja infekcjom bakteryjnym i grzybiczym (*Gardnerella vaginalis*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*, *Candida* spp.) [11, 12]. Zanikowe zapalenie pochwy powoduje, m.in. podrażnienia, krwawienia z organów płciowych i bolesne owrzodzenia. Pomimo iż estrogenowa terapia zastępcza przywraca prawidłową czynność błony śluzowej pochwy, poprawia ukrwienie, to jednak zupełnie nie gwarantuje prawidłowego funkcjonowania płciowego po menopauzie. Wiąże się to z niższą aktywnością seksualną, lękiem przed seksualnością oraz wiązaniem erotyzmu z negatywnymi odczuciami, co sprzyja pojawianiu się zaburzeń seksualnych. Ponadto kobiety w okresie klimakterium chorują na schorzenia ogólnoustrojowe, jak i narażone są na inne czynniki, które niejednokrotnie wywołują lub nasilają pojawiające się dysfunkcje seksualne. Poszukując przyczyny tych zaburzeń, należy wykluczyć schorzenia uroginekologiczne, takie jak nietrzymanie moczu, zapalenie dolnych odcinków dróg moczowych, zapalenie narządów miednicy mniejszej, choroby przenoszone drogą płciową (STD), zespoły bólowe miednicy mniejszej. W przypadku nietrzymania moczu pojawia się objaw oddawania moczu w trakcie współżycia (orgazm moczowy), który zniechęca do współżycia i obniża poczucie atrakcyjności w roli kobiecej [13]. Zaburzenia neurologiczne mogą również zaburzać prawidłowe funkcjonowanie seksualne. Uszkodzenie rdzenia kręgowego poniżej poziomu Th1 może prowadzić do anorgazmii. Wywiad lekarski powinien wykluczać w głównej mierze takie schorzenia, jak urazy głowy, padaczkę, chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane. Przewlekłe choroby ogólnoustrojowe, jak cukrzyca, choroby serca, otyłość, hiperlipidemia (impotencja naczyniopochodna), zaburzenia czynności hormonalnej tarczycy są również istotnym czynnikiem ryzyka dysfunkcji seksualnych [14]. Nie bez znaczenia pozostaje styl życia pacjentki (palenie tytoniu, spożycie alkoholu, narażenie na toksyny, aktywność fizyczna), zażywane leki (w szczególności benzodiazepiny, przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, diuretyki i przeciwhistaminowe) [1, 2], relacje partnerskie (zaburzenia seksualne partnera) i czynniki natury psychologicznej (depresja,

zmęczenie, niedobór snu, stres, brak edukacji seksualnej, negatywny obraz ciała, rygorystyczny i obyczajowy). Uważa się, iż aktywności seksualnej w okresie okołomenopauzalnym sprzyjają udany związek małżeński, atrakcyjność partnera, wysoki poziom uświadomienia seksualnego, dobra wyobraźnia seksualna oraz niski poziom lęku [15]. Warto zwrócić uwagę na grupę pacjentek po operacji ginekologicznej. Obserwuje się u nich wybitne nasilenie zaburzeń sfery seksualnej. Wynika to nie tylko z niedomogi hormonalnej spowodowanej chirurgiczną menopauzą, ale również z zaburzeń statyki narządu rodowego, które prowadzą do skrócenia pochwy, powstania wewnętrznych blizn. Konsekwencją jest zmniejszenie przekrwienia i obrzmienia pochwy oraz brak skurczu macicy w trakcie stymulacji. Sugeruje się, iż nadpochwowa resekcja macicy pozwoliłaby na lepsze zachowanie funkcji seksualnych [16].

Podział zaburzeń seksualnych

Zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), do typowych zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie perimenopauzalnym zalicza się zaburzenia lub brak pożądania seksualnego, zaburzenia podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu oraz zaburzenia seksualne związane z bólem (dyspareunia) [13, 17]. Z raportów socjoseksuologicznych wynika, że w wieku pomenopauzalnym obniżenie libido dotyczy 94%, aktywności seksualnej 88%, dyspareunia 39%, natomiast utrata satysfakcji z kontaktów intymnych aż 100% badanych kobiet [12]. Zaburzenia pożądania seksualnego dotyczą obniżonego popędu płciowego (30–50%) – określane są jako trwałe lub nawracające braki fantazji seksualnych i pragnienia aktywności seksualnej oraz dotyczą awersji seksualnych (np. awersja na nasienie) i definiowane są jako utrwalaona lub nawracająca niechęć i unikanie kontaktu płciowego z partnerem seksualnym. Pojawiają się w wyniku dysregulacji układu dopaminergicznego (ośrodek pobudzenia) i serotonergicznego (ośrodek hamowania) w ośrodkowym układzie nerwowym. Za utrzymanie harmonii tych ośrodków jest odpowiedzialny testosteron [6, 7]. Zaburzenia fazy podniecenia definiujemy jako częściowy lub całkowity brak fizycznych objawów podniecenia. W prawidłowo przebiegającej fazie podniecenia dochodzi do aktywacji układu przywspółczulnego, który powoduje rozszerzenie tętniczek okołopochwowych i zwiększenie przekroju tętniczkowej. Za zaburzenia tej fazy w głównej mierze odpowiedzialny jest hipoestrogenizm, który powoduje zmniejszenie przesiąknięcia i rozpułchnienia górnej połowy pochwy [1, 2]. Zaburzenia orgazmu, czyli utrzymujące się lub nawracające trudności, opóźnienie lub niemożność osiągnięcia orgazmu w wyniku wystarczającej stymulacji seksualnej występują u 10% kobiet przez całe życie, a w 50% stano-



wią problemy przejściowe lub sytuacyjne. Wśród zaburzeń seksualnych związanych z bólem wyróżnia się dyspareunię i pochwicę. Dyspareunia, czyli nawracający ból narządów płciowych przed, w trakcie, czy po stosunku, dotyczy 10–15% młodych, aktywnych seksualnie kobiet oraz 39% kobiet po menopauzie [12]. Zgodnie z wytycznymi *American Urological Association*, dyspareunia została podzielona ze względu na lokalizację na powierzchowną, środkowopochwową i głęboką oraz ze względu na etiopatogenezę i występowanie na 3 typy: typ A – utrwalona, typ B – sytuacyjna i typ C – organiczna, o nieznanym przyczynie lub psychogenna [12, 13]. Pochwica jest definiowana jako nawracający lub utrzymujący się mimowolny skurcz mięśni zewnętrznej 1/3 części pochwy utrudniający penetrację [13, 17].

Diagnostyka dysfunkcji seksualnych

Przedstawione wyżej problemy seksuologiczne okresu przekwitania skłaniają kobiety do poszukiwania pomocy medycznej u lekarzy ginekologów. Lekarz ginekolog odgrywa niezmiernie ważną rolę w zakresie trafnej i wczesnej diagnostyki zaburzeń seksualnych pacjentek, oceny dynamiki ich przebiegu oraz profilaktyki. W zakresie prawidłowo przeprowadzonej diagnostyki wchodzi badanie podmiotowe (wywiad), przedmiotowe pacjentki (fizykalne i ginekologiczne) oraz badania dodatkowe. Wywiad lekarski powinien dostarczać istotnych informacji, dotyczących schorzeń ogólnoustrojowych, przebytych chorób, operacji, stosowanych leków. Następnie precyzyjnie zebrany wywiad ginekologiczny powinien być poszerzony o aspekty psychologiczne (wykorzystywanie seksualne, kazirodztwo, gwałt, przymuszanie do współżycia, depresja, lęk). Pomocniczym narzędziem badawczym są specyficzne inwentarze samooceny – skale samooceny, które pomagają w rozpoznaniu patologii seksualnej (*Sexual Function Inventory for Women* – SFIW, *Sexual Function Scale* – SFS, *Index of Sexual Satisfaction* – ISS, *Female Sex Functioning Index* – FSFI, *Body Satisfaction Scale* – BSS, *Impact of Female Sexual Dysfunction*) [18–20]. Kolejnym etapem diagnostycznym jest całościowe badanie przedmiotowe łącznie z badaniem ginekologicznym. W dwuręcznym badaniu ginekologicznym należy w głównej mierze ocenić: przedsionek pochwy (ze szczególnym uwzględnieniem zmian zanikowych, zapalnych), wędzidełko tylne (jego podrażnienie, wzmożone napięcie – odpowiedzialne za występowanie pochwy). Ponadto należy zbadać palpacyjnie okolice gruczołu Bartholina, cewki moczowej, pęcherza moczowego, odbytu, żeby wyeliminować opory patologiczne. Powinna być również oceniona ruchomość szyjki macicy i jej stopień tkliwości podczas badania. Należy także zwrócić uwagę na bolesność mięśnia dźwigacza odbytu (jego części boczno-tylnej) w trakcie palpacji, stopień obniżenia narządu rodowego, obecność blizn,

związków, zrostów pooperacyjnych lub popromiennych w okolicy krocza i kikutu pochwy.

Proponowany zakres badań dodatkowych powinien być ustalony na podstawie wcześniejszego wywiadu i badania przedmiotowego i powinien obejmować: badanie gruczołów piersiowych, mammografię, USG głowicą dopochwową, badanie cytologiczne, wymaz z kanału szyjki, badania hormonalne (estrogeny, progesteron, FSH, LH, PRL, TSH i ewentualnie testosteron), jak również morfologię krwi obwodowej, OB, hemoglobinę A1C, obecność toksyn we krwi (Pb, Hg) oraz analizę moczu [14].

Leczenie dysfunkcji seksualnych

Wybór metody leczenia zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym powinien uwzględniać etiopatogenezę i stopień nasilenia dysfunkcji, a ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, wynikających ze stosowanej terapii nigdy nie powinno przewyższać jej korzyści. W leczeniu zaburzeń seksualnych stosuje się metody hormonalne i niehormonalne. Do farmakoterapii hormonalnej zalicza się hormonalną terapię zastępczą (droga podania: doustna, przezskórna, dopochwowa) oraz hormonalną terapię zastępczą ze wstawką androgeną [21]. Do zalecanych preparatów testosteronu (zatwierdzonych przez *American Food and Drug Administration*) należą: metylotestosteron (np. Metandren) stosowany doustnie w dawce dobowej – 1,25–2,5 mg, preparat estrogenowo-progestagenny z testosteronem – Tibolone (stosowany doustnie); preparat estrogenowy z testosteronem – Climacteron i testosteron (Delatestryl) podawany domięśniowo w dawce 0,5 ml co 4–6 tyg. oraz testosteron w dawce podskórnej – 300 µg/d w połączeniu z estrogenową terapią zastępczą (ETZ) [22, 23]. Należy pamiętać, iż terapia testosteronem może wywoływać działania niepożądane (hirsutyzm, zmiana barwy głosu, przerost łechtaczki, zaburzenia gospodarki lipidowej, hepatotoksyczność), dlatego pacjentki poddane takiej terapii powinny znajdować się pod stałą opieką lekarską. Zalecane jest wykonywanie testów oceniających wydolność wątroby i lipidogram (co 3–6 mies.). W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub pojawienia się zaburzeń w lipidogramie, należy zmodyfikować terapię [22].

Spośród metod niehormonalnych w leczeniu dysfunkcji seksualnych stosuje się: małe dawki leków przeciwdepresyjnych (w przypadku spadku libido), selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (SSRI) (w zaburzeniach orgazmu) [24], utrzymywanie regularnej aktywności seksualnej, metody treningowe (masturbacyjne, partnerskie, metoda ułożenia ginekologicznego, trening seksualny wg Kratochvila) oraz psychoterapię indywidualną, partnerską, grupową. Ponadto zaleca się odpowiednią dietę, różne formy aktywności fizycznej,



zmianę rytmu aktywności seksualnej, jak i niepalenie papierosów [14]. Najnowsza literatura donosi, iż terapia Sildenafilem nie powoduje poprawy w zaburzeniach seksualnych kobiet (ośrodkowe randomizowane badania), jedynie w połączeniu z SSRI poprawia osiągnięcie orgazmu (50 mg Sildenafilu na dobę) [25].

Kanadyjskie Towarzystwo Menopauzy opublikowało w 2002 roku standardy postępowania w zaburzeniach seksualnych. Zgodnie z wytycznymi, kobiety z atrofią pochwy powinny być leczone miejscową estrogenoterapią, a w przypadku obniżenia libido (obustronna *oophorectomia*) – hormonalną terapią zastępczą ze wstawką androgeną. Niewskazane jest stosowanie samych androgenów – stosuje się je tylko w połączeniu z ETZ. Ponadto nie zaleca się rutynowego oznaczania stężenia hormonów (głównie androgenów w surowicy) u kobiet z zaburzeniami psychoseksualnymi oraz nie zaleca się stosowania Sildenafilu, z wyjątkiem spadku libido (łącznie z SSRI) [22].

W wielu społeczeństwach dominują mity i stereotypy wiążące się z erotyzmem w okresie klimakterium: kobiety są wtedy mniej zmysłowe, kobieta chce wypo-

cząć od seksu, starzejąca się kobieta zaczyna mieć męskie cechy. Utał się pewien kanon, wg którego *wszystko, co związane z seksem, jest nie na miejscu u kobiety w okresie klimakterium*. Uważa się powszechnie, że kobiety w tym czasie *najlepsze lata mają za sobą*. Te trudne do odwrócenia atawistyczne poglądy spowodowały, że kobieta po 40. lub 50. roku życia, która pragnie się cieszyć swoją seksualnością, spotyka się z potępieniem [26]. Do lat 60. XX wieku nie zajmowano się seksualnością kobiet w wieku menopauzalnym. Nie sprzyjała temu atmosfera społeczna wobec seksu, postrzeganie kobiet w tym wieku jako matron, a pozaprokreacyjne znaczenie seksualności nie było traktowane jako wartość w jakości życia. Zmiana obyczajowości, emancypacja, wydłużenie średniego czasu trwania życia, promocja zdrowia i poziom lecznictwa przyczyniły się do wzrostu badań i publikacji poświęconych seksualności w wieku okołomenopauzalnym [26]. Należy dążyć do tego, aby dla kobiety XXI wieku klimakterium stało się okresem niewiele zmieniającym jakość jej życia, zarówno w sferze psychicznej, jak i w zakresie aktywności seksualnej.

Summary

Perimenopausal period is often associated with disorders of mental condition and sexual activity in women. The cooperation of hormones: estrogen, progesterone and testosterone is responsible for physiological sexual reaction. Physiological model of sexual response includes: phase of sexual arousal, orgasm and phase of decreasing sexual excitation. Female sexual dysfunction is a multicausal and multidimensional problem combining biological, psychological and interpersonal determinants. A lot of physiological systemic changes occur in female body at the age of 40. They might have a negative influence on the general sexuality. The causes of sexual dysfunctions are varied. They are described as the decrease in hormones level, especially in estrogens and androgens, systemic chronic diseases, urological, gynaecological, neurological diseases and medicines used. The American Psychiatric Association (DSM-IV) developed a new classification system for female sexual dysfunction that included psychogenic and organic causes of desire, arousal, orgasm and sexual pain disorders. The patient's routine physical examination is a key aspect of the screening process to detect possible sexual dysfunction. A routine examination includes: medical history of a patient, physical examination with gynaecological one and diagnostic investigations. According to the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, hormonal and non-hormonal treatment is recommended for sexual dysfunctions. Hormonal pharmacotherapy consists of estrogen replacement therapy and androgen therapy. Non-hormonal treatment is divided into: small doses of antidepressive drugs, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), regular sexual activity, masturbation methods as well as individual, family and group psychotherapy.

Key words: *menopause, sexual dysfunctions, dyspareunia, hormonal replacement therapy*

Piśmiennictwo

1. Kaunitz AM, Lentz G, Sherwin B, et al. *Seksualność po menopauzie*. Gin po Dyplomie 1999; 1 (4): 6-16.
2. Lew-Starowicz Z. *Seksualność w okresie menopauzy*. Przew Lek Gin 2000; 4 (4): 2-8.
3. Tannachil R. *Historia seksu*. Książka i Wiedza, Warszawa 2001: 445-49.
4. *Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of The North American Menopause Society*. Menopause 2000; 1: 5-13.



5. Kaplan HS. *Hypoactive sexual desire*. J Sex Marital Ther 1977; 3: 3-9.
6. Hiji JA, Larsson B, Batra S. *Nitric oxide synthase in the rabbit uterus and vagina: hormonal regulation and functioning*. Biol Reprod 2000; 62 (5): 1387-92.
7. Traish A, Kim N, Min K, et al. *Role of androgens in female genital sexual arousal: receptor expression, structure, and function*. Fertil Steril 2002; 77 (4): 12-8.
8. Avis N, Stellato R, Crawford S, et al. *Is there an association between menopause status and sexual functioning?* Menopause 2000; 7 (5): 297-309.
9. Bachmann GA. *Menopause and female sexuality*. J Womens Health Gend Based Med 2000; 9: 1-3.
10. Rioux JE, Devlin MC, Gelfand MM, et al. *17-beta estradiol vaginal tablets versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis*. Menopause 2000; 7: 156-61.
11. Caillouette JC, Sharp CF, Zimmerman GJ, et al. *Vaginal pH as a marker for bacterial pathogens and menopausal status*. Am J Obstet Gynecol 1997; 176 (6): 1270-7.
12. Graziottin A. *Dyspareunia: clinical approach in the perimenopause*. In: Studd J, editor. *The management of the menopause*. London (UK): Parthenon Publishing Group 2003; 229-41.
13. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. *Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classification*. J Urol 2000; 163: 888-93.
14. Bernhard LA. *Sexuality and Sexual health care for women*. Clin Obstet Gynecol 2002; 45: 1089-98.
15. Deeks AA, McCabe MP. *Menopausal stage and age and perceptions of body image*. Psychol Health 2001; 16: 367-79.
16. Meston CM. *The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids*. Arch Sex Behav 2004; 33 (1): 31-42.
17. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
18. Dennerstein L, Helmes E. *The menopausal transition and quality of life: methodologic issues*. Qual Life Res 2000; 9: 721-31.
19. Rosen R, Brown C, Heinman J, et al. *The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. J Sex Marital Ther 2000; 26: 191-208.
20. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. *The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations*. Menopause 2000; 7 (5): 350-63.
21. Maartens LW, Leusink GL, Knottnerus JA, et al. *Hormonal substitution during menopause: what are we treating?* Maturitas 2000; 34 (2): 113-8.
22. *The Canadian Consensus Conference on Menopause and Osteoporosis. Menopause and sexual function*. Canada: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; 2002.
23. Sarrel PM. *Effects of hormone replacement therapy on sexual psychophysiology and behavior in postmenopause*. J Women's Health & Gender-Based Med 2000; 9: 25-32.
24. Saks BR, Gillespie MA. *Psychotropic medication and sexual function in women: an update*. Arch Women's Ment Health 2002; 4: 139-44.
25. Basson R, Brotto LA. *Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomised controlled trial*. Int J Gynaecol Obstet 2003; 110 (11): 1014.
26. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, et al. *Quality of life after the menopause: a population study*. Maturitas 2000; 34: 17-23.

Adres do korespondencji

Katedra Zdrowia Kobiety
 Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej
 Akademii Medycznej
 ul. Medyków 12
 40-752 Katowice
 tel./faks +48 32 208 87 30
 e-mail: cor111@poczta.onet.pl

