

Obniżenie popędu seksualnego u kobiet

Hypoactive sexual desire disorder

Przybylski Marcin, Spaczyński Marek

Klinika Onkologii Ginekologicznej, Katedra Ginekologii, Położnictwa i Onkologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Dysfunkcje seksualne u kobiet to temat, który zaczyna pojawiać się w literaturze naukowej. Dlatego skala problemu do dziś pozostaje mało poznana, ale według niektórych doniesień szacuje się, że dysfunkcje seksualne mogą dotyczyć od 20 do nawet ponad 40% populacji kobiet.

Większość autorów jest zgodna, że częstość zaburzeń funkcji seksualnych u kobiet wzrasta wraz z wiekiem. Dane epidemiologiczne wskazują, że jedna trzecia kobiet nie wykazuje zainteresowania seksem, jedna czwarta nie osiąga orgazmu. Około 20% kobiet zgłasza problemy z właściwym zwilżeniem pochwy, a 20% nie znajduje w życiu płciowym żadnej radości. U wielu z nich są one przyczyną niepowodzeń i porażek w życiu osobistym negatywnie przekładając się na stosunki partnerskie. Należy podkreślić, że obniżenie popędu seksualnego (HSDD) jest najczęstszym zaburzeniem funkcji seksualnych u kobiet niezależnie od wieku.

Jeszcze 50 lat temu zagadnienia tego nie traktowano poważnie. Jest to przyczyną ogromnych zaległości i zaniedbań. Do dziś nie poznano wystarczająco dokładnie mechanizmów leżących u podstaw obniżenia popędu seksualnego u kobiet i dlatego poza nielicznymi sytuacjami nadal brakuje skutecznych metod leczenia.

Doniesienia ostatnich miesięcy pozwalają mieć nadzieję na zmianę tej sytuacji. Wprowadzenie nowych narzędzi diagnostycznych i wyniki zakończonych etapów badań klinicznych mogą okazać się przełomem w diagnostyce i leczeniu obniżenia popędu seksualnego u kobiet.

Słowa kluczowe: **seksualność kobiety / obniżenie popędu seksualnego u kobiet /**

Abstract

Sexual dysfunctions in women is a topic that has only just started to appear in scientific publications. Relatively little is known about the extent of the problem, but some reports suggest that sexual dysfunctions are highly prevalent, affecting 20% to even over 40% of all women.

Most authors agree that female sexual dysfunctions are age-related. Epidemiological data confirms that fact and shows that one third of women demonstrate lack of interest in sex and nearly one fourth do not achieve orgasm. Approximately 20% of women report difficulties with vaginal lubrication and for 20% sex is not enjoyable. For many of them such problems influence the relationships with their partner in a negative way and are the reason of personal failures and. It should be emphasized that Hypoactive Sexual Desire Disorder is the most prevalent sexual dysfunction in all female age groups.

Adres do korespondencji:

Marcin Przybylski
Klinika Onkologii Ginekologicznej,
Ginekologiczno Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
60-535 Poznań, ul. Polna 33
tel. 061-8419-330
e-mail: nicramp@poczta.onet.pl

Otrzymano: 15.03.2009

Zaakceptowano do druku: 25.06.2009

Przybylski M, et al.

Until 50 years ago, sexual dysfunction was not regarded as a serious medical problem which is directly responsible for scarce or limited clinical data available on the topic nowadays.

The mechanisms underlying Hypoactive Sexual Desire Disorder remain elusive and, as a consequence, in most cases there is still no effective treatment. In recent months, reports have been published suggesting that the situation may change soon. The introduction of new diagnostic tools and data from completed clinical trial phases may prove a real breakthrough in the diagnostics and treatment of the hypoactive sexual desire disorder.

Key words : **sexual dysfunction / Hypoactive Sexual Desire Disorder / female sexuality /**

Wstęp

Zaburzenia funkcji seksualnych u kobiet są zagadnieniem wielopłaszczyznowym o różnej etiologii. Szacuje się, że dotyczą one od 20 do nawet 40% populacji kobiet niezależnie od wieku. Zaburzenia te negatywnie przekładają się na jakość życia i zaburzają harmonię w stosunkach międzyludzkich. Charakterystyczne jest jednak nasilenie się dolegliwości wraz z wiekiem [1, 2, 3].

Prawie każdy lekarz niezależnie od swojej specjalizacji spotykał się z pacjentkami zgłaszającymi problem różnego rodzaju dysfunkcji seksualnych. Przez wiele lat problematyka ta była tematem tabu, którego pacjentki nie poruszały nawet podczas rozmów z najbardziej zaufanymi lekarzami. Do połowy XX wieku nie interesowano się szerzej problematyką seksualności kobiet. Natomiast kobieta po 40 roku życia pragnąca kultywować udane życie seksualne jako wartość, mogła liczyć tylko na pogardę i potępienie.

Zmiany, które dokonały się w obyczajowości kobiet w ciągu ostatnich kilkunastu lat przyczyniły się do tego, że dla pacjentek sfera życia erotycznego stała się bardzo istotną wartością. Znalazło to nawet swoje odzwierciedlenie w definicji zdrowia, w której udane życie seksualne uznano za jeden z ważnych elementów. W swoich badaniach Ostrowski wykazał, że aż dla 97% ankietowanych kobiet życie płciowe to dużo więcej niż tylko reprodukcja, a prawie wszystkie respondenci są zdania, że prawo do satysfakcji seksualnej przysługuje obu płciom [4].

Poszukując przyczyn swoich niepowodzeń kobiety coraz odważniej zadają pytania wielu specjalistom dotyczące zagadnień, które przekładają się bezpośrednio lub pośrednio na jakość życia płciowego. W zupełnie naturalny i zrozumiały sposób pierwszą linią specjalistów, do których trafiały wątpliwości i rozterki pacjentek stali się lekarze ginekolodzy.

Program szkolenia zawodowego w tej specjalizacji pozwalał uporać się z większością problemów o podłożu organicznym, co niestety stanowi niewielką część problemu. Jednak delikatność zagadnień i niejednokrotnie niewiedza w zakresie psychologicznych i socjologicznych uwarunkowań pewnych reakcji seksualnych u kobiet były przyczyną zniechęcenia zarówno pacjentki jak i lekarza. Skutkowało to zaniechaniem dalszej diagnostyki pozostawiając często pacjentkę samą z nierozwiązanym problemem. Uwarunkowania emocjonalne i aspekty psychologiczne leżące u podłoża wielu dysfunkcji seksualnych okazywały się wyzwaniem, z którymi wielu specjalistów nie potrafiło się zmierzyć.

Intymne szczegóły życia osobistego kobiet często okazywały się tematem, o którym niewielu specjalistów mogło w profesjonalny sposób porozmawiać i mało kto czuł się odpowiednio przygotowany do prowadzenia takich dyskusji. Dlatego kolejnym adresem, pod który trafiały pacjentki były specjaliści w dziedzinach psychologii i psychiatrii.

Doprowadziło to do sytuacji, w której te same problemy były rozpatrywane przez specjalistów z różnych dziedzin, a brak porozumienia i współpracy między nimi często dezorientował pacjentkę i nie pozwalał na skuteczne leczenie. Znalazło to swoje odbicie w systemach klasyfikacji dysfunkcji seksualnych funkcjonujących do dziś.

Podział zaburzeń seksualnych u kobiet

Klasyczny opis reakcji seksualnej w modyfikacji Kaplan wyróżnia następujące po sobie kolejne fazy: pożądanie, podniecenie, *plateau*, orgazm i uczucie satysfakcji. W związku z tym uznano, że trzy funkcje określają prawidłową reakcję seksualną: pożądanie, podniecenie i orgazm. Podstawę do rozpoznania dysfunkcji seksualnych stanowi zachwianie jednego z tych trzech wymienionych elementów [5].

Na tej podstawie skonstruowane zostały klasyfikacje nologiczne zaburzeń seksualnych u kobiet. Pierwsza z nich opracowana została przez Światową Organizację Zdrowia w ramach międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD10.

Druga, częściej wykorzystywana klasyfikacja opracowana została przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne – stowarzyszenie skupiające specjalistów w dziedzinie psychiatrii z całego świata [6]. Ekspertki zrzeszeni w tej organizacji opracowali podręcznik statystyczno-diagnostyczny zaburzeń psychicznych DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Dysfunkcje seksualne (ang. *Sexual Dysfunctions*) podzielono w nim na:

1. Obniżenie popędu seksualnego (ang. *Hypoactive Sexual Desire Disorder*), kod: 302.71.
2. Seksualne zaburzenie awersyjne (ang. *Sexual Aversion Disorder*), kod: 302.79.
3. Zaburzenie podniecenia seksualnego u kobiet (ang. *Female Sexual Arousal Disorder*), kod: 302.72.
4. Zaburzenia orgazmu kobiet (ang. *Female Orgasmic Disorder, Inhibited Female Orgasm*), kod: 302.73.
5. Dyspareunia – niewynikająca z ogólnego stanu zdrowia (ang. *Dyspareunia – Not Due to a General Medical Condition*), kod: 302.76.

Obniżenie popędu seksualnego u kobiet.

6. Pochwica – niewynikająca z ogólnego stanu zdrowia (ang. *Vaginismus - Not Due to a General Medical Condition*), kod: 306.51.
7. Dysfunkcja seksualna niewyspecyfikowana gdzie indziej (ang. *Sexual Dysfunction Not Otherwise Specified*), kod: 302.70

Model reakcji seksualnej, który był podstawą obu klasyfikacji nie pozwalał na objęcie nimi wszystkich zaburzeń reakcji seksualnych u kobiet. Dopiero badania Basson, które były udaną próbą odzwierciedlenia złożoności i wielopłaszczyznowości reakcji seksualnej kobiety stały się podstawą do wprowadzenia podziału najlepiej ujmującego całość zagadnienia.

Według tych badań pożądanie i podniecenie są elementami równoległymi wzmacniającymi się wzajemnie, a nie jak w ujęciu klasycznym, liniowo następującymi po sobie.

Zaburzenia funkcji seksualnych u kobiet podzielono tam na 4 grupy.

Pierwsza dotycząca zaburzeń potrzeb seksualnych obejmowała dwie kategorie: obniżenie popędu seksualnego HSDD (ang. *Hypoactive Sexual Desire Disorder*) i seksualne zaburzenie awersyjne (ang. *Sexual aversion disorder*).

Do drugiej grupy sklasyfikowano zaburzenie podniecenia seksualnego (ang. *Sexual Arousal Disorder*), zaś w trzeciej zaburzenia orgazmu kobiet (ang. *Female Orgasmic Disorder*).

W grupie czwartej sklasyfikowano seksualne zaburzenia bólowe (ang. *Sexual Pain Disorders*), do których zaliczono: dyspareunię (ang. *Dyspareunia*), pochwicę (ang. *Vaginismus*) oraz inne zaburzenia bólowe (*Other sexual pain disorders*) [7, 8, 9].

Obniżenie popędu seksualnego u kobiet (HSDD)

Z pośród wszystkich zaburzeń czynności seksualnych w pracy skupiono się głównie na obniżeniu popędu seksualnego u kobiet, które definiowane jest przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, jako obniżenie zainteresowania sferą seksualną lub zmniejszenie pożądania seksualnego, brak myśli lub fantazji seksualnych oraz brak pobudzenia w reakcji na bodźce seksualne, powodujące znaczny dyskomfort lub trudności w kontaktach międzyludzkich i nie będące wynikiem stanu chorobowego ani leków.

Należy podkreślić, że według aktualnych wytycznych do rozpoznania obniżenia popędu seksualnego niezbędne jest stwierdzenie u pacjentki dyskomfortu psychicznego albo wewnętrznego osobistego cierpienia z tego powodu. Dopiero współistnienie obu elementów jest podstawą do postawienia diagnozy [6, 9, 10, 11].

Etiologia

Mechanizmy prowadzące do obniżenia popędu seksualnego są bardzo złożone. Należy rozpatrywać je w aspektach biologicznych, psychologicznych i międzyludzkich. Prawidłowa funkcja seksualna jest częściowo zależna od wpływu hormonów oraz neurotransmiterów na centralny oraz obwodowy układ nerwowy. O skali trudności zagadnienia może świadczyć fakt, że biologiczne mechanizmy podniecenia seksualnego nie zostały nigdy dokładnie zgłębione. Neuropsychologia

do dziś nie rozwikłała zagadki udziału i wzajemnych zależności neurotransmiterów i substancji wazoaktywnych biorących udział w reakcji seksualnej u kobiety, odpowiedzialnych za napięcie mięśni gładkich narządów płciowych, poszerzenie naczyń krwionośnych i nawilżenie pochwy. Podobnie nie do końca wiemy, w jaki sposób reakcja ta jest modulowana przez kobiece hormony płciowe i jaki jest ich udział w fazach pożądania czy podniecenia.

Prawidłowa reakcja pobudzenia seksualnego kobiety na poziomie molekularnym uwarunkowana jest współdziałaniem estrogenów, progesteronu i testosteronu, które doprowadzają do nasilenia wewnątrzkomórkowej produkcji tlenu azotu. Prowadzi do zwiększenia przepływu krwi przez łechtaczkę. Bardzo istotna wydaje się być rola androgenów [12, 13, 14, 15].

Przypuszcza się, że największe znaczenie w patomechanizmie zaburzeń prowadzących do HSDD ma jednak rozregulowanie układu dopaminergicznego (ośrodek pobudzenia) i serotonergicznego (ośrodek hamowania) w ośrodkowym układzie nerwowym [12, 16].

Epidemiologia

Problem dysfunkcji seksualnych dotyczy zarówno kobiet młodych jak i dojrzałych. Dane epidemiologiczne są dosyć niespójne i trudno je ze sobą porównywać. Jedną z przyczyn braku dobrze przygotowanych i przeprowadzonych na szeroką skalę badań u kobiet był brak uznanych narzędzi diagnostycznych i odpowiedniej klasyfikacji.

Dostępne publikacje raczej sygnalizują istnienie problemu niż skrupulatnie go analizują. Podobne zaburzenia były definiowane i klasyfikowane przez autorów w odmienny sposób. Co ciekawe w piśmiennictwie światowym wiele uwagi poświęcono problemom zaburzeń seksualnych u mężczyzn, natomiast podobne problemy u kobiet traktowano marginalnie, mimo że dysfunkcje seksualne u kobiet są częstsze niż u mężczyzn [2].

Z dostępnych źródeł można wyciągnąć pewne prawidłowości. Wyniki większości badań wskazują, że częstość zaburzeń funkcji seksualnych u kobiet wzrasta wraz z wiekiem i dotyczy od 20 do nawet 40% populacji kobiet. Dane epidemiologiczne wskazują, że jedna trzecia kobiet nie wykazuje zainteresowania seksem, jedna czwarta nie osiąga orgazmu. Około 20% kobiet zgłasza problemy z właściwym zwilżeniem pochwy, a 20% nie znajduje w życiu płciowym żadnej przyjemności ani radości [1,2,3].

W badaniu PRESIDE (*Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking*) ankiety skierowano do losowo wybranej reprezentatywnej populacji ponad 50 tysięcy dorosłych kobiet. Na zadane pytania odpowiedziało 31 581 kobiet w wieku od 18 do 102 lat (średnia wieku wyniosła 49 lat).

Najczęściej zgłaszanym problemem było obniżenie popędu seksualnego 38,7%, na drugim miejscu zaburzenia podniecenia seksualnego 26,1%, natomiast problemy z osiągnięciem orgazmu zgłaszało 20,5% kobiet. Obecność jakiegokolwiek problemu dotyczyła 44,2% kobiet. Cierpienie osobiste związane z dysfunkcjami seksualnymi dotykało 22,8% kobiet. Prawie jedna trzecia (27,2%) kobiet w wieku 18-44 zgłaszała co najmniej jedną z dysfunkcji seksualnych w porównaniu do 44,6%

kobiet w wieku 45-64 i aż 80,1% kobiet 65 letnich lub starszych. Natomiast grupą najbardziej odporną na dyskomfort lub cierpienie osobiste związane z dysfunkcjami seksualnymi okazały się kobiety z najstarszej grupy wiekowej. Najczęściej zgłaszanym zaburzeniem we wszystkich grupach wiekowych było obniżenie popędu seksualnego. Zgłaszało je 39,2% kobiet w wieku 18-44 lata, 48,5% kobiet w wieku 45-64 lata i 12,3% kobiet w wieku 65 lat lub więcej. Występowało ono jako izolowana jednostka chorobowa lub częściej razem z innymi dysfunkcjami seksualnymi [17].

W innym badaniu poświęconym ocenie zaburzeń seksualnych u kobiet, WISHeS (*Women's International Study of Health and Sexuality*) stwierdzono występowanie obniżenia popędu seksualnego aż u 26% kobiet po chirurgicznej menopauzie będących w wieku 20-49 lat. Dla porównania u kobiet, które przeszły okres przekwitania w sposób naturalny wartość ta wynosiła 9%. Co ciekawe po 50 roku życia HSDD występowało z podobną częstotliwością niezależnie od tego czy menopauza była wynikiem starzenia się organizmu, czy też działań medycznych [18].

Natomiast na podstawie danych z badania PRESIDE wynika, że obniżenie popędu seksualnego dotyka 10% kobiet, dla których jest przyczyną ciągłego psychicznego dyskomfortu [17]. Co jest bardzo niepokojące, te same dane wskazują, że tylko jedna trzecia z tych kobiet zwraca się o pomoc do swojego lekarza [19]. Na podstawie doniesień Simons szacuje się częstość występowania HSDD na 10 nawet do 43% kobiet [20].

Z nieopublikowanych danych wynika, że 23% Polek w wieku 18 do 65 lat cierpi na obniżenie popędu seksualnego. Z tej grupy 42% ma mniej niż 25 lat, 28% ma 26 do 35 lat, a 30% jest starsza. Z ankiet wynika, że większość kobiet z tym zaburzeniem pozostaje w stałym związku partnerskim. Większość Polek ze zmniejszonym poziomem pożądania seksualnego wyraża duże zaniepokojenie i dyskomfort z tego powodu.

Wiele doniesień wskazuje na destrukcyjny wpływ dysfunkcji seksualnych na związki partnerskie, w których funkcjonują pacjentki. Z drugiej strony należy zwrócić uwagę, że u kobiet pozostających w związkach rzadziej rozpoznaje się dysfunkcje seksualne. Dlatego w udanym związku można również upatrywać doskonałego narzędzia walki z dysfunkcjami seksualnymi [21].

Rozpoznanie obniżenia popędu seksualnego u kobiet (HSDD)

W ustaleniu rozpoznania obniżenia popędu seksualnego u kobiet ogromną rolę przypisuje się ginekologowi. Prawidłowo i szczegółowo zebrany wywiad pozwala wychwycić wszystkie elementy mogące mieć wpływ na życie płciowe kobiety. Należy zwrócić szczególną uwagę na choroby ogólne, zażywane leki, przeszłość położniczą szczególnie w aspekcie rozpoznania nietrzymania moczu. Skrupulatnej analizie należy poddać również przeszłość operacyjną pacjentki. Bardzo istotne są aspekty psychologiczne doznań seksualnych w przeszłości, szczególnie o zabarwieniu negatywnym takie jak gwałt, kazirodztwo czy pedofilia.

Poza standardowymi metodami diagnostyki ginekologicznej, dużym ułatwieniem w praktyce lekarskiej może być wykorzystanie odpowiednich kwestionariuszy. Pozwalają one

w bardzo sprawny sposób zbliżyć się do trafnego rozpoznania dysfunkcji seksualnej. Należy zaznaczyć, że to właśnie prace Basson stały się podstawą do konstruowania odpowiednich kwestionariuszy, które są właściwymi narzędziami badawczymi tej problematyki. Szerokiej analizie poddał je w swojej pracy poglądowej Ludomir Ficek wykazując, że wykorzystywane obecnie kwestionariusze służące do diagnostyki zaburzeń seksualnych u kobiet są uniwersalne, odpowiadają aktualnemu modelowi odpowiedzi seksualnej kobiety i spełniają kryteria podziału dysfunkcji seksualnych [22].

Natomiast w diagnostyce obniżenia popędu seksualnego najbardziej przydatny wydaje się przesiewowy test DSDDS (*The Decreased Sexual Desire Screener*). Jest to 15 minutowy test, którego wynik bazuje na odpowiedzi na 5 pytań. Cztery pierwsze dotyczą objawów HSDD, natomiast piąte pozwala na diagnostykę różnicową innych zespołów chorobowych mogących dawać podobne objawy. Co bardzo istotne, może on być z powodzeniem wykorzystywany przez osoby, które nie są specjalistami w dziedzinie i których nigdy nie szkolono w zakresie dysfunkcji seksualnych u kobiet.

Wyniki badań walidacyjnych tego testu są bardzo zachęcające. Czułość i swoistość tego bardzo prostego narzędzia wyniosły odpowiednio 83,6% i 87,8%. Pytania zawarte w teście ankietowane kobiety oceniły w 85,4 % jako proste i zrozumiałe. Bardzo pozytywne oceny zebrała ankieta również wśród osób wykonujących badanie na pacjentkach. Należy podkreślić, że aż 92,9% ankietowanych, którzy nie byli specjalistami w dziedzinie dysfunkcji seksualnych u kobiet oceniła test pozytywnie [23, 24, 25]. DSDDS wydaje się być prostym i efektywnym instrumentem diagnostycznym obniżonego popędu seksualnego u kobiet.

Sposoby leczenia obniżenia popędu seksualnego u kobiet

W niektórych sytuacjach podejrzenia HSDD wystarczy leczenie niefarmakologiczne. Pomoc w zrozumieniu istoty mechanizmów reakcji seksualnych i zmian jakie im towarzyszą wraz ze wzrastającym wiekiem niejednokrotnie pozwala rozwiązać wiele problemów. Bardzo ważny jest udział partnera w takiej terapii, dzięki czemu uzyskiwane efekty są trwalsze, a częstość nawrotów mniejsza. Niejednokrotnie psychoterapia partnerska pozwala przełamać pewne obawy i bariery leżące u podstaw obniżenia popędu seksualnego i zmniejszyć nasilenie tej dysfunkcji u kobiety. Nie bez znaczenia pozostaje przełamanie rutyny i utartych schematów. Dbanie o atrakcyjność i spontaniczność życia płciowego niejednokrotnie może zapobiec wystąpieniu problemu [26, 27].

W terapii należy zwrócić uwagę na zmiany w stylu życia, sposoby rozładowywania i radzenia sobie ze stresem. Nie bez znaczenia pozostaje odpowiednio długi wypoczynek i aktywne formy spędzania wolnego czasu. Duże znaczenie ma również utrzymanie prawidłowej masy ciała i dbanie o własny wygląd zarówno przez kobietę, ale również przez jej partnera.

Ponieważ do dziś naukowcom na całym świecie nie udało się odpowiedzieć na wiele pytań dotyczących patomechanizmów leżących u podstaw HSDD dostępne sposoby leczenia farmakologicznego są bardzo ograniczone.

Jak już podkreślano we wstępie centralny układ nerwowy odpowiada za funkcje seksualne. Ich nasilenie i prawidłowy

Obniżenie popędu seksualnego u kobiet.

przebieg zależą od subtelnej równowagi neuroprzekazników. Wpływ na tę równowagę wykazują hormony płciowe modulując odpowiedź na bodźce seksualne w różnych fazach cyklu. Dlatego w leczeniu obniżenia popędu seksualnego u kobiet, które przeszły chirurgiczną menopauzę znajduje zastosowanie zarówno konwencjonalna hormonalna terapia zastępcza jak również hormonalna terapia zastępcza uzupełniona preparatami o działaniu androgenym.

Należy jednak pamiętać o działaniach ubocznych androgenów, wśród których wymienia się: nieprawidłowe owłosienie ciała, obniżenie tembru głosu, przerost łechtaczki, zmiany skórne i zaburzenia biochemiczne leżące u podstaw powikłań miażdżycowych. Dlatego bardzo ważna jest okresowa kontrola pacjentek stosujących preparaty hormonalne szczególnie uzupełnione androgenami. Należy pamiętać o wykonywaniu lipidogramu i prób wątrobowych przynajmniej dwa do czterech razy w roku [28, 29, 30].

W niektórych sytuacjach można wykorzystać małe dawki leków przeciwdepresyjnych. Jednak należy pamiętać, że działaniem ubocznym leków przeciwdepresyjnych jest nasilenie objawów dysfunkcji seksualnych.

Przedstawione, dostępne sposoby leczenia obniżenia popędu seksualnego u kobiet stanowią wierzchołek góry potrzeb. Nie pozwalają one rozwiązać problemów wielu milionów kobiet z tym zaburzeniem. Dlatego też tak istotne są dalsze badania w tym zakresie.

Przyszłość

Ostatnio pojawiły się informacje na temat nowego leku, który może znaleźć w przyszłości zastosowanie w leczeniu HSDD. Jest to niehormonalna substancja, która wpływa na ośrodkowy układ nerwowy poprzez wpływ na receptory serotoninowe. Trwają badania kliniczne tej substancji, które dostarczą dodatkowych informacji na temat swego mechanizmu działania. Na wyniki badań z niecierpliwością oczekują pacjentki cierpiące z powodu najczęstszej z dysfunkcji seksualnych u kobiet. Nie sposób pominąć ogromnego wkładu tych badań w zrozumienie istoty samego schorzenia.

Podsumowanie

Obniżenie popędu seksualnego u kobiet to schorzenie o dużej częstości występowania, które nadal jest zbyt rzadko rozpoznawane. Choroba ta może poważnie upośledzać jakość życia kobiet, powodując silny dyskomfort psychiczny i wpływając negatywnie na stosunki z partnerem. Bardzo istotne wydaje się odpowiednie szkolenie lekarzy wszystkich specjalności, do których mogą zgłosić się kobiety z takimi zaburzeniami. Samo uświadomienie sobie problemu będzie ogromnym krokiem na przód.

Obecnie poza nielicznymi sytuacjami brakuje skutecznej terapii, która pomogłaby rozwiązać problem w definitywny sposób. Jednak doniesienia z zakończonych etapów badań klinicznych nad nowymi lekami pozwalają mieć nadzieję na leczenie obniżenia popędu seksualnego u kobiet.

Piśmiennictwo

1. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, [et al.]. Hypoactive Sexual Desire Disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006, 3, 212-222.
2. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999, 281, 537-544.
3. Paik A, Laumann E. Prevalence of women's sexual problems in the USA. In: Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment. Ed. Goldstein I, Meston C, Davis SR, Traish A. London: Taylor & Francis; 2006.
4. Ostrowski K. Postawy i oczekiwania kobiet wobec seksualności. *Seksuologia.* 1993, 1, 12-17.
5. Wincze J, Carey M. Definitions of Sexual Functions and Dysfunctions. In: Sexual Dysfunction: A guide for Assessment and Treatment. 2nd ed New York: The Guilford Press. 2001, 2-5.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
7. Basson R, Berman J, Burnett A, [et al.]. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000, 163, 888-893.
8. Basson R. Female Sexual Response: The Role of Drugs in the Management of Sexual Dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001, 98, 350-353.
9. Basson R, Leiblum S, Brotto L, [et al.]. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003, 24, 221-229.
10. Clayton A. Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatr Clin North Am.* 2003, 26, 673-682.
11. Janssen E, Bancroft J. The dual control model. The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. In: Janssen E ed. The psychophysiology of sex. Bloomington: Indiana University Press; 2007, 197-222.
12. Clayton A. Epidemiology and Neurobiology of Female Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* 2007, 4, Suppl 4, 260-268.
13. Davis S, Davison S, Donath S, [et al.]. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA.* 2005, 294, 91-96.
14. Halaris A. Neurochemical aspects of the sexual response cycle. *CNS Spectr.* 2003, 8, 211-216.
15. Hull E, Lorrain D, Du J, [et al.]. Hormone-neurotransmitter interactions in the control of sexual behavior. *Behav Brain Res.* 1999, 105, 105-116.
16. 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, Suppl 4, S11-S18.
17. Shifren J, Monz B, Russo P, [et al.]. Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008, 112, 970-978.
18. Leiblum S, Koochaki P, Rodenberg C, [et al.]. Hypoactive Sexual Desire Disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006, 13, 46-56.
19. Shifren J, Johannes C, Monz B, [et al.]. Help-seeking behaviour of women with self-reported distressing sexual problems. *J Womens Health.* 2009, 18, 461-468.
20. Simons S, Carey M. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav.* 2001, 30, 177-219.
21. Trudel G, Ravart M, Aubin S. Hypoactive sexual desire in couples: a cognitive-behavioral perspective. In: Lonsdale J, Powell S, Solomon L, editors. The Hatherleigh guide to marriage and family therapy. New York: Hatherleigh Press. 1996.
22. Ficek L, Miotta P, Rechberger T. Ocena jakości życia seksualnego kobiet w badaniach klinicznych, przy użyciu kwestionariuszy – przegląd dostępnych narzędzi, ich charakterystyka i porównanie właściwości. *Ginekol Pol.* 2005, 76, 1000-1007.
23. Clayton A, Goldfischer E, Goldstein I, [et al.]. Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): A Brief Diagnostic Instrument for Generalized Acquired Female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). *J Sex Med.* 2009, 6, 730-738.
24. Goldfischer E, Clayton A, Goldstein I, [et al.]. Decreased Sexual Desire Screener© (DSDS©) for diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder in women. *Obstet Gynecol.* 2008, 111, 1095.
25. Nappi R, Dean J, Herbert A, [et al.]. Decreased Sexual Desire Screener© (DSDS©) for diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in European women. *J Sex Med.* 2009, 6, supl. 2, 46.
26. McCabe M. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2001, 27, 259-271.
27. Trudel G, Marchand A, Ravart M, [et al.]. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Rel Ther.* 2001, 16, 145-164.
28. Hubayter Z, Simon J. Testosterone therapy for sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric.* 2008, 11, 181-191.
29. Kingsberg S. Testosterone treatment for Hypoactive Sexual Desire Disorder in postmenopausal women. *J Sex Med.* 2007, 4 (Suppl 3), 227-234.
30. Schover L. Androgen therapy for loss of desire in women: is the benefit worth the breast cancer risk? *Fertil Steril.* 2008, 90, 129-140.