

Michał Wróbel<sup>1</sup>, Anna Mosiołek<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. J. Mazurkiewicza w Pruszkowie

<sup>2</sup>Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

# Dysfunkcje seksualne w przebiegu zaburzeń depresyjnych

## *Sexual dysfunction in the course of depressive disorders*

### Abstract

*Sexual dysfunctions are a significant part of the symptomatology of depression. Depression as well as sexual dysfunctions are a serious health issue of many people. They suffer not only due to the direct consequences of those disorders, but also because of their stigmatizing nature. Despite the available research, their interdependence as well as the correlation between appearing and resolution of sexual dysfunctions during anti-depressive pharmacotherapy remains unclear. The available research often focuses on individual aspects of the problem, assessing the relation between specific sexual dysfunctions and depression (sexual dysfunctions viewed as symptoms of depression) or the impact of anti-depressive therapy on sexual dysfunction incidence (sexual dysfunctions as adverse events of anti-depressive drugs). Some, on the other hand, generalize this subject while including sexual dysfunctions in broad assessments of depression symptomatology. One can observe a different constellation of individual dysfunctions depending on the phase of depression therapy. This report is meant to present some of the available research materials and help to organize this knowledge, as well as indicate multiple directions of further required explanations of the complex causal relations between sexual dysfunctions and depressive disorders.*

**Psychiatria 2018; 15, 1: 39–44**

**Key words:** *depression, drugs, sexual dysfunctions*

### Wstęp

W przebiegu depresji niejednokrotnie pojawia się kwestia występowania nieprawidłowości funkcji seksualnych. Ich współwystępowanie często staje się polem dyskusji na temat powiązania i wzajemnych zależności. Pozornie proste wyjaśnienie komplikuje się często w momencie zagłębienia w szczegóły definicji dysfunkcji seksualnych. Rozdzielenie terminu na zaburzenia odczuwania potrzeb seksualnych, zaburzenia reakcji genitalnych i zaburzenia odczuwania przyjemności sprawia, że kierunek występowania zależności między zaburzeniami depresyjnymi a dysfunkcjami seksualnymi, przestaje być łatwy w określeniu i sugeruje skomplikowaną sieć zależności i powiązań, w których naprzemiennie dysfunkcje seksualne mogą być zarówno skutkiem, przyczyną,

objawem, jak i powikłaniem leczenia, chorób z kręgu zaburzeń depresyjnych. W niniejszym artykule zebrano i usystematyzowano część dostępnych w literaturze informacji i doniesień na ten temat.

### Dysfunkcje seksualne

Termin ten oznacza jakiegokolwiek zaburzenie przebiegu reakcji seksualnych zarówno przed, w trakcie, jak i po zakończeniu współżycia, a ogólnie rzecz ujmując, są to zaburzenia związane z fizjologią reakcji seksualnych. Mogą dotyczyć jednej lub kilku faz odpowiedzi seksualnej, czyli odczuwania pożądania, podniecenia, orgazmu i odprężenia. Zalicza się do nich zaburzenia pożądania, podniecenia, orgazmu, zaburzenia seksualne wywołujące ból oraz dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych. Etiologia dysfunkcji seksualnych jest najczęściej wieloczynnikowa i wiąże się z przyczynami biologicznymi, psychologicznymi oraz społeczno-kulturowymi. Do czynników biologicznych mogących wywoływać zaburzenia seksualne zalicza się choroby somatyczne, uzależnienia, głównie od alkoholu, tytoniu i heroiny, meno- i andropauza, zaburzenia psychiczne, w tym depresja, przyczyny

#### Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Mosiołek  
Klinika Psychiatryczna WNoZ WUM  
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia  
im. prof. Jana Mazurkiewicza  
ul. Partyzantów 2/4, 05–802 Pruszków  
tel.: 22 758 63 71, faks: 22 758 75 70, e-mail: manitka@tlen.pl

hormonalne, na przykład hiperprolaktynemia, czy niedobór testosteronu oraz przyjmowane leki. Podstawowa klasyfikacja dotyczy rozdziału na przyczyny organiczne i psychogenne. Dysfunkcje organiczne charakteryzują się obecnością zmian chorobowych będących fizyczną barierą ograniczającą współżycie, podczas gdy dysfunkcje psychogenne obejmują zaburzenia niezwiązane z obecnością choroby somatycznej ani zaburzenia organicznego. Nie jest jednak wykluczone współwystępowanie obu typów dysfunkcji. W niniejszym artykule uwaga zostanie skupiona przede wszystkim na psychogennych dysfunkcjach seksualnych. Międzynarodowa klasyfikacja chorób *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, w zbiorze rozpoznań charakteryzującym psychogenne dysfunkcje seksualne, wyróżnia brak lub utratę potrzeb seksualnych, awersję seksualną i brak przyjemności seksualnej, brak reakcji genitalnej, zaburzenia orgazmu, wytrysk przedwczesny, wytrysk opóźniony, pochwicę nieorganiczną, dyspareunię nieorganiczną oraz nadmierny popęd seksualny [1]. Zaburzenia te w różnym stopniu zależą od płci, wieku, poziomu wykształcenia, ogólnego stanu zdrowia i wielu innych czynników. Występują powszechnie w społeczeństwie. Ich wymiar epidemiologiczny obrazuje badanie Laumann z 1999 roku [2], w którym wśród ponad 3000 ankietowanych w Stanach Zjednoczonych występowanie dysfunkcji seksualnych stwierdzono u 43% kobiet i 31% mężczyzn. Nie dziwią więc próby bardziej szczegółowych analiz poszukujących powiązań zaburzeń seksualnych zarówno z konkretnym, pojedynczymi czynnikami, jak i całymi zespołami chorobowymi. W związku z tym, dysfunkcje seksualne można również postrzegać jako objawy szerszych zespołów chorobowych, w tym — depresyjnego, nie zaś jedynie jako samodzielnie klasyfikowane jednostki chorobowe.

Definicja dysfunkcji seksualnych jest niejednoznaczna. W 1998 roku Angst [3] w badaniu obejmującym w populacji szwajcarskiej prawie 600 osób w wieku 20–35 lat wyodrębnił ze zbioru dysfunkcji seksualnych zaburzenia libido, dostrzegając w nich wyraźnie wyróżniające się pod względem zależności od reszty dysfunkcji seksualnych zjawisko. W swojej pracy objął zaburzenia libido, dysfunkcje seksualne i problemy emocjonalne wspólnym terminem „problemów seksualnych”. Kierował się wnioskami z obserwacji, że podczas gdy zaburzenia libido (w różnym nasileniu) stosunkowo często występują jako izolowany objaw/dolegliwość, to pozostałe dysfunkcje seksualne i problemy emocjonalne zwykle łączą się ze sobą bądź właśnie z zaburzeniami libido [3]. Historycznie największy wkład w rozumienie i pogłębienie wiedzy na temat zaburzeń seksualnych wnieśli w swoich badaniach nad histerią Zygmunta Freuda, a także Wilhelma Reicha oraz Alfreda Kinseya.

## Depresja

Według klasyfikacji ICD-10, aby stwierdzić występowanie epizodu depresyjnego, muszą przez co najmniej dwa tygodnie występować przynajmniej dwa z trzech następujących objawów: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań i zdolności do radowania się (anhedonia), zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności, oraz dwa lub więcej spośród następujących objawów: osłabienie koncentracji i uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości, myśli i czyny samobójcze, zaburzenia snu, zmniejszony apetyt. Pomimo niewzględnienia w kryteriach rozpoznania zaburzeń depresyjnych dysfunkcji seksualnych, te są często opisywane w literaturze jako jeden z podstawowych elementów obrazu zespołu depresyjnego, zaś wywiad w kierunku dysfunkcji seksualnych występujących u pacjenta często nasuwa podejrzenie rozwoju procesu depresyjnego, szczególnie w formie atypowej, maskowanej. Inwentarz Depresji Becka w jednym z pytań oceniających nasilenie depresji uwzględnił występowanie dysfunkcji seksualnych jako jednego z częstszych objawów depresji. W ostatnim punkcie tego testu pacjenci pytani są o poziom zainteresowania sprawami płci/seksu. Punkt 14 Skali Depresji Hamiltona również zawiera pytanie o utratę libido, popędu seksualnego oraz zaburzenia miesiączkowania [4].

## Omówienie danych epidemiologicznych

We wspomnianym uprzednio już badaniu Laumann [2] w populacji Stanów Zjednoczonych opisano wyraźną zależność między szeroko pojętymi zaburzeniami emocjonalnymi i stresem a dysfunkcjami seksualnymi. W zebranych danych obserwowano, opisywaną ilorazem szans (OR, *odds ratio*), zależność między występowaniem zaburzeń emocjonalnych i stresu a obniżeniem popędu (OR = 2,7), zaburzeń reakcji genitalnej (OR = 4,65) i dyspareunii (OR = 1,82) w populacji żeńskiej oraz przedwczesnego wytrysku (OR = 2,25), zaburzeń erekcji (OR = 3,56) i zmniejszonego popędu (OR = 3,2) w populacji męskiej. Zaleca on jednak ostrożność w ocenie przyczynowości wskazywanych zależności.

Kolejnym artykułem wskazującym na złożony charakter zależności między dysfunkcjami seksualnymi a zaburzeniami depresyjnymi jest analiza przeprowadzona przez Seidman [5] skupiająca się na zaburzeniach erekcji w populacji męskiej. Wskazuje ona na istotnie częstsze występowanie zaburzeń erekcji w grupie mężczyzn z zaburzeniami depresyjnymi, przy czym zaznacza, że częstość występowania zaburzeń erekcji, podobnie jak i zaburzeń depresyjnych koreluje jednocześnie z róż-

nymi innymi czynnikami — między innymi z wiekiem, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, alkoholu i współwystępowaniem chorób somatycznych, takich jak choroba wieńcowa i cukrzyca. Zaznacza on w ten sposób znaczną trudność wyznaczenia kierunku zależności między współlistniejącymi zaburzeniami.

**Dysfunkcje seksualne jako jeden z objawów depresji**

W badaniu dotyczącym analizy symptomatologii zaburzeń depresyjnych, przeprowadzonym przez Casper [6] wśród 212 osób (132 z grupy chorych; 80 z grupy kontrolnej) opisano występowanie obniżenia libido u 72% pacjentów z rozpoznaniem depresji jednobiegunowej, w porównaniu z 5% pacjentów w grupie kontrolnej. Dodatkowo wskazano na korelację między ogólnym nasileniem zespołu depresyjnego a wzmocnieniem objawów choroby, w tym zaburzeń libido, oraz na większy stopień obniżenia libido u pacjentów, u których w ramach objawów zespołu depresyjnego dominowały zwiększony apetyt i wrogość, w porównaniu z grupą, gdzie dominującym objawem była nadmierna senność. W swoim badaniu z 1998 roku Angst [3] zaobserwował dwukrotnie częstsze występowanie problemów seksualnych u osób z zaburzeniami depresyjnymi, w porównaniu z osobami bez zaburzeń depresyjnych. Dodatkowo przeanalizował, jak zmienia się częstość

problemów seksualnych pod wpływem leczenia. Według jego obserwacji w grupie osób, które nie podjęły leczenia przeciwdepresyjnego, częstość występowania problemów seksualnych wynosiła 46%, podczas gdy w grupie leczonej (farmakologicznie lub poprzez psychoterapię) — około 62%. Autor ów zaobserwował też, że ta różnica wynika głównie ze wzrostu częstości występowania dysfunkcji seksualnych i problemów emocjonalnych, podczas gdy częstość zaburzeń libido była względnie stała [3].

**Wpływ leczenia na dysfunkcje seksualne**

Zaburzenia funkcji seksualnych są również częstym i bardzo poważnym następstwem leczenia zaburzeń depresyjnych. Działania niepożądane stosowanego leczenia mogą w znaczący sposób wpłynąć na życie seksualne chorych, powodując w efekcie pogorszenie samooceny, osłabienie relacji partnerskich i obniżenie nastroju. Przekłada się to w znaczący sposób na współpracę z pacjentem w dalszym leczeniu. Nie powinno dziwić, że w obliczu pogorszenia jakości tak istotnej części życia, wielu pacjentów rezygnuje z leczenia. Problem ten dodatkowo komplikuje się w momencie próby różnicowania przyczyn dysfunkcji seksualnych — czy pierwotnie były obecne, ale z powodu ogólnego spadku aktywności, w tym seksualnej, w przebiegu zaburzeń depresyjnych, czy ich nie dostrzegł aż do momentu częściowego

Tabela 2. Zestawienie leków przeciwdepresyjnych i ich najczęstszych specyficznych działań niepożądanych w kategorii dysfunkcji seksualnych, opracowano na podstawie [8]

Table 2. Antidepressant medication and their most commonly associated adverse events of sexual dysfunction nature, based on [8]

Grupa leków/częstość działań niepożądanych	Przykładowe leki	Charakterystyczne działania niepożądane
TLPD/TCA/30%	Amitryptylina, doxepina	Spadek libido, opóźnienie orgazmu, zaburzenia erekcji u mężczyzn Zaburzenia orgazmu i powiększenie piersi u kobiet
SSRI/25–73%	Fluoksetyna, paroksetyna, sertralina, citalopram, escitalopram, fluwoksamina	Spadek libido, opóźnienie/brak orgazmu, mlekotok, opóźniona ejakulacja, zaburzenia erekcji
SNRI/58–70%	Wenlafaksyna, duloksetyna	Zaburzenia erekcji i ejakulacji u mężczyzn Opóźnienie/brak orgazmu u kobiet
Mieszany mechanizm działania/8–28%	Trazodon, nefazodon	Zaburzenia ejakulacji, brak orgazmu, priapizm
NaSSa (leki o działaniu noradrenergicznym i specyficznie serotonergicznym)/brak danych	Mianseryna	Spadek libido, opóźnienie orgazmu

TLPD — trójcykliczne leki przeciwdepresyjne; TCA (*tricyclic antidepressants*) — leki trójpierścieniowe; SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*) — inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny; SNRI (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*) — inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny

wyrównania nastroju i napędu? Czy pojawiły się *de novo*, jako działanie niepożądane stosowanego leczenia? To rozróżnienie jest istotne, ponieważ może spowodować przedwczesne zakończenie skutecznego leczenia bądź przerwanie kontynuacji leczenia powodującego z punktu widzenia pacjenta więcej strat niż korzyści. Rozwiązanie tego problemu ułatwia nieco znajomość częstości występowania określonych dysfunkcji seksualnych związanych z przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych. Przykładowo leki z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) przeważnie powodują zaburzenia procesu ejakulacji i orgazmu, mając jednocześnie stosunkowo rzadko wpływ na poziom libido i proces erekcji [7].

Powstały opracowania obejmujące zestawienia różnych leków przeciwdepresyjnych i ich najczęstszych specyficznych działań niepożądanych w kategorii dysfunkcji seksualnych (tab. 2) [8].

Leki przeciwdepresyjne z największym potencjałem działań niepożądanych w zakresie dysfunkcji seksualnych to niewątpliwie SSRI (30–60% wg Kennedy'ego) [7], a w ramach tej grupy citalopram (ok. 72%) i paroksetyna (ok. 70%) [9]. Wśród leków najrzadziej powodujących dysfunkcje seksualne wymienia się mirtazapinę (ok. 24%), moklobemid (3,9%) oraz bupropion i nefazodon (< 10%) [9–11].

Warto również wziąć pod uwagę to, że dla wielu osób sfera zdrowia seksualnego jest wrażliwą kwestią. Z badania przeprowadzonego przez Claytona [12] wynika, że aż 42% pacjentów w rozmowach z lekarzem pomija kwestię dysfunkcji seksualnych, licząc na ich samoistną remisję, a według analizy przeprowadzonej przez Landowskiego [13], jedynie 15% pacjentów spontanicznie zgłasza dysfunkcje seksualne w przebiegu leczenia przeciwdepresyjnego. Biorąc pod uwagę możliwą niechęć pacjentów do dzielenia się dolegliwościami ze sfery seksualnej, warto wykorzystać do ich oceny Skalę Depresji Becka albo Skalę Depresji Hamiltona [4]. Oba te kwestionariusze zawierają pytania dotyczące sprawności seksualnej pacjenta i w związku z tym poza ogólną oceną nasilenia zespołu depresyjnego mogą pomóc ujawnić obecność lub pojawienie się w trakcie leczenia u pacjenta dysfunkcji seksualnych. Wypełnianie takich kwestionariuszy przed wdrożeniem leczenia, a następnie powtarzanie ich w trakcie terapii, poza obiektywną oceną poprawy nastroju, może posłużyć do wyjaśnienia czy dysfunkcje występowały od początku, czy są konsekwencją zastosowanego leczenia. Warto również zauważyć, że według analizy Angst [3], częstość występowania problemów seksualnych w grupach osób leczonych farmakologicznie i korzystających z psychoterapii była podobna i wynosiła odpowiednio 62,2% i 63,4%.

## Leczenie

Strategie postępowania w przypadku występowania dysfunkcji funkcji seksualnych w przebiegu zaburzeń depresyjnych są liczne, choć z uwagi na niewielką liczbę badań opisujących ich skuteczność, wyszczególnienie tych najkorzystniejszych często sprawia trudność. Dodatkowym utrudnieniem jest nie zawsze jasna etiologia występujących zaburzeń. Zaleca się wobec tego, by w pierwszej kolejności ograniczyć się do 4–6-tygodniowego oczekiwania na spontaniczną poprawę, co powinno umożliwić pewniejszą ocenę, czy dysfunkcje seksualne wpisują się w symptomatologię zaburzeń depresyjnych, czy są działaniem niepożądanym leku. Jednocześnie czas ten może być wystarczający do adaptacji receptorowej powodującej mniejsze nasilenie niekorzystnych efektów leków. Wobec nieskuteczności takiego postępowania sugeruje się próby korygowania niepożądanych efektów leków przeciwdepresyjnych poprzez redukcję dawki, opóźnianie przyjmowania dawki leku na po zbliżeniu seksualnym lub omijanie dawek w stałych odstępach czasu powodujące spadek stężenia leku w czasie planowanego współżycia — tak zwane „wakacje lekowe”, zwykle zalecane na weekendy i w przypadku sertraliny i paroksetyny wykazujące około 50-procentową skuteczność w zakresie poprawy libido. Metody te niosą jednak ze sobą ryzyko zmniejszenia skuteczności leczenia zespołu depresyjnego. Należy w ramach psychoedukacji poinformować pacjenta, że zaburzenia snu, przemęczenie, stres, nieodpowiednia dieta, choroby somatyczne czy przyjmowane leki mogą wpływać na sferę seksualności, dlatego leczenie problemów seksualnych rozpoczyna się zazwyczaj od próby usunięcia wszystkich przyczyn, mogących leżeć u podłoża lub podtrzymujących zahamowanie pożądania i popędu seksualnego. Najczęściej wystarczają wsparcie, psychoedukacja i porady psychiatryczne lub seksuologiczne. W leczeniu stosuje się też między innymi psychoterapię indywidualną, terapię par i grupową, hipnozę, techniki relaksacyjne, biofeedback [14]. W dalszej kolejności proponuje się przeciwdziałanie działaniom niepożądanym poprzez wprowadzenie leku korygującego. W przypadku zaburzeń erekcji najkorzystniejsze wydaje się stosowanie inhibitorów 5'-fosfodiesterazy (sildenafil, tadalafil, vardenafil) — skuteczność przy takim postępowaniu wynosi do 80%. Niestety, leki te nie są jednak skuteczne w przypadku dysfunkcji seksualnych o innym charakterze. W takiej sytuacji można próbować wprowadzić lek korygujący, wybór uzależniając od leku przeciwdepresyjnego. W przypadku leczenia SSRI korzystne efekty dawało dołączenie do leczenia buspiro- nu, nefazodonu, amantadyny, mirtazapiny, olanzapiny, johimbiny i efedryny. Dysfunkcje powstałe w przebiegu

terapii trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych w pewnym stopniu podlegają korekcji za pomocą betanecholu i neostygminy. Przy konieczności utrzymania dotychczasowego leczenia wywołującego dysfunkcje seksualne zgłaszane przez chorych czasami niezbędną jest terapia hormonalna, można stosować podawanie leków stymulujących reakcje seksualne i zwiększające ich intensywność (johimbina, strychnina) lub też leki stosowane w zaburzeniach erekcji (sildenafil, tadalafil). W leczeniu stosuje się także mechaniczne sposoby wspomaganie erekcji. Zastrzega się jednak, że badania dotyczące wprowadzania leków korygujących lub też zmniejszających nasilenia dysfunkcji są dość nieliczne i często nie obejmowały zbyt wielu osób. Dodatkowo, należy pamiętać o ryzyku wystąpienia działań niepożądanych leków korygujących, a także wzroście ryzyka interakcji, w miarę dołączania kolejnych leków. Ostatecznie, w przypadku gdy działania niepożądane stosowanego leczenia, pomimo korzystnych efektów przeciwdepresyjnych, nie są dla pacjenta akceptowalne, można rozważyć całkowitą zmianę leczenia na inny lek przeciwdepresyjny. Ryzyko w takiej sytuacji polega głównie na niepewności odnośnie do skuteczności nowego leczenia w zapobieganiu nawrotu zaburzeń depresyjnych. Spośród dostępnych leków przeciwde-

presyjnych najmniejszym ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych pod postacią dysfunkcji seksualnych cechują się bupropion, mirtazapina, trazodon, moklobemid, reboksetyna, tianeptyna i agomelatyna [11, 14].

### Podsumowanie

Dysfunkcje seksualne mogą stanowić zarówno objaw, przyczynę jak i powikłanie leczenia zaburzeń depresyjnych. Dostępna literatura opisuje liczne powiązania i zależności występujące między tymi zaburzeniami jednak nadal pozostaje wiele niewyjaśnionych kwestii odnośnie do przyczyn i leczenia poszczególnych dysfunkcji seksualnych. Stanowią zaś one częsty i istotny czynnik odczuwanej przez chorych jakości życia oraz wpływają na współpracę w leczeniu. Dodatkowo jest to dla pacjentów często wstydlivy i ukrywany temat. Szczegółowy wywiad oraz pomoce pod postacią kwestionariuszy usprawniają wykrywanie oraz wyjaśnienie ich pochodzenia. Umożliwia to wczesne wdrożenie odpowiedniego postępowania eliminującego lub zmniejszającego nasilenie dysfunkcji seksualnych, w tym odpowiedni dobór bądź korektę leków przeciwdepresyjnych. Dbałość o wszystkie aspekty funkcjonowania chorego, w tym jego seksualność, zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjenta w kontakcie z lekarzem, poprawia współpracę, a co za tym idzie, rokowanie w depresji.

### Streszczenie

*Dysfunkcje seksualne stanowią istotny element symptomatologii depresji, zaś zarówno depresja, jak i dysfunkcje seksualne to poważny problem zdrowotny wielu ludzi. Chorzy ci cierpią nie tylko ze względu na bezpośrednie konsekwencje tych zaburzeń, ale również z powodu ich nierzadko stygmatyzującego charakteru. Pomimo badań współzależności między nimi nadal pozostają niejasne, podobnie jak wpływ leków stosowanych w depresji na ustępowanie bądź pojawianie się dysfunkcji seksualnych. Dostępne badania często skupiają się na pojedynczych aspektach problemu, opisując zależności pomiędzy wystąpieniem poszczególnych dysfunkcji seksualnych a depresją (dysfunkcje seksualne jako objaw depresji) lub wpływem leczenia przeciwdepresyjnego na wystąpienie dysfunkcji seksualnych (dysfunkcje seksualne jako efekt stosowania farmakoterapii depresji). Inne zaś znacznie uogólniają tę tematykę, wpisując dysfunkcje seksualne w szerokie opracowania symptomatologii depresji. Obserwuje się różny charakter dysfunkcji seksualnych w zależności od fazy leczenia zespołu depresyjnego. Poniższe opracowanie ma na celu zaprezentowanie części dostępnej literatury i umożliwienie usystematyzowania wiedzy, jak również wskazanie na liczne kierunki poszukiwania dalszych wyjaśnień złożonych zależności przyczynowo-skutkowych dysfunkcji seksualnych i zaburzeń depresyjnych.*

**Psychiatria 2018; 15, 1: 39–44**

**Słowa kluczowe:** depresja, leki, dysfunkcje seksualne

### Piśmiennictwo:

1. ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99). Wyd. Vesalius, Kraków 1994.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999; 281(6): 537–544, indexed in Pubmed: [10022110](#).
3. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol. 1998; 13 Suppl 6: S1–S4, indexed in Pubmed: [9728667](#).
4. Seidman SN, Roose SP, Seidman SN, et al. The relationship between depression and erectile dysfunction. Curr Psychiatry Rep. 2000; 2(3): 201–205, indexed in Pubmed: [11122956](#).
5. Kiejna A, Rybakowski J, Dudek D. Psychiatryczne skale oceny w zaburzeniach afektywnych. Biblioteka Psychiatrii Polskiej Kraków. 2012: 56–68.
6. Casper RC, Redmond DE, Katz MM, et al. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. Arch Gen Psychiatry. 1985; 42(11): 1098–1104, indexed in Pubmed: [3863548](#).

7. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2009; 29(2): 157–164, doi: [10.1097/JCP.0b013e31819c76e9](https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819c76e9), indexed in Pubmed: [19512977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19512977/).
8. Higgins A, Nash M, Lynch AM. Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Healthc Patient Saf.* 2010; 2: 141–150, doi: [10.2147/DHPS.S7634](https://doi.org/10.2147/DHPS.S7634), indexed in Pubmed: [21701626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21701626/).
9. Montejo-Gonzalez AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther.* 1997; 23(3): 174–194.
10. Gregorian RS, Golden KA, Bahce A, et al. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Ann Pharmacother.* 2002; 36(10): 1577–1589, doi: [10.1345/aph.1A195](https://doi.org/10.1345/aph.1A195), indexed in Pubmed: [12243609](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12243609/).
11. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Charakterystyki produktów leczniczych: Deprexolet, Lerivon, Miansec, Miansegen, Andepin, Bioxetin, Deprexetin, Fluoksetyna ANPHARM, Fluoxetin Polpharma, Seronil, Fluxemed. 2013. [leki.urpl.gov.pl/index.php](http://leki.urpl.gov.pl/index.php).
12. Clayton AH, Montejo AL. Major depressive disorder, antidepressants, and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67 Suppl 6: 33–37, indexed in Pubmed: [16848675](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16848675/).
13. Landowski J. Patogeneza dysfunkcji seksualnych w depresji. *Psych Prakt Ogólnolek.* 2003; 3(1): 23–25.
14. Jakima S, Lew-Starowicz M. Dysfunkcje seksualne w depresji. Wydawnictwo Most, Warszawa 2010.