

# Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego. Przypadek 35-letniej pacjentki

Anna Mosiołek<sup>1, 2</sup>, Sławomir Jakima<sup>3</sup>, Ewa Małachowska<sup>4</sup>, Jacek Gierus<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>3</sup>Prywatna praktyka lekarska

<sup>4</sup>Prywatna praktyka psychoterapeutyczna

## Streszczenie

**Wstęp:** Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego jest stosunkowo niedawno opisanym i rzadko diagnozowanym zaburzeniem seksualnym. W badaniu jego przyczyn podnosi się rolę czynników naczyniowych i neurologicznych. W niniejszym artykule podjęto próbę dokonania wszechstronnej konceptualizacji przypadku 35-letniej pacjentki z PGAD, ujmując możliwość interakcji czynników biologicznych i psychologicznych.

**Materiał i metody:** Dokonano analizy materiału diagnostycznego obejmującego badania neuroobrazowe, ginekologiczne, psychologiczne oraz dane z wywiadu, obserwacji i życiorysu napisanego przez pacjentkę.

**Wyniki:** U pacjentki zidentyfikowano wiele nakładających się czynników, które mogą stanowić o etiologii zaburzenia, jak również zaostrzać jego objawy. Są to: zaniki uogólnione w ośrodkowym układzie nerwowym, mieszane cechy zaburzeń osobowości z klastra B z histeryczno-konwersyjnym mechanizmem zaostrzeń i obfite spłoty żyłne w wargach sromowych większych.

**Wnioski:** Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego i jego zaostrzenia objawowe mogą być złożone przyczynowo i wymagać szerokiego spojrzenia diagnostyczno-terapeutycznego. Podejście interdyscyplinarne wydaje się mieć pewien potencjał w wyjaśnianiu indywidualnych mechanizmów zaburzenia.

**Słowa kluczowe:** PGAD, osobowość, leczenie

Seksuologia Polska 2016; 14 (1): 39–45

## Wstęp

Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego (PGAD, *persistent genital arousal disorder*) został opisany w 2001 roku. Autorzy przedstawili 5 przypadków kobiet z bardzo podobnymi objawami niechcianego pobudzenia seksualnego. Zespół ten nazwali mianem *persistent sexual syndrome* (PSAS) [1].

W następnych latach opisano ten zespół jako PGAD, podano też dokładne kryteria rozpoznania [2, 3]. Kryteria diagnostyczne obejmują:

1. Mimowolne uczucie pobudzenia łechtaczki, utrzymujące się dłużej niż godzinę, dni, miesiące).

2. Fizyczne uczucie pobudzenia nie ustępuje po jednym lub więcej orgazmów (uzyskiwanych także po fizycznej stymulacji łechtaczki).
3. Pobudzenie narządów płciowych nie jest związane z subiektywnym uczuciem pożądania seksualnego.
4. Uporczywe uczucie pobudzenia seksualnego jest odczuwane jako uciążliwe i niechciane.
5. Utrzymujące się pobudzenie narządów płciowych wywołuje niepokój.

W 2009 roku pojawiły się prace sugerujące częste współwystępowanie objawów PGAD z zespołem niespokojnych nóg (RLS, *restless leg syndrome*) i objawami pęcherza nadreaktywnego (OBS, *overactive bladder syndrome*). Wyniki badań u 18 holenderskich kobiet z objawami PGAD wykazały objawy niespokojnych nóg także w przeszłości. Waldinger nazwał ten zespół REGS (*restless genital syndrome*) — zespół pobudzenia narządów [4, 5]. Za główną przyczynę

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Mosiołek  
Klinika Psychiatryczna NOZ WUM  
MSCZ im. prof. Jana Mazurkiewicza  
ul. Partyzantów 2/4, 05–802 Pruszków,  
tel. 22 758 63 71, faks 22 758 75 70  
e-mail: anna.mosiolek@mscz.pl  
Nadesłano: 10.03.2015

Przyjęto do druku: 12.12.2015

kombinacji uznano neuropatię nerwu sromowego, szczególnie nadmierne pobudzenie włókien czuciowych nerwu grzbietowego łechtaczki [6].

Kryteria REGS obejmują:

- Niepożądane i nieprzyjemne uczucie pobudzenia seksualnego bez uczucia pożądania seksualnego lub fantazji seksualnych.
- Niepożądane lub nieprzyjemne orgazmy seksualne lub fantazje seksualne.
- Objawy zespołu niespokojnych nóg.
- Objawy pęcherza nadreaktywnego.
- Nasilenie niepożądanych i nieprzyjemnych uczuć napięcia seksualnego podczas siedzenia.
- Niechciana przeculica w obrębie narządów płciowych na badanie sensoryczne.
- Niepożądane i nieprzyjemne doznania seksualne w wyniku badania poniżej kości łonowej.

Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego jest zatem nowym rozpoznaniem, nie ma go w klasyfikacjach ICD-10 ani w DSM-V [7]. Brakuje danych epidemiologicznych, modeli zwierzęcych, dokładnych badań klinicznych, a leczenie jest oparte na pojedynczych przypadkach kazuistycznych. Nie ma też badań z podwójną ślepcą próbą.

Obecnie stosowana diagnoza może mieć nazwę REGS/PGAD [8].

Etiologia zespołu opiera się na kilku hipotezach, które można podzielić na:

- Wymieniony wyżej problem neuropatii nerwu sromowego.
- Czynniki naczyniowe — PGAD ma być wtórny do zespołu przeciążenia żylnego miednicy i problemów żyłaków w genitaliach [9].
- Neuropatia centralna — objawy PGAD są wtórne do objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) lub zabiegów na tętnicach i żyłach szyjnych oraz interwencji w okolicach lędźwiowych. Objawy są podobne w mechanizmie jak w przypadku padaczki czy zespołu Gillesa de la Tourette [8].
- Czynniki hormonalne — szczególnie wzrost stężeń dopaminy oraz serotoniny [10].
- Czynniki farmakologiczne — używanie Trazodonu i jego gwałtowne odstawienie [11].
- Czynniki psychogenne — zwiększony poziom lęku, objawy depresyjne [12].
- Inne — używanie soi (fitoestrogeny) [13].

Wszystkie wymienione czynniki raczej opisują możliwość zaostrzenia objawów w pojedynczych przypadkach. Obecnie opisywane są przypadki PGAD także u mężczyzn [14].

Z tego też tytułu leczenie opiera się na kazuistycznych opisach. Metody leczenia obejmują zarówno

farmakologię, jak i fizjoterapię. Ważna jest też psycho-terapia głównie kognitywno-behawioralna [15].

Opisano użycie benzodiazepin (clonazepam i oxazepam), tramadolu, lokalnie bupiwakainy [6], neuroleptyki (szczególnie zwiększające poziom prolaktyny) — opisano szybką poprawę po olanzapinie [16]. Podobną reakcję poprawy zauważono po 2 tygodniach brania wardenikiliny u 49-letniej pacjentki z wieloletnim, praktycznie trwającym całe życie, zespołem PGAD [17]. Po użyciu trójcyklików, duloksetyny i pregabaliny opisano poprawę [18]. Postulowane jest odstawienie trazodonu, soi, welafaksyny oraz zastosowanie SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*) [19]. Opisano przypadki leczenia PGAD elektrowstrząsami w przypadku jednoczesnego występowania choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) [20].

Metody fizykoterapeutyczne są oparte na przezskórnej stymulacji nerwu sromowego, zarówno u kobiet [21], jak i u mężczyzn (w jednym przypadku bez powodzenia) [22]. W przypadku problemów naczyniowych zaleca się zabiegi chirurgiczne [23].

W artykule przedstawiono przypadek wieloletniego przebiegu zespołu PGAD u pacjentki z osobowością z pogranicza leżącą przez długi czas w kierunku depresji i uzależnienia od masturbacji. Cechy osobowości pacjentki, silne mechanizmy zaprzeczeń oraz brak rozpoznania zespołu PGAD powodowały brak sukcesów terapeutycznych.

## Opis przypadku

Pacjentka lat 35, rozwódka, syn 6-letni pozostający pod opieką męża, wykształcenie średnie, zgłosiła się do kliniki z powodu nasilenia się objawów napięcia seksualnego, uniemożliwiającego jej, jak podawała, normalne funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Pacjentka urodzona o czasie, z CII, PII, bez powikłań. Rozwój psychomotoryczny prawidłowy. Gdy pacjentka miała 2,5 roku ojciec wyjechał za granicę, nie przyjeżdżał w odwiedziny do Polski i nie miała z nim żadnego kontaktu, aż do 6 rż. Pojawił się wtedy, według odczucia pacjentki, jako „całkiem obcy pan”. W dzieciństwie, od około 5. rż. cierpiała na „zespół niespokojnych nóg”. „Dziwne nogi” dokuczały jej do 17. rż., nigdy jednak nie leczyła się z tego powodu. Gdy miała 7 lat, urodził się jej młodszy brat, poczuła się wówczas odrzucona, mało ważna i bardzo zła, że matka poświęca mu czas. W 13. rż. pacjentka miała pierwszy okres, była przerażona, nie wiedziała co się z nią dzieje, ponieważ w domu nigdy nie podnosiło się tematów związanych z seksualnością. Od tego czasu miesiączkuje stosunkowo regularnie, nieboleśnie. Współżycie podjęła w 15. rż. i mimo że, jak podawała, nie sprawiało jej ono żadnej

przyjemności oraz obawiała się ciąży, „czuła, że głębokim pragnieniem jej duszy jest kochać i być kochaną”. Uznała więc, że należy się poświęcić, współżycąc z partnerem. Chłopak, z którym się spotykała, był alkoholiczkiem, miał problemy z prawem, „kradł i kłamał”, bił ją, ale czuła się w nim bardzo zakochana i planowała spędzić z nim życie. Związek ten miał bardzo burzliwy przebieg, pacjentka podaje, że miała w jego trakcie nieustające huśtawki emocjonalne, napady złości, z powodu trudności w radzeniu sobie z emocjami eksperymentowała z alkoholem i marihuaną. Jako nastolatka była buntownicza, konfliktowa, awanturowała się w domu, często biła młodszego brata. Z powodu problemów w nauce musiała zmienić szkołę. Po ukończeniu liceum podjęła pracę jako opiekunka do dziecka, jednocześnie kontynuując naukę w studium hotelarskim. W trakcie nauki jeszcze kilkakrotnie wchodziła w przelotne związki, nie dawały jej jednak one satysfakcji. W wieku 20 lat weszła w masochistyczną relację z „filozofem, który uczył ją swojego sposobu patrzenia na świat”. Po zakończeniu tego związku była w głębokiej depresji. Podjęła wówczas dwie próby samobójcze, najpierw chciała się utopić w Wiśle, a następnie powiesić (nie wiedział o nich nikt za wyjątkiem jednej bliskiej przyjaciółki). Wtedy też masturbacja, jak podaje, pomagała jej zasnąć oraz wyciszyć myśli i z tego powodu stosowała autostymulację praktycznie co wieczór. Jednocześnie pacjentka zauważyła, że objawy napięcia seksualnego bez odczuwania uczucia pożądania zaczęły się pojawiać co dwa tygodnie i trwały przez kilka dni. W wieku 23 lat masturbacja w celu rozładowania napięcia zaczęła jej zajmować około 2 godzin dziennie. Z powodu narastającego problemu związanego ze stałym odczuwaniem silnego, długotrwałego napięcia w łechtaczce, pacjentka podjęła terapię seksuologiczną. Zalecono androcur, po którym miała nawet „do 100 orgazmów dziennie i już nie wytrzymywała”. Po przerwaniu leczenia androcuru masturbacja zajmowała jej już około 4 godzin dziennie. Z tego powodu pacjentka zaczęła uczęszczać naoringi dla osób uzależnionych od pornografii oraz masturbacji. W tym czasie poznała przyszłego męża. Dawał on jej poczucie bezpieczeństwa, nie kochała go jednak i bycie z nim nie sprawiało jej przyjemności. Podczas współżycia z mężem odczuwała ból, natomiast ulgę związaną z uczuciem napięcia seksualnego przynosiła jej masturbacja. Aby przetrwać, odcięła się od emocji i było jej wszystko jedno, co się z nią stanie, czuła się „jakby zamknięta”. W wieku 27 lat rozpoczęła leczenie psychiatryczne, przyjmowała antydepresanty, walproinianę, pernazynę oraz benzodiazepiny z niewielkim efektem („ucisk fizyczny z codziennego zmienił się na pojawiający trzy razy w tygodniu”).

W 2007 roku pacjentka z powodu nasilenia dolegliwości związanych z pobudzeniem narządów płciowych była hospitalizowana psychiatrycznie z rozpoznaniem: inne zaburzenia osobowości F 60.8. W trakcie pobytu na oddziale pacjentka kilkanaście razy dziennie masturbowała się, w celu pozbycia objawów obwodowego pobudzenia genitalnego, co uważała za zachowanie patologiczne i naganne. Została wypisana przed zakończeniem leczenia z powodu braku efektów terapeutycznych. Kolejna hospitalizacja psychiatryczna miała miejsce w 2011 roku. W trakcie całego pobytu na oddziale pacjentka pozostawała w terapii seksuologicznej. Po badaniu psychologicznym wykonanym w trakcie hospitalizacji Inwentarzem Osobowości MMPI-2 — zdiagnozowano u badanej osobowość chwiejną emocjonalnie. W badaniu ginekologicznym z 2011 roku nie stwierdzono odchyłeń od normy. W trakcie całego pobytu u chorej stosowano farmakoterapię amitryptyliną w dawce 75 mg/dobę, terapię indywidualną, treningi relaksacyjne oraz biofeedback. Pacjentka została wypisana z rozpoznaniem osobowości borderline oraz zespołu przetrwałego napięcia seksualnego, w stabilnym stanie psychicznym, bez objawów z kręgu PGAD. Poprawa utrzymywała się według pacjentki przez okres około półtora miesiąca od zakończenia hospitalizacji i był to najdłuższy okres bez dolegliwości od wystąpienia PGAD. Po zakończeniu hospitalizacji pacjentka zdecydowała się złożyć pozew rozwodowy, gdyż, jak podawała, „mąż zrobił się nie do wytrzymania”. Na przemian przeżywała skrajne emocje. Twierdziła, że nie kochała męża, ale ponieważ jest on dobrym człowiekiem, zdecydowała się na ten związek, gdyż chciała mieć poczucie bycia w normalnej rodzinie. Po rozwodzie była w kilku związkach, które nie przynosiły jej satysfakcji. Opisuje swoich partnerów jako osoby, które z różnych powodów nie angażowały się psychicznie lub unieważniały związek. Pacjentka pozostaje skonfliktowana z matką, ma obecnie partnera uzależnionego od hazardu, z którym planuje zamieszkać. Do kliniki pacjentka zgłosiła się z oczekiwaniem „naprawienia jej”, twierdziła, że jeśli pobyt jej nie pomoże, to zdecyduje się na interwencję chirurgiczną (usunięcie warg sromowych i łechtaczki). Relacjonowała poczucie braku emocji, poczucie słabego poczucia tego, kim jest, trudności we wchodzeniu w bliskie relacje z ludźmi. Wyraźnie początkowo miała trudności z mówieniem o tematyce intymnej, określając swoje trudności „objawami somatyzacyjnymi”. Opisowała swoje objawy jako „czysto fizyczne”. Zgłaszała konieczność przymusowego pobudzania łechtaczki bez subiektywnego uczucia pożądania seksualnego, która utrzymuje się mimo jednego lub więcej orgazmów i którą odczuwa jaką uciążliwą i niechcianą. Z tego też

**Tabela 1. Wyniki wybranych badań psychologicznych**

Metoda	Wyniki liczbowe
MoCA	27 pkt./30 pkt.
RAVLT	AI: 6, AII: 10, AIII: 12, AIV: 12, AV: 13, BI: 6, AVI: 13, AVII: 13
ROCFT	Kopia: 36 pkt., 100 percentyl; typ 2, Reprodukcyjność: 17 pkt., 20 percentyl, typ: 1
FAB	FAB: 18 pkt./18pkt.
TMT A i B	TMT: A: 47 sek., 10–25 percentyl, B: 56 sek., 50–75 percentyl
Stroop	A: 44 sek., B: 62 sek., C: 95 sek.
MMPI-2	F = 59, Fb = 52, Fp = 70, FBS = 55, L = 70, K = 67, S = 62 // Hs = 52, D = 68, Hy = 70, Pd = 69, Pa = 54, Pt = 48, Sc = 52, Ma = 49
Test Fluencji Słownej	F: 12, A: 14, S: 14, zwierzęta: 15, ostre przedmioty: 12
BSL-23	BSL-23: 12 pkt.; 0 pkt.

Objaśnienia skrótów w tekście

powodu pacjentka, jak podaje, przeżywa silny niepokój, lęk oraz tak negatywne emocje. Podawała, że uczęszcza na terapię, która, jak twierdzi, w niczym jej nie pomaga. Z powodu „zaburzeń somatyzacyjnych” jest obecnie na zasiłku rehabilitacyjnym. Wypowiada się o swoich trudnościach: „moja choroba”, „moja gehenna”. Pacjentka w przeszłości miała epizody bulimiczne, nasilające się przy przeżywaniu przez nią uczucia złości. W okresach, gdy odczuwała duży poziom napięcia i stresu, dochodziło u niej również do krótkotrwałych (kilkugodzinnych) dekompensacji psychotycznych. Na oddziale domagała się leczenia farmakologicznego. Potwierdzała objawy związane z zaburzeniami funkcjonowania interpersonalnego: słabą umiejętność rozpoznawania uczuć i potrzeb innych, nadwrażliwość interpersonalną (skłonność do czucia się lekceważonym i obrażanym przez innych), relacje nawiązywane z innymi były naznaczone nieufnością, prezentowała skłonność do idealizacji i dewaluacji z naprzemiennym zaangażowaniem i wycofywaniem się z relacji. Pacjentka w trakcie hospitalizacji była skupiona na braku poczucia bezpieczeństwa, bezradności, niepewności. Zazwyczaj prezentowała „ponury nastrój”, potwierdzała poczucie wstydu oraz niższej wartości związane z koniecznością rozładowywania napięcia poprzez masturbację. W przeszłości regresowała się do głębokiej depresji lub infantylnej zależności, masturbację traktowała między innymi jako formę radzenia sobie z emocjami (głównie złością) oraz karamania siebie. Obserwowano u pacjentki nasilony niepokój, relacjonowała też nerwowość, napięcie, lęk, często w reakcji na stres interpersonalny, martwienie się o negatywne skutki ostatnich nieprzyjemnych doświadczeń i przyszłych możliwych negatywnych doświadczeń, obawy o utratę kontroli. Zgłaszała obawy: przed odrzuceniem, związaną z poczuciem nadmiernej zależności i utraty autonomii. W związku z sygnalizowanymi przez pacjentkę objawami zespołu przetrwałego napięcia seksualnego, wykonano u niej poszerzoną diagnostykę

neuroobrazową i neuropsychologiczną. W badaniu MRI (*magnetic resonance imaging*) głowy wykonanym w sekwencji SE w obrazach T1 zał. oraz sekwencji TSE w obrazach T2 i TIRM oraz DWI resolve oraz GRE 3D T2. uwidoczniono: prawidłowe struktury mózgu i mózdzku bez zmian ogniskowych we wszystkich zastosowanych sekwencjach. W obrazach DWI zaobserwowano natomiast cechy uogólnionego zaniku korowo-podkorowego wyrażone poszerzeniem przestrzeni okołomózgowych i poszerzeniem układu komorowego. Komora III szerokości 12 mm, układ komorowy bez poszerzeń i przemieszczeń, przestrzenie płynowe okołomózgowe prawidłowe.

W ramach badania psychologicznego zastosowano następujące metody diagnostyczne: 1) Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA, *Montreal Assessment Cognitive*) wersja 7.2 równoważna, 2) Test 15 Słów Reya (RAVLT, *The Rey Auditory Verbal Learning Test*), 3) Test Figury Złożonej Reya (ROCFT, *The Rey-Osterrieth Complex Figure Test*), 4) *Frontal Assessment Battery*, 5) Test Łączenia Punktów TMT A i TMT B, 6) Test Interferencji Słów i Kolorów Stroopa, 7) Minnesocki wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (MMPI-2, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), 8) Test Uzupełniania Zdań Sachsa i Sidneya, 9) Test Fluencji Słownej, 10) Listę Symptomów Borderline BSL-23 oraz 11) Kwestionariusz Seksualności Kobiety — poszerzona skala kromierzyńska. W tabeli 1 przedstawiono wyniki liczbowe poszczególnych badań.

Wyniki uzyskane z badań testowych wskazywały na ogólne prawidłowe funkcjonowanie poznawcze badanej. Procesy uczenia werbalno-językowego kształtowały się u badanej na poziomie przeciętnym. Badana może mieć niewielkie trudności ze strukturalizacją i organizacją materiału pamięciowego, co może potencjalnie zakłócać efektywność wydobywania go z pamięci. Procesy kontroli inhibicyjnej i kontrolowania czynności jednoczesnych nie wykazują cech patologicznych.

Wyniki skal kontrolnych inwentarza MMPI-2 wskazują na skłonność badanej do zaprzeczania trudnościom oraz umiarkowaną skłonność do zgłaszania nietypowych objawów patologicznych. Wyniki skal klinicznych Inwentarza MMPI-2 wskazują na to, że badana wykazuje skłonności do depresyjnego nastroju, który może się pogłębiać, kiedy nie doświadcza zainteresowania ze strony innych osób. Badana może prezentować liczne objawy wyrażające nieuświadomione stany emocjonalne. Prawdopodobnie badana może mieć ograniczony wgląd w swoje funkcjonowanie emocjonalne i naturę swoich problemów, poszukiwać u innych osób poczucia tożsamości i poszukiwać ich zainteresowania, a jednak unikać wchodzenia w głębsze relacje. Prawdopodobnie w niewielkim stopniu jest w stanie odczuwać przyjemność związaną z bliskością i intymnością. Prawdopodobny mechanizm nasilania się zgłaszanych objawów jest zbliżony do rozumianej klasycznie konwersji. W związku z niewielką zdolnością badanej do psychologizowania, jej zdolność do korzystania z terapii jest dyskusyjna. Zamiast uświadomionego lęku badana odczuwa raczej napięcie, wyczerpanie, słabość, może mieć trudności z rozpoczęciem działań i podejmowaniem aktywności. Może być zainteresowana statusem, władzą i rywalizacją, jednak obawia się występowania samemu w sytuacji bezpośredniej rywalizacji. Podobnie może odczuwać potrzebę większej odpowiedzialności i zmiany, lecz unika związanego tym napięcia. Może doświadczać nadmiernego cierpienia z powodu najmniejszej nawet krytyki. W sferze emocjonalnej prawdopodobnie doświadcza poczucia „emocjonalnego zakorkowania”, zaprzecza występowaniu nieakceptowanych impulsów, obawia się własnej spontaniczności. Uczucie dyskomfortu może nasilać się szczególnie w towarzystwie płci przeciwnej. W związku z powyższym w znikomym stopniu jest zdolna do odczuwania przyjemności z relacji intymnych z płcią przeciwną. U pacjentki występują złożone trudności osobowościowe charakteryzujące się wyrażaniem nieuświadomionych konfliktów i deficytów poprzez objaw, przy jednocześnie ograniczonej zdolności psychologizowania. Mechanizm objawowy mieści się w klasycznym rozumieniu pojęć histeria-konwersja.

W związku z podnoszonym w piśmiennictwie znaczeniem zmian naczyniowych w obrębie miednicy mniejszej oraz ucisku mechanicznego na struktury genitalne w etiologii zespołu przetrwałego napięcia seksualnego dodatkowo wykonano badanie MR miednicy małej oraz zlecono konsultację ginekologiczną. W badaniu MR miednicy małej (10.02.2014) wykonanym w sekwencji SE w obrazach T1 zał. oraz w sekwencji TSE w obrazach T2 i TIRM. Uwidoczniono: macica w przodozgięciu, myometrium jednorodne,

szyjka macicy bez zmian, zarysy jamy miednicy równe, endometrium jednorodne, wąskie (3 mm), OC, prawy jajnik  $31 \times 20$  mm z pęcherzykami do 5 mm, lewy jajnik  $24 \times 18$  mm z pęcherzykami do 4 mm, prawidłowa ilość w zatoce Douglasa, obfite sploty żyłne w wargach sromowych większych.

Konsultacja ginekologiczna: pacjentka miesiączkuje regularnie, nieboleśnie, przyjmuje od 2008 roku Microgynon. Operacje ginekologiczne (–). Srom w badaniu bez odchyłań. Część pochwowa sformowana, kanał zamknięty. Trzon macicy normalnej wielkości, twardy, ruchomy, niebolesny. Przydatki obustronnie bez uchwytanych zmian chorobowych. Wykonane badania laboratoryjne, w tym hormonalne, pozostawały w zakresie normy, z wyjątkiem podwyższonego stężenia prolaktyny (TSH —  $2,107 \mu\text{m./ml}$ , prolaktyna —  $40,09 \text{ ng/ml}$ , FSH —  $11 \text{ mlj./ml}$ , LH —  $10 \text{ mlj./ml}$ , testosteron —  $40 \text{ ng/dl}$ ). Leczenie pacjentki obejmowało psychoedukację oraz farmakoterapię. W trakcie całego pobytu pozostawała w terapii indywidualnej w protokole behawioralno-poznawczym, jednocześnie wdrożono farmakoterapię w postaci olanzapiny  $5 \text{ mg/dobę}$  oraz fluoksetyny w dawce wzrastającej do  $60 \text{ mg/dobę}$ . Objawy zanikły w okresie, w którym zdecydowała się wyrazić złość do partnera, co spowodowało kolejne rozstanie z jego inicjatywy. Tuż przed wypisem ze szpitala objawy znów się pojawiły. Było to zbieżne w czasie z powrotem pacjentki do partnera. Jednocześnie aktywował się u pacjentki mechanizm zaprzeczania — częściej twierdziła, że objawy nie mają żadnego związku ze stanami psychologicznymi i występują u niej w sposób nieprzewidywalny. Ogólny poziom objawów i ich częstotliwość uległy jednak odczuwalnemu zmniejszeniu, wzrósł również ogólny poziom funkcjonowania psychospołecznego pacjentki: w mniejszym stopniu skupiała się na objawach, podjęła decyzję o wyprowadzeniu się od matki i odnalazła perspektywę założenia własnej działalności gospodarczej.

## Dyskusja

W przedstawionym przypadku obserwowano objawy zespołu przewlekłego pobudzenia seksualnego, trwającego u pacjentki wiele lat. Z powodu tych objawów rozpoznawano u niej uzależnienie od masturbacji, co skutkowało podjęciem terapii dla osób uzależnionych w grupach anonimowych seksuologów. Rzeczywiście, część objawów PGAD może sugerować objawy uzależnienia, czyli utratę kontroli nad zachowaniami seksualnymi oraz regulację napięcia i emocji poprzez masturbację. Także nieliczne wyniki badań pokazały, że część pacjentek może mieć problem z uzależnieniem [12]. Objawy PGAD były jednak

bardziej pierwotne. Na obraz cierpienia nałożyły się też cechy osobowości chwiejnej emocjonalnie (typ borderline), które nasilały objawy szczególnie podczas zwiększonego napięcia psychicznego. Wielokrotne próby leczenia ambulatoryjnego nie dawały rezultatu. Nie wiadomo do dzisiaj, co jest pierwotnym rozpoznaniem u pacjentki, niewątpliwie jednak zaburzenia osobowości nasilały objawy.

Autrzy nie znaleźli w literaturze przykładów wpływu cech osobowości z pogranicza na objawy PGAD.

Wydaje się zatem, że to rozpoznanie, powinno być brane pod uwagę szczególnie po rozpoznaniu kryteriów diagnostycznych PGAD. U pacjentki obserwowano z wywiadu objawy zespołu niespokojnych nóg oraz w badaniach diagnostycznych, objawy obfitych splotów żylnych w wargach sromowych większych. Zastosowanie olanzapiny i fluoksetyny oraz praca nad relacjami z partnerem (wyrażenie złości do niego) spowodowały ustąpienie objawów pobudzenia seksualnego. Podobnie pacjentka zareagowała podczas pobytu w szpitalu w 2011 roku (stosowano amitrypylinę i terapię seksuologiczną). Pojawienie się objawów obserwowano w momencie wypisywania ze szpitala, a w konsekwencji szybkiego kontaktu z partnerem, co przy silnym mechanizmie zaprzeczania (pacjentka negowała związek emocji z nasileniem objawów seksualnych) daje obraz klasycznego rozumienia pojęć histeria – konwersja.

## Wnioski

Na podstawie kompleksowej oceny historii medycznej, seksuologicznej, psychospołecznej, przeprowadzonej obserwacji oraz wykonanej diagnostyki u pacjentki rozpoznano zespół przetrwałego napięcia seksualnego o złożonej etiologii oraz osobowość borderline z cechami osobowości narcystycznej oraz histrionicznej (klaster B). Chociaż etiologia syndromu uporczywego napięcia seksualnego nie jest do końca jasna, to podnosi się znaczenie zmian organicznych w centralnym układzie nerwowym (CUN), czynników psychologicznych czy zmian naczyniowych w obrębie miednicy mniejszej. Wystąpienie przetrwałego zespołu napięcia seksualnego mogło być u pacjentki związane między innymi z uciskiem mechanicznym obfitych splotów żylnych na wargach mniejszych sromu.

Przedstawiony przypadek pokazuje konieczność uwzględnienia cech osobowości, mechanizmów psychologicznych z czynnikami fizycznymi w diagnozie zespołu PGAD. Ponieważ nie znamy do końca etiologii sposobów leczenia zespołu PGAD, trudno ocenić, co jest podstawowym mechanizmem powstałych

objawów, które narażają pacjentów na wieloletnie cierpienie. Przy istniejących problemach uzależnienia od masturbacji wskazane jest uwzględnienie możliwości zespołu PGAD i ustalenia konkretnej diagnozy, co bezpośrednio wiąże się z innym sposobem leczenia. Warto też bardziej rozpropagować nowe mniej znane zespoły chorobowe dotyczące strefy seksualnej, z pełnym przedstawianiem tych dysfunkcji jako części większej całości, a nie wyizolowanego objawu seksualnego.

Nadal jednak leczenie i rozpoznanie zespołu PGAD będzie zależało od intuicji lekarza oraz metody prób i błędów [23].

## Piśmiennictwo:

- Leiblum S, Nathan S.G. Persistent sexual syndrome; a newly discovered pattern of female sexuality. *J. Sex. Marital. Therapy* 2001; 27: 365–380.
- Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L. i wsp. Revised Definitions of Women's sexual dysfunction. *J. Sex Med.* 2004; 1: 40–48.
- Goldmeier D., Leiblum S. Persistent genital arousal in women—a new syndrome entity. *Int. J. STD AIDS* 2006; 17: 215–216.
- Waldinger M.D., van Gils A.P., Ottavanger H.P., Vandenbroucke W.V., Tavy D.L. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part I MRI, EEG, and transvaginal ultrasonography investigations. *J. Sex. Med.* 2009; 6: 474–481.
- Waldinger M.D., Schweitzer D.H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder. *J. Sex Med.* 2009; 6: 489–497.
- Waldinger M.D., Venema P.L., van Gils A.P., Schweitzer D.H. New insights restless genital syndrome; Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of nervus dorsalis clitoridis. *J. Sex Med.* 2009; 6: 2778–2787.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Goldmeier D., Leiblum S. Interaction of organic and psychological factors in persistent genital arousal disorder in women: a report of six cases. *Int. J. STD AIDS* 2008; 19: 488–490.
- Thorne C., Stuckey B. Pelvic congestion syndrome presenting as persistent genital arousal: a case report. *J. Sex Med.* 2008; 5: 504–508.
- Leiblum S.R., Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with anti-depressant usage and withdrawal. *J Sex Marital Ther.* 2008; 34: 150–159.
- Battaglia C., Venturoli S. PGAD and trazodone. Morphometric and vascular modifications of the clitoris: a case report. *J. Sex Med.* 2009; 6: 2896–900.
- Leiblum S., Chivers M. Normal and persistent genital arousal in women: new perspectives. *J. Sex Marital Ther.* 2007; 33: 357–373.
- Amsterdam A., bu-Rustum M., Carter J., Krychman M. Persistent sexual arousal syndrome associated with increased soy intake. *J. Sex Med.* 2005; 2: 338–40.
- Kamatchi R., Ashley-Smith A. Persistent genital arousal disorder in a male: a case report and analysis of the cause. *BJMP* 2013; 6: a605.
- Hiller J., Hekster B. Couple therapy and cognitive behavior techniques for persistent sexual arousal syndrome. *Sex Relat. Ther.* 2007; 22: 91–96.
- Arnaoudova M. Persistent genital arousal disorder in elderly women: a case study. *JMAB* 2012; 18: 284–286.

22. Korda J., Pfaus J., Goldstein I. Persistent genital arousal disorder: a case report of in a women with life long PGAD where serendipitous administration of varenicline tartrate resulted in symptomatic improvement. *J. Sex Med.* 2009; 6: 1479–1478.
23. Philippsohn S., Kruger T.H. Persistent genital arousal disorder: Successful treatment with duloxetine and pregabalin in two cases. *J. Sex Med.* 2012; 9: 213–217.
24. Darewicz B., Skrodzka M., Kudelski J., Malczyk E. Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego. *Seksuologia Polska* 2007; 5: 9–12.
25. Korda J., Pfaus J., Kellner C., Goldstein I. Case report of long-term symptomatic management with electroconvulsive therapy. *J. Sex Med.* 2009; 6: 2901–2909.
26. Waldinger M.D., de Lint G.J., Veema P.L., van Gils A.P.G., Schweitzer D.H. Successful transcutaneous electric al nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: the role of A-delta, and C-nerve fibers. *J. Sex Med.* 2010; 7: 1190–1199.
27. Waldinger M.D., Venema P.L., van Gils A.P.G., deLint G.J., Schweitzer D. Stronger evidence for small-fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males. *J. Sex Med.* 2011; 8: 325–330.
28. Facelle T.M., Sadeghi-Nejad H., Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder: Characterization, etiology, and Management. *J. Sex Med.* 2013; 10: 439–450.