

Zaburzenia seksualne u kobiet z cukrzycą typu 1

Sexual disorders in women with type 1 diabetes mellitus

Agata Leśnicka

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Streszczenie

Niniejsza praca stanowi przegląd literatury dotyczącej zaburzeń seksualnych u kobiet cierpiących na cukrzycę typu 1. Cukrzyca jest powszechnie występującą chorobą społeczną. Zmiany dotyczące naczyń i nerwów typowe dla jej patofizjologii mogą odpowiadać za zaburzenia seksualne w tej populacji pacjentów. Piśmiennictwo jednak znacznie częściej podejmuje temat zaburzeń seksualnych u diabetyków niż diabetyczek. Ponadto, w dostępnej literaturze często włącza się do jednej próby cukrzycę typu 1 i 2 mimo odmienności występujących między nimi. W większości badań na ten temat używano narzędzia FSFI. Zaburzenia seksualne u kobiet z cukrzycą typu 1 najczęściej dotyczą faz pożądania, pobudzenia i orgazmu, a także zjawiska lubrykacji. Wydaje się, że u kobiet znacznie większą rolę w zaburzeniach seksualnych towarzyszących cukrzycy typu 1 odgrywają czynniki psychologiczne: depresyjność czy zadowolenie z relacji partnerskiej, a nie liczba powikłań schorzenia podstawowego. Dostępna obecnie literatura przedmiotu wymaga poszerzenia o dalsze badania, poruszające także kwestię tego, dlaczego niektóre kobiety z cukrzycą typu 1 nie współżycją w ogóle. Kwestie zaburzeń seksualnych w przebiegu cukrzycy powinny być poruszane w rozmowie z lekarzem w celu wytworzenia u pacjentek przekonania, że takie objawy mogą być naturalnym elementem obrazu chorobowego cukrzycy, kwestia ta jest znana diabetologom, ale dysponują oni medycznymi środkami poprawy zdrowia seksualnego w tej grupie pacjentek.

Seksuologia Polska 2010; 8 (2): 71–75

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, seksuologia, zdrowie seksualne, FSFI, seksualność kobieca

Abstract

This article is dealing with a problem of sexual disorders among women with diabetes mellitus type 1. Diabetes is a social disease and its prevalence is quite common. Angio- and neuropathy typical for diabetes pathophysiology may explain sexual disorders in this population. Nevertheless, literature undertakes the topic of sexual disorders among men with diabetes decidedly more often than females with the same problem. Moreover, in the articles available it is a common practice to mix patients with type 1 and 2 diabetes despite differences between them. In a majority of papers FSFI was used. Sexual disorders of women with diabetes mellitus type 1 most often concern arousal, desire, orgasm and lubrication. It seems that in those women psychological factors such as depressiveness or relationship satisfaction play greater role than the number of diabetic complications. Current literature requires further research addressing such question as why some women suffering from diabetes mellitus type 1 do not undertake sexual activity at all. The question of sexual disorders in diabetes should be addressed in the contact with a medical doctor in order to create opinion among women that such symptoms may be an element of diabetes natural evolution, this fact is known to the specialists and that they can offer methods to improve sexual health in such cases.

Polish Sexology 2010; 8 (2): 71–75

Key words: diabetes mellitus type 1, sexology, sexual health, FSFI, women sexuality

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą społeczną, wzrasta liczba jej przypadków, a jedynie w połowie z nich jest prawidłowo rozpoznawana. Chorobowość na cukrzycę typu 1 szacuje się w Polsce na 0,3%, zapadając na nią głównie młodzi ludzie, poniżej 30. roku życia. Cukrzyca typu 1 jest uwarunkowana genetycznie, a w jej przebiegu dochodzi do autoimmunologicznego niszczenia komórek β trzustki, co w konsekwencji prowadzi do niedoboru, a nawet całkowitego braku insuliny. Ta zaś jest hormonem, który w fizjologicznych warunkach kontroluje glikemię. Wobec braku insuliny organizm znajduje się w stanie permanentnej hiperglikemii, która odpowiada za narządowe powikłania tego schorzenia [1]. Co ciekawe, już Awicenna opisał cukrzycę jako zaburzenia apetytu i obniżenie funkcji seksualnych w swoim „Kanonie medycyny” [2]. Do przewlekłych powikłań cukrzycy należą mikro- i makroangiopatia, neuropatia, a także zmiany skórne, stawowe i kostne. Najczęstszymi zaburzeniami psychologicznymi w cukrzycy są depresja i nerwica lękowa [1]. Zaskakująco niewiele miejsca poświęca się jednak wpływowi cukrzycy na funkcjonowanie seksualne.

Zgodnie z ustaleniami Mastersa i Johnson [3], w narządach płciowych kobiety zachodzą stopniowe przemiany, zależnie od klasycznie pojmowanych faz cyklu reakcji seksualnych. Na fazę podniecenia przypada obrzmiewanie żołądki łechtaczki i jej przekrwienie bierne. W tej fazie zaczyna się także lubrykacja i przekrwienie bierne pochwy. Natomiast w fazie *plateau* dochodzi do rozwoju platformy orgazmowej w 1/3 dystalnej części pochwy. Wszystko to przygotowuje do ewentualnego orgazmu, czyli rytmicznych skurczów pochwy oraz ostatecznego odprężenia [4]. Opisane przemiany wymagają sprawnego działania układu nerwowego i naczyniowego.

Powikłania naczyniowe i neurologiczne mogą zatem stać się przyczyną zaburzeń seksualnych. Angiopatia cukrzycowa może zmniejszać lubrykację, a hiperglikemia stężenie tlenu azotu odpowiedzialnego za rozszerzenie naczyń [5]. Hiperglikemia może obniżać uwodnienie błony śluzowej pochwy, co także obniża lubrykację i przyczynia się do dyspareunii. Także zwiększone ryzyko infekcji czy podatność na urazy sromu mogą powodować ból podczas współżycia. Angiopatia i neuropatia przyczyniają się do zmniejszenia przepływu krwi przez narządy płciowe [6]. Podobnie destrukcyjny wpływ mogą mieć zaburzenia hormonalne, do których przyczynia się cukrzyca oraz czynniki psychologiczne związane z wymogiem przystosowania się do ciężkiej choroby przewlekłej. Takie modele patofizjologiczne zdają się potwierdzać modele

zwierzęce. Przepływ krwi przez łechtaczkę spada u króliczy z cukrzycą, a insulina wpływa na receptory estrogenowe w podwzgórzu szczurów, czyniąc je bardziej receptywnymi seksualnie [7]. Podczas gdy wpływ cukrzycy na zdrowie seksualne mężczyzn jest dość dobrze opisany, to zaburzenia seksualne kobiet w tym kontekście nie zyskały wiele uwagi. Być może stało się tak dlatego, że ewentualna farmakoterapia zaburzeń seksualnych u kobiet jest znacznie bardziej skomplikowana, z powodu braku zwalidowanych narzędzi kwestionariuszowych lub dlatego, że seksualność kobieca jest zagadnieniem bardzo zawyłym. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat epidemiologii zaburzeń seksualnych u kobiet cierpiących na cukrzycę typu 1, opisanie ewentualnych predyktorów poszczególnych zaburzeń występujących w tej populacji pacjentów oraz przedstawienie wniosków wypływających z dokonanego przeglądu literatury przedmiotu.

Przegląd literatury

Przeszukano bazę danych MEDLINE oraz korzystano z wyszukiwarki scholar.google, używając następujących haseł: „type 1 diabetes”, „diabetes mellitus”, „diabetes” oraz „diabetic” w połączeniu z „sexual”, „sexology”, „sexual dysfunction”, „orgasm”, „anorgasmia”, „dyspareunia”. Znalezione 11 artykułów odpowiadającej tematyce niniejszego opracowania i poddano je dalszej analizie.

Wyniki uzyskiwane przez poszczególnych badaczy często są ze sobą sprzeczne. Najczęściej autorzy prac poświęconych wpływowi cukrzycy typu 1 na funkcjonowanie seksualne kobiet rozpatrują hipotezy o naczyniowym, neurologicznym, hormonalnym i psychologicznym wpływie tego schorzenia. Nie zaskakuje w tym kontekście zaniedbanie wpływu farmakoterapii na zaburzenia seksualne w tej grupie pacjentek, ponieważ podstawową metodą leczenia są iniekcje insuliny, a ta nie charakteryzuje się wieloma objawami ubocznymi wpływającymi na funkcje seksualne (podstawowe działania niepożądane insuliny to hipoglikemia, powikłania immunologiczne, obrzęki i niedociśnienie ortostatyczne) [8].

Najczęściej stosowanym w badaniu diabetyczek kwestionariuszem do oceny funkcjonowania seksualnego był *Female Sexual Function Index* (FSFI), toteż należy mu się szersze omówienie. Składa się on z 19 pytań obejmujących 6 podstawowych domen: pożądanie, pobudzenie, lubrykację, orgazm, satysfakcję i ból. Po zliczeniu wyników uzyskuje się punktację dla poszczególnych domen oraz ogólny wynik końcowy. W angielskojęzycznej wersji kwestionariu-

Tabela 1. Wyniki badań wykorzystujących *Female Sexual Function Index*

Badanie (liczebność grupy)	Pożądanie	Pobudzenie	Lubrykacja	Orgazm	Satysfakcja	Ból
Salonia i wsp. [10] (50)		+*	+*	+*		+*
Abu Ali i wsp. [14] (613)	+ ^A	+ ^A	+ ^A	+ ^A		
Doruk i wsp. [13] (21)	+	+	+			
Enzlin i wsp. [16] (652)	+ ^B	+ ^B	+ ^B	+ ^B		+ ^B
Bultrini i wsp. [15] (1)	+	+	+	+	+	+

*Tylko w fazie lutealnej, w fazie folikularnej brak różnic z grupą kontrolną; ^Aarabska wersja kwestionariusza, diabetycy z cukrzycą typu 1 i 2 rozpatrywane łącznie; ^Bużyto skróconej wersji FSFI złożonej z 7 pozycji obejmujących wszystkie czynniki wyodrębnione w narzędziu. Wersja ta zachowywała dobre własności psychometryczne

szą rzetelność dla poszczególnych domen wynosi 0,79–0,86 [9].

Natomiast do oceny depresji stosowano Skalę Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) — popularne także w Polsce narzędzie składające się z 21 działań dotyczących objawów depresji, w tym jednego dotyczącego spadku libido. Jest to skala przeznaczona do samodzielnego wypełniania przez pacjenta, określa on występowanie każdego objawu na skali 0–3. Im wyższy wynik całkowity w skali, tym większe nasilenie objawów depresyjnych.

Wyniki uzyskane przez badaczy wskazują na to, że nie ma związku pomiędzy kontrolą glikemii (stężeniem HbA_{1c}) a funkcjonowaniem seksualnym [10, 11]. Nie mają na nie wpływu także powikłania cukrzycy [12]. Kobiety z powikłaniami cukrzycy typu 1 nie zgłaszają więcej zaburzeń niż te bez nich, choć z drugiej strony pacjentki cierpiące z powodu większej liczby powikłań zgłaszają również więcej problemów seksualnych [11]. W badaniu przeprowadzonym wśród 120 kobiet z cukrzycą typu 1 wykluczono także wpływ wieku [13], wskaźnika masy ciała czy czasu trwania choroby na zaburzenia seksualne [12]. Wpływ palenia tytoniu, dyslipidemii i nadciśnienia na zaburzenia seksualne u tych pacjentek jest podobnie nieistotny [14].

Niemniej jednak, pacjentki z cukrzycą typu 1 częściej cierpią na zaburzenia seksualne niż zdrowe kobiety. Opisano nawet przypadek 29-letniej kobiety, u której zaburzenia seksualne pojawiły się bez żadnej przyczyny (wykluczono przyczyny małżeńskie, psychologiczne czy ginekologiczne), jeszcze przed postawieniem właściwego rozpoznania. Po rozpoznaniu cukrzycy typu 1 i podjęcia jej leczenia zaburzenia ustąpiły [15].

Przegląd dostępnych badań wskazuje na to, że zaburzenia u kobiet z cukrzycą typu 1 najczęściej

dotyczą faz pożądania, pobudzenia i orgazmu, a także zjawiska lubrykacji, choć bywają również związane z odczuwaniem bólu czy ogólną satysfakcją ze współżycia. Szczegółowe wyniki poszczególnych badań wykorzystujących narzędzie FSFI przedstawiono w tabeli 1. Niekiedy obserwuje się pogorszenie funkcjonowania seksualnego tylko w fazie lutealnej cyklu, podczas gdy w folikularnej wyniki FSFI nie różnią się od grupy kontrolnej [10].

Choć seksualność kobieca jest tak złożonym zagadnieniem, że w opisywaniu jej zaburzeń należy brać pod uwagę różnorodne czynniki, to u kobiet z cukrzycą typu 1 zaburzenia w tej sferze są prawdopodobnie związane głównie z czynnikiem psychologicznym. Mimo dobrze opisanej patofizjologii przebiegu cukrzycy typu 1, nadciśnienie, neuropatia autonomiczna i obwodowa nie wydają się wpływać na zaburzenia seksualne u pacjentek z tą jednostką [14].

Wyniki badań wykazują, że zaburzenia seksualne w tej grupie pacjentek korelują z depresją [11]. Dodatkowo, takie pacjentki nie tylko deklarują więcej symptomów depresji, ale także wykazują się mniejszym zadowoleniem z relacji małżeńskiej [12].

Występowanie zaburzeń seksualnych oddziałuje także zwrotnie na akceptację cukrzycy, wskazuje na to fakt, że pacjentki doświadczające zaburzeń seksualnych trudniej znoszą również oswojenie się z własną chorobą oraz są mniej zadowolone z leczenia i odczuwają jego większy wpływ na własne życie [12].

Dyskusja

Interpretacji wyników przedstawianych badań można dokonać jedynie w ograniczonym zakresie, ponieważ naukowcy rzadko podejmują ten temat,

a samych wyników badań jest niewiele. O ich ograniczonej przydatności decydują także małe liczebności grup badawczych. Mimo odmiennej patofizjologii i różnego wieku zapadania, badacze nader często mieszają w swych pracach pacjentki z cukrzycą typu 1 i 2. W niniejszym artykule ograniczono się tylko do przeglądu badań poświęconych jednoznacznie cukrzycom typu 1 lub takim, w których grupa pacjentek z tym typem cukrzycy była analizowana osobno.

Dodatkowo, w kryteriach włączenia do próby bardzo często znajdował się warunek bycia w stabilnym związku heteroseksualnym [10–13]. Również FSFI służy do oceny aktywności seksualnej w przeciągu ostatnich 4 tygodni. Wyklucza to z analizy osoby, które nie mają partnera lub nie podejmowały aktywności seksualnej w ostatnim czasie. Jeśli dostępne wyniki potwierdzają, że w populacji kobiet z cukrzycą typu 1 jest więcej osób cierpiących z powodu zaburzeń seksualnych, wykluczanie z analizy osób niewspółżyjących być może ze względu na te właśnie zaburzenia nie wydaje się posunięciem właściwym. Sprawdzenia wymaga, czy wśród takich osób nie występuje więcej dysfunkcji seksualnych, a jeśli tak, to o jakim charakterze i jakie są ich predyktory.

Nie we wszystkich przedstawianych badaniach kontrolowano także wpływ objawów depresyjnych na zgłaszane zaburzenia seksualne, a wydaje się to wskazane ze względu na dużą komponentę psychogenną tych zaburzeń w tej grupie pacjentek.

Jak wspomniano, ekspresja seksualna kobiet jest złożonym zjawiskiem, a zmiany fizjologiczne dość luźno korelują z psychologicznymi aspektami przeżywania aktu seksualnego u kobiet. Dowodzą tego także badania Wincze i wsp., w których subiektywne odczucia kobiet z cukrzycą oraz liczba zgłaszanych przez nie problemów seksualnych nie różniły się od kobiet zdrowych, mimo że pletyzmograficznie potwierdzono u nich mniejszy przepływ przez pochwę w odpowiedzi na film erotyczny [17]. Wpisuje się to w nurt badań nad seksualnością kobiecą, który lansuje Basson w swoich pracach poświęconych nowemu modelowi kobiecych reakcji seksualnych. Podkreśla ona rolę pozytywnej motywacji do podejmowania aktywności seksualnej przez kobietę, przy czym owa motywacja jest rozumiana jako chęć okazywania miłości, dzielenia przyjemności, emocjonalnego zbliżenia się. Owa motywacja ma być pierwszym krokiem do świadomego koncentrowania się na bodźcach erotycznych [18]. Jest to model bazujący na świadomych intencjach i motywacjach, a nie fizjologicznej chęci rozładowania popędu. Może on dobrze wyjaśniać rozbieżności pomiędzy subiektyw-

nymi odczuciami kobiet z cukrzycą typu 1 a rzeczywistymi somatycznymi zmianami, które zachodzą podczas choroby.

Wnioski

1. Pytania o zdrowie seksualne powinny się stać immanentną częścią wywiadu lekarskiego zbieranego od pacjentek z rozpoznaną cukrzycą typu 1, ponieważ zaburzenia w tej sferze występują u nich częściej niż w populacji ogólnej kobiet. Takie zalecenie powinno być także zawarte w programach szkolenia lekarzy internistów i specjalistów medycyny rodzinnej, którzy są pierwszymi przedstawicielami służb medycznych, do których pacjentka zwraca się ze swoimi problemami zdrowotnymi. Takie postępowanie sprzyja „oswojeniu” tematu i wytworzeniu przekonania, że również zaburzenia seksualne są elementem obrazu chorobowego cukrzycy i można podjąć na ten temat dyskusję w gabinecie lekarskim.
2. Adresowanie kwestii zaburzeń seksualnych przez lekarza opiekującego się pacjentką z cukrzycą typu 1 może pozytywnie wpłynąć na przystosowanie się do choroby oraz zwiększenie poczucia kontroli nad chorobą.
3. Zarówno w badaniach naukowych dotyczących zaburzeń seksualnych u kobiet z cukrzycą typu 1, jak i w procesie ich leczenia należy oceniać nasilenie depresji i innych ewentualnych trudności psychologicznych pacjentki ze względu na duży wpływ czynników psychologicznych na nasilenie tych zaburzeń.
4. Istnieje potrzeba dalszego prowadzenia badań na temat przyczyn zaburzeń seksualnych u kobiet z cukrzycą typu 1, co będzie stanowiło istotny wkład w badania nad seksualnością kobiecą w ogóle oraz nad seksuologicznymi aspektami tego schorzenia internistycznego. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy, to raczej psychologiczne czynniki (depresja, problemy w relacji), a nie stan somatyczny, wpływają na zaburzenia seksualne u tych pacjentek.
5. Badania prowadzone w tym zakresie powinny jasno oddzielać próby pacjentek z cukrzycą typu 1 i 2 ze względu na różnice między nimi i odmienny sposób leczenia. Godna zaadresowania wydaje się także część populacji kobiet z cukrzycą typu 1, które nie podejmowały współżycia w przeciągu ostatnich tygodni i w związku z tym często zostają wyłączone z badania popularnym narzędziem FSFI.

Piśmiennictwo

1. Sieradzki J. Cukrzyca i zespół metaboliczny. W: Szczeklik A. (red.). *Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005; 1179–1215.
2. Medvei V.C. The history of clinical endocrinology: a comprehensive account of endocrinology from earliest times to the present day. Taylor & Francis, New York 1993; 45–53.
3. Masters W.H., Johnson V.E. *Współżycie seksualne człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1975: 1–5.
4. Imieliński K. *Seksiatria — psychofizjologia seksualna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1990; 292–314.
5. Rutherford D., Collier A. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology* 2005; 21 (4): 189–192.
6. Giraldi A., Kristensen E. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Journal of Sex Research* 2010; 47 (2–3): 199–211.
7. Kim N.N. Sex steroid hormones in diabetes — induced sexual dysfunction: focus on the female gender. *J. Sex Med.* 2009; 6 (supl. 3): 239–246.
8. Kasperska-Czyżykowa T. *Leki a gospodarka węglowodanowa. Leczenie cukrzycy*. W: Kostowski W., Herman Z.S. (red.). *Farmakologia — podstawy farmakoterapii*. Tom 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 266–293.
9. Rosen R., Brown c., Heinman J. i wsp. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26: 191–208.
10. Salonia A., Lanzi R., Scavini M. i wsp. Sexual function and endocrine profile in fertile women with type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 312–316.
11. Enzlin P., Mathieu C., Bruel van den A., Vanderschueren D., Demyttenaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 409–414.
12. Enzlin P., Mathieu C., Bruel van en A., Bosteels J., Vanderschueren D., Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 672–677.
13. Doruk H., Akbay E., Cayan S., Akbay E., Bozlu M., Acar D. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Archives of Andrology* 2005; 51: 1–6.
14. Abu Ali R.M., Al. Hajeri R.M., Khader Y.S., Shegem N.S., Ajlouni K.M. Sexual dysfunction in jordanian diabetic women. *Diabetes Care* 2008; 31: 1580–1581.
15. Bultrini A., Carosa E., Colpi E.M. i wsp. Possible correlation between type 1 diabetes mellitus and female sexual dysfunction: Case report and Literature Review. *J. Sex Med.* 2004; 1: 337–340.
16. Enzlin P., Rosen R., Wiegel M. i wsp. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 780–785.
17. Wincze J.P., Albert A., Bansal S. Sexual arousal in diabetic females: physiological and self-report measures [abstract]. *Arch. Sex Behav.* 1993; 22 (6): 587–601.
18. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005; 172 (10): 1327–1333.