

Aktywność seksualna w okresie przekwitania



Tematem seksualności kobiet w wieku okołomenopauzalnym nie zajmowano się do lat 60. XX wieku, gdyż nie sprzyjała temu sytuacja społeczna. Pozaprokreacyjne znaczenie seksualności nie było wtedy traktowane jako wartość i element jakości życia. Przyczynami zmian takiego podejścia stały się: emancypacja, zmiany obyczajowości, wydłużenie średniej długości życia, promocja zdrowia i poprawa poziomu leczenia. Dzięki temu pojawiły się badania i publikacje poświęcone zagadnieniu seksualności w średnim wieku. W badaniach tych potwierdzono wcześniejszą obserwację, iż przekwitanie jest przyczyną powstawania bądź nasilania się zaburzeń sfery seksualnej



Badania dotyczące seksualności polskich kobiet zapoczątkowała H. Malewska w 1967 roku, jednakże były to badania ograniczone do kobiet mieszkających w Warszawie.

Ogólnopolskie badania na ten temat po raz pierwszy przeprowadził Zbigniew Lew-Starowicz w 1992 roku, które zostały przedstawione w raporcie „Życie seksualne Polaków z 1992 r.” Badania powtórzono w 2002 r., kiedy to wykazano, że 64,2% Polek w wieku 50–54 lat było aktywnych seksualnie . W innej analizie przeprowadzonej w podobnym okresie aktywność seksualną zgłaszało 75,3% kobiet w wieku 45–60 lat, natomiast 81,5% współżyło częściej niż raz w roku .



Okolo 40% kobiet w wieku menopauzalnym zgłasza problemy w sferze życia intymnego. Zgodnie z danymi „Raportu seksualnego Polaków 2002”, autorstwa L. Starowicza, wśród najczęstszych dolegliwości seksualnych u kobiet w wieku menopauzalnym były: zmniejszone potrzeby seksualne – 38%, odczuwanie bolesności w trakcie stosunku – 13%, brak lubrificatio – 16%, trudność z osiągnięciem orgazmu – 18%, pochwica – 5% .



Okres klimakterium będzie stanowić problem cywilizacyjny w XXI wieku, gdyż ok. 1/3 kobiet zamieszkujących kraje wysoko rozwinięte jest w wieku pomenopauzalnym, a każda kobieta ponad 1/3 życia przeżywa po okresie menopauzy. Przekwitanie u kobiet ogniskuje wiele niekorzystnych zjawisk psychologicznych, socjospołecznych i biologicznych. Te 3 grupy czynników są w różnym stopniu odpowiedzialne za gorsze funkcjonowanie psychospołeczne kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz za znaczny wzrost zaburzeń psychologicznych w tym okresie życia. Podejście dojrzałych kobiet do zagadnień dotyczących funkcji płciowych zależy od zmiany ich ogólnego stanu zdrowia w trakcie klimakterium, stanu zdrowia partnera czy pojawienia się nowego partnera, a także czynników kulturowych, społecznych i religijnych.



Musiały minąć całe dekady, aby kultura Zachodu zaakceptowała pogląd, że kobiety zasługują na szacunek. Pod koniec XIX wieku w prawodawstwie europejskim pojawiły się po raz pierwszy gwarancje praw obywatelskich dla kobiet. Współczesne prądy intelektualne dążą do całkowitego zrównania płci, zarówno w sferze prawnej, jak i seksualnej. Jak napisała Reay Tannahil w książce Historia seksu: Gdy wyzwolona kobieta ogłosiła deklarację swojej niepodległości seksualnej, świat doznał szoku. Było to (...) najbardziej rewolucyjne wyzwanie rzucone nawykom i postawom kształtowanym przez 5 tysięcy lat. W takiej atmosferze próba głoszenia, iż kobiety w okresie klimakterium mają prawo do satysfakcjonującego życia seksualnego musi budzić mieszane nastroje, gdyż poza uznaniem prawa do realizacji swojej seksualności przez kobiety, narusza lansowaną przez masową kulturę normę, iż prawo do seksu mają wyłącznie ludzie młodzi.



Zmiany fizjologii seksualnej kobiet w okresie okołomenopauzalnym

W organizmie dojrzałej kobiety po 40. roku życia obserwuje się fizjologiczne zmiany ogólnoustrojowe, które mogą negatywnie wpływać na seksualność poprzez zmianę dotychczasowych doznań natury intymnej.

Ujawnia się zmniejszenie przekrwienia piersi i skóry w czasie podniecenia, jak i zmniejszenie nabrzmienia łechtaczki i zdolności podnoszenia warg sromowych.

Wymiar podłużny i poprzeczny pochwy ulega redukcji, opóźnia się lubricatio, trzon i szyjka macicy kurczą się oraz następuje obniżenie czucia w strefach erogennych i skrócenie fazy orgazmu.



Starzejąca się kobieta przeżywa kryzys egzystencjalny, a wiele czynników natury psychospołecznej, jak poczucie starzenia się, negatywny wizerunek własnego ciała, utrata atrakcyjności mogą wpływać na zachowania seksualne. Pojawiające się problemy powodują ucieczkę w świat wspomnień, romansowych lektur, pracoholizm lub wyłania się obraz depresji inwolucyjnej. Kobieta dokonuje idealizacji obecnego związku lub poszukuje idealnego partnera, by realizować nowe potrzeby. W praktyce klinicznej spotykamy zespół wdowy, który dotyczy kobiet z dłuższą przerwą w aktywności seksualnej i głównie objawia się jako dyspareunia lub zaburzenia czucia.



Zmiany społeczno-ekonomiczne wymagają od dorosłych realizacji wielu ról oraz zadań, co wpływa na ich życie i funkcjonowanie. Znaczącą częścią społeczeństwa są osoby w średnim wieku, czyli w okresie życia, który związany jest w szczególności w przypadku kobiet, z kumulacją licznych obowiązków rodzinnych, zawodowych czy społecznych, które w konsekwencji prowadzą do odczuwania przez nie presji czasu oraz przeciążenia rolami. Kobietom przypisuje się głównie role związane z obowiązkami domowymi, a większość współczesnych kobiet łączy role rodzinne, z odpowiedzialnymi rolami zawodowymi. Pojawienie się objawów klimakterium przypada najczęściej na etap życia kobiety, w którym to następują zmiany w funkcjonowaniu rodziny, ponieważ dzieci dorosły i opuszczają dom. W przypadku kobiet, które określają swoją tożsamość poprzez odniesienie do roli matki trudno jest im zaakceptować taką sytuację, czują się osamotnione i opuszczone, ponieważ dotychczasowym polem aktywności życiowej była opieka nad potomstwem oraz wspomaganie ich rozwoju, a relacje partnerem/ mężem są często zakłócone.

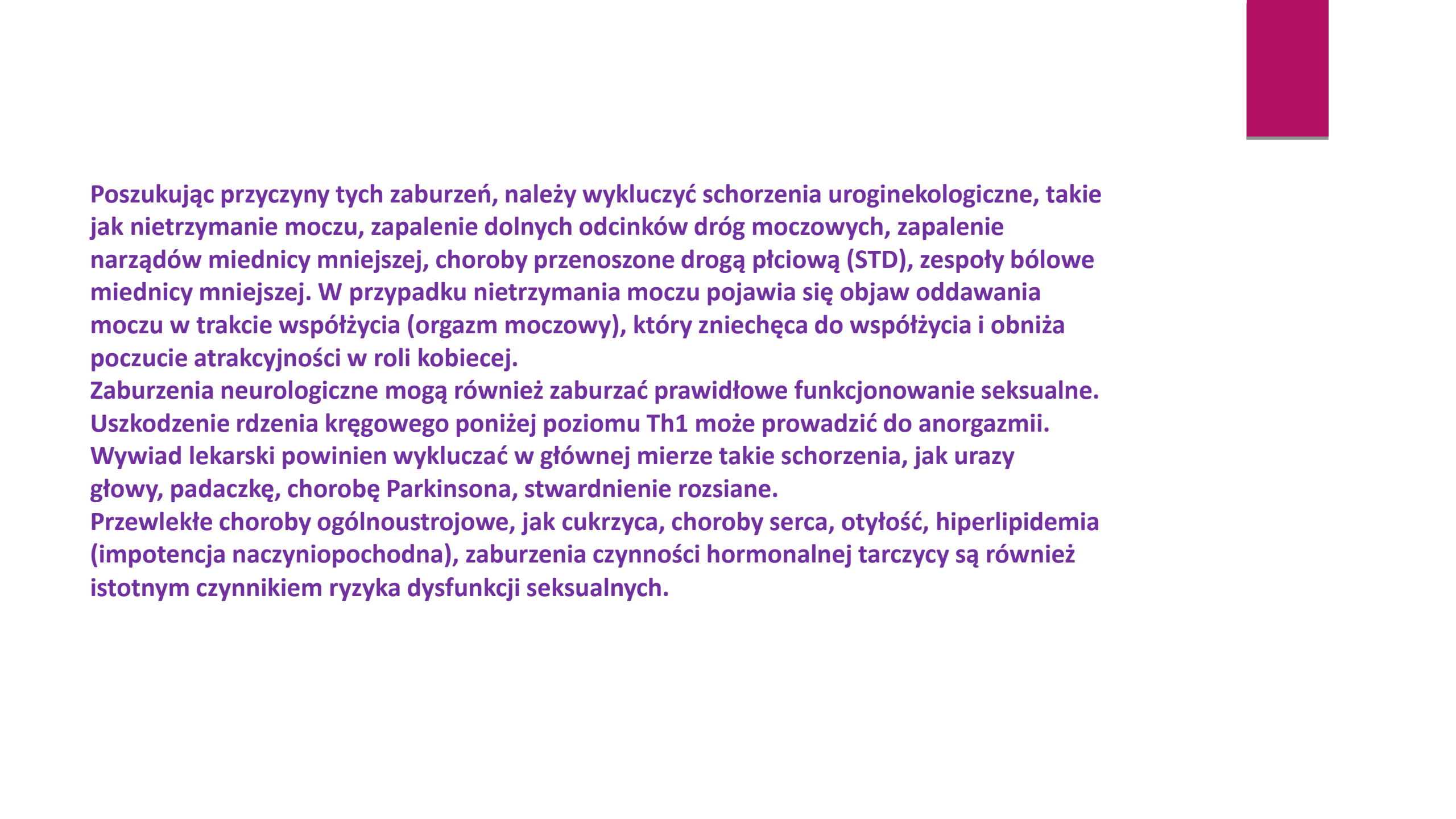
Etjopatogeneza zaburzeń seksualnych

Za etiopatogenezę zaburzeń seksualnych w okresie okołomenopauzalnym uznaje się spadek poziomu hormonów, głównie estrogenów i androgenów. Spadek estrogenów powoduje zmniejszenie częstości współżycia, a brak testosteronu zmniejsza zainteresowanie seksem.

Obniżenie stężenia testosteronu powoduje spadek NO, oksytocyny i dopaminy, brak progesteronu redukuje przekaznictwo w układzie GABA-ergicznym. W konsekwencji obniża się motywacja seksualna i odpowiedź seksualna ulega zaburzeniu. Maleje przepływ krwi w pochwie i sromie, co jest przyczyną ograniczenia dopływu estrogenów, które podnoszą poziom stymulacji seksualnej oraz wilgotności pochwy i sromu. Jest to, w połączeniu z suchością pochwy i zanikiem organów płciowych, przyczyną dyskomfortu odczuwanego podczas stosunku.



Hipoestrogenizm powoduje wzrost pH w pochwie, co z kolei sprzyja infekcjom bakteryjnym i grzybiczym (*Gardnerella vaginalis*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*, *Candida spp.*) Zanikowe zapalenie pochwy powoduje, m.in. podrażnienia, krwawienia z organów płciowych i bolesne owrzodzenia. Pomimo iż estrogenowa terapia zastępcza przywraca prawidłową czynność błony śluzowej pochwy, poprawia ukrwienie, to jednak zupełnie nie gwarantuje prawidłowego funkcjonowania płciowego po menopauzie. Wiąże się to z niższą aktywnością seksualną, lękiem przed seksualnością oraz wiązaniem erotyzmu z negatywnymi odczuciami, co sprzyja pojawianiu się zaburzeń seksualnych. Ponadto kobiety w okresie klimakterium chorują na schorzenia ogólnoustrojowe, jak i narażone są na inne czynniki, które niejednokrotnie wywołują lub nasilają pojawiające się dysfunkcje seksualne.



Poszukując przyczyny tych zaburzeń, należy wykluczyć schorzenia uroginekologiczne, takie jak nietrzymanie moczu, zapalenie dolnych odcinków dróg moczowych, zapalenie narządów miednicy mniejszej, choroby przenoszone drogą płciową (STD), zespoły bólowe miednicy mniejszej. W przypadku nietrzymania moczu pojawia się objaw oddawania moczu w trakcie współżycia (orgazm moczowy), który zniechęca do współżycia i obniża poczucie atrakcyjności w roli kobiecej.

Zaburzenia neurologiczne mogą również zaburzać prawidłowe funkcjonowanie seksualne. Uszkodzenie rdzenia kręgowego poniżej poziomu Th1 może prowadzić do anorgazmii.

Wywiad lekarski powinien wykluczać w głównej mierze takie schorzenia, jak urazy głowy, padaczkę, chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane.

Przewlekłe choroby ogólnoustrojowe, jak cukrzyca, choroby serca, otyłość, hiperlipidemia (impotencja naczyniopochodna), zaburzenia czynności hormonalnej tarczycy są również istotnym czynnikiem ryzyka dysfunkcji seksualnych.



Nie bez znaczenia pozostaje styl życia pacjentki (palenie tytoniu, spożycie alkoholu, narażenie na toksyny, aktywność fizyczna), zażywane leki (w szczególności benzodiazepiny, przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, diuretyki i przeciwhistaminowe) relacje partnerskie (zaburzenia seksualne partnera) i czynniki natury psychologicznej (depresja, zmęczenie, niedobór snu, stres, brak edukacji seksualnej, negatywny obraz ciała, rygorizm religijny i obyczajowy).

Uważa się, iż aktywności seksualnej w okresie okołomenopauzalnym sprzyjają udany związek małżeński, atrakcyjność partnera, wysoki poziom uwiadomienia seksualnego, dobra wyobraźnia seksualna oraz niski poziom lęku.



Warto zwrócić uwagę na grupę pacjentek po operacji ginekologicznej. Obserwuje się u nich wybitne nasilenie zaburzeń sfery seksualnej. Wynika to nie tylko z niedomogi hormonalnej spowodowanej chirurgiczną menopauzą, ale również z zaburzeń statyki narządu rodowego, które prowadzą do skrócenia pochwy, powstania wewnętrznych blizn. Konsekwencją jest zmniejszenie przekrwienia i obrzmienia pochwy oraz brak skurczu macicy w trakcie stymulacji.



Zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), do typowych zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie perimenopauzalnym zalicza się zaburzenia lub brak pożądania seksualnego, zaburzenia podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu oraz zaburzenia seksualne związane z bólem (dyspareunia)



Diagnostyka dysfunkcji seksualnych

Przedstawione wyżej problemy seksuologiczne okresu przekwitania skłaniają kobiety do poszukiwania pomocy medycznej u lekarzy ginekologów. Lekarz ginekolog odgrywa niezmiernie ważną rolę w zakresie trafnej i wczesnej diagnostyki zaburzeń seksualnych pacjentek, oceny dynamiki ich przebiegu oraz profilaktyki. W zakres prawidłowo przeprowadzonej diagnostyki wchodzi badanie podmiotowe (wywiad), przedmiotowe pacjentki (fizykalne i ginekologiczne) oraz badania dodatkowe.



Wywiad lekarski powinien dostarczać istotnych informacji, dotyczących schorzeń ogólnoustrojowych, przebytych chorób, operacji, stosowanych leków. Następnie precyzyjnie zebrany wywiad ginekologiczny powinien być poszerzony o aspekty psychologiczne (wykorzystywanie seksualne, kazirodztwo, gwałt, przymuszanie do współżycia, depresja, lęk). Pomocniczym narzędziem badawczym są specyficzne inwentarze samooceny – skale samooceny, które pomagają w rozpoznaniu patologii seksualnej



Kolejnym etapem diagnostycznym jest całościowe badanie przedmiotowe łącznie z badaniem ginekologicznym. W dwuręcznym badaniu ginekologicznym należy w głównej mierze ocenić: przedsionek pochwy (ze szczególnym uwzględnieniem zmian zanikowych, zapalnych), wędzidełko tylne (jego podrażnienie, wzmożone napięcie – odpowiedzialne za występowanie pochwicy). Ponadto należy zbadać palpacyjnie okolicę gruczołu Bartholina, cewki moczowej, pęcherza moczowego, odbytu, żeby wyeliminować opory patologiczne. Powinna być również oceniona ruchomość szyjki macicy i jej stopień tkliwości podczas badania.



Należy także zwrócić uwagę na bolesność mięśnia dźwigacza odbytu (jego części boczno-tylnej) w trakcie palpacji, stopień obniżenia narządu rodnego, obecność blizn, zwężeń, zrostów pooperacyjnych lub popromiennych w okolicy krocza i kikuta pochwy.

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

Leczenie dysfunkcji seksualnych

Wybór metody leczenia zaburzeń seksualnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym powinien uwzględniać etiopatogenezę i stopień nasilenia dysfunkcji, a ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, wynikających ze stosowanej terapii nigdy nie powinno przewyższać jej korzyści. W leczeniu zaburzeń seksualnych stosuje się metody hormonalne i niehormonalne.

Do farmakoterapii hormonalnej zalicza się hormonalną terapię zastępczą (droga podania: doustna, przezskórna, dopochwowa) oraz hormonalną terapię zastępczą ze wstawką androgenną



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

Ponadto zaleca się odpowiednią dietę, różne formy aktywności fizycznej zmianę rytmu aktywności seksualnej, jak i niepalenie Papierosów.

W wielu społeczeństwach dominują mity i stereotypy wiążące się z erotyzmem w okresie klimakterium: kobiety są wtedy mniej zmysłowe, kobieta chce wypocząć od seksu, starzejąca się kobieta zaczyna mieć męskie cechy. Utał się pewien kanon, wg którego wszystko, co związane z seksem, jest nie na miejscu u kobiety w okresie klimakterium. Uważa się powszechnie, że kobiety w tym czasie najlepsze lata mają za sobą. Te trudne do odwrócenia atawistyczne poglądy spowodowały, że kobieta po 40. lub 50. roku życia, która pragnie się cieszyć swoją seksualnością, spotyka się z potępieniem.

Do lat 60. XX wieku nie zajmowano się seksualnością ą kobiet w wieku menopauzalnym. Nie sprzyjała temu atmosfera społeczna wobec seksu, postrzeganie kobiet w tym wieku jako matron, a pozaprokreacyjne znaczenie seksualności nie było traktowane jako wartość w jakości życia. Zmiana obyczajowości, emancypacja, wydłużenie średniego czasu trwania życia, promocja zdrowia i poziom lecznictwa przyczyniły się do wzrostu badań i publikacji poświęconych seksualności w wieku okołomenopauzalnym . Należy dążyć do tego, aby dla kobiety XXI wieku klimakterium stało się okresem niewiele zmieniającym jakość jej życia, zarówno w sferze psychicznej, jak i w zakresie aktywności seksualnej.