

Dysfunkcje seksualne, choroby psychiczne a jakość życia – praca przeglądowa

Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: a review

Letizia Bossini, Valentina Fortini, Ilaria Casolaro, Claudia Caterini,
Despoina Koukouna, Federica Cecchini, Jim Benbow, Andrea Fagiolini

Department of Molecular Medicine and Development, Psychiatry Section,
School of Medicine, University of Siena, Siena, Italy

Summary

Sexual dysfunctions may have a significant effect on the quality of life, but are unreported and under-diagnosed. A review of recent literature highlights the correlation between dysfunction and a decreased quality of life in people with psychiatric comorbidity, and explores several aspects impacting care, from following the patient to pharmacological and non-pharmacological treatments.

Sexual dysfunctions (SD) have been shown to be prevalent, but under-diagnosed and undertreated because of communication barriers between patients and physicians. Pharmacogenic and moribogenic causes of sexual problems are often difficult to differentiate. Psychiatric diseases may increase the risk of SD, and SD may further exacerbate psychiatric problems, suggesting a bi-directional relationship. Their effective treatment frequently involves combination of elements from psychotherapy, and behavioral along with pharmacotherapeutic intervention, if needed.

The persistence of sexual problems has significant negative impact on patient's satisfaction and adherence with the treatment, quality of life and partnership. Routine assessment of sexual functioning needs to be integrated into ongoing care to identify and address problems early. If sexual dysfunction is ignored it may maintain the psychiatric disorder, compromise treatment outcome and lead to non-adherence and compromise treatment outcome.

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, jakość życia, relacja pacjent-lekarz

Key words: sexual dysfunction, quality of life, patient-physician relation.

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa” [1].

W ciągu ostatniej dekady pojęcie „jakości życia” zostało zintegrowane z całościową koncepcją zdrowia i stało się ważnym parametrem dla oceny wyników leczenia i stanu klinicznego. Zarówno Światowa Organizacja Zdrowia, jak i Urząd Chirurgii Ogólnej w Stanach Zjednoczonych podają, że aktywność seksualna jest podstawowym prawem człowieka i integralną częścią życia [2]. Problemy związane z seksualnością mogą mieć wpływ na poczucie osobistej satysfakcji, obniżenie jakości życia (JŻ), a tym samym mieć negatywny wpływ na zdrowie człowieka. Większość doniesień skupia się na patofizjologii zaburzeń, a tylko nieliczne dotyczą psychicznych i behawioralnych aspektów zaburzeń seksualnych. Brak informacji jest jednym z prawdopodobnych czynników powodujących bariery takie jak społeczne tabu, które powstrzymują pacjenta od rozmowy na ten temat z lekarzem [3]. W literaturze większość badań koncentruje się na zaburzeniach seksualnych wtórnych do patologii organicznych albo związanych z zespołami psychiatrycznymi, zwłaszcza depresją [4]. Z kolei leki psychoaktywne, często stosowane w leczeniu tych zespołów, mogą mieć skutki uboczne, które negatywnie wpływają na funkcje seksualne i, w niektórych przypadkach, te niepożądane działania mogą stać się przyczyną nieprzestrzegania zaleceń, zwiększenia ryzyka nawrotów lub nasilenia choroby podstawowej [5–8].

Najlepsza i najbardziej kompleksowa klasyfikacja zaburzeń seksualnych została opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w czwartej zmienionej edycji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Kryteria diagnostyczne i statystyczne w zaburzeniach psychicznych; DSM-IV-TR) [9]. Kryteria określają dysfunkcje seksualne jako stany kliniczne charakteryzujące się zaburzeniami popędu płciowego oraz psychofizjologicznymi zmianami cyklu reakcji seksualnej, powodującymi znaczne cierpienie i trudności interpersonalne. Zaburzenia te mogą być obecne przez całe życie lub nabyte (tj. mogą rozwinąć się po okresie prawidłowego funkcjonowania), typu ogólnego lub sytuacyjnego (tj. mogą ograniczać się do konkretnego partnera lub określonej sytuacji). Jest więc możliwe rozróżnienie zaburzeń pierwotnych, to znaczy nie pochodzących od innych stanów patologicznych, oraz zaburzeń wtórnych, czyli wywołanych przez zaburzenia osi I, ogólny stan zdrowia albo stosowanie leków.

W klasyfikacji DSM-5 uwzględnione zostały specyficzne zaburzenia seksualne związane z płcią, połączono także rozpoznania: obniżone pożądanie seksualne i zaburzenie podniecenia seksualnego u kobiet w jedno rozpoznanie, tj. zaburzenie zainteresowania seksualnego/zaburzenie podniecenia u kobiet. W celu ulepszenia precyzji rozpoznania dotyczącej określania czasu i nasilenia zaburzeń, dysfunkcje seksualne muszą trwać co najmniej 6 miesięcy, zostały także przyjęte dodatkowe kryteria pozwalające zróżnicować zaburzenia trwałe od okresowych. Zlikwidowano podział na dysfunkcje seksualne związane ze stanem somatycznym oraz dysfunkcje seksualne związane z działaniem substancji i połączono je w jedno rozpoznanie: dysfunkcje seksualne związane ze stanem somatycznym/stosowanymi lekami, jako że najczęściej oba czynniki mają wpływ na wystąpienie zaburzenia [10].

Zaburzenia psychiczne najczęściej związane z problemami seksualnymi to depresja oraz zaburzenia lękowe [11–13]. Kennedy [6] odnotował, że wśród pacjentów leczonych z powodu depresji zaburzenia seksualne występują u 50% kobiet i 40%

mężczyzn. Podczas epizodu depresji często pojawia się obniżenie popędu seksualnego oraz gotowości do stosunków seksualnych. Często objawia się to zaburzeniami erekcji (ZE), a nawet impotencją u mężczyzn, a u kobiet z kolei hipolibidemią, a sporadycznie także anorgazmią. U starszych mężczyzn cierpiących na depresję częstość występowania ZE sięga 100%. Wykazano, że zależność pomiędzy dysfunkcjami seksualnymi a depresją jest dwukierunkowa, a obecność jednego schorzenia może wywołać lub spowodować nasilenie drugiego. Z drugiej strony wykazano także, że leczenie jednego schorzenia wpływa na poprawę drugiego [12, 13].

W zespołach lękowych pacjenci mogą mieć trudności z nawiązaniem bliskości, a przy głębszych zaburzeniach może pojawić się awersja seksualna. U mężczyzn z zaburzeniami lękowymi występuje często przedwczesny wytrysk, czasami impotencja; kobiety często zgłaszają brak orgazmu, pochwicę lub dyspareunię [14]. Liczne badania pokazują, że kobiety cierpiące na lęki napadowe oraz osoby cierpiące na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ZOK) wykazują mniejsze pożądanie seksualne i mniejszą częstotliwość kontaktów seksualnych niż osoby w grupach kontrolnych. Zaobserwowano również, że zmniejszony popęd płciowy oraz awersja seksualna częściej występują u pacjentów z lękami niż u osób w grupie kontrolnej. Ponadto zauważono, że pacjenci z ZOK wykazują ogólnie więcej dysfunkcji seksualnych i są mniej zadowoleni ze swojego życia seksualnego w porównaniu z pacjentami z zaburzeniami lękowymi i grup kontrolnych [14].

Ponadto z dysfunkcją seksualną wiąże się kilka innych zaburzeń psychicznych. Znaczne zaburzenia interpersonalne związane z objawami schizofrenii, osobowość typu borderline oraz inne zaburzenia osobowości, a także zaburzenia odżywiania się mogą wpływać na funkcjonowanie seksualne.

Niniejsza praca ma na celu podkreślenie wpływu zaburzeń seksualnych na jakość życia pacjentów z psychiatrycznego punktu widzenia. Problemy seksualne mogą w istocie spowodować wystąpienie zaburzeń nastroju, które z kolei mogą być przyczyną problemów seksualnych bezpośrednio lub poprzez mechanizmy wywołane zażywaniem leków. Ze względu na wzajemne powiązanie i potencjalnie dwukierunkowy charakter problemów proponuje się stosowanie nefarmakologicznych, alternatywnych metod leczenia, kiedy tylko jest to możliwe.

Sposób wyboru literatury

Wyodrębnienie odpowiednich badań nastąpiło w procesie dwustopniowym. Po pierwsze wykorzystano elektroniczną bazę danych PubMed (od stycznia 2008 r. do grudnia 2013 r.). Wyszukiwanie odbywało się poprzez wprowadzanie słów kluczowych oddzielnie oraz w kombinacjach. Użyte słowa kluczowe zawierały terminy, takie jak: dysfunkcje seksualne, jakość życia, zaburzenia/choroby psychiczne, leczenie farmakologiczne/terapia farmakologiczna oraz leczenie nefarmakologiczne/terapia nefarmakologiczna. Następnie wyszukane artykuły zostały przeanalizowane pod kątem informacji wskazujących na związek między dysfunkcjami seksualnymi i jakością życia, z uwzględnieniem obecności chorób psychicznych. Z pobranych

z bazy artykułów przeanalizowano spisy bibliografii w celu wyodrębnienia pozycji, które mogły zostać pominięte.

Przegląd literatury

Wpływ dysfunkcji seksualnych na jakość życia

Dysfunkcje seksualne (DS) pogarszają jakość życia zarówno tych osób, które cierpią z powodu zaburzeń psychicznych, jak i osób nieujawniających takich problemów. Najczęściej występuje utrata libido u kobiet (22%) i przedwczesny wytrysk (PW) u mężczyzn (21%) [6, 15–18]. Częstość występowania DS wynosi 40% wśród osób w wieku 40 lat lub więcej, a 70% wśród osób w wieku 70 lat lub więcej [2]. Istotnie, 52% mężczyzn w wieku od 40 do 70 lat doświadcza pewnego stopnia zaburzeń erekcji, a u około 2/3 z tej grupy ZE osiągają poziom umiarkowany lub znaczny [2]. Z przeglądu licznych badań wynika także jednoznacznie, że występowanie zaburzeń seksualnych jest wyższe u osób cierpiących na depresję niż w populacji ogólnej [18]. Badania epidemiologiczne na dużą skalę pokazują, że zaburzenia zwiększają się wprost proporcjonalnie do wieku populacji, czynników ryzyka związanych z wiekiem (układ krążenia, przemiana materii, czynniki psychiczne, układ moczowo-płciowy, styl życia) [12]. Tylko niewielka część DS jest spowodowana wyłącznie przez zaburzenia psychiczne lub organiczne: większość jest wynikiem kombinacji czynników psychologicznych, biologicznych, interpersonalnych oraz kulturowych [19].

Niemożliwość inicjowania lub brania udziału w doświadczaniu przyjemności podczas stosunku płciowego może powodować niezadowolenie, frustrację i poczucie nieadekwatności seksualnej w związkach intymnych zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Może to podważyć zaufanie do siebie i spowodować trudności w odniesieniu do innych, tym samym wpływając na jakość życia pacjenta, a także jego lub jej partnera i rodziny [20–23]. Istnieje często proporcjonalna zależność między poziomem satysfakcji osobistej i życiem seksualnym osoby badanej: niski poziom satysfakcji związanej z życiem seksualnym znajduje odzwierciedlenie w niskim poziomie zadowolenia pod względem jakości życia – i odwrotnie. Osoby badane, w przeciwieństwie do zdrowych osób w grupie kontrolnej, nie postrzegały seksualności jako czynnika mającego znaczenie w życiu rodzinnym oraz w związkach. Ponadto w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej pacjenci cierpiący na ZE wykazywali wysoką satysfakcję z finansowych aspektów ich życia i angażowania się w życie społeczne. Zadowolenie uzyskane w tych obszarach można, w pewien sposób, uważać za rekompensatę braku życia seksualnego. Obniżenie znaczenia sprawności seksualnej przy jednoczesnej satysfakcji z innych obszarów życia może sugerować, że redukcja lub utrata zdolności do przeżywania satysfakcji seksualnej nie zawsze musi negatywnie wpływać na poziom ogólnej satysfakcji z życia. Być może skupienie się na innych obszarach życia stanowi swoistą psychologiczną obronę: zachowania, które pomagają zrekompensować niski poziom ogólnej satysfakcji z życia, stają się sposobem radzenia sobie. Rozpowszechnienie dysfunkcji seksualnych, zwłaszcza u pacjentów cierpiących na depresję i inne zaburzenia psychiczne, powinno skłonić lekarzy do rutynowego uwzględniania DS

podczas oceny jakości życia oraz ogólnego samopoczucia pacjenta. Utrata poczucia własnej wartości i niski poziom satysfakcji z jakości życia może zwiększać częstość występowania depresji i problemów w relacjach. Poczucie upokorzenia jako skutek porzucenia przez partnera jest jedną z najczęstszych przyczyn depresji. Ponad 28% osób badanych stwierdziło, że dysfunkcje seksualne były bezpośrednio odpowiedzialne za zakończenie ostatniej relacji [24].

Dysfunkcje seksualne współwystępujące z zaburzeniami psychicznymi

Obecność dysfunkcji seksualnych może powodować lub nasilać objawy zaburzeń psychicznych. Jednocześnie wykazano, iż rozwiązanie problemu DS obniża napięcie i stres związany z zaburzeniami psychicznymi. Spora liczba mężczyzn z zaburzeniami erekcji zgłasza niskie lub umiarkowane objawy depresji. Skuteczne leczenie tego schorzenia u mężczyzn cierpiących na depresję wiąże się z remisją depresji: znacznie większa liczba pacjentów odpowiadających na leczenie wykazała zmniejszenie wyniku w skali depresji Hamiltona o $\geq 50\%$ (76%) lub poprawę wyniku w ogólnej skali oceny klinicznej (CGI) o 1 lub 2 punkty (82,8%) w porównaniu z osobami badanymi, które nie zareagowały na leczenie (odpowiednio 14,1% i 9,0%). Objawy te zmniejszają się wraz z efektywnym leczeniem ZE, podczas gdy poziom depresji pozostaje niezmienny wówczas, gdy pacjent nie reaguje na leczenie ZE [2].

Uprzedzenia i poczucie wstydu związane z DS

Dysfunkcje seksualne to często występujące zaburzenia mogące mieć znaczny wpływ na stan psychiczny danej osoby, a także na dobrostan psychiczny i psychoseksualną relację pary. Pomimo tego pacjenci często mają opór przed rozmową na ten temat z lekarzem. Rzadko spontanicznie zgłaszają oni problemy seksualne: z powodu wstydu, strachu lub niewiedzy. Ujawnienie problemów seksualnych bywa kłopotliwe, ponieważ pacjenci mogą czuć się gorsi, niepewni, obawiając się negatywnej oceny lekarza. Mogą czuć, że seksualność nie jest kwestią, która wymaga konsultacji, ponieważ zaburzenia w tej sferze nie są uważane za chorobę [3]. Zdarza się, że chorzy mają poczucie, iż ich lekarz nie ma czasu, aby porozmawiać z nimi o problemach seksualnych, mają również wrażenie, że lekarz nie jest zainteresowany lub kompetentny w tej dziedzinie. Pacjenci mogą być całkowicie nieświadomi faktu, że istnieją konkretne metody leczenia dysfunkcji seksualnych i są przekonani, że nic nie można zrobić z trudnościami seksualnymi [3, 4]. Badania wykazały, że tylko 14%–17% kobiet zgłasza swojemu lekarzowi problemy związane ze sferą seksualną, a większość przyznaje, że nigdy nie rozmawiała ze swoim lekarzem o sprawach związanych z funkcjonowaniem seksualnym. Stwierdzono, iż znaczna liczba kobiet – i to w każdej kategorii wiekowej – uważa, że ich lekarz nie będzie otwarty na omawianie problemów seksualnych także dlatego, że badane kobiety miały poczucie braku zainteresowania lub zakłopotania ze strony lekarza. Autorzy podkreślają, że lekarz powinien posiadać odpowiednie kompetencje komunikacyjne i zainicjować rozmowę [25]. Niechęć i dyskomfort pacjenta to tylko część barier w rutynowej ocenie i leczeniu dysfunkcji seksualnych. Z analizowanej

literatury wynika, że lekarze często nie pytają o funkcjonowanie seksualne z powodu własnego dyskomfortu i braku wiedzy na temat objawów i ewentualnych sposobów leczenia [3]. Część lekarzy obawia się stworzenia zbyt bliskiej relacji z pacjentem, jego zranienia lub zawstydzienia. Ponadto istnieje obawa, że rozmowa na temat seksualności zajmie zbyt dużo czasu podczas wizyty. Dyskomfort i ograniczenia czasowe w połączeniu z poczuciem terapeutycznej bezsilności powodują unikanie tematu seksualności [24].

SD wywołane farmakoterapią

Dysfunkcje seksualne są powszechnym skutkiem ubocznym wielu rutynowo przepisywanych leków psychotropowych stosowanych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Przyczynia się to nie tylko do większego cierpienia pacjenta, ale też zwiększa ryzyko niestosowania się do zaleceń lekarza. Istotne jest zatem, by seksualność i całościowe funkcjonowanie pacjenta były zintegrowane w początkowej ocenie w celu określenia uprzedniego występowania problemu dysfunkcji seksualnej, adekwatnego zaplanowania farmakoterapii i kontynuacji omawiania trudności seksualnych w dalszym procesie leczenia [2].

Czynniki kulturowe i pokoleniowe, takie jak wiek i płeć lekarza, mogą również wpływać na komunikację lekarz–pacjent i powinny być przedmiotem dalszych badań. Tylko kilka doniesień skupia się na skuteczności wykorzystania specyficznych kwestionariuszy mających poprawić szybkość diagnozy DS i komunikację lekarz–pacjent. W badaniu dotyczącym leczenia dysfunkcji seksualnych w zakresie medycyny ogólnej wykazano, że wysyłanie kwestionariuszy do pacjentów zwiększa częstotliwość diagnozowania dysfunkcji seksualnych z 2% do 35% u mężczyzn i do 42% u kobiet. Znaczna liczba osób, które wypełniły kwestionariusz, następnie zawarła również kwestię swoich problemów seksualnych w rozmowie z lekarzem. Liczba konsultacji w ciągu roku po wysłaniu kwestionariuszy była większa niż sumaryczna liczba konsultacji w dwóch poprzednich latach [26–28].

Korzystanie z kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentów pozwala na systematyczne przeprowadzanie szybkiego i efektywnego badania przesiewowego, przy minimalnym dodatkowym obciążeniu personelu medycznego, co może przyczynić się do skuteczniejszego diagnozowania i leczenia DS [28]. Badania wykazały, że taki sposób postępowania jest odbierany w sposób pozytywny i jest dobrym punktem wyjścia dla rzetelnego wywiadu lekarskiego. Korzystanie z ankiet nie może zastąpić kontaktu z lekarzem, ale z pewnością może pomóc zwiększyć częstotliwość wykrywania i diagnozowania choroby oraz poprawić komunikację lekarz–pacjent. Może także stanowić motywację dla pacjentów do podjęcia rozmowy na temat seksualności ze swoim lekarzem [27, 28].

Postępowanie w DS

Leczenie problemów seksualnych powinno być poprzedzone zaktualizowaniem danych dotyczących historii choroby oraz życia seksualnego, a także szczegółowym

badaniem fizycznym [29]. Farmakoterapia stała się jedną z częściej stosowanych metod leczenia dysfunkcji seksualnych. Chociaż leczenie farmakologiczne obejmuje szeroką gamę leków, takich jak środki miejscowo znieczulające, leki przeciwpsychotyczne, antagoniści receptorów alfa-adrenergicznych, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne oraz selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), inhibitory fosfodiesterazy 5, farmakoterapia ma zastosowanie w leczeniu tylko pewnej ograniczonej liczby pierwotnych dysfunkcji seksualnych [30, 31].

Gdy przyczyną dysfunkcji seksualnej jest depresja, zastosowanie leku przeciwdepresyjnego wpływającego na poprawę nastroju może działać także na zmniejszenie objawów związanych z deficytem seksualnym, przynajmniej na początkowych etapach leczenia. Współwystępuje to jednak także z rozwojem niepożądanych efektów w obszarze seksualności związanych ze stosowaniem leczenia przez długi okres, co w rezultacie powoduje, że wielu pacjentów, pomimo poprawy w zakresie objawów zaburzeń afektywnych, decyduje się przerwać terapię [31, 32].

Wszystkie leki przeciwdepresyjne mogą, jako skutek uboczny, wywoływać dysfunkcje seksualne. Ostatnio przeprowadzona metaanaliza (dzięki której zostały zgromadzone za pośrednictwem kwestionariuszy i wywiadów informacje o badaniach dotyczących dysfunkcji seksualnych związanych z podawaniem leków przeciwdepresyjnych) wykazała częstość występowania dysfunkcji seksualnych wywołanych przez te leki na poziomie od 4% dla moklobemidu i agomelatyny, 7% dla amineptyny, 8% dla nefazodonu, 10% dla bupropionu, 24% dla mirtazapiny, 26% dla fluwoksaminy, 37% dla escitalopramu, 42% dla duloksetyny i fenelzyny, 44% dla imipraminy, 70% dla fluoksetyny, 71% dla paroksetyny, 79% dla citalopramu, do 80% dla wenlafaksyny i sertraliny. Jednak należy podkreślić, że niektóre różnice w uwzględnionych w metaanalizie danych (np. dotyczące mniejszej liczby dysfunkcji seksualnych związanych ze stosowaniem SSRI – fluwoksaminą czy escitalopramem – w porównaniu z innymi lekami), mogą być zniekształcone wykorzystaniem do oceny częstości występowania dysfunkcji seksualnych skal, które są mniej czułe niż inne [33]. Wczesne przerwanie leczenia naraża pacjentów na znacznie podwyższone ryzyko nawrotu choroby oraz wystąpienie stanu przewlekłego choroby psychicznej w porównaniu z pacjentami, którzy nie przerywają terapii. Niestety, leki, które wywierają mniejszy wpływ na funkcje seksualne, to również te, które mają mniej skuteczny wpływ na poprawę nastroju, dlatego też nie odgrywają znaczącej roli w rozwiązaniu problemu [32, 33].

Możliwe jest uzyskanie poprawy funkcji seksualnych pacjenta poprzez zmniejszenie – w uzasadnionych sytuacjach – ilości oraz dawek leków, zastąpienie leku innym, podczas stosowania którego prawdopodobieństwo wystąpienia problemów seksualnych jest niższe, a także zapewnienie za każdym razem odpowiedniego leczenia współistniejących schorzeń somatycznych i psychicznych, które mogą mieć szkodliwy wpływ na zdrowie seksualne [25]. Niektórzy autorzy sugerują, że połączenie farmakoterapii i psychoterapii może być bardziej skuteczne niż stosowanie monoterapii, ale wciąż brak jest danych dotyczących możliwości osiągnięcia długotrwałych pozytywnych efektów interwencji psychospołecznych [33–36]. Niezależnie od etiologii, psychoterapia i poradnictwo mogą mieć korzystny wpływ na funkcjonowanie mężczyzn cierpiących

z powodu dysfunkcji seksualnych. Ich funkcjonowanie seksualne w porównaniu z kobietami wydaje się bardziej związane z zaburzeniami samooceny, zmniejszeniem satysfakcji seksualnej, zwiększeniem trudności w relacjach interpersonalnych oraz ogólnym spadkiem jakości życia. Oddziaływanie behawioralne może być najbardziej korzystne, gdy czynniki psychologiczne stanowią podstawowy czynnik wywołujący dysfunkcję [35].

Zmniejszony popęd płciowy (HSDD) lub opóźniony orgazm u mężczyzn, jak i wiele dysfunkcji seksualnych u kobiet wciąż nie podlegają pełnemu wyleczeniu przy zastosowaniu samej tylko farmakoterapii. W przeglądzie badań Chisholma i wsp. wykazano, że takie postępowanie terapeutyczne poprawia funkcjonowanie seksualne mężczyzn cierpiących na raka prostaty [37]. Psychoterapia wykorzystuje różnorodne sposoby oddziaływania, które mogą dotyczyć edukacji w zakresie komunikacji, radzenia sobie z oczekiwaniami, z kontrolą emocji, zmniejszaniem poziomu lęku itd. Wykazano, że mężczyźni leczeni farmakologicznie często zgłaszają nawrót problemów seksualnych po odstawieniu leczenia. Wskazuje to, iż nie nauczyli się oni radzić sobie z dysfunkcjami po zaprzestaniu leczenia lub że problemy seksualne prawdopodobnie są wynikiem lęku, zaburzeń nastroju lub zaburzeń osobowości, które nie zostały rozpoznane i właściwie leczone. Połączenie interwencji psychospołecznych i farmakologicznych może być bardziej skuteczne niż pojedyncza interwencja [38]. Problemy dotyczące DS są często skomplikowane, ponieważ składa się na nie wiele czynników psychospołecznych. Celem leczenia jest przywrócenie satysfakcji seksualnej i pełnej sprawności funkcji seksualnych. Warto w procesie leczenia uwzględnić wszystkie czynniki, które przyczyniły się do rozwoju i utrzymywania się problemów seksualnych (oraz problemów w relacjach). Wymaga to przeprowadzenia całościowej oceny somatycznej i psychospołecznej w celu określenia predysponujących, spustowych i podtrzymujących czynników odpowiedzialnych za dysfunkcję [39].

Ogólne badanie medyczne powinno obejmować (przy ocenie dysfunkcji seksualnych) elementy, takie jak (1) informacje o życiu seksualnym pacjenta oraz ocenę obecnego poziomu funkcjonowania seksualnego, (2) historie chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych, (3) określenie wszystkich substancji, które mogą przyczynić się do dysfunkcji seksualnych (leki, alkohol itp.), (4) wyniki laboratoryjne (badania wolnego i całkowitego poziomu testosteronu, funkcji tarczycy, poziomu prolaktyny, a u kobiet poziomu estradiolu, hormonu folikulotropowego [FSH], hormonu luteinizującego [LH]), (5) badanie przedmiotowe (w tym badanie neurologiczne i badanie układu moczowo-płciowego) [26]. Ponadto lekarz pierwszego kontaktu powinien skierować pacjenta do psychiatry w przypadku, gdy uzna to za konieczne. Rolą psychiatry jest weryfikacja problemów pacjenta także w zakresie seksualności, z podkreśleniem znaczenia komunikacji i zaufania w relacji, a także omówienie efektów ubocznych leczenia [2], ale przede wszystkim prawidłowa diagnostyka zaburzeń osi I i II oraz właściwe ich leczenie.

Istnieje potrzeba współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych z różnych dyscyplin w ocenie i leczeniu DS, a także edukacji w kwestiach związanych z dysfunkcjami seksualnymi [40–42]. Po wykluczeniu organicznych przyczyn problemów seksualnych, kiedy stwierdza się, że zaburzenie nie jest wtórne w stosunku

do zaburzenia psychicznego, można stwierdzić istnienie pierwotnych zaburzeń seksualnych. Po ich rozpoznaniu wskazane jest zastosowanie terapii farmakologicznej, jak również innych form terapii [43].

Aktualnie jedynym rodzajem leczenia biologicznego zaburzeń seksualnych jest fototerapia, która umożliwi przywrócenie prawidłowego fizjologicznego rytmu okołodobowego. Najbardziej popularne wyjaśnienie stosowania tej terapii jest związane z jej wpływem na szyszynkę która wydziela melatoninę. Ciekawe badanie pilotażowe wykazało, że hamowanie aktywności gruczołu szyszynki poprzez oddziaływanie na niego jasnym światłem może korzystnie wpływać na funkcje seksualne [44]. Potrzebne jest przeprowadzenie obszerniejszych badań, które potwierdzą te wstępne wyniki oraz pozwolą określić, czy leczenie jasnym światłem może być przydatne w leczeniu DS związanych z pewnymi chorobami psychicznymi, takimi jak ciężkie zaburzenie depresyjne, lub lekami, które są stosowane w leczeniu tych chorób [44–46].

Wnioski

Dysfunkcje seksualne są często występującym schorzeniem w populacji ogólnej: 40% kobiet i 30% mężczyzn zgłasza jakąś formę trudności seksualnych w okresie całego życia, ale mimo to są one nie do końca zdiagnozowane i często nieodpowiednio leczone. Problemy seksualne przekładają się na obniżenie jakości życia i stanowią istotny czynnik ryzyka rozwoju depresji, są też często związane z innymi zaburzeniami psychicznymi. Z drugiej strony leczenie depresji i innych chorób psychicznych często wiąże się z zastosowaniem leków, które mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie seksualne: choroby psychiczne mogą zwiększać ryzyko DS, a także DS mogą jeszcze bardziej nasilać zaburzenia psychiczne, co wskazuje na zależność dwukierunkową. Pacjenci często odstawiają terapię psychofarmakologiczną z powodu efektów ubocznych związanych z funkcjonowaniem seksualnym, które często nie są omawiane z lekarzem z powodu dyskomfortu w rozmowach o seksualności. Aby podejmować odpowiednie interwencje, pożądane jest, aby lekarze pierwszego kontaktu pytali pacjentów o ich życie seksualne bezpośrednio w rutynowych rozmowach albo za pomocą kwestionariuszy wypełnianych w domu, które mogą być mniej kłopotliwe dla pacjenta. Istotne jest, aby pracownicy służby zdrowia rozwijali umiejętności pozwalające w komfortowy dla obu stron sposób omawiać kwestie problemów dotyczących seksualności z pacjentami i zdobywali wiedzę, aby je rozwiązywać. Lekarze pierwszego kontaktu powinni uwzględnić w badaniu podstawowym pytania na temat życia seksualnego pacjenta i skierować pacjenta do psychiatry, gdy zachodzi taka potrzeba. Rolą psychiatry jest natomiast diagnozowanie i leczenie chorób, które leżą u podstaw dysfunkcji seksualnych, przy użyciu zarówno terapii farmakologicznych, fizykoterapii, jak i/lub psychoterapii.

Ten obszar opieki klinicznej nadal otrzymuje zbyt mało uwagi badaczy i stanowi istotny problem dla przyszłych eksploracji naukowych.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization draft working definition, October 2002. www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html. [dostęp: 24 czerwca 2004].
2. Stevenson RWD. *Sexual medicine: Why psychiatrists must talk to their patients about sex*. *Can. J. Psychiatry* 2004; 49(10): 673–677.
3. Brandeburg U, Bitzen J. *The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction*. *Maturitas* 2009; 63: 124–127.
4. Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. *Sexual function in chronic illness*. *J. Sex. Med.* 2010; 7(1 Pt 2): 374–388.
5. Schmidt HM, Hagen M, Kriston L, Soares-Weiser K, Maayan N, Berner MM. *Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012; 11.
6. Kennedy SH, Rizvi S. *Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants*. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2009; 29: 157–164.
7. La Torre A, Giupponi G, Duffy DM, Pompili M, Grözinger M, Kapfhammer HP. i wsp. *Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review. Part III: mood stabilizers and anxiolytic drugs*. *Pharmacopsychiatry* 2013; 47(1): 1–6.
8. Bijlsma EY, Chan JS, Olivier B, Veening JG, Millan MJ, Waldinger MD. i wsp. *Sexual side effects of serotonergic antidepressants: Mediated by inhibition of serotonin on central dopamine release?* *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2014; 121: 88–101.
9. *DSM Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
10. American Psychiatric Association. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. 2013. www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf [dostęp 03.07.2014r.]
11. Jannini EA, Isidori AM, Aversa A, Lenzi A, Althof SE. *Which is first? The controversial issue of precedence in the treatment of male sexual dysfunctions*. *J. Sex. Med.* 2013; 10(10): 2359–2369.
12. Licitsyna O, Ansseau M, Pitchot W. *Sexual dysfunction and antidepressants*. *Rev. Med. Liege* 2011; 66(2): 69–74.
13. Reynaert C, Zdanowicz N, Janne P, Jacques D. *Depression and sexuality*. *Psychiatr. Danub.* 2010; 22(supl. 1): S111–S113.
14. Aksoy UM, Aksoy SG, Maner F, Gokalp P, Yanik M. *Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder*. *Psychiatr. Danub.* 2012; 24(4): 381–385.
15. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(1): 21–34.
16. Steinke EE. *Sexuality and chronic illness*. *J. Gerontol. Nurs.* 2013; 39(11): 18–27.
17. Zemishlany Z, Weizman A. *The impact of mental illness on sexual dysfunction*. *Adv. Psychosom. Med.* 2008; 29: 89–106.
18. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C, GSSAB Investigators' Group. *Investigators' Group. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe*. *BJU Int.* 2008; 101: 1005–1011.
19. Chung E, Brock GB. *Sexual dysfunction in 2011: advances in epidemiology, pathophysiology and treatment*. *Nat. Rev. Urol.* 2012; 9(2): 66–68.

20. Rowland DL. *Psychological impact of premature ejaculation and barriers to its recognition and treatment*. *Curr. Med. Res. Opin.* 2011; 27(8): 1509–1518.
21. Diaz VA Jr, Close JD. *Male sexual dysfunction*. *Prim Care* 2010; 37(3): 473–489.
22. Jha S, Thakar R. *Female sexual dysfunction*. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2010; 153(2): 117–123.
23. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. *Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology*. *Maturitas* 2011; 70(3): 210–215.
24. Tan HM, Tong SF, Ho CC. *Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health—is there a link?* *J. Sex. Med.* 2012; 9(3): 663–671.
25. Montorsi F, Adaikan G, Becher E, Giuliano F, Khoury S, Lue TF. i wsp. *Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men*. *J. Sex. Med.* 2010; 7(11): 3572–3588.
26. Clayton AH, Hamilton DV. *Female sexual dysfunction*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2010; 33: 323–338.
27. Giraldi A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA. i wsp. *Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: a review and proposal for a standardized screener*. *J. Sex. Med.* 2011; 8(10): 2681–2706.
28. Rizvi SJ, Yeung NW, Kennedy SH. *Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations*. *J. Psychosom. Res.* 2011; 70(1): 99–109.
29. Kokoszka A, Czernikiewicz W, Radzio R, Jodko A. *Kwestionariusz Seksuologiczny – narzędzie do badań przesiewowych: założenia i trafność*. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(2): 235–244.
30. Moll JL, Brown CS. *The use of monoamine pharmacological agents in the treatment of sexual dysfunction: evidence in the literature*. *J. Sex. Med.* 2011; 8(4): 956–970.
31. Serretti A, Chiesa A. *Antidepressivi e disfunzione sessuale: epidemiologia, meccanismi e strategie di trattamento*. *Giorn. Ital. Psicopat.* 2010; 16: 104–113.
32. Serretti A, Chiesa A. *Sexual side effects of pharmacological treatment of psychiatric diseases*. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2011; 89(1): 142–147.
33. Serretti A, Chiesa A. *Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis*. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2009; 29(3): 259–266.
34. Llorca PM. *The antidepressant agomelatine improves the quality of life of depressed patients: implications for remission*. *J. Psychopharmacol.* 2010; 24(2): 21–26.
35. Montejo A, Majadas S, Rizvi SJ, Kennedy SH. *The effects of agomelatine on sexual function in depressed patients and healthy volunteers*. *Hum. Psychopharmacol.* 2011; 26(8): 537–542.
36. Fooladi E, Davis SR. *An update on the pharmacological management of female sexual dysfunction*. *Expert Opin. Pharmacother.* 2012; 13(15): 2131–2142.
37. Chisholm KE, McCabe MP, Wootten AC, Abbott JA. *Review: Psychosocial interventions addressing sexual or relationship functioning in men with prostate cancer*. *J. Sex. Med.* 2012; 9: 1246–1260.
38. Althof SE. *Psychological interventions for delayed ejaculation/orgasm*. *Int. J. Impot. Res.* 2012; 24(4): 131–136.
39. Bitzer J, Brandenburg U. *Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction*. *Maturitas* 2009; 63(2): 160–163.
40. Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga ME, Glina S, Riera R. *Psychosocial interventions for premature ejaculation*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011; 8: CD008195.

41. Rösing D, Klebingat KJ, Berberich HJ, Bosinski HA, Loewit K, Beier KM. *Male sexual dysfunction: diagnosis and treatment from a sexological and interdisciplinary perspective*. Dtsch. Arztebl. Int. 2009; 106(50): 821–828.
42. Berner M, Günzler C. *Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions – a systematic review of controlled clinical trials. Part 1. The efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction*. J. Sex. Med. 2012; 9(12): 3089–3107.
43. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C. i wsp. *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. J. Sex. Med. 2010; 7: 327–336.
44. Bossini L, Fagiolini A, Valdagno M, Roggi M, Tallis V, Trovarelli S. i wsp. *Light therapy as a treatment for sexual dysfunctions*. Psychother. Psychosom. 2009; 78: 127–128.
45. Pail G, Huf W, Pjrek E, Winkler D, Willeit M, Praschak-Rieder N. i wsp. *Bright-light therapy in the treatment of mood disorders*. Neuropsychobiol. 2011; 64: 152–162.
46. Atlantis E, Sullivan T. *Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis*. J. Sex. Med. 2012; 9(6): 1497–1507.

Adres: Letizia Bossini
Department of Molecular Medicine and Development
Psychiatry Division, University of Siena, School of Medicine
Italy, 53100 Siena, Viale Bracci 1

Otrzymano: 6.12.2013
Zrecenzowano: 31.03.2014
Otrzymano po poprawie: 27.05.2014
Przyjęto do druku: 1.07.2014

Przetłumaczyła mgr Katarzyna Cyranka