

# Dysfunkcje seksualne u starszych kobiet

Kirsten M. Wilkins, MD, Julia K. Warnock, MD, PhD

- Dysfunkcje seksualne u starszych kobiet stanowią powszechny, lecz zaniedbany obszar medycyny.
- Starsze kobiety cierpiące na dysfunkcję seksualną wymagają uważnej oceny czynników biologicznych i psychospołecznych, mogących przyczynić się do choroby.
- Dostępne są opcje terapeutyczne do leczenia dysfunkcji seksualnych u starszych kobiet, ale nie są dostatecznie wykorzystywane.

## Streszczenie

*W nadchodzących dekadach przewiduje się znaczny wzrost populacji osób w podeszłym wieku. Wraz z wydłużaniem się życia w zdrowiu wzrasta zainteresowanie utrzymaniem zdrowia seksualnego w późniejszych dekadach życia. U starzejących się kobiet wiele czynników biologicznych i psychospołecznych wpływa na funkcjonowanie i satysfakcję seksualną. Biorąc to pod uwagę, nie zaskakuje obecność dysfunkcji seksualnych u około 33% starszych kobiet. Ponieważ dysfunkcje seksualne są silnie związane z jakością życia, lekarze powinni znać zasady ich oceny i leczenia u starszych kobiet. Niniejszy artykuł zawiera przegląd skutków starzenia się na prawidłowy cykl odpowiedzi seksualnej u kobiet oraz różnych czynników biologicznych i psychospołecznych wpływających na seksualność kobiet w późniejszych okresach życia. Następnie artykuł przedstawia przegląd powszechnie występujących zaburzeń seksualnych związanych z pożądaniem, pobudzeniem, orgazmem i bólem seksualnym. Na zakończenie autorki omawiają ocenę i leczenie dysfunkcji seksualnych u starszych kobiet.*

## Wprowadzenie

Wraz z wydłużaniem się okresu życia w zdrowiu wzrasta zainteresowanie utrzymaniem zdrowia seksualnego w późniejszych dekadach życia. W prowadzonych uprzednio badaniach wykazano, że 70% zdrowych 70-latków regularnie odbywa stosunki seksualne, a 80% mężczyzn i kobiet w wieku 60-91 lat jest aktywnych seksualnie co najmniej raz w miesiącu<sup>1,2</sup>. Przeprowadzone niedawno badanie<sup>3</sup> pozwala wnioskować, że większość starszych dorosłych angażuje się w aktywności seksualne i postrzega seks jako ważną część życia. Jest jednak wiele czynników biologicznych i psychospołecznych związanych ze starzeniem się, które mają wpływ na jakość i ilość aktywności seksualnej doświadczanej przez osobę starszą. Zdrowie fizyczne i psychiczne zarówno osobiste, jak i partnera, obecność partnera oraz uprzedni poziom aktywności seksualnej odgrywają istotną rolę w seksualności osób starzejących się.

Biorąc pod uwagę, jak wiele czynników związanych ze starzeniem się może wpływać na funkcjonowanie seksualne, nie zaskakuje zwiększanie wraz z wiekiem częstości występowania seksualnych dysfunkcji z wiekiem.<sup>4</sup> Podczas gdy reklamodawcy i media zwracali baczną uwagę na zaburzenia seksualne u starszych mężczyzn, zaburzenia te są powszechne także wśród starszych kobiet. W opublikowanym niedawno badaniu narodowej próby<sup>3</sup> oceniano zachowania i problemy seksualne wśród starszych osób żyjących w społeczeństwie. Opisano następujące skargi seksualne kobiet w wieku 57-64 lat: brak zainteresowania seksem (44,2%), trudności z nawilżeniem pochwy (35,9%), niezdolność do osiągnięcia orgazmu (34%), ból podczas stosunku (17,8%) oraz brak przyjemności podczas seksu (24%). Pomimo rozpowszechnienia skarg seksualnych, w tym samym badaniu wykazano, że kobiety rzadziej od mężczyzn omawiają te problemy ze swoim lekarzem. Z kolei lekarze mogą nie radzić sobie z oceną funk-

Dr Wilkins, assistant professor, dr Warnock, professor of psychiatry, Department of Psychiatry, University of Oklahoma, Tulsa.

Dr Wilkins nie zgłasza żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi. Dr Warnock otrzymywał wsparcie badawcze od firm Boehringer Ingelheim, Forest, Wyeth.

Autorki pragną podziękować Faye Biggs za pomoc w przygotowaniu artykułu.

Adres do korespondencji: Kirsten M. Wilkins, MD, Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Oklahoma-Tulsa; 4502 E 41st St, Tulsa, OK 74136, Stany Zjednoczone; e-mail: Kirsten-Wilkins@ouhsc.edu.

cjonowania pacjenta w obszarze seksu z powodu niewygodności tego tematu, ograniczeń czasowych, niskiego – ich zdaniem – priorytetu zagadnień związanej z seksem lub z powodu obawy przed wprawieniem pacjentki w zakłopotanie lub potraktowania takich pytań jako zbyt natarczywych.<sup>5</sup>

Uwzględniając oczekiwany wzrost liczby populacji osób w podeszłym wieku i zwiększanie rozpowszechnienia dysfunkcji seksualnych z wiekiem, lekarze zarówno pierwszego kontaktu, jak i psychiatrzy powinni znać zaburzenia seksualne powszechnie występujące wśród starszych kobiet. Celem niniejszego artykułu jest przegląd zagadnień związanych z rozpoznawaniem, oceną i leczeniem zaburzeń seksualnych u starszych kobiet. Autorki wychodzą od przedstawienia prawidłowej odpowiedzi seksualnej i starzenia się, przechodzą następnie do omówienia biologicznych i psychospołecznych czynników związanych ze zmianami funkcjonowania seksualnego podczas starzenia oraz przedstawiają najczęstsze zaburzenia seksualne i ich leczenie.

### **Prawidłowa odpowiedź seksualna a wiek**

Zanim postawione zostanie rozpoznanie zaburzenia seksualnego u starszej kobiety i wdrożone jego leczenie, należy zrozumieć wpływ starzenia się na cykl prawidłowej odpowiedzi seksualnej. Prawidłowy cykl odpowiedzi seksualnej u dorosłego obejmuje, zgodnie z oryginalnym opisem Mastersa i Johnson,<sup>6</sup> cztery fazy: podniecenie, plateau, orgazm i ustępowanie podniecenia. W celu uwzględnienia psychologicznego i fizjologicznego aspektu funkcji seksualnych, który stanowi podłoże odpowiedzi seksualnej, dodano piątą fazę – pożądanie.<sup>7</sup> Każda z tych faz może zostać dotknięta zmianami funkcjonowania seksualnego związanymi z wiekiem.

Podczas wydarzeń dotyczących życia reprodukcyjnego kobiety są szczególnie podatne na dysfunkcje seksualne, z powodu zachodzących w tym czasie znaczących zmian stężenia steroidów płciowych.<sup>8</sup> Najważniejszym wydarzeniem związanym cyklem reprodukcyjnym starzejącej się kobiety jest menopauza, brak miesiączek przez okres powyżej 12 miesięcy. Perimenopauza jest definiowana jako okres przejściowy między wiekiem reprodukcyjnym a niereprodukcyjnym.<sup>9</sup> Perimenopauzie i menopauzie towarzyszy obniżenie czynności jajników, skutkujące zmniejszeniem i ostatecznie zahamowaniem produkcji estrogenu. Zmniejszenie stężenia estrogenu wpływa na funkcjonowanie seksualne na kilka sposobów. Tkanka urogenitalna zanika, zmniejsza się pochwa. Spada jej nawilżanie pochwy, co może powodować dyskomfort podczas stosunku. Zmniejsza

się wrażliwość sutków, łechtaczki i tkanek sromu, obniża się siła i liczba skurczów pochwy podczas orgazmu. Ponadto większość kobiet przechodzących menopauzę doświadcza innych objawów, takich jak chwiejność nastroju, zmęczenie, bóle ciała i uderzenia gorąca.<sup>7</sup>

Poza zmianami stężenia estrogenu u kobiet przechodzących menopauzę dochodzi do zmniejszenia wytwarzania testosteronu. Deficyt androgenów u kobiet jest związany z globalną utratą pożądania seksualnego lub libido, spadkiem wytwarzania wydzielin, przerezedzeniem owłosienia łonowego, zmniejszeniem energii życiowej i zmniejszeniem wrażliwości sutków i łechtaczki.<sup>10</sup>

### **Czynniki biologiczne a seksualność podczas starzenia się**

Poza zmianami hormonalnymi pojawiającymi się podczas menopauzy, starzejące się kobiety poddane są działaniu wielu innych czynników biologicznych wpływających na funkcjonowanie seksualne. Rozpowszechnienie wielu zaburzeń somatycznych i psychicznych o znanym wpływie na jakość współżycia jest większe u osób starszych. Choroby te często stanowią pierwotną przyczynę dysfunkcji seksualnych w tej populacji.<sup>7</sup> Z dysfunkcjami seksualnymi są związane takie choroby, jak nowotwory układu moczowo-płciowego, choroby układu krążenia, zapalenie stawów, przewlekła obturacyjna choroba płuc oraz wiele schorzeń neurologicznych (udary, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane i inne).

Choroba może bezpośrednio zaburzać funkcjonowanie seksualne. Cukrzyca, szczególnie typu 2, jest związana ze skargami seksualnymi kobiet, obejmującymi szczególnie brak libido, zmniejszoną zdolność do orgazmu, spadek nawilżania pochwy oraz zmniejszenie satysfakcji seksualnej.<sup>11,12</sup> Podobnie badania nad funkcjonowaniem seksualnym pacjentek z udarem wykazały, że wśród kobiet powszechnie występują seksualna dysfunkcja i dyssatisfakcja.<sup>13</sup> Niektóre schorzenia, takie jak zapalenie stawów, mogą powodować ból lub ograniczać zginanie i zakres ruchu, powodując dyskomfort podczas stosunku.<sup>14</sup> Zaburzenia psychiczne obejmujące depresję, otępienie i nadużywanie substancji również mogą prowadzić do zmniejszenia zainteresowania seksem i upośledzonego funkcjonowania. Schorzenia ogólnomedyczne mogą też pośrednio wpływać na funkcjonowanie seksualne. Lęk przed bólem lub zaostrzeniem schorzenia takiego jak dławica mogą prowadzić do niemożności odprężenia się i czerpania radości z aktywności seksualnych.<sup>15</sup> Niektóre schorzenia, takie jak rak piersi lub złośliwe nowotwory w obrębie dróg rodnych, mogą skutkować zmianą obrazu własnego ciała i ob-

nizać poczucie atrakcyjności seksualnej.<sup>14</sup>

Różne objawy dysfunkcji seksualnych mogą mieć podłoże jatrogenne, wynikające ze stosowanego leczenia. W niedawno opublikowanym przeglądzie leków i dysfunkcji seksualnych wymieniono ponad 100 leków lub klas leków związanych z dysfunkcjami seksualnymi oraz doniesiono, że wpływ leków na seksualność rośnie z wiekiem.<sup>16</sup> Wtórne do leków działania niepożądane w zakresie seksualności u kobiet mogą obejmować utratę libido, zmniejszoną zdolność do pobudzenia i trudności w osiągnięciu orgazmu. Znaną jest ryzyko działań niepożądanych w obszarze sfery seksualnej związane ze stosowaniem leków psychotropowych, obejmujących selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, leki normotymiczne i przeciwpsychotyczne. Z podobnymi działaniami niepożądanymi jest związane stosowanie leków przeciwnadciśnieniowych, takich jak między innymi beta-adrenolityki, diuretyki i klonidyna. Do innych leków związanych z dysfunkcjami seksualnymi należą digoksyna, kortykosteroidy, leki przeciwhistaminowe, antagoniści podtypu 2 receptora histaminowego, opioidy i chemioterapeutyki stosowane w onkologii.<sup>7,16</sup>

### **Czynniki psychospołeczne a seksualność podczas starzenia się**

Na aktywność seksualną starszych kobiet znacząco wpływają także czynniki psychospołeczne. Oczekiwana długość życia kobiet jest większa niż mężczyzn, dlatego wiele starszych kobiet traci małżonka lub partnera. Ponieważ w ostatnich dekadach życia liczba kobiet przewyższa liczbę mężczyzn, dostępność chętnego i sprawnego seksualnie partnera staje się dla heteroseksualnych kobiet uzasadnionym problemem. Populacja kobiet homoseksualnych w tym wieku nie jest dostatecznie zbadała. U tych starszych dorosłych, którzy mogą wchodzić w nowe relacje seksualne, jako powód braku aktywności seksualnej opisywano obawę przed chorobami przenoszonymi drogą płciową.<sup>3</sup>

W ekspresji seksualności rolę odgrywać może także otoczenie społeczne osoby. Niektóre ze starszych kobiet mieszkają ze swoimi dorosłymi dziećmi i ich rodzinami lub w domach opieki społecznej lub długoterminowej, gdzie brakuje możliwości lub prywatności do aktywności seksualnych. Z drugiej strony, wiele starszych kobiet będzie nadal prowadziło niezależne życie. Niektóre pary mogą nawet czerpać radość z większej ilości czasu na intymność związanej z przejściem na emeryturę lub z opuszczeniem domu przez dzieci. Wśród kobiet w wieku pomenopauzalnym wyeliminowanie obawy przed ciążą może

skutkować zmniejszeniem lęku i wzrostem możliwości czerpania radości z seksu<sup>7</sup>.

Ważne są również czynniki psychologiczne i kulturowe. Nasza kultura ustawicznie dostosowuje się do poglądu, zgodnie z którym seks jest właściwy młodemu wiekowi i stąd osoby w starszym wieku są często postrzegane jako nieatrakcyjne seksualnie lub niezdolne do seksu.<sup>17</sup> Ten pogląd nie zawsze dotyczy w równym stopniu obu płci. Kino i telewizja często łączą młodsze, atrakcyjne kobiety ze starszymi mężczyznami. Takie stereotypy związane z wiekiem dotyczące seksualności są niestety akceptowane przez wiele starszych osób, mogących postrzegać aktywność seksualną jako coś niewłaściwego lub niebezpiecznego.<sup>7</sup>

## Zaburzenia seksualne u starszych kobiet

### Zaburzone osłabienie pożądania seksualnego

Pożądanie seksualne tworzy krytyczną część odpowiedzi seksualnej u człowieka, i obejmuje fantazje i myśli seksualne oraz motywację i otwartość na aktywności seksualne. Postulowano, że faza ta obejmuje komponent biologiczny, motywacyjny, afektywny i poznawczy.<sup>18</sup> Basson<sup>19</sup> sugerowała, że odpowiedź seksualna kobiety powstaje nie z potrzeby lub żądzy biologicznej, ale raczej z intymności. Teoretyzuje się, że motywacja do uczestnictwa w aktywnościach seksualnych wywodzi się nie tylko z przyjemności seksualnej, ale także z bliskości i czułości. Stąd kobieta może wybierać doświadczanie aktywności seksualnych w celu zaspokojenia potrzeby intymnej relacji.

Żeńskie zaburzone osłabienie pożądania seksualnego (hypoactive sexual desire disorder, HSDD) może pojawiać się nawet u 33% dorosłych kobiet w Stanach Zjednoczonych. Samo tylko obniżenie pożądania seksualnego nie wystarcza do rozpoznania HSDD, jednak nie jest ono rzadkie wśród starszych kobiet. Rozpowszechnienie braku zainteresowania seksem wśród kobiet w wieku 50-59 lat w USA wynosi według badań 27% i jest nieco niższe niż analogiczny odsetek dla młodszych kobiet.<sup>20</sup> Nieco nowsze dane<sup>3</sup> wskazują jednak na rozpowszechnienie 38 do 49% dla kobiet w wieku 57-85 lat. Ważne jest, by dostrzec, że nie wszystkie kobiety odczuwają spadek pożądania seksualnego. W 2007 roku Hayes i wsp. 21 opisywali, że podczas gdy proporcja kobiet z osłabionym pożądaniem rośnie z wiekiem, proporcja kobiet cierpiących z powodu zmniejszonego pożądania faktycznie maleje z wiekiem.

HSDD rozpoznaje się, gdy u pacjentki występuje ciągły lub okresowy deficyt (lub

brak) fantazji seksualnych i pragnienia aktywności seksualnych, co powoduje wyraźne napięcie lub trudności interpersonalne i nie daje się lepiej wytłumaczyć innym zaburzeniami osi I, stan ogólny lub nadużywanie substancji.<sup>22</sup> U kobiet często występują HSDD oraz fizjologiczne skutki stanu ogólnego. Stąd rozpoznaje się HSDD z powodu złożonych przyczyn. HSDD może trwać przez całe życie (np. pacjentki po przebytym urazie lub wykorzystywane seksualnie) lub może być nabyte (jak w przypadku choroby ogólnej). Może być uogólnione lub sytuacyjne i często towarzyszy mu dysfunkcja pobudzenia seksualnego i orgazmu.<sup>23</sup> Ekstremalna wersja HSDD, zaburzona awersja seksualna, składa się z ciągłej lub okresowej, skrajnej, awersji oraz unikania wszelkich genitalnych kontaktów seksualnych, co powoduje wyraźne cierpienie i trudności interpersonalne.<sup>22</sup>

Na kobiece pożądanie seksualne w późniejszym okresie życia mogą wpływać liczne czynniki. Jak opisano wyżej, mogą one obejmować schorzenia ogólne lub psychiczne, leki i czynniki psychospołeczne, takie jak dostępność partnera lub harmonia małżeńska. Na pożądanie mogą wpływać zmiany stężenia hormonów związane z chirurgiczną lub naturalną menopauzą i zaburzenia endokrynologiczne, takie jak cukrzyca. Również zaburzenia psychiczne, takie jak duża depresja lub lęk paniczny, mogą przyczynić się do braku pożądania lub nawet do awersji i unikania aktywności seksualnych.<sup>24</sup> Działanie leków psychotropowych, przeciwnadciśnieniowych, tamoksyfenu i leków przeciwpadaczkowych może powodować zmniejszenie popędu.

### Zaburzenia wzbudzenia seksualnego u kobiet

Zaburzenia wzbudzenia seksualnego u kobiet (female sexual arousal disorder, FSAD), zgodnie z definicją DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)<sup>22</sup> obejmuje ciągłą lub okresową niezdolność osiągnięcia lub utrzymania adekwatnego wzbudzenia seksualnego w postaci zwilżenia i obrzmienia, w celu aktywności seksualnej. Tak jak w przypadku HSDD objawy powodują wyraźne napięcie lub trudności w funkcjonowaniu interpersonalnym i nie mogą być lepiej wyjaśnione przez zaburzenia osi I, stan ogólny lub nadużywanie substancji.<sup>22</sup> Około 36 do 43% kobiet w wieku od 57 do 85 lat zgłasza trudności związane z nawilżaniem pochwy podczas aktywności seksualnych.<sup>3</sup> Lekarz powinien rozróżniać trudności z nawilżeniem wynikające ze zmian fizjologicznych podczas menopauzy od objawów FSAD. U starszych kobiet takie rozróżnienie może być trudne, gdyż deficyt estradiolu zapobiega adekwatnej odpowiedzi lubrykacyjnej. Zebranie odpowiedniego wywiadu ogólnego i sek-

suologicznego, obejmującego czas pojawienia się trudności związanych z pobudzeniem, może pomóc w takim rozróżnieniu.

FSAD zwykle towarzyszy innym zaburzeniom seksualnym. Na przykład kobieta, która nie jest w stanie utrzymać wzbudzenia, może skarżyć się na słabe pożądanie. Lekarz powinien ocenić pojawienie się jej obniżonego zainteresowania seksualnego, jako że może to korelować z jej opóźnionym pobudzeniem. Jeśli tak jest, pierwotnym rozpoznaniem będzie FSAD, a wtórnym HSDD. Ponieważ jej pobudzenie jest znacząco zmniejszone, może ona opisywać słabe pożądanie seksualne. Takie rozróżnienie jest istotne klinicznie, gdyż rozpoznanie i leczenie mogą się różnić.

Trudności związane z pobudzeniem mogą mieć podłoże psychologiczne, naczyniowe, neurologiczne lub endokrynologiczne.<sup>25</sup> Najbardziej godną uwagi przyczyną endokrynologiczną u starszych kobiet jest oczywiście menopauza. Zmniejszenie stężenia estrogenu powoduje suchość pochwy i trudności w utrzymaniu nawilżenia adekwatnego do aktywności seksualnej. Co do etiologii naczyniowej, miażdżyca może skutkować obniżeniem przepływu krwi przez pochwę i łechtaczkę. Urazy łoża naczyniowego miednicy spowodowane złamaniami, urazami, zabiegami chirurgicznymi lub przewlekłym uciskiem krocza związanym z takimi aktywnościami, jak jazda na rowerze, mogą skutkować zmniejszonymi przepływami krwi przez pochwę i łechtaczkę.<sup>26</sup> Urazy rdzenia kręgowego oraz zaburzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego również mogą hamować pobudzenie seksualne. Tak jak w przypadku HSDD, czynniki psychologiczne (na przykład związane z samooceną lub obecnością zaburzeń nastroju lub zaburzeń lękowych) oraz problemy w relacjach również mogą przyczynić się do trudności z pobudzeniem kobiety. Leki o właściwościach przeciwhistaminowych i przeciwocholinergicznych mogą utrudniać adekwatne nawilżanie i wzbudzenie.

### Zaburzenie orgazmu u kobiet

Wśród kobiet występuje znacząca zmienność dotycząca typu i intensywności stymulacji seksualnej, skutkującej orgazmem. Ponadto orgazm może zmieniać się wraz z cyklem życiowym kobiety. Zaburzenie orgazmu u kobiet (female orgasmic disorder, FOD) jest definiowane przez DSM-IV-TR jako trwałe lub okresowe opóźnienie lub brak orgazmu po prawidłowej fazie pobudzenia seksualnego. Biorąc pod uwagę zmienność odpowiedzi seksualnych u kobiet DSM-IV-TR, narzuca opieranie rozpoznania FOD na ocenie lekarza, według której zdolność pacjentki do orgazmu jest niższa niż odpowiednia do jej wieku, doświadczenia seksualnego

i adekwatności stymulacji seksualnej.<sup>22</sup> Jak w przypadku innych zaburzeń seksualnych, niezdolność osiągnięcia orgazmu może być problemem, który występował przez całe życie pacjentki lub rozwinął się z powodu różnych wydarzeń biopsychospołecznych, obejmujących zaburzenia relacji, prawidłowy proces starzenia, stan ogólnomedyczny lub jakikolwiek z wielu możliwych leków.

Do 38% kobiet w wieku powyżej 57 lat zgłasza niezdolność do szczytowania.<sup>3</sup> Niektóre kobiety nigdy nie doświadczyły orgazmu, prawdopodobnie w wyniku braku doświadczenia, uprzedzeń wynikających z nakazów religijnych lub urazów emocjonalnych lub seksualnych. U innych FOD wystąpiło po uprzednim czerpaniu radości satysfakcjonującego życia seksualnego. Podobnie jak w przypadku innych kobiecych zaburzeń seksualnych, jeśli kobieta „miała to, utraciła to i pragnie tego z powrotem” dla siebie, wyniki leczenia będą generalnie korzystniejsze.<sup>27</sup> FOD jest powszechniejszy wśród kobiet niezamężnych oraz kobiet bez wykształcenia wyższego.<sup>20</sup> Do rozwoju FOD mogą się także przyczyniać czynniki psychospołeczne obejmujące jakość relacji, samoocenę i podejście do seksu. Przyczyny ogólne anorgazmii obejmują leki, nadużywanie substancji, deficyty hormonalne, zabiegi chirurgiczne i urazy.

### Seksualne zaburzenia bólowe

Od 11 do 18% kobiet w wieku 57–85 lat zgłasza występowanie bólu podczas stosunku. 3 Zaburzenia seksualne z towarzyszącym bólem obejmują dyspareunię i pochwicę. W obu tych zaburzeniach charakterystyczna jest trudność penetracji pochwy. Klasyfikacja DSM-IV-TR definiuje dyspareunię jako stały lub okresowy ból genitalny towarzyszący sto-

sunkowi seksualnemu. Pochwica jest określana przez DSM-IV-TR jako okresowy lub ciągły mimowolny skurcz błony mięśniowej zewnętrznej jednej trzeciej pochwy, który zaburza stosunek seksualny, choć część autorów rekonceptualizuje to zaburzenie jako albo awersję/fobię związaną z penetracją genitalną lub jako bólowe zaburzenie genitalne. 28 W celu ustalenia rozpoznania objawy muszą powodować wyraźne napięcie i trudności interpersonalne oraz nie być wyjaśnione lepiej występowaniem innych zaburzeń osi I (np. zaburzeniami somatyzacyjnymi), schorzeniem ogólnomedycznym ani nadużyciem substancji.<sup>22</sup>

Dyspareunia może wynikać z czynników psychologicznych lub z ich połączenia ze stanem ogólnomedycznym. DeUgarte i wsp.<sup>25</sup> sugerowali podział dyspareunii na trzy kategorie w celu ułatwienia rozpoznania: ból podczas wprowadzania (często wtórny do zapalenia przedsionka, pochwy lub powierzchownych otarć pochwy), ból śródpochwy (często wtórny do suchości pochwy, blizn chirurgicznych itp.) oraz dyspareunia głębokiej penetracji (wtórna do endometriozy, zrostów w obrębie miednicy, nowotworów lub cyst śródmiąższowych.

Pochwica może być tak nasilona, że penetracja pochwy w jakikolwiek sposób może być niemożliwa (tampon, wziernik lub penis). Pochwica może być pierwotna, gdy nie było wcześniej penetracji, lub wtórna, gdy w przeszłości dochodziło do penetracji. Często występuje cykl negatywnego sprzężenia zwrotnego, gdzie dyskomfort i upokorzenie związane z podjętą próbą penetracji prowadzi do fobicznego unikania jakiegokolwiek kontaktu seksualnego.<sup>29</sup> Wśród proponowanych czynników psychologicznych

przyczyniających się do pochwy są konflikty psychoseksualne, rygorystyczne wychowanie religijne kojarzące seks z grzechem, historia nadużyć seksualnych, gwałtu lub brak więzi emocjonalnej między partnerami seksualnymi.<sup>30</sup>

## Ocena i leczenie zaburzeń seksualnych u starszych kobiet

### Ocena

Ocena starszej kobiety zgłaszającej się z dolegliwościami seksualnymi wymaga uważnego zbadania pacjentki i rozważenia licznych czynników wpływających na różne składowe cyklu odpowiedzi seksualnej (tab. 1).<sup>23</sup> Należy zebrać wszechstronny wywiad ogólnomedyczny i psychiatryczny, ze zwróceniem szczególnej uwagi na jakiegokolwiek stany psychiczne lub somatyczne, mogące wpływać na funkcjonowanie seksualne (np. depresja, lęk, nadużywanie substancji, menopauza, cukrzyca). Imperatywem jest pełny wywiad seksuologiczny obejmujący podejście pacjentki do seksualności, poziom wiedzy seksualnej kobiety i jej partnera, relacje z obecnym partnerem, zachowania seksualne w przeszłości oraz poziom funkcjonowania obecnie i w przeszłości (obejmujący pożądanie, pobudzenie i orgazm).

Równie ważne jak ocena aktualnego poziomu funkcjonowania seksualnego pacjentki jest ocena poziomu cierpienia związanego z objawami. Shifren i wsp.<sup>31</sup> opisywali niedawno, że podczas gdy problemy seksualne są najczęstsze u starszych kobiet, problemy seksualne powodujące napięcie występują w tej grupie wiekowej najrzadziej. Zauważyli, że przyczyny tego są nieznanne, jednak mogą obejmować zmiany dotyczące utraty partnera lub w stanie zdrowia partnera, istotność innych stanów medycznych lub inne czynniki ważne dla długotrwałych relacji. Klinicyści winni być w stanie określić istotne wydarzenia właściwe wiekowi, dotyczące starszych par. Pomocne może być przeprowadzenie wywiadu osobno i razem z partnerem.<sup>17</sup> Możliwość dokładnej oceny dysfunkcji seksualnych w późniejszym okresie życia jest warunkowana relacją lekarz – pacjent opartą na zaufaniu i bezpieczeństwie – relacją, w której obie strony czują się komfortowo, omawiając te delikatne tematy.<sup>7</sup>

Zastosowanie prostego intrajednostkowe narzędzia oceny, takiego jak skala SES (Sexual Energy Scale), może być pomocne w dostarczeniu obiektywnego sposobu pomiaru spostrzeżeń pacjentki dotyczących jej subiektywnych doświadczeń związanych z witalnością/energiją seksualną.<sup>32</sup> Pacjentka jest pouczona, że energia seksualna nie jest związana wyłącznie z częstością stosunków

**TABELA 1**  
**Ocena dysfunkcji seksualnych u starszych kobiet<sup>23</sup>**

- Wywiad: powinien objąć historię wykorzystywania seksualnego, jakość relacji z partnerem, poziom wiedzy seksualnej pacjentki i jej partnera oraz aktualnie występujące środowiskowe czynniki stresu
- Ocena uprzedniego (sprzed dysfunkcji seksualnej) i obecnego poziomu pożądania, pobudzenia i funkcji orgazmicznych (rozważyć zastosowanie narzędzi oceny takich, jak SES)
- Pytania dotyczące używek (np. alkohol, kokaina, tytoń)
- Rozważenie wpływu stanu ogólnomedycznego (np. deficyty hormonalne, cukrzyca); leków (np. tamoksyfen, leki przeciwdrgawkowe, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwnadciśnieniowe); zabiegów chirurgicznych (np. histerektomia)
- Skrining w kierunku nierozpoznanych lub współistniejących zaburzeń psychicznych, takich jak duża depresja lub lęk paniczny
- Badania fizykalne obejmujące badanie ginekologiczne, jeśli jest wskazane
- Badania laboratoryjne wg potrzeb: morfologia krwi, badania czynnościowe tarczycy (thyroid function tests), stężenie prolaktyny, FSH, estrogenu oraz testosteronu wolnego i całkowitego

SES – Skala energii seksualnej (Sexual Energy Scale).

Zaadaptowane z: Warnock JK. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment. *CNS Drugs*. 2002; 16 (11): 745-753.

Wilkins KM, Warnock JK. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 3. 2009.

lub masturbacji, lecz obejmuje także sny seksualne, fantazje, doznania genitalne i apetyt seksualny. Pacjentka ocenia aktualną energię seksualną w skali od 1 do 10, przy czym 1 odpowiada najniższej energii seksualnej, jakiej doświadczyła w dorosłym życiu, a 10 największej (rycina). Ocenę z zastosowaniem skali SES można powtarzać podczas kolejnych wizyt. Zapracowany lekarz pierwszego kontaktu może stosować tę prostą, jednoczesną skalę do śledzenia poprawy objawowej w czasie podczas leczenia pacjentki. Skala może pomóc ocenić odpowiedź na leczenie zarówno pacjentce, jak i lekarzowi.

Konieczny jest wnikliwy przegląd leków, także dostępnych bez recepty. Jak omówiono wyżej, ze stosowaniem wielu leków wiąże się ryzyko działań niepożądanych i mogą one wpływać na wszystkie składowe cyklu odpowiedzi seksualnej. Badanie fizykalne, obejmujące badanie ginekologiczne, może pomóc w określeniu czynników ogólnomedycznych zaburzających funkcjonowanie seksualne (np. atrofia pochwy, cystocele, upławy). Badania laboratoryjne mogą objąć pełną morfologię krwi, stężenie elektrolitów, panel lipidowy oraz badania czynnościowe tarczycy, a także poziomy prolaktyny, FSH, estrogenu oraz wolnego i związanego testosteronu.

### Leczenie

Leczenie starszych kobiet z dysfunkcjami seksualnymi częściowo zależy od tego, czy występujący problem uznany jest za zaburzenie seksualne, które występowało przez całe życie, czy też pojawił się on niedawno (tab. 2).<sup>23</sup> Jeśli problem pojawił się niedawno, zakładając, że nie nastąpiła znacząca zmiana w stanie zdrowia pacjentki, rokowanie będzie prawdopodobnie bardziej optymistyczne. W przeciwnym razie należy zachęcić pacjentkę do kształtowania pozytywnej postawy wobec seksualności w późnym okresie życia i do unikania nierealistycznych oczekiwań, takich jak np., że seks musi być taki sam jak w młodszych latach.<sup>7</sup> Konieczna może być edukacja na temat tego, co stanowi prawidłową, a co dysfunkcyjną seksualność oraz na temat tego, jak modyfikować aktywności seksualne wobec zmęczenia i bólu. Utrzymywanie otwartej i uczciwej komunikacji między partnerami ma zasadnicze znaczenie. Prawdopodobnie korzystne mogą być zmiany stylu życia. Pacjentkom powinno się doradzić rzucenie palenia oraz unikanie alkoholu lub niedozwolonych leków. Poza technikami zarządzania stresem oraz treningiem umiejętności społecznych i partnerskich, należy zachęcać do regularnych ćwiczeń, takich, jakie są tolerowane, obejmujących ćwiczenia mied-

### RYCINA

#### Skala energii seksualnej (Sexual Energy Scale)

Oceń swój obecny poziom energii w skali od 1 do 10, z 1 oznaczającą najniższy poziom energii, jakiego doświadczyłaś w dorosłym życiu i 10 oznaczającą najwyższy poziom energii, jakiego doświadczyłaś w dorosłym życiu. Zakreśl liczbę wskazującą obecny poziom energii.

Najniższa energia seksualna w dorosłym życiu					Najwyższa energia seksualna w dorosłym życiu				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wilkins KM, Warnock JK. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 3. 2009.

nicy, oraz do właściwego odżywiania i przestrzegania technik higieny snu.<sup>23</sup>

Jeśli zaburzenie jest wynikiem stosowania substancji, takich jak przepisywane leki lub leki OTC, można poczekać na wystąpienie tolerancji i ustąpienie działania niepożądanego w obszarze sfery seksualnej, chociaż nie zdarza się to powszechnie.<sup>33</sup> Jeśli jest to wykonalne, można podjąć próbę zmniejszenia dawki leku lub zaniechania jego stosowania. Jeśli czuje się, że pacjentka wymaga leczenia, można rozważyć przejście do innej klasy leków,

dla której prawdopodobieństwo wystąpienia seksualnych działań niepożądanych może być niższe (np. zmiana z fluoksetyny na bupropion w przypadku leczenia depresji). Alternatywną strategią jest próba zastosowania antidotum w celu odwrócenia seksualnych działań niepożądanych (np. bupropion lub sildenafil przy dysfunkcjach seksualnych wywołanych SSRI). Warto zauważyć, że FDA nie zaaprobowała żadnych leków do stosowania w zaburzeniach seksualnych u kobiet.

Jeżeli dysfunkcja seksualna jest spowodowana stanem ogólnomedycznym lub psychicznym, należy najpierw zoptymalizować leczenie tego stanu (np. nadczynność tarczycy, depresja, pochwica). U kobiet w wieku pomenopauzalnym powinno się przeprowadzić ocenę oznak i objawów niedoboru estrogenów (tj. uderzeń gorąca, suchości pochwy) oraz androgenów (tj. globalnej utraty pożądania, obniżenie wrażliwości genitalnej). Można rozważyć hormonalną terapię zastępczą (estrogen lub testosteron) z możliwymi wieloma drogami podawania (doustną, przezskórną, iniekcyjną lub powierzchniową). Hormonalna terapia zastępcza ze stosowaniem estrogenów jest w Stanach Zjednoczonych przedmiotem kontrowersji, ponieważ są doniesienia na temat jej związków z rakiem piersi, udarami i rakiem jajnika. Kwalifikując pacjentki do hormonalnej terapii zastępczej, klinicysta powinien uważnie rozważyć medyczny wywiad zdrowotny kobiety, obejmujący

informacje dotyczące palenia tytoniu, bóle migrenowe, raka piersi lub udary.

Dla kobiet z HSDD w Australii, Kanadzie i Europie dostępne są obecnie plastry zawierające testosteron. Podczas gdy wiadomo o wpływie testosteronu na poprawę pożądania seksualnego u kobiet w wieku pomenopauzalnym przyjmujących estrogeny, postawiono pytanie, na ile skuteczne są plastry z testosteronem u kobiet nieprzyjmujących estrogenów. W celu odpowiedzi na to pytanie Davis i wsp.<sup>34</sup> przeprowadzili wieloosrodkowe randomizowane, badania kliniczne z podwójną ślepą próbą, kontrolowane placebo. Badacze wykazali, że wśród kobiet w wieku pomenopauzalnym z HSDD nieprzyjmujących estrogenów, którym podawano testosteron w dawce 300 µg dziennie, nastąpiła znacząco większa poprawa w zakresie częstości satysfakcjonujących seksualnie epizodów w ciągu 4 tygodni w porównaniu z grupą przyjmującą placebo. W Stanach Zjednoczonych lekarz może zlecić kobietom przyjmowanie w ramach hormonalnej terapii zastępczej testosteronu w dawkach fizjologicznych, wykorzystując małe dawki produktów zaaprobowanych dla mężczyzn lub odsyłając pacjentki do aptek z działem receptury. Przed rozpoczęciem podawania testosteronu należy omówić z pacjentką ryzyko i korzyści związane z taką terapią. Potencjalne ryzyko długoterminowe może obejmować hiperlipidemię, rozwój hirsutyзму, przerost łechtacz-

ki, zmiany głosu, nowotwory wątroby, zmiany aktywności aminotransferaz, choć te działania niepożądane są zwykle zależne od dawki. Wydaje się, że z fizjologicznymi stężeniami testosteronu podczas hormonoterapii zastępczej u kobiet nie są związane działania niepożądane. Klinicysta może zlecić profil lipidowy na czczo przed rozpoczęciem stosowania testosteronu oraz jego powtórzenie po kilku miesiącach. U kobiet w tej grupie wiekowej występuje zwiększone ryzyko hiperlipidemii, a jeżeli badania te nie zostały wykonane w ciągu ostatniego roku, to rozsądne jest ich wykonanie.

Choć w leczeniu zaburzeń seksualnych u kobiet próbowano stosować różne leki, liczba randomizowanych badań z grupą kontrolną jest ograniczona, szczególnie w populacji starszych kobiet. Wśród potencjalnych leków, poza sprzętem do terapii próżniowej i stymulacji elektronicznej, opisywano takie substancje jak sildenafil, bupropion, prostaglandyna E<sub>1</sub>, fentolamina i inne.<sup>25</sup> Obecnie w Stanach Zjednoczonych trwają badania kliniczne fazy III dotyczące niehormonalnego leczenia niskiego pożądania seksualnego (flibanseryna).

W przypadku starszych kobiet, których zaburzenia seksualne wydają się związane z problemami psychologicznymi, należy rozważyć terapię seksualną i terapię małżeńską. Techniki poznawczo-behavioralne wypierają stosowane dawniej psychodynamiczne modele terapii.<sup>35</sup> Terapia często rozpoczyna się psychoedukacją i wsparciem pomagającym w rozwijaniu bardziej pozytywnych postaw wobec seksualności w późnym okresie życia. Terapeuta może pomóc w skorygowaniu błędnych postaw dotyczących, pod wpływem których pacjentka uważa, że seks bez osiągnięcia orgazmu jest bezwartościowy. Edukacja może dotyczyć technik autostymulacji, ćwiczeń typu sensate focus i gry wstępnej, tak żeby aktywność seksualna nie ograniczała się wyłącznie do stosunku płciowego. W przypadku starszych kobiet z pochwicą stosowaniu psychoedukacji i terapii poznawczo-behavioralnej może towarzyszyć użycie poszerzacza pochwy o różnych rozmiarach, pozwalających kobiecie nie tracić kontroli nad sytuacją w przypadku mimowolnego skurczu mięśniówki.<sup>29</sup>

## Podsumowanie

Wraz z wydłużaniem się życia w zdrowiu kobiety szukają podtrzymania zdrowia i satysfakcji seksualnej w ostatnich dekadach życia. Wiele czynników biologicznych i psychospołecznych w szczególny sposób dotyka starsze kobiety i zwiększa u nich ryzyko dysfunkcji seksualnych. Muszą one poradzić sobie ze zmianami stężeń hormonów, zaburzeniami ogólnomedycznymi, przyjmowaniem

**TABELA 2**

### Wybory terapeutyczne dotyczące leczenia zaburzeń seksualnych u starszych kobiet<sup>23</sup>

#### I. Ocena stylu życia

Zalecenie rzucenia palenia, unikania nadużywania alkoholu /lub nadużywania niedozwolonych leków

Silna zachęta do codziennych ćwiczeń i właściwego odżywiania się

Edukacja w zakresie technik higieny snu, dobrych praktyk zdrowotnych i technik zarządzania stresem

#### II. Uwarunkowania biologiczne

Ocena oznak i objawów deficytu estrogenów i rozpoczęcie estrogenoterapii zastępczej

Ocena oznak i objawów deficytu androgenów i rozważenie androgenoterapii zastępczej

Leczenie chorób mogących wpływać na pożądanie (np. nadczynność tarczycy, cukrzyca)

Ocena oznak i objawów związanych ze specyficznymi lekami (np. leki przeciwnadciśnieniowe, przeciwdepresyjne, tamoksyfen, cymetydyna) i rozważenie zmiany na lek obarczony mniejszą ilością działań niepożądanych w sferze seksualnej lub dodanie antidotum (np. bupropion lub sildenafil wykluczone, jeśli pacjentka przyjmuje nitraty)

#### III. Uwarunkowania psychospołeczne

Skierowanie do poradni małżeńskiej, terapii interpersonalnej lub edukacji seksualnej, zgodnie z potrzebami

Trening/sugestie dotyczące umiejętności społecznych i partnerskich (np. zachęta do regularnego i spójnego okazywania uprzejmości i czułości, omówienie poziomu zainteresowania seksualnego każdego z partnerów, ocena poziomu umiejętności seksualnych partnerów z perspektywy pacjentki, ocena umiejętności wzajemnego komunikowania potrzeb intymnych przez pacjentkę i partnera).

Zaadaptowano z: Warnock JK. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment. *CNS Drugs*. 2002; 16 (11): 745-753.

Wilkins KM, Warnock JK. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 3. 2009.

potrzebnych im leków, zmianami dotyczącymi intymnych relacji oraz kulturowymi wzorcami wygórowanych oczekiwań zrównującą seksowność i witalność z młodością. Lekarz prowadzący starsze pacjentki powinien być świadomy wpływu starzenia się na prawidłowy cykl odpowiedzi seksualnej u kobiety oraz istnienia czynników biologicznych i psychospołecznych, wpływających na funkcjonowanie seksualne kobiety w późniejszych okresach życia. Podczas zbierania wywiadu pytania dotyczące funkcjonowania seksualnego oraz poziomu satysfakcji powinny być rutynowe. Należy zapewnić otwartą, wspierającą atmosferę, sprzyjającą omówieniu tych zagadnień.

Starsze kobiety mogą doświadczać zaburzeń pożądania, pobudzenia, orgazmu i zaburzeń z towarzyszącym bólem. Zasadnicze znaczenie w leczeniu tych zaburzeń ma identyfikacja czynników biologicznych i psychospołecznych przyczyniających się do ich rozwoju. We wszystkich przypadkach leczenie powinno obejmować psychoedukację i zmiany stylu życia, takie jak ćwiczenia, właściwe odżywianie, higienę snu, eliminację alkoholu i leków oraz poprawę umiejętności komunikacji między partnerami. Leczenie powinno obejmować również optymalizujące leczenie schorzeń somatycznych i psychicznych leżących u podłoża zaburzeń, redukcję lub minimalizację problematycznych leków oraz skierowanie na terapię seksualną zgodnie z potrzebami klinicznymi. Leki służące do terapii różnych zaburzeń seksualnych u kobiet są obecnie badane. Ze względu na silny związek między dysfunkcjami seksualnymi a jakością życia konieczne są dalsze badania w tym obszarze. Dysfunkcje seksualne są powszechnie występującym, ale pomijanym obszarem medycyny, szczególnie wśród starszych kobiet.

## Piśmiennictwo

- Kaplan HS. Sex, intimacy, and the aging process. *J Am Acad Psychoanal.* 1990; 18 (2): 185-205.
- Starr BD, Weiner MB. The Starr-Weiner Report on *Sex and Sexuality in the Mature Years.* New York, NY: McGraw-Hill; 1981.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007; 357 (8): 762-774.
- Spector IP, Rosen RC, Leiblum SR. Sexuality. In: Reichenman WE, Katz PR, eds. *Psychiatric Care in the Nursing Home.* New York, NY: *Oxford University Press*; 1996: 133-150.
- Clayton AH. Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatr Clinics of N Am.* 2003; 26 (3): 673-682.
- Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response.* Boston, MA: Little, Brown; 1966.
- Agronin ME. Sexual disorders. In: Blazer DG, Steffens DC, Busse EW, eds. *Textbook of Geriatric Psychiatry.* Washington, DC: *American Psychiatric Publishing, Inc*; 2004: 303-317.
- Warnock JK. Impact of medical illness and reproductive transitions on sexual functioning in women. *Mental Fitness.* 2004; 3 (4): 34-39.
- Altschuler LL, Cohen LS, Moline ML, et al. The Expert Consensus Guidelines. Treatment of depression in women. *Postgrad Med.* 2001;(Spec No): 1-107.
- Sarrel PM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol.* 1990; 75 (suppl): 26S-30S.
- Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vitorisz D, Smith H. The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res.* 1987; 31 (1): 22-33.
- Erol B, Tefekli A, Ozbey I, et al. Sexual dysfunction in type II diabetic females: a comparative study. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28 (s): 55-62.
- Korpelainen JT, Nieminen P, Myllylä VV. Sexual functioning among stroke patients and their spouses. *Stroke.* 1999; 30 (4): 715-719.
- Kaiser FE. Sexual function in the older woman. *Clin Geriatr Med.* 2003; 19 (3): 463-472.
- Addis IB, Ireland CC, Vittinghoff E, Lin F, Stuenkel CA, Hulley S. Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstet Gynecol.* 2005; 106 (1): 121-127.
- Thomas DR. Medications and sexual function. *Clin Geriatr Med.* 2003; 19 (3): 553-562.
- Sbrocco T, Weisberg RB, Barlow DH. Sexual dysfunction in the older adult: assessment of psychosocial factors. *Sex Disabil.* 1995; 13 (3): 201-218.
- Graziottin A. The biological basis of female sexuality. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998; 13 (suppl 6): S15-S22.
- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26 (1): 51-65.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 281 (6): 537-544.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril.* 2007; 87 (1): 107-112.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, text rev. Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 2000.
- Warnock JK. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment. *CNS Drugs.* 2002; 16 (11): 745-753.
- Figueira I, Possidente E, Marques C, Hayes K. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav.* 2001; 30 (4): 369-377.
- DeUgarte CM, Berman L, Berman J. Female sexual dysfunction: from diagnosis to treatment. *Sexuality, Reproduction, and Menopause.* 2004; 2 (3): 139-145.
- Berman JR, Goldstein I. Female sexual dysfunction. *Urol Clin North Am.* 2001; 28 (2): 405-416.
- Warnock JK. Acquired, generalized, female hypoactive sexual desire disorder: I had it, I lost it, I want it back. *Psychiatric Times.* 2005; 22 (9): 45-52.
- Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187 (5): 261-274.
- Butcher J. ABC of sexual health: female sexual problems II: sexual pain and sexual fears. *BMJ.* 1999; 318 (7176): 110-12.
- Sadock VA. Normal human sexuality. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 7th ed. Philadelphia, PA: *Lippincott Williams and Wilkins*; 2000: 1577-1631.
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112 (5): 970-978.
- Warnock JK, Bundren C, Morris DW. Female hypoactive sexual desire disorder due to androgen deficiency: clinical and psychometric issues. *Psychopharm Bull.* 1997; 33 (4): 761-66.
- Rothschild AJ. Sexual side effects of antidepressants. *J Clin Psych.* 2000; 61 (suppl 11): 28-36.
- Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med.* 2008; 359 (19): 2005-2017.
- Rosen RC, Leiblum SR. *Principles and Practice of Sex Therapy: Update for the 1990s.* New York, NY: *Gulford Press*; 1988.