
Seksualność osób z zaburzeniami psychicznymi

Lek. Agnieszka Kwiatkowska
Poradnia Seksuologiczna i
Patologii Współżycia Centrum
Psychoterapii

PRAWA SEKSUALNE
STANOWIĄ
FUNDAMENTALNE I
UNIWERSALNE
PRAWA CZŁOWIEKA

Deklaracja praw seksualnych – 2002r.

- Seksualność jest integralną częścią osobowości każdej istoty ludzkiej. Jej pełny rozwój zależy od zaspokojenia podstawowych ludzkich potrzeb, takich jak:
 - Pragnienie obcowania,
 - Intymności,
 - Ekspresji uczuć,
 - Czułość i miłości.
 - Seksualność wynika z interakcji zachodzących między jednostką a otaczającą ją strukturą społeczną .
-

c.d.

- Pełen rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym;
 - Prawa seksualne należą do uniwersalnych praw człowieka, opartych na wolności, godności, równości wszystkich istot ludzkich
-

Seksualność

- Centralny aspekt bycia człowiekiem obejmujący: seks, identyfikację i rolę płciową, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność, reprodukcję;
 - Jest doświadczana i wyrażana w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach;
 - Powstaje w interakcji czynników biologicznych, społecznych, ekonomicznych, kulturowych, etycznych, prawnych, duchowych.
-

Seksualność osób z rozpoznaniem schizofrenii

Schizofrenia – charakterystyka objawów

- ❑ Urojenia i omamy – objawy wytwórcze (w postaci paranoidalnej)
 - ❑ Dezorganizacja mowy lub zachowania (postać zdezorganizowana)
 - ❑ Obniżonej (osłupienie) lub nadmiernej (chaotycznej) aktywności ruchowej (postać katatoniczna)
 - ❑ Współwystępowanie objawów
 - ❑ Dominacja objawów „ubytkowych” = negatywnych
-

Schizofrenia – faza prodromalna

- Pogorszenie się umiejętności szkolnych
 - Wycofanie społeczne, upośledzenie pełnienia ról
 - Zaniedbywanie się w zakresie higieny osobistej, dbałości o ubiór
 - Zaburzenia afektywne – nastrój depresyjny, drażliwość, zaburzenia snu, lęk
 - Deficyty w zakresie funkcji poznawczych – pamięci, uwagi, selekcji bodźców
 - Podejrzliwość, nastawienia ksobne
 - Osłabienie napędu i motywacji
 - Zaburzenia zachowania – aspołeczne, czasem całkowita izolacja
-

Schizofrenia – cechy osobowości przedchorobowej

- ❑ Schizoidalne – słabość kontaktu, chłód emocjonalny
 - ❑ Schizotypowe – ekscentryczność spostrzegania, myślenia i zachowania, trudny kontakt
 - ❑ Paranoiczne – sensytywność, nieufność, upór
-

Schizofrenia a zaburzenia seksualne

- Ocena funkcjonowania seksualnego w okresie
 - przedchorobowym
 - od zachorowania do rozpoczęcia farmakoterapii
 - po rozpoczęciu leczenia
 - podczas epizodów zaostrzeń psychotycznych
 - oraz w okresie remisji objawów
-

Problemy seksualne u osób ze schizofrenią - uwarunkowania

- ❑ Objawy schizofrenii – objawy pozytywne i negatywne
- ❑ Zaburzone relacje interpersonalne
- ❑ Negatywny stereotyp chorego w społeczeństwie
- ❑ Zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji chorego
- ❑ Stosowane leczenie
- ❑ Hospitalizacje oraz pobyty w ośrodkach opiekuńczych.

Objawy schizofrenii – istotne z punktu widzenia seksuologicznego

Objawy negatywne (ubytkowe)

- Spływanie lub stępienie afektu
 - Skąpość wypowiedzi
 - ubóstwo treści myślenia
 - Otamowanie myśli
 - Brak dbałości o wygląd
 - Apatia
 - Anhedonia (niezdolność do przeżywania przyjemności)
 - Wycofanie z życia społecznego
 - Zaburzenia czynności poznawczych i uwagi
-

...

- Osłabienie życia uczuciowego i popędowego oraz obniżenie ogólnej aktywności życiowej charakterystycznej dla osób chorych na schizofrenię prowadzi w efekcie do spadku zainteresowań seksualnych ze spadkiem pożądania włącznie.
-

...

-
- W takiej sytuacji odbycie aktu seksualnego często nie przebiega z przeżywaniem dużego napięcia emocjonalnego, akt odbywa się jakby automatycznie, a siła orgazmu jest niewielka.
-

Inne zaburzenia seksualne

- ❑ Nadmierny popęd seksualny w grupie chorych na schizofrenię spotyka się dość rzadko
- ❑ Najczęściej wyraża się on w przeróżnych fantazjach erotycznych i uprawianiu masturbacji o cechach patologicznych
- ❑ Pomiędzy siłą potrzeb seksualnych a dążeniem do ich zaspokojenia z partnerem istnieje duża rozbieżność

Objawy pozytywne (wytwórcze)

- Urojenia o treści seksualnej i erotycznej
 - Urojenia dotyczące tożsamości płciowej, samookaleczenia prącia
 - Inne – omamy, rozkojarzenie, dziwaczność zachowania
-

Deficyty poznawcze

- ❑ Przedchorobowe zmniejszenie sprawności procesów poznawczych prowadzi do powstania deficytów utrudniających nabywanie:
 - ❑ Podstawowych umiejętności społecznych
 - ❑ Zdolności radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych
- ❑ Wpływa to na realizację celów życiowych w tym na umiejętność nawiązywania interakcji partnerskich

Zaburzenia relacji interpersonalnych u chorych na schizofrenię

- Odczuwany lęk utrudnia uczestnictwo w społecznych interakcjach. Chorzy nastawieni są obronnie, nieufnie do innych ludzi, unikają intensywniejszych i głębszych kontaktów.
-

Zaburzenia relacji interpersonalnych u chorych na schizofrenię c.d.

- ❑ W mniejszym stopniu interesują się kontaktami z płcią przeciwną, czerpią mniej zadowolenia z takich kontaktów.
 - ❑ W stosunkach z płcią przeciwną dominują rezerwa, nieśmiałość, hamowanie swoich odruchowych reakcji.
-

Negatywny stereotyp chorego w społeczeństwie

- negatywna samoocena
 - obniżone poczucie własnej wartości
 - ograniczenie liczby kontaktów międzyludzkich w tym seksualnych
 - ograniczone szanse zawodowe,
 - mniejsze możliwości matrymonialne często ograniczone tylko do grupy osób leczonych psychiatrycznie
-

Dysfunkcje seksualne w schizofrenii

- ❑ Rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych w grupie chorych leczonych i nieleczonych dotyczy około 30-80% K i 45-80% M
 - ❑ Częstość dysfunkcji jest większa w grupie chorych leczonych
 - ❑ Brak zainteresowania nawiązywaniem kontaktów seksualnych jest większy wśród chorych mężczyzn jeszcze przed wystąpieniem psychozy (Rowlands 1995)
-

Problemy seksualne u pacjentów ze schizofrenią

- Obniżenie lub zanik potrzeb seksualnych
 - Nadmierny popęd seksualny
 - Zmniejszona lubrykacja
 - Zmniejszona/zniesiona zdolność osiągnięcia i/lub utrzymania wzwodu
 - Priapizm**
 - Skrócenie/wydłużenie czasu, bądź całkowita niezdolność do osiągnięcia orgazmu.
-

Problemy seksualne u pacjentów ze schizofrenią c.d.

- Zachowania dewiacyjne
 - Patologiczna masturbacja –
 - Jako przejaw ogólnego spadku aktywności, zubożenia sfery emocjonalnej, dysfunkcji popędu
 - Prostytucja –
 - jako efekt biernego poddania się w skutek zaburzeń uczuciowości wyższej
 - Przestępcze zachowania seksualne
-

Możliwe przyczyny biologiczne dysfunkcji seksualnych

- U mężczyzn ostry epizod schizofrenii wiąże się z niskim stężeniem estrogenu i androgenów w moczu,
 - U 28% M stwierdza się hipogonadyzm
 - U kobiet
 - 79% - hipoestrogenizm
 - 92% - niskie stężenie progesteronu
- Howes (2007)
-

Problemy seksualne kobiet chorych na schizofrenię – c.d.

- Większa liczba partnerów seksualnych
 - Większe ryzyko molestowania seksualnego, przygodnych kontaktów seksualnych
 - Ryzyko zakażenia HIV
 - Ryzyko nieplanowanej ciąży
 - Mniejsze pragnienie kontaktów seksualnych ale względnie duża ich częstość
 - Mniejsza satysfakcja ze współżycia
-

Problemy seksualne kobiet chorych na schizofrenię – **przyczyny**

- Istota choroby w tym
 - zaburzenia uczuciowości
 - trudności w tworzeniu relacji interpersonalnych
 - Stosowane leczenie
 - Brak edukacji seksualnej
 - Ograniczona kontrola impulsów
 - Współtowarzyszące uzależnienie od alkoholu i narkotyków
-

Wpływ leków na seksualność kobiet chorych na schizofrenię

- Zmniejszenie libido
 - Suchość pochwy
 - Trudności z osiągnięciem orgazmu,
 - Mlekotok
 - Zaburzenia cyklu miesięczkowego
-

Problemy seksualne mężczyzn chorych na schizofrenię

- Słabsze umiejętności społeczne
 - Rzadsza inicjacja kontaktów z kobietami
 - Mniej stałych związków
 - Wpływ leczenia
 - Pozytywny –
 - Częstsze występowanie myśli o tematyce seksualnej
 - Większe zainteresowanie podejmowaniem kontaktów seksualnych
 - Negatywny –
 - Pogorszenie erekcji
 - Trudności w przeżywaniu orgazmu
 - Mniejsza satysfakcja seksualna
-

Problemy seksualne mężczyzn chorych na schizofrenię – c.d.

- Treści seksualne jako objaw psychotyczny –
 - Autokastracja
 - Objawy o typie transseksualizmu
 - Podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych –
 - 65% pacjentów podejmuje takie kontakty pomimo świadomości ryzyka z nim związanego (zakażenia HIV)
-

Trudności w satysfakcjonującym zaspokajaniu potrzeb seksualnych w okresie rozwojowym mogą zwiększać ryzyko rozwoju zaburzeń preferencji i identyfikacji płciowej, potęgując trudności w nawiązywaniu satysfakcjonujących związków.

Psychoza a transseksualizm

- ❑ Transseksualizm jako zagadnienie interdyscyplinarne
 - ❑ Bower – transseksualizm jako aspekt schizofrenii
 - ❑ Binder, Baastrup – transseksualizm jako pomniejszona jakościowo forma schizofrenii
 - ❑ U 25% osób poddanych operacji zmiany płci stwierdzano objawy schizofrenii
-

Zaburzenia identyfikacji płciowej w treści urojeń

- „Dłużej nie będę mężczyzną/kobietą.”
 - „Jestem kimś neutralnym ani mężczyzną ani kobietą.:
 - „Jestem jednocześnie kobietą i mężczyzną.”
 - „JESTEM KIMŚ O ODMIENNEJ PŁCI.”
-

Wpływ neuroleptyków na funkcje seksualne

- Blokada rec. cholinergiczných
 - Blokada rec. dopaminergiczných
 - Blokada rec. histaminowych – sedacja
 - Blokada rec. noradrenergicznych – alfa1
 - Wzrost stężenia prolaktyny
 - Obniżenie poziomu testosteronu, estrogenów, progesteronu
-

Hyperprolaktynemia

- Spadek libido
 - (jako efekt bezpośredni oraz związany z obniżeniem testosteronu)
 - Zaburzenia wzwodu
 - Zaburzenia wytrysku
 - Hipogonadyzm
 - Obniżenie płodności
 - Mlekotok, ginekomastia
-

Dysfunkcje seksualne jako efekt negatywnego działania leków

- ❑ Zaburzający wpływ na samoocenę pacjenta, samopoczucie psychiczne i jakość życia
 - ❑ Wpływ na stosunek leczonego do przyjmowanego leku, a w efekcie na jego gotowość do współpracy
 - ❑ Zmniejszenie zainteresowań seksualnych jako efekt polekowej sedacji, przyrostu masy ciała
 - ❑ Zaburzenie ruchów precyzyjnych z powodu zespołu pozapiramidowego
-

Postawy pacjentów wobec seksualności

- ❑ Ich potrzeby „osobistego związku” należą do najbardziej niezaspokojonych (Burns i in. 2001)
 - ❑ Osoby chore na schizofrenie, pomimo trudności wykazują chęć dyskusji o sprawach związanych ze swoją seksualnością i życiem intymnym, odczuwają też potrzebę wchodzenia w relacje seksualne (Mc Cann 2000, Dolman, Landeen 2007)
-

-
- ❑ 82% M i 96% K podawało przynajmniej 1 dysfunkcję seksualną
 - ❑ M- mniejsze pożądanie, zaburzenia osiągnięcia i utrzymania wzwodu, szybszy wytrysk, mniejszą satysfakcję z orgazmu
 - ❑ K – mniej przyjemność w porównaniu do grupy kontrolnej
 - ❑ u M dysfunkcje seksualne wiązały się z obecnością negatywnych obj. schi.
 - ❑ Romeon (1994), Gabay (2006)
-

Nieprzystosowanie seksualne wiąże się z nasileniem objawów negatywnych i z głębokością apatii, anhedonii, problemami w uspołecznieniu

Garcia (1994)

□ 82,3% pacjentów chorujących chronicznie ma różnorodne dysfunkcje seksualne:

- Impotencja, oziębłość, przedwczesny wytrysk lub jego brak, pochwica, dyspareunia
 - Główne problemy to zahamowanie pożądania i podniecenia
 - Guo (1982)
-

Seksualność osób z zaburzeniami nastroju

Depresja - rozpoznawanie

Objawy występują nie krócej niż 2 tg

□ F 32 (ICD 10) – epizod depresyjny

■ Kryteria grupa I –

□ obniżony, depresyjny nastrój

□ Utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania radości (anhedonia)

□ Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności

Depresja – rozpoznawanie c.d.

Kryteria F 32 - grupa II objawów:

- Niska samoocena i mała wiara w siebie
- Osłabienie koncentracji i uwagi
- Poczucie winy i małej wartości
- Pesymistyczna ocena przyszłości
- Myśli i czyny samobójcze
- Typowe zaburzenia snu lub nadmierna senność
- Zmniejszony apetyt
- Spadek libido**
- Spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe

Dysfunkcje seksualne w zaburzeniach nastroju

- Jako objaw depresji – kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego w ICD 10
 - Jako objaw innych zaburzeń psychicznych
 - Jako objaw współistniejących chorób somatycznych
 - Jako efekt stosowania leków przeciwdepresyjnych lub innych
-

Informacje ważne na początku

- Najistotniejsze jest ustalenie czy zgłaszane przez pacjenta dysfunkcje seksualne pojawiły się:
 - Przed wystąpieniem objawów depresyjnych
 - Wraz z innymi objawami depresyjnymi
 - Po rozpoczęciu leczenia farmakologicznego depresji
-

Wystąpienia zaburzeń seksualnych może niekorzystnie wpłynąć na

- jakość życia,
- poczucie własnej wartości,
- relacje międzyludzkie.

Utrudnia to współpracę pacjenta i lekarza w procesie terapeutycznym, może doprowadzić do przerwania leczenia.

Zaburzenia seksualne jako składnik obrazu depresji

- Zmniejszone zainteresowania i zmniejszona zdolność przeżywania przyjemności, w pełnoobjawowych epizodach umiarkowanej i ciężkiej depresji zazwyczaj obejmują
 - spadek zainteresowania kontaktami seksualnymi oraz
 - zmniejszenie zdolności do przeżywania satysfakcji seksualnej.
-

Dysfunkcje seksualne w depresji

- Hypolibidemia – 20%
- Zanik zainteresowania seksem – 23%
- Zaburzenia erekcji – 25-35%
- Obniżenie lub brak orgazmu – 25%

Clayton, 2007

Depresja i zaburzenia seks. a choroby współistniejące

- ❑ Choroby układu naczyniowego: NT, CHNS, dyslipidemie
- ❑ Choroby neurologiczne: neuropatie, SM
- ❑ Obniżone stężenie estrogenów: menopauza, laktacja
- ❑ Obniżone stężenie testosteronu: hipogonadyzm
- ❑ Inne zaburzenia endokrynologiczne: choroby tarczycy

Depresja i zab. seks. a choroby współistniejące c.d.

- ❑ Choroby naczyniowe OUN: miażdżyca naczyń mózgowych, stany pourazowe, zaburzenia krążenia mózgowego
- ❑ Procesy zwyrodnieniowo-zanikowe OUN: choroba Alzheimera, choroba Huntingtona, choroba Parkinsona
- ❑ Padaczka: zwłaszcza ognisko zlokalizowane w płacie skroniowym
- ❑ Stany pourazowe.

Depresja i zaburzenia seksualne a przyjmowane leki

- Przeciwdepresyjne
 - Przeciwpсихotyczne (antagoniści dopaminy)
 - Antykoncepcja hormonalna
 - Leki hipotensyjne i kardiologiczne
 - Leki przeciwuczuleniowe
 - Amfetamina i jej pochodne
 - Leki uspokajające i inne
-

Wzajemne oddziaływanie czynników indywidualnych i środowiskowych

- Choroba
 - Przyjmowane leki
 - Obniżone poczucie własnej wartości
 - Konflikty w związku
 - Aktywność
 - Umiejętności
 - Preferencje seksualne partnera
 - Czynniki związane z wykorzystaniem seksualnym w przeszłości
 - Zmęczenie
 - Obecność w domu dzieci poniżej 18r.ż.
-

Zaburzenia seksualne i depresja – w badaniach

- Casper i wsp.(1985) – obniżenie libido, popędu płciowego i potencji u 72% spośród 160 pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem dużej depresji i u 77% pacjentów z rozpoznaniem CHAD
-

Zaburzenia seksualne i depresja – w badaniach

- ❑ Bartlik (1999) – przegląd badań z lat 1957-1997) obniżenie libido stwierdzano :
 - ❑ u 83% M i 53% K z psychozą maniakalno-depresyjną
 - ❑ U 61% M i K z dużą depresją
 - ❑ U 52% pacjentów z zaburzeniami lękowymi
 - ❑ U 14% osób z grupy kontrolnej
-

Zaburzenia seksualne i depresja – w badaniach

- Mathew i Weinman (1982) – wyodrębnili typy zaburzeń seksualnych u nieleczonych pacjentów z depresją (grupa 35K i 16M)
 - U 31% obniżenie libido (6% w grupie kontrolnej)
 - Brak istotności statystycznej w przypadku innych zaburzeń – brak orgazmu, opóźnienie ejakulacji, zaburzenia erekcji, przedwczesny wytrysk
 - **Wniosek – u pacjentów z depresją obniżenie popędu seksualnego dominowało nad zaburzeniami pobudliwości seksualnej**
-

Zaburzenia seksualne i depresja w badaniach

- ❑ Kennedy i wsp. (1999) – oceniali częstość zaburzeń seksualnych u 143 K i M z dużą depresją przed leczeniem
 - ❑ 40% M na miesiąc przed badaniem nie odbyła stosunku
 - ❑ 50% K i 42% M zgłaszało obniżenie popędu przed rozpoczęciem leczenia
 - ❑ 40-50% badanych zgłaszało obniżenie podniecenia seks.
 - ❑ 15% K zgłaszało zaburzenia orgazmu
-

Zaburzenia seksualne i depresja w badaniach

Cyranowski i wsp. (2004) – grupa 68 K z dgn. CHAJ oceniana pod kątem obecności zaburzeń seksualnych

Wnioski – objawy depresyjne wiążą się z:

- obniżeniem popędu seksualnego, utratą myśli i fantazji o treściach seksualnych, zmniejszeniem pobudliwości seksualnej, pogorszeniem orgazmu
- Wraz z ustąpieniem depresji funkcjonowanie seksualne poprawiło się z 78% badanych do 50% badanych

Trudności w ocenie funkcjonowania seksualnego

- ❑ Niechęć lekarza i/lub pacjenta do podejmowania rozmowy na temat problemów seksualnych.
 - ❑ Wstyd, zakłopotanie, niewiedza pacjentów.
 - ❑ Zbyt krótki czas wizyty.
 - ❑ Nieprzygotowanie lekarzy.
-

-
- Faza reakcji seksualnej najbardziej podatna na wystąpienie dysfunkcji podczas stosowania SSRI to zdolność do osiągnięcia orgazmu, która jest albo opóźniona albo nie występuje wcale.
 - Zwykle objawom depresji towarzyszy spadek libido.
-

Zaburzenia seksualne w CHAD - przyczyny

- Przewlekłość choroby, jej nawrotowość, upośledzenie funkcji poznawczych
 - Objawy osiowe CHAD – depresja lub mania
 - Zaburzone relacje interpersonalne
 - Współistnienie innych zaburzeń psychicznych – zaburzenia lękowe wpływają na ograniczenie kontaktów seksualnych
 - Współistnienie dolegliwości somatycznych – nasilenie oporu i lęku przed aktywnością seksualną
 - Skutek niepożądany działania leków
-

Mania – objawy

- Aktywność – nieadekwatnie podwyższony nastrój, popędliwość połączona z agresją, brak obiektywizmu i krytycyzmu, nadmierne zaangażowanie w czynności przynoszące przyjemność (kupowanie drogich rzeczy, afery seksualne, nierozsądne interesy)
 - Napęd – pobudzenie psychoruchowe, odhamowanie, wzrost aktywności ukierunkowanej na cel, z ograniczoną możliwością kontroli
 - Zaburzenia popędu – zmniejszona potrzeba snu, spadek łaknienia, **WZROST LIBIDO**
 - Zaburzenia myślenia - gonitwa myśli, przyśpieszony tok myślenia, rozkojarzenie, urojenia (wielkościowe, niezwykłych możliwości, pochodzenia, odnoszące, prześladowcze)
-

Mania a zachowania seksualne

- Wzmożona pożądlivość płciowa
 - koncentruje myśli chorego na wyobrażeniach seksualnych,
 - Wzmaga napięcie i podniecenie seksualne
 - Obniża krytycyzm
 - Mogą występować objawy dysfunkcji np. zaburzenia wzwodu, brak orgazmu, zaburzenia wytrysku
 - Mogą ujawniać się nieprawidłowe preferencje seksualne, zachowania dewiacyjne, zastępcze kontakty homoseksualne
-

Mania a zachowania seksualne

- Zwiększony popęd i brak krytycznej oceny rzeczywistości
 - Podejmowanie lekkomyślnych lub ryzykownych zachowań seksualnych, prowokacyjne zachowania
 - Kontakty z przypadkowymi partnerami
 - Seks bez zabezpieczenia – ryzyko ciąży, zakażenia chorobą weneryczną
 - Zdrady małżeńskie
 - Nieplanowane rozwody
 - Wchodzenie w nowe związki partnerskie
 - Sprawstwo lub bycie ofiara przestępstw seksualnych
 - Nadużycia seksualne w stosunku do nieletnich jako efekt zaburzonego krytycyzmu
-

Wpływ leków przeciwdepresyjnych na funkcje seksualne

Leki przeciwdepresyjne a dysfunkcje seksualne - mechanizmy

- ❑ Nieswoiste hamujące działanie na OUN – sedacja
 - ❑ Swoisty wpływ na struktury mózgu odpowiadające za reakcje seksualne
 - ❑ Swoisty wpływ na tkanki obwodowe i narządy w funkcjach seksualnych
 - ❑ Bezpośredni lub pośredni wpływ na układ neuroprzekaźników w OUN zaangażowanych w funkcje seksualne
-

Dopamina - rola

- Uważana za neuroprzekaźnik „hedonistyczny”
 - Odczuwanie przyjemności, w tym seksualnej
 - Motywacja do aktywności, zaangażowania
 - Zaspokojenie potrzeb popędowych
 - Sprawność psychomotoryczna
-

Serotonina - rola

- Działanie przeciwdepresyjne
 - Działanie „antyobsesyjne”
 - Działanie przeciwlękowe
 - Osłabienie erekcji
 - Zaburzenia orgazmu
-

Przyczyny dysfunkcji seksualnych w przebiegu leczenia przeciwdepresyjnego

- Pobudzenie receptorów serotoninerгіcznych
 - Obniżenie poziomu dopaminy
 - Zaburzenie syntezy tlenku azotu
 - Hyperprolaktynemia
 - Wpływ na rec. beta- adrenergiczne i alfa – adrenergiczne, rec. muskarynowe, histaminowe
-

Dysfunkcje seksualne a leki przeciwdepresyjne – częstość

- Częstość ogólna w depresji – 59%
- Stosowanie citalopramu - 72,7%
- Stosowanie paroksetyny - 70%
- Stosowanie nefazodonu – 8%
- Stosowanie moklobemidu – 3,9%

(grupa badana 1022 pacjentów wiek śr.40 lat)
Montejo, 2001

Częstość dysfunkcji seksualnych u osób leczonych przeciwdepresyjnie c.d.

- Stosowanie TLPD (klomipramina) - powyżej 90% pacjentów ma różnorodne dysfunkcje seksualne (zaburzenia wzwodu, zaburzenia ejakulacji)

(wg Watson, 2005)

- Stosowanie SSRI – obecność dysfunkcji seksualnych u 30-70% pacjentów

(wg Bettucii, 2006; Litovitz, 2002)

Seksualność osób z zaburzeniami „nerwicowymi”

Wybrane typy zaburzeń

-
- Zdaniem większości badaczy jedną z najważniejszych przyczyn dysfunkcji seksualnych jest LĘK.
 - Stan lęku w trakcie aktywności seksualnej może być związany z różnymi doświadczeniami z przeszłości (nieudana inicjacja, doświadczenie molestowania, obawa przed negatywną oceną ze strony partnera)
-

Lękowe mechanizmy zaburzeń seksualnych

- Lęk przed powtórzeniem się nieudanego doświadczenia, która działa jako „samosprawdzająca się przepowiednia” – obawy wzmagają obserwację pod kątem ponownego wystąpienia objawów co wzmacnia napięcie oraz zakłóca spontaniczność naturalnych reakcji seksualnych, które ostatecznie nie występują – podstawowy mechanizm rozwoju i utrzymywania się dysfunkcji seksualnych
-

c.d.

- Objaw „błędnego koła” – niewielkie zakłócenie reakcji seksualnych (np. dłuższe niż zwykle pojawianie się erekcji z powodu zmęczenia) wywołuje lęk, który nasila zaburzenia erekcji powodując lęk, który nasila objawy, które nasilają lęk, itd.
-

c.d.

- Niepewność siebie – brak zaufania do swoich możliwości może być pierwotną przyczyną lęku, który uruchamia objawy „błędnego koła”
 - Niepewność siebie często wynikająca z braku odpowiedniej edukacji seksualnej
-

Typy dysfunkcji seksualnych w grupie pacjentów z zaburzeniami lękowymi

M –

- spadek potrzeb
 - lęk przed współżyciem
 - zaburzenia w uzyskaniu erekcji
 - wytrysk przedwczesny
 - trudności w utrzymaniu erekcji
 - brak orgazmu
 - opóźnienie orgazmu
-

Rodzaje dysfunkcji seksualnych w grupie pacjentek z zaburzeniami lękowymi

K –

- brak orgazmu
 - suchość pochwy
 - awersja seksualna
 - obniżenie potrzeb seksualnych
 - anhedonia
 - opóźnienie orgazmu
-

Zaburzenia seksualne u osób z lękiem panicznym

- Częstość i rodzaj dysfunkcji seksualnych
 - M – awersja seksualna u 35%, wytrysk przedwczesny u 14%, zaburzenia erekcji u 7%, utrata potrzeb seksualnych
 - K – awersja seksualna u 50%, nadmierny popęd seksualny u 21%, zaburzenia orgazmu u 7%, dyspareunia u 7%
-

Zaburzenia seksualne u osób z fobią społeczną

- Nadmierne obawy o to, że pacjent jest obserwowany i krytycznie oceniany przez inne osoby, powoduje lęk przed niesprawdzeniem się w sytuacji intymnej oraz brak spontaniczności, który niekorzystnie wpływa na przebieg kontaktu i na zasadzie błędnego koła podtrzymuje objawy lękowe
-

Zaburzenia seksualne u osób z fobią społeczną c.d.

- Częstość i rodzaj dysfunkcji seksualnych:
 - M – wytrysk przedwczesny u 47%, zaburzenia orgazmu u 18%, późniejszy wiek inicjacji seksualnej, częstsze korzystanie z usług agencji towarzyskich, mniejsza satysfakcja z podejmowanej aktywności seksualnej, masturbacja u 80%
 - K – zaburzenia orgazmu u 18%, masturbacja u 81%
 - Rozwody – dotyczą 11% związków (w grupie kontrolnej 6%)
-

Zaburzenia seksualne u pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi

- Obsesje i kompulsje mogą obejmować myśli i zachowania seksualne np. obsesyjne obawy o zakażeniu przenoszonym drogą płciową, możliwością zapłodnienia bez stosunku, kompulsyjną masturbację, oglądanie pornografii, korzystanie z usług agencji towarzyskich
 - W grupie nieleczonych osób z OCD – 24% nie odbyło stosunku seksualnego, 9% długi okres abstynencji seksualnej
-

Zaburzenia seksualne w zespole stresu pourazowego

- ❑ Zaburzenia seksualne występują u 80% pacjentów z rozpoznaniem PTSD
 - ❑ Zubożenie emocjonalne może przejawiać się utratą popędu seksualnego oraz zdolności do przeżywania orgazmu
 - ❑ U tych pacjentów stwierdza się dalsze funkcjonowanie w sferze pożądania, zaburzenia (brak reakcji genitalnej), orgazmu, satysfakcji seksualnej
-

Seksualność u pacjentek z anoreksją

- ❑ W badaniach obserwuje się niski poziom hormonów płciowych, w tym nie dochodzi do cyklicznego wydzielania GnRH
 - ❑ Anoreksja ma pierwotnie psychiczny charakter z wtórnie rozwijającą się niewydolnością podwzgórzowo-przysadkową
 - ❑ Dotyczy zwykle kobiet w okresie pokwitania (początek objawów przed 25r.ż.)
 - ❑ U pacjentek występuje zaburzony obraz własnego ciała oraz duże problemy z odbiorem własnej seksualności
-

Anoreksja a seksualność c.d.

- **Jest wynikiem zaburzeń dojrzewania emocjonalnego w tym w sferze płciowości z powodu uświadomionego lub nieświadomionego braku akceptacji własnej płci**
 - U podłoża zaburzeń leżą konflikty z dominującą matką, opór przed przyjęciem wzorców zachowań matki, odraza do przejawów płciowości (miesiączka, ciąża, współżycie)
 - Obraz kliniczny rozwija się stopniowo – brak łaknienia, wstręt do jedzenia, spadek m.c. aż do skrajnego wyniszczenia
-

Anoreksja a seksualność c.d.

- ❑ Istnieje związek pomiędzy masą ciała a seksualnością – kobieta przez utratę wagi unika konfliktu seksualnego
 - ❑ Dziewczęta, przez chorobę, chcą uniknąć przemiany w dorosłe kobiety wraz ze wszystkimi atrybutami dojrzałej seksualności
 - ❑ Zgłaszane zaburzenia – utrata zainteresowania seksualnego – spadek libido to sposób na rozwiązanie konfliktów wewnętrznych; brak zadowolenia ze współżycia
 - ❑ Wzrost wskaźnika BMI koreluje dodatnio ze wzrostem fantazji seksualnych, obniżeniem lęku i objawów depresyjnych, a zmiany w sferze seksualnej powinny być monitorowane w procesie zdrowienia
-

Anoreksja a seksualność c.d.

- Negatywny obraz własnego ciała u kobiet z anoreksją w dużym stopniu wpływa hamująco na przejawy ich seksualności
 - U pacjentek z anoreksją negatywna ocena własnego ciała powoduje negowanie własnej seksualności czego konsekwencją jest wycofanie się z zainteresowania i bliskości z mężczyznami, a szczególnie unikanie aktywności seksualnej pomimo dojrzałości biologicznej
-

Anoreksja a seksualność

- Pacjentki z anoreksją w późniejszym wieku zaczynają interesować się płcią przeciwną, później zakochują się, w późniejszym wieku decydują się na pierwszy pocałunek, rzadziej miewają sny erotyczne, rzadziej podejmują kontakty seksualne, częściej dostrzegają negatywne strony swojej seksualności
-

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ...
