NEWSLETTER #15 · ZAŁĄCZNIK 10 · MATERIAŁ EDUKACYJNY DLA LEKARZY

HSDD u kobiet — pytania i odpowiedzi

Zaburzenie obniżonego popędu seksualnego: definicje, przyczyny, rozmowa z pacjentką i leczenie

Materiał opracowany na podstawie: Isbill 2018 (Perm J) · Lanoff & Simon 2026 (Obstet Gynecol Clin N Am) · Davis 2021 (Endocrinol Metab Clin N Am) · FPIN Evidence-Based Answer 2023 · Vallejo & Palacios 2025 (Gynecol Endocrinol) · materiały OHSU.

1. Czym właściwie jest HSDD?

P: Co kryje się pod skrótem HSDD i czy to w ogóle jest choroba?

O: HSDD (Hypoactive sexual desire disorder) to uporczywe obniżenie popędu seksualnego (libido), któremu towarzyszy osobisty niepokój z tego powodu. To właśnie drugi element — subiektywne cierpienie — odróżnia HSDD od zwykłej, częstej zmienności libido.

P: Jak duża jest skala problemu?

O: Szacunki są uderzająco wysokie: obniżone libido dotyka ok. 27% kobiet przed menopauzą i ponad 50% kobiet w związkach po menopauzie. ISSWSH szacuje częstość samego HSDD na 10% dorosłych kobiet. Mimo tej skali problem pozostaje mocno niedodiagnozowany i nieleczony.

P: Skąd wzięło się pojęcie cyklu reakcji seksualnej?

O: Klasyczny model Mastersa i Johnson opisywał sekwencję faz: podniecenie — plateau — orgazm — odprężenie. Prof. Helen Kaplan Singer rozszerzyła ten model o fazę pożądania (model DEOR), który na długie lata stał się podstawą klasyfikowania zaburzeń seksualnych.

P: Czy ok. 40% kobiet przechodzi przez okresy obniżonego pożądania i wcale nie musi to być problem medyczny?

O: Tak — dla wielu pacjentek najbardziej uspokajające jest właśnie wyjaśnienie, jak powszechne jest to zjawisko, oraz że częstą przyczyną jest zwykła rozbieżność w poziomie pożądania między partnerami, a nie choroba. Motywacja seksualna zależy m.in. od relacji z partnerem, długości związku, stresu, postrzegania własnego ciała, leków i hormonów, czy często bólu przy współżyciu.

2. Dlaczego zdrowie seksualne powinno interesować lekarza?

P: Jakie korzyści zdrowotne wiążą się z aktywnym życiem seksualnym?

O: Lista jest szeroka: zdrowie seksualne wiąże się z obniżonym ciśnieniem krwi, jest ważnym elementem redukcji stresu (przez oksytocynę), wzmacnia intymność i więź, poprawia

samoocenę, sprzyja lepszemu wysypianiu się i większej tolerancji bólu (endorfiny), wzmacnia układ odpornościowy (IgA) oraz poprawia kontrolę pęcherza.

P: Dlaczego problemy seksualne bywają tak istotnym sygnałem podczas leczenia depresji?

O: Działania niepożądane w sferze seksualnej są najczęstszym powodem, dla którego pacjentki same odstawiają leki przeciwdepresyjne — a to bezpośrednio wpływa na skuteczność leczenia choroby podstawowej.

3. Skąd bierze się obniżone libido? Model biopsychospołeczny

P: Czy da się wskazać jedną, główną przyczynę HSDD?

O: Rzadko. Pomocny bywa podział na czynniki predysponujące (np. przyczyny anatomiczne czy psychologiczne z przeszłości), czynniki wywołujące (np. nadużycie alkoholu, stres, leki, choroba) oraz czynniki podtrzymujące dysfunkcję (często jest to lęk zadaniowy).

P: Co to jest lęk zadaniowy i dlaczego tak często utrwala problem seksualny?

O: To stan trwożliwej obserwacji własnej sprawności seksualnej — kobieta, która z niepokojem wsłuchuje się w swoje ciało, wypatrując zbliżającego się bólu, nie ma szans na pełną sprawność seksualną, bo ta wymaga odprężenia. Paradoksalnie, samo martwienie się o problem staje się mechanizmem, który ten problem podtrzymuje.

P: Czy problem seksualny zawsze leży po stronie pacjentki, która się zgłasza?

O: Nie — bywa, że dysfunkcja seksualna partnera jest jednym z uwarunkowań zgłaszanego problemu. Czasem dysfunkcja jest wręcz maską objawową problemów relacyjnych — dystansowania się czy alienacji w związku.

4. Jak zapytać pacjentkę? Modele 5A i PLISSIT

P: Czy pacjentki chcą rozmawiać o problemach seksualnych z lekarzem?

O: Tak — pacjentki zazwyczaj chcą o tym rozmawiać, ale potrzebują, aby ich lekarze byli na taką rozmowę gotowi. W cytowanym badaniu wszystkie pacjentki zgodziły się, gdy zapytano je wprost.

P: Na czym polega model 5A?

O: Pięć kroków: Zapytaj (czy pacjentka zgadza się porozmawiać o zdrowiu seksualnym), Doradzaj (upewnij, że wiele kobiet ma podobny problem), Oceń (zadaj standardowe pytania diagnostyczne), Pomóż (poinformuj o dostępnych opcjach), Umów (wizytę kontrolną).

5. Narzędzia diagnostyczne

P: Jakie kwestionariusze pomagają w diagnozie HSDD?

O: DSDS (Decreased Sexual Desire Screener) — walidowane narzędzie przesiewowe, 4 pytania przesiewowe + lista czynników modyfikujących (Clayton AH i wsp., J Sex Med 2009). FSFI (Female Sexual Function Index) — kompleksowa skala 19 pytań oceniająca 6 domen funkcji seksualnej. FSDS (Female Sexual Distress Scale) — mierzy poziom dystresu seksualnego, niezbędnego do rozpoznania HSDD.

6. Leczenie — perspektywa kliniczna

P: Jaką rolę w diagnozowaniu zaburzeń seksualnych może odegrać lekarz ginekolog?

O: Kluczową — pod warunkiem, że najpierw uzyska od pacjentki pozwolenie na poruszenie tematu, wyjaśniając, dlaczego takie pytania się pojawiają. Warto, by lekarz przedstawił seksualność jako coś, co pozytywnie oddziałuje na zdrowie psychiczne i fizyczne.

P: Jaką rolę mogą odegrać media społecznościowe i podcasty?

O: Dużą — jako przykład podawany jest projekt „The vulva diaries" dr Amandy Selk, obejmujący 39 odcinków, które do czerwca 2023 r. odnotowały ponad 58 tysięcy pobrań w 117 krajach.

> „Proszę pytajcie swoich lekarzy. Lekarze, proszę pytajcie swoich pacjentów o jakość seksualną lub obawy. Gdy już rozpoczniecie rozmowę, mamy do dyspozycji bogaty zestaw pomysłów, dzięki którym możemy pomóc naszym pacjentom."
>
> — myśl przewodnia materiałów źródłowych

Dokument ma charakter materiału edukacyjnego dla lekarza, opracowanego wyłącznie na podstawie zebranych źródeł. Nie zastępuje aktualnych, lokalnych rekomendacji towarzystw naukowych ani indywidualnej oceny klinicznej pacjentki.