

Zaburzenia pożądania u kobiet (HSDD)

Satysfakcjonujący seks, bez względu na wiek, jest biomarkerem długowieczności (coraz ważniejszy aspekt longevity).

Każdy ginekolog będzie spotykał się z pytaniami w tym obszarze, bo jakość życia seksualnego (Sexual Quality of Life, SQoL) jest coraz ważniejszy dla pacjentek.

Dane z badania szwedzkiego wśród 97-latków: 27% mężczyzn i 5% kobiet deklarowało pożądanie seksualne, a ponad 8 na 10 uczestników **chciało**, żeby lekarz poruszył ten temat.

HASŁO DO MATERIAŁÓW:
HSDDEBR

- ODBIERZ DOSTĘP

HSDD (Hypactive Sexual Desire Disorder) czyli hipoaktywny popęd seksualny, obniżone pożądanie seksualne, niskie libido u kobiet należy do najczęstszych dysfunkcji seksualnych (Female sexual dysfunction, FSD). Występuje u co 4 kobiety przed menopauzą i u połowy kobiet po menopauzie, niemniej te liczby wydają się niedoszacowane.

Problem najczęściej leży w nierówności potrzeb seksualnych w związku.

Kryteria wg. ISSWSH/ICD-11 są spełnione, gdy zaburzenie utrzymuje się minimum 6 miesięcy oraz występuje przynajmniej jedna cecha:

1. brak/osłabienie spontanicznego popędu (też myśli, fantazje)

2. brak/osłabienie reakcji na bodźce erotyczne

3. niemożność utrzymania zainteresowania w trakcie już rozpoczętej aktywności seksualnej (no cóż, tutaj można dyskutować czy nie mamy do czynienia z zaburzeniem pobudzenia seksualnego).

oraz do rozpoznania konieczny jest odczuwany istotny dyskomfort z tego powodu.

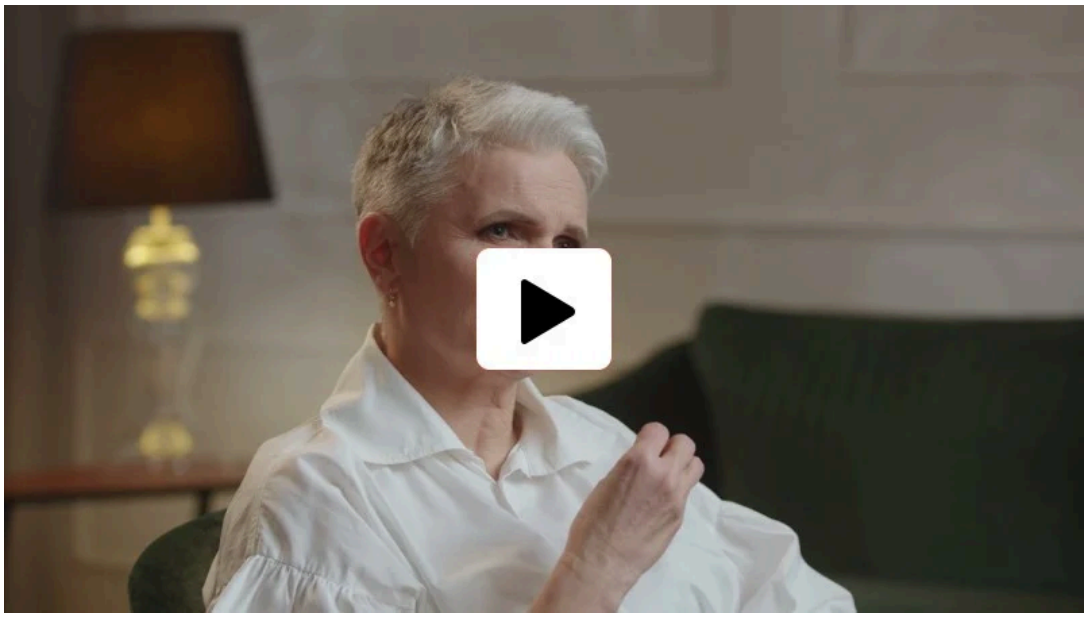
Wg.ICD-11 przy nagłej, jednoznacznej przyczynie, np. leczenie raka piersi można postawić rozpoznanie od razu, nie czekając 6 miesięcy, żeby przyspieszyć leczenie. Ponadto, nie ma normy aktywności seksualnej, jeśli pacjentka jest zadowolona ze swojego wzorca, to nie jest to dysfunkcja. Diagnozę warunkuje dyskomfort, nie odchylenie od średniej. W załączniku ulotka dla pacjentki, informacje dla lekarza, aby poczuć się pewnie w temacie.

ZOBACZ WIĘCEJ

HSDD u kobiet - pytania i odpowiedzi ZOBACZ WIĘCEJ



Z mojego doświadczenia pracy z pacjentkami wynika, że sama rozmowa o seksualności, bez żadnej terapii, przynosi odczuwalną ulgę, zmienia nastawienie do własnej przyjemności seksualnej, pokazuje wartość relacji erotycznej, normalizuje zmniejszenie potrzeby seksualnej w stałym związku. Dyskomfort związany z brakiem ochoty na seks jest nie tylko nieuniknionym, ale koniecznym etapem rozwoju relacji, szansą na korzystną zmianę w podejściu do bliskości erotycznej, zgodnie z opinią najlepszego terapeuty zaburzenia pożądania, Davida Schnarcha (1946-2020), profesora psychologii i seksuologii, który razem z żoną założył **Marriage & Family Health Center**, gdzie prowadzili terapię par z pacjentami z całego świata. Jest twórcą **Crucible Approach®**, podejścia integrującego seksualność, intymność, rozwój osobisty i terapię partnerską, opartego na koncepcji różnicowania, poczucia tożsamości w bliskiej relacji. Na podstawie jego książek, publikacji, napisałam 15 lat temu „Seks w stałym związku", o różnicowaniu mówię w krótkim podcaście nagranym 5 lat temu:



W praktyce ginekologicznej temat rzadko się pojawia, nie z braku ścieżek postępowania, ale z powodu ograniczeń czasowych i braku nawyku otwierania tego wątku podczas standardowej wizyty.

Zdrowie reprodukcyjne i seksualne (wraz z antykoncepcją, infekcjami przenoszonymi drogą płciową oraz przemocą domową/ze strony partnera) są jednym z sześciu obszarów rekomendowanych przez grupę roboczą ACOG Well-Woman Task Force w ramach 29 elementów kompleksowej wizyty profilaktycznej zdrowej kobiety. Lekarz zazwyczaj nie czuje się wystarczająco kompetentny w tym obszarze. Konkretne, przetestowane otwarcia rozmowy (Gianotten 2023): "Czy przyjmowanie leku/choroba/menopauza wpłynęła na Pani seksualność? Czy to Pani przeszkadza?"

Model rozmowy PLISSIT na temat jakości życia seksualnego do wykorzystania:

- **Pozwolenie (P)** — daj przyzwolenie na rozmowę o seksualności, normalizuj. Ja sama nie pytam o libido, każdej pacjentce zadaję pytanie o ból przy współżyciu.
- **Ograniczone informacje (LI)** — mówię o modelu reakcji seksualnej, o decyzji na satysfakcjonujący seks bo „jestem tego warta", o tym, że można mieć piękny seks, który nie zaczyna się pożądaniem i o ...ogrodzie.

- **Konkretne sugestie (SS)** — np. dlaczego seks jest dla ciebie ważny, buduj motywacje
- **Skierowanie (IT)** — często nie jest potrzebne, jeśli zadbasz o analizę aspektów wpływających na SQoL.



Narzędzie, które możesz wykorzystać w pracy z pacjentką: DSDS (Decreased Sexual Desire Screener), 5 pytań tak/nie: czy popęd był wcześniej satysfakcjonujący, czy się obniżył, czy to przeszkadza, czy chciałaby, żeby się zwiększył, oraz lista czynników przyczyniających się (leki, menopauza, ból, partner, stres). Zajmuje 2 minuty, można dać pacjentce do wypełnienia w poczekalni, stanowi punkt wyjścia do rozmowy nt. SQoL

DSDS

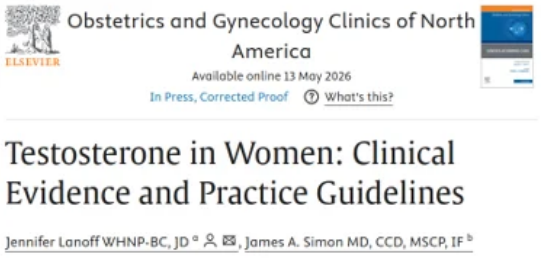
Czynniki, które mogą spowodować HSDD: choroby współistniejące, przyjmowane leki, mogą stanowić przyczynę zaburzeń o ile miały związek czasowy z pojawieniem się problemu. Przykładem jest

antykoncepcja hormonalna, która u 30% kobiet będzie niekorzystnie wpływać na libido, można zmienić, proponować inne metody. Jakie badania zalecić u pacjentki z HSDD?

Zobacz check-list

Farmakoterapia

ZOBACZ WIĘCEJ



Zgodnie z przywoływanym Globalnym Konsensusem z 2019 r. oraz pierwszymi wytycznymi klinicznymi ISSWSH z 2021 r., **jedynym** wskazaniem do stoswania testosteronu u kobiet, popartym dowodami, jest leczenie kobiet po menopauzie z HSDD. Testosteron jest w Polsce stosowany off-label, czyli pozarejstracyjnie (wymaga zgody pacjentki), u kobiet z tego wskazania.

Nie ma w UE testosteronu zarejestrowanego dla kobiet, AndroFeme 1% żel zarejestrowany w Australii i UK. Przyjmijmy, że kobieta stosuje 1/10 dawki dla mężczyzny, tj. 0,3 ml żelu Androtop/Testavan (ok. 0,46 mg wchłonięte/d, tj. tyle, ile równowartość dawki startowej AndroFeme czyli referencyjne 5 mg). Dawka jest farmakologicznie czynna i mieści się w zakresie terapii rekomendowanych. Kolejne etapy prowadzenia pacjentki w załączniku oraz kluczowy artykuł (polskie tłumaczenie) z

maja 2026. Do wykorzystania formularz świadomej zgody pacjentki na pozarejestracyjną terapię (off-line).

Testosteron u kobiet: dowody kliniczne i wytyczne praktyczne

ZOBACZ WIĘCEJ

Testosteron - wytyczne

Zgoda pacjentki

Ciekawostka na koniec

Profesjonalizm tkwi w szczegółach. Zalecaną metodą do oceny testosteronu w prowadzeniu terapii u kobiet jest metoda **LC-MS/MS (więcej w załączniku).**

Powszechnie w Polsce wykorzystywane immunotesty bezpośrednie (RIA, ELISA, CLIA), które, w zakresie stężeń typowych dla kobiet, zawyżają wynik testosteronu średnio o 23%, nawet do 46% w porównaniu z metodą referencyjną. Aż 7 z 10 badanych immunotestów wykazało to zawyżenie (Taieb 2003). U mężczyzn te same testy zaniżały wynik średnio o 12%, ponieważ największy błąd dotyczy niskich stężeń.

Testosteron - Immunoassay

Prawdę mówiąc nie chciałam pisać nt. terapii testosteronem w HSDD, czekam na podsumowanie szerokich badań zespołu Prof. Susan Davis odnośnie do testosteronu na **20. Światowym Kongresie Menopauzy (20th World Congress on Menopause) International Menopause**

Society (30 września – 3 października 2026). Niemniej, zobacz jak wyważone stanowisko prezentuje badaczka, która jest opiniotwórcza w temacie.

Prof. Susan Davis



VIPain

Diagnostyka i leczenie przewlekłego bólu sromu

WARSZTATY STACJONARNE

Apetyt na seks buduje się w oparciu o pozytywne doświadczenia w relacji erotycznej.

U samych podstaw pracy z pacjentką z HSDD leży pytanie „czy seks jest dla Pani satysfakcjonujący, czy jest przyjemny?".

Bądź przygotowana(y), że pacjentka odpowie „seks jest bolesny". Takie jest moje doświadczenie w pracy z kobietami, które przychodzą na wizytę seksuologiczną i zaczynają rozmowę: „nie mam ochoty na współżycie, to jest dla mnie problem", w ponad połowie przypadków są to pacjentki z dyspareunią. Nie wiadomo co było na początku, czy lęk przed penetracją, czy złe doświadczenie, czy bolesne pierwsze stosunki, nie ważne.

Terapia ma się zacząć od diagnostyki i terapii bólu. Nie czujesz się w tym pewnie?

Poczekaj, nie uciekaj.

Nie wysyłaj pacjentki do seksuologa, psychologa, fizjoterapeutki uroginekologicznej. Nie pomożesz pacjentce bez diagnostyki różnicowej, bez postawienia diagnozy.

Zapraszam Cię do udziału w warsztatach VIPain, które prowadzę.

Pacjentki będą Ci wdzięczne.

TERPA SP. Z O. O.

ul. Pogodna 34, Lublin
Polska

Rezygnuję z darmowej wiedzy i chcę wypisać się z newslettera