

Zaburzenia popędu płciowego: obniżenie popędu seksualnego u mężczyzn. Hipolibidemia z perspektywy medycznej.

Damian D. Brela

www.psychoandrologia.com

www.damianbrela.com

Hipolibidemia bardzo często przez pacjentów jak i samych psychologów mylona jest z hipogonadyzmem. Przedrostek *hipo* oznacza „trochę”, „mało”. W przypadku hipolibidemii odnosi się ono do poziomu libido – jego obniżenie lub braku. Natomiast hipogonadyzm odnosi się do pracy gonad, czyli w przypadku mężczyzn są to jądra. Hipogonadyzm jest określeniem na szereg zaburzeń endokrynnych jąder (niedobór testosteronu) lub zaburzeń spermatogenezy (plemnikotwórczych). Hipogonadyzm i jego odmiany zostaną opisane w osobnym artykule.

Cykl reakcji seksualnych u mężczyzny przebiega w czterech etapach (EPOR): I – faza podniecenia (ang. excitement), II – faza plateau, III – faza orgazmu (orgasm), IV – faza odprężenia (resolution) (Masters, Johnson, 1966). Kolejni badacze przeformułowali ten cykl dodając fazę - pożądanie (desire) - DEOR (Kaplan, 1979). Zatem obniżenie libido kojarzy się z pierwszymi etapami reakcji seksualnych - pożądaniem i podnieceniem, jednak jego obniżenie lub brak siłą rzeczy zaburza również kolejne etapy. Chodzi tutaj o naturalny przebieg reakcji, a więc wykluczamy sytuacje, kiedy mężczyzna bez uczucia podniecenia na siłę próbuje wywołać erekcję i orgazm, co jest wbrew pozorom możliwe.

Dzisiejszy termin *osłabienie popędu seksualnego* w starych podręcznikach do seksuologii można znaleźć pod nazwą *zaburzenia potencji libido* – co dotyczyło mężczyzn, natomiast termin oznaczający to samo zjawisko u kobiet brzmiał *oziębłość płciowa* (Giese, 1976). Widzimy tutaj jak dawniej na terminologię naukową wpływ miały subiektywne odczucia autorów teorii oraz pewnego rodzaju stereotypowe postrzeganie natury człowieka.

Współczesna klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM – 5 (APA, 2013) wyróżnia dwie osobne jednostki zaburzenia popędu dla kobiet i mężczyzn: *Zaburzenie zainteresowania / wzbudzania seksualnego u kobiet* (ang. *Female Sexual Interest / Arousal Disorder*) oraz *Osłabienie pożądania seksualnego u mężczyzn* (ang. *Male Hypoactive Sexual Desire Disorder, MHSDD*). W niniejszym artykule omawiany jest wariant męski.

Rozpowszechnienie MHSDD jest trudne do ustalenia, jednak badania wskazują na około 6% u młodych mężczyzn i aż do 41% u starszych mężczyzn (APA, 2013). Zauważa się wzrastającą częstotliwość zaburzenia wraz z wiekiem (Jakima, 2021).

OGÓLNE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Tak jak we wszystkich zaburzeniach psychicznych, tak i tutaj muszą zostać spełnione pewne kryteria, żeby można byłoby mówić o problemie klinicznym. Do podstawowych kryteriów należą:

- przewlekłe lub nawracające zmniejszenie częstości występowania (lub brak) myśli lub fantazji o treści seksualnej / erotycznej pomimo chęci prowadzenia aktywnego życia seksualnego. Na ocenę tego ma wpływ wiele czynników, min. Wiek, kontekst ogólny i społeczno-kulturowy (kryterium A);
- objawy powyższe utrzymują się w ciągu co najmniej 6 miesięcy (kryterium B);
- objawy wywołują istotne kliniczne cierpienie (kryterium C);
- dysfunkcja seksualna nie może zostać lepiej wyjaśniana innym zaburzeniem psychicznym, skutkiem problemów w związku, stresem, działaniem substancji / leku albo innym stanem ogólnomedycznym (APA, 2013, s. 536).

Zalecane jest uszczegółowienie rozpoznania poprzez określenie dodatkowych cech:

- trwające całe życie (pierwotne): występujące cały czas od początku rozpoczęcia aktywności seksualnej w życiu;
- nabyte (wtórne): zaburzenie pojawiło się po okresie prawidłowego przebiegu życia seksualnego;
- uogólnione: dotyczy wszystkich sytuacji seksualnych, stymulacji, partnerów;
- sytuacyjne: dotyczy określonych sytuacji, stymulacji, partnerów;
- ciężkość łagodna: objawy powodują nieznaczne cierpienie;
- ciężkość umiarkowana: objawy wywołują umiarkowane cierpienie;
- ciężka postać: objawy powodują skrajne nasilenie cierpienia.

W kontekście omawianego zaburzenia ważne jest odróżnienie go od czegoś, co może zostać łatwo pomyłone z obniżeniem libido, czyli z niechęcią do seksu, awersją.

Kolejną ważną sprawą jest odróżnienie tego zaburzenia od prawidłowej erekcji, możliwości penetracji, osiągnięciem orgazmu i wtrysku, co może odbywać się bez uczucia przyjemności, pożądania.

Problem osłabienia pożądania warto rozpatrzyć również z punktu widzenia pary jako całości, nierzadko jest to problem całego związku. Aspekt motywacyjny również jest ważny, gdyż problem osłabienia pożądania może mieć ukryte funkcje tak dla samego mężczyzny, jak i dla całej pary. Zaburzenie osłabienia pożądania może znacząco wpływać na związek pacjenta, a także na drugą osobę z pary powodując wtórne konsekwencje: problemy z intymnością, osłabienie relacji, niekorzystny wpływ na samoocenę, poczucie atrakcyjności partnera/ki, obawę o zdradę oraz narastanie frustracji przenoszone na inne obszary życia związku. Nasilenie pożądania seksualnego może odzwierciedlać jakość relacji partnerskiej, stan związku, a także samą pozycję mężczyzny w związku i może służyć różnym celom - nieświadomym - nie zawsze związanym z samym życiem intymnym. Seksualność w relacji partnerskiej opiera się o dwojga partnerów i wiąże się nie tylko z możliwością prokreacji, ale też z uczuciami takimi jak: bliskość, czułość, bezpieczeństwo, wzajemna przyjemność,

poczucie szczęścia, spełnienia, atrakcyjności. Problemy z libido któregoś z partnerów mogą wskazywać, że w tej warstwie - emocjonalnej - może dziać się coś niezdrowego w związku.

Jeśli u mężczyzny istnieją już jakieś dysfunkcje seksualne i nie są one skutecznie leczone, to w dłuższej perspektywie mogą powodować osłabienie pożądania, tak samo nierozwiązanie problemu z brakiem pożądania może z kolei powodować inne dysfunkcje seksualne.

POTENCJALNE PRZYCZYNY

Każde zaburzenie seksualne może mieć przyczyny organiczne (medyczne) lub psychogenne. Dlatego, aby można było mówić o przyczynach psychogennych należy w pierwszej kolejności wykluczyć organiczne.

Przyczyny organiczne dotyczą przede wszystkim takich obszarów jak:

- hormony: mają kluczowy wpływ na seksualność; u mężczyzny głównym hormonem płciowym jest testosteron; jego niedobór może powodować negatywne skutki seksualne, np. obniżenie testosteronu - wcześniej wspomniany hipogonadyzm; podwyższony poziom hormonów takich jak: prolaktyna (np. hiperprolaktynemia), estrogeny, serotonina mogą obniżać popęd seksualny; również do przyczyn endokrynologicznych należą problemy z tarczycą: niedoczynność lub nadczynność; choroba Cushinga; niedoczynność kory nadnerczy;
- choroby neurologiczne, np. epilepsja, przebyty udar mózgu, stwardnienie rozsiane;
- choroby ogólnoustrojowe, np. nowotwory, przewlekłe choroby nerek i wątroby;
- zaburzenia psychiatryczne, np. depresja, schizofrenia, otępienie, zaburzenia lękowe;
- zaburzenia używania alkoholu, opiatów (uzależnienia).

Kolejną grupą potencjalnych przyczyn są czynniki farmakologiczne (jatrogenne): przyjmowanie leków m.in. o działaniu antyandrogenowym; neuroleptyki; leki przeciwpadaczkowe; antagoniści receptorów H2. Warto przypomnieć w tym miejscu, że

dopamina jest jednym z głównym neuroprzekazników, która również ma zdolność wywoływania pobudzenia seksualnego, dlatego zakłócenie jej transmisji poprzez leki lub inne substancje może powodować spadek libido.

Przyczyny psychologiczne:

- pierwotne: przebycie traumy seksualnej; rygorizm religijny; wrogość do partnera/ki; preferencje seksualne; ukryty homoseksualizm; uzależnienie od pornografii, masturbacji; lęk przed ciążą; lęk przed niepowodzeniem;
- sytuacyjne: brak pożądania do określonej osoby; znudzenie w związku; brak odpowiedniej higieny partnera/ki; zapach itd.

BADANIA MEDYCZNE

Wykluczenie przyczyn organicznych - medycznych - problemów z libido odbywa się poprzez odbycie konsultacji lekarskiej u takich lekarzy jak: psychiatra, androlog, urolog, endokrynolog oraz wykonaniem szeregu określonych badań lekarskich.

Lekarz przeprowadzając wywiad zbiera informacje na temat przebytych chorób, operacji, urazów, przyjmowanych leków, używek. Może też dopytywać o styl życia pacjenta, czyli np. aktywność fizyczną, sposób pracowania itd. określając czynniki ryzyka. Pacjent powinien otwarcie i szczerze odpowiadać na zadawane pytania, gdyż żadne z nich nie jest bezcelowe – nawet jeśli sam pacjent nie widzi związku z problemem. Lekarz podczas wywiadu zwraca uwagę na szczególnie ważną dla seksualności układ, takie jak: układ sercowo-naczyniowy, układ moczowo-płciowy oraz układ endokryny (hormonalny).

Zgodnie z procedurami medycznymi zaleca się wykonanie badań laboratoryjnych, takich jak: morfologia krwi, glukoza, ALT, AST, lipidogram, poziom testosteronu, LH, prolaktyna (PRL), TSH.

LECZENIE MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE

Leczenie może być trudne ze względu na to, że zlikwidowanie jednego czynnika nie zawsze musi przynieść rozwiązanie całego problemu. Podejście terapeutyczne powinno obejmować warunki organiczne, psychologiczne, partnerskie i kulturowe.

W przypadku zaburzeń hormonalnych najistotniejsze jest wyrównanie ich poziomu; w hipogonadyzmie jest to testosteron; w hiperprolaktynemii leki obniżające poziom prolaktyny; w hiper- czy hipotyreozy wyrównanie hormonów tarczycy. Leczeniem zaburzeń hormonalnych zajmuje się specjalista endokrynolog. W niektórych przypadkach związanych z hormonami płciowymi może to też być urolog, androlog lub ginekolog – w przypadku kobiet.

Właściwe leczenie chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca czy chorób układu krążenia też ma ogromne znaczenie dla poziomu libido. Podobne korzystne działanie ma styl życia, dieta oraz ruch w postaci sportu. Wielu - nie tylko - mężczyznom ruch w postaci biegania po schodach w pracy lub w bloku, kiedy trzeba zejść do sklepu, itd. myli się ze sportem. Prawidłowy i adekwatny do możliwości organizmu sport jest najlepszym lekarstwem na problemy ze zdrowiem fizycznym jak i psychicznym. Natomiast przemęczenie i nadmierna aktywność nie są ani sportem, ani też czymś zdrowym.

Obniżenie libido często idzie bardzo mocno w parze z dziejącą się depresją. Jeśli depresja nie jest leczona lub jest leczona niewłaściwie, to również może znacząco wpływać na poziom libido. Brak energii, siły, utrata zdolności do przeżywania przyjemności to jedne z głównych cech stanów depresyjnych, stąd bardzo blisko do braku ochoty na przeżywanie intymnych przyjemności, a nawet do braku samego libido.

Z drugiej strony wiele leków antydepresyjnych mają skutek zmniejszający libido, a w szczególności zdolność osiągania orgazmu, dlatego lekarze sugerują taką zmianę leków - jeśli zachodzi taka potrzeba – na leki o korzystnym wpływie na funkcje seksualne (np. tradozon, agomelatyna, bupropion, wortioksetyna, moklobemid) lub dodanie takiego leku, który może korygować niekorzystne skutki (np. sildenafil, testosteron).

Również zaleca się stosowanie urządzeń fizjoterapeutycznych pomagających poprawić odczuwanie doznań, również mogą w tym pomóc masażere dla członków czy wibratory.

Do metod psychologicznych leczenia zaburzeń obniżonego popędu należą dwa rodzaje psychoterapii: indywidualna oraz partnerska (dawniej małżeńska). Psychoterapia indywidualna koncentruje się na przepracowaniu takich problemów, które są głęboko osadzone w historii życia pacjenta i zaburzają go z perspektywy indywidualnej. Natomiast psychoterapia pary dotyczy takich sytuacji, kiedy problem rodzi się w parze jako trzeciej jakości. Nierzadko zdarza się, że ludzie wchodzą w związki na bazie takich koluzji - nieświadomych - że sami nie są w stanie ani szczęśliwie ze sobą współżyć (nie tylko seksualnie), ani też nie są w stanie się rozejść. Fenomen zaburzeń partnerskich zostanie opisany w przyszłości w osobnym artykule.

RÓŻNICOWANIE ZAURZEŃ

Bardzo często pacjenci mylą zaburzenie osłabienia pożądania seksualnego z niechęcią, wrogością, obrzydzeniem do partnera czy wpływem stresorów, problemów adaptacyjnych w nowej sytuacji, np. po pojawieniu się dzieci w związku. Silnymi stresorami mogą być sytuacje nie związane z seksualnością np. powikłana żałoba, wtedy nie diagnozuje się osłabienia, a powikłaną żałobę. Podobnie z depresją. Smutek i inne uczucia można ukryć, wyprzeć, być ich nieświadomym, natomiast pobudzenie seksualne, którego brakuje widoczne jest wyraźnie dla partnera/ki i ten problem już trudniej ukryć. Pacjenci nierzadko zamiast mieć rozpoznaną depresję szukają pomocy w dostępnych środkach pobudzających wydawanych bez recepty, co też nie zawsze jest skuteczne.

Innym problemem ważnym w różnicowaniu tego zaburzenia są uzależnienia. Alkohol i narkotyki w długim przebiegu obniżają libido. I wtenczas nie powinno się rozpoznawać osłabienia pożądania, a zaburzenie używania substancji / leków.

Hipogonadyzm – medyczny problem z funkcjonowaniem jader, który może również powodować obniżenie libido nie jest tym samym, co zaburzenie psychiczne osłabienia popędu płciowego. Hipogonadyzm zawsze wymaga leczenia urologicznego, andrologicznego lub nawet chirurgicznego.

Artykuł powstał na podstawie literatury naukowej: *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych*. Wydanie Piąte. DSM – 5[®]. American Psychiatric Association. Pod redakcją wydania polskiego: P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, A. Szulc, S. Sidorowicz, J. Wciórka. Wydawnictwo: Edra Urban & Partner, Wrocław, 2018 oraz *Andrologia. Zdrowie mężczyzny od fizjologii do patologii*. Redakcja naukowa: Jolanta Słowikowska - Hilczer. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2021.