

Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego

Persistent Sexual Arousal Syndrome

Barbara Darewicz, Marta Skrodzka, Jacek Kudelski, Eugeniusz Malczyk

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Białymstoku

Streszczenie

Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego (PSAS) opisany po raz pierwszy w 2001 roku i zakwalifikowany do grupy zaburzeń pożądania jest czynnikiem zakłócającym funkcjonowanie kobiety i znacznie wpływającym na jakość jej życia. W niniejszej pracy na podstawie dostępnego piśmiennictwa omówiono stan wiedzy na temat etiologii, patofizjologii, rozpoznawania oraz obecne zalecenia dotyczące leczenia PSAS.

Słowa kluczowe: zaburzenia seksualne kobiet, zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego (PSAS), etiologia, leczenie

Abstract

Persistent Sexual Arousal Syndrome (PSAS) — described for the first time in 2001 and qualified as a desire disorder, an important factor interfering woman's functioning and significantly impairing her quality of life. In this review the authors present current state of knowledge on etiology, pathophysiology, diagnosis and current therapy guidelines of PSAS.

Key words: female sexual disorders, persistent sexual arousal syndrome (PSAS), etiology, treatment

Wstęp

Seks jest integralną częścią życia każdego człowieka odgrywającą istotną rolę w jego funkcjonowaniu. Zaburzenia seksualności istotnie wpływają na nastrój, ogólne samopoczucie, samoocenę oraz jakość życia [1–5].

W badaniach przeprowadzonych w populacji polskich kobiet, 76% seks ocenia jako przyjemność, źródło zadowolenia i satysfakcji [6].

W ciągu ostatnich lat liczba badań na temat seksualności kobiet zwiększyła się, jednak nadal pozostaje ona zagadnieniem złożonym i jeszcze mało poznany. Mimo że zaburzenia sfery seksualnej

znacznie częściej dotyczą kobiet, daleko jeszcze do tak efektywnego i bezpiecznego leczenia, jak w przypadku zaburzeń erekcji u mężczyzn [2, 7–9].

Biorąc pod uwagę, że średni wiek inicjacji seksualnej kobiet w Polsce to 17–19 lat [6, 10], a okres aktywności seksualnej nie kończy się w wieku pomenopauzalnym [11] zaburzenia seksualne kobiet wymagają dalszych wnikliwych badań. Istnieje również potrzeba odpowiedniego szkolenia i przygotowania lekarzy do rozmowy o tych niezwykle trudnych i wstydliwych dla swoich pacjentek problemach. Jednocześnie należy pamiętać, że seksualność kobiet zakorzeniona w czynnikach biologicznych, psychoseksualnych oraz zależnych od aktualnej sytuacji życiowej [12–20] powinna być postrzegana wielowymiarowo i rozpatrywana kompleksowo.

Obecnie zdrowie seksualne kobiet analizuje się jako połączenie trzech wymiarów: seksualnej tożsamości, seksualnej sprawności oraz seksualnego związku partnerskiego [17, 19, 20].

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Barbara Darewicz
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej
w Białymstoku, Klinika Urologii
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15–276 Białystok
tel.: (085) 74 68 624
Nadesłano: 07.05.2006

Przyjęto do druku: 28.05.2007

Większość dysfunkcji seksualnych kobiet ułożonych według aktualnych klasyfikacji w 4 grupach zaburzeń: pożądania, podniecenia, orgazmu oraz zespołów bólowych [21], wyraża się brakiem bądź ubytkiem któregoś z aspektów odpowiedzi seksualnej. Jednak nadmiernie wyrażona odpowiedź może być również czynnikiem zakłócającym funkcjonowanie organizmu kobiety i znacznie wpływającym na jakość jej życia.

Definicja

Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego (PSAS, *persistent sexual arousal syndrome*) [22] nazywany również zaburzeniem przetrwałego pobudzenia genitalnego (PGAD, *persistent genital arousal disorder*) [23], a obecnie również zaburzeniem przetrwałego pobudzenia seksualnego (PSAD, *persistent sexual arousal disorder*) po raz pierwszy opisano w 2001 roku.

Cechami charakterystycznymi tego zespołu są: 1) spontaniczne, natrętne i niechciane pobudzenie genitalne (mrowienie, wibracje, pulsowanie), 2) pobudzenie to jest niezwiązane z subiektywnym odczuciem seksualnego zainteresowania i pożądania; 3) może się pojawiać samoistnie bądź być wywołane przez bodźce seksualne, jak i nieseksualne; 4) napięcie seksualne nie jest rozładowywane przeżywanymi orgazmem/orgazmami; 5) świadomość subiektywnego podniecenia jest typowa, ale nie zawsze nieprzyjemna; 6) może utrzymywać się przez długi okres (godzinami, dniami, miesiącami).

W 2004 roku zespół ten został oficjalnie włączony do klasyfikacji zaburzeń seksualnych kobiet i zakwalifikowany do grupy zaburzeń pożądania [15, 24].

W sensie biologicznym PSAD to zakłócenie naturalnego cyklu odpowiedzi seksualnej, w której pożądanie prowadzi do podniecenia, to z kolei do orgazmu, a następnie satysfakcji i rozwiązania. Choć kolejność reakcji tej odpowiedzi nie musi być zachowana, zdecydowanie negatywnym zjawiskiem będzie rozerwanie związków między nimi, co ma miejsce w tym zespole.

Zespół ten zdaje się spełniać teoretyczne kryteria wysokoprzepływowego lub nawracającego priapizmu [24]. Dlatego pojawiły się również sugestie dotyczące analogii PSAD i priapizmu, polegającego na stałym, bolesnym wzwodzie prącia niezależnie od pobudzenia płciowego i nieustępującym po wytrysku.

Ze względu na brak wystarczających danych literaturowych, a także informacji na temat chorobowości schorzenie to często nie jest rozpoznawane, spotyka się z niezrozumieniem, bądź jest błędnie interpretowane jako wyraz nadpobudliwości seksualnej.

Wśród kobiet, u których diagnoza wskazywała na PSAD większość jest w dobrym stanie zdrowia, pozostaje w długotrwałych heteroseksualnych związkach partnerskich oraz ma wyższe wykształcenie [3, 23, 25].

W badaniu przeprowadzonym w 2005 roku porównano seksualne funkcjonowanie trzech grup kobiet: 1) z diagnozą PSAD, 2) z rozpoznaniem zaburzenia pożądania seksualnego u kobiet (FSAD, *female sexual arousal disorder*) (w znaczeniu jego zmniejszenia, upośledzenia) oraz 3) grupy kontrolnej kobiet zdrowych. W badaniu tym zastosowano kwestionariusz analizujący funkcjonowanie seksualne kobiet (FSFI, *Female Sexual Function Inventory*). Wykazano znacząco niższy poziom funkcjonowania i satysfakcji seksualnej (zarówno w aspektach pobudzenia, pożądania, lubrykacji, jak i orgazmu) grupy pierwszej w porównaniu z grupą kontrolną. Poziom ten był jednak wyższy niż wyniki uzyskane w grupie z FSAD [26].

Brak wsparcia i trudności w znalezieniu możliwości dostępu do specjalistycznej opieki medycznej wywołują wstyd, zażenowanie, poczucie winy, dyskomfort, zmniejszone poczucie własnej wartości, bezradności, zmieszania, niepewności, izolacji i frustracji mogące prowadzić nawet do myśli samobójczych [1, 25, 27].

Etiologia

Etiologia schorzenia w dalszym ciągu pozostaje w sferze rozważań, a jako prawdopodobne uznaje się [3, 23, 25]:

- zmiany w centralnym układzie nerwowym (chorobowe, pourazowe). Jako patomechanizm podaje się przewlekłą stymulację nerwów autonomicznych łechtaczki, warg sromowych lub/i pochwy wtórną do patologii ośrodkowego układu nerwowego (OUN);
- zaburzenia w obrębie nerwów obwodowych (np. nadwrażliwość bądź uwięźnięcie nerwów unerwiających miednicę);
- zmiany naczyniowe (np. przekrwienie miednicy);
- mechaniczny ucisk na struktury genitalne;
- leki — trazodon, gdzie jako prawdopodobne podłoże patofizjologiczne podaje się zdolność leku do hamowania skurczu, bądź zwiększenia relaksacji mięśniówki gładkiej genitaliów, leki hamujące zwrotny wychwyt serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitors*) [23, 25, 27, 28];
- czynniki psychologiczne rozpatruje się zarówno jako tło zaburzeń, jak i element zaostrzający przebieg schorzenia. Opisuje się przypadki PSAD wywołane lękiem, niepokojem bądź określonym słownictwem o zabarwieniu seksualnym [25];

— inne — stymulacja seksualna, masturbacja, mięśnięczka [6], przyjmowanie dużej ilości fitoestrogenów zawartych w soi [29].

W literaturze znajdujemy dane, które mówią, że przeżywane orgazm/orgazmy mogą prowadzić zarówno do złagodzenia [3], jak i zaostrzenia objawów [3, 23, 25].

Wiele przypadków wydaje się być idiopatycznymi, nawet po szczegółowej, wyczerpującej analizie historii choroby etiologia pozostaje niejasna.

Najnowsze doniesienia wyodrębniają dwa podtypy PSAD: pierwszy zależny od czynników naczyniowo-nerwowych lub neuroprzekaznikowych, a drugi psychogeny.

Symptomy PSAD skojarzone z wprowadzeniem SSRI u pacjentek uległy złagodzeniu po odstawieniu leku [23, 25, 28]. Zjawisko to jest niezwykle, biorąc pod uwagę, że jednym z działań niepożądanych stosowania wyżej wymienionych leków jest negatywny wpływ na odpowiedź seksualną o charakterze zaburzeń fazy pożądania i orgazmu odnotowywane u około 30–40% przyjmujących preparat z tej grupy [23, 25]. Jest to tłumaczone blokowaniem przez SSRI tlenu azotu (NO, *nitric oxide*) i następnym zmniejszeniem relaksacji mięśniówki gładkiej i inhibicji genitalnego przepływu krwi.

Opisuje się również PSAD jako wynik odstawienia SSRI szczególnie leków z grupy o krótkim czasie połowicznego rozpadu na przykład paroksetyna, sertralina, wenlafaksyna czy fluoksetyna [27, 30]. W tym przypadku jako przyczynę dysfunkcji sugeruje się regulację w dół receptorów serotoninowych, co z kolei jest bodźcem do obwodowego uwalniania przedsionkowego peptydu natriuretycznego (ANP, *atrial natriuretic peptide*) będącego wazodilatatorem i sprawcą przecieku naczyniowego odpowiedzialnego za objawy miejscowe. Jakakolwiek poprawa po ponownym wprowadzeniu SSRI do leczenia nie została odnotowana [7].

Niektórzy psychiatry sugerują, że jeśli przyczyną PSAD było podrażnienie nerwu sromowego, to użycie selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego norepinefryny (SNRI, *serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors*), takich jak wenlafaksyna czy duloksetyna lub leków przeciwpadaczkowych, czyli kwasu walproinowego może być skuteczne [23, 25].

Dlatego też niezwykle istotne jest zebranie szczegółowego wywiadu na temat leków stosowanych obecnie, jak i w przeszłości, ze szczególnym uwzględnieniem czasu ich wprowadzenia i odstawienia.

Leczenie

Żadne ze źródeł nie podaje ogólnie przyjętej, rekomendowanej i skutecznej terapii. Początkowo za-

leca się środki anestetyczne w celu znieczulenia miejscowego oraz relaksacji mięśni dna miednicy, stosuje się je jednak bardziej jako doraźne narzędzie ułatwiające funkcjonowanie, niż jako leki znoszące objawy.

W takim przypadku zaleca się terapię kompleksową: 1) psycho-edukacyjną, 2) kognitywno-behawioralną oraz 3) fizykoterapię [23, 25].

Warto dodać, że kobiety czują ulgę, kiedy dowiadują się, że nie są same ze swoim problemem, że jest on uznany jednostką chorobową, i że są grupy wsparcia, w których mogą uzyskać porady, sugestie i zrozumienie, na przykład: health.groups.yahoo.com/group/psas_group/.

Celem leczenia jest pomoc w identyfikacji problemu i podjęcie walki z obwinianiem się, pesymistycznymi myślami oraz zastępowanie ich pozytywnym nastawieniem. Jest to kluczowe zagadnienie w przypadkach dużego dyskomfortu, frustracji i myśli samobójczych.

Pomocny jest masaż miednicy lub ćwiczenia rozciągające, które mogą zmniejszyć bądź wyeliminować napięcie dna miednicy i tkanek sąsiadujących.

Niektóre leki mogą łagodzić lub paradoksalnie zaostrzać napięcie genitalne. Leki stabilizujące nastrój, przeciwpadaczkowe, czyli kwas walproinowy, jak również SNRI mogą być pomocne w leczeniu tego zespołu. Czasem wybór odpowiedniego leczenia odbywa się metodą prób i błędów.

Jedno z niewielu badań zespołu opierające się na internetowej ankiecie, próbuje ustalić czynniki łagodzące i zaostrzające schorzenia [3]. Jako najczęstsze zaostrzające podaje: stymulację genitalną, seksualne bodźce wzrokowe, wibracje na przykład podczas jazdy samochodem, stosunek, PMS, wzrost temperatury okolic genitalnych, jazda na koniu/motocyklu. Do przynoszących poprawę ankietowane zaliczyły: leki, masturbację, orgazm/orgazmy, czynnik rozpraszający (pozwalający zapomnieć o dolegliwościach), stosunek, ćwiczenia fizyczne, zimne okłady.

Ze względu na znaczny stopień dezorganizacji życia codziennego i dyskomfortu, które wywołuje PSAD oraz brak terapii przynoszącej trwałą ulgę, zaleca się każdy rodzaj leczenia pomagający zmniejszyć stres emocjonalny i napięcie fizyczne.

Lekarze praktycy powinni pamiętać, że nie tylko niedobór napięcia i aktywności seksualnej są problemem naszych pacjentów, ale również nadmiar może być czynnikiem w znacznym stopniu upośledzającym ich funkcjonowanie. Kompleksowo zebrany wywiad musi poruszać sferę seksualną, przy czym istotnym jest, aby prowadzić rozmowę w atmosferze komfortu i zaufania.

Badania dotyczące złożonej, wielowymiarowej i niezrozumiałej jeszcze odpowiedzi seksualnej kobiet, jak również patomechanizmów ich zaburzeń są jedną drogą prowadzącą do skutecznego leczenia tych dysfunkcji oraz przywrócenia osobom chorym komfortu seksualnego funkcjonowania, i co się z tym łączy podniesienia jakości życia.

Dane dotyczące epidemiologii, patofizjologii, diagnozowania i leczenia tego zespołu są wciąż ograniczone i wymagają dalszych badań.

Piśmiennictwo

- Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch. Sex. Behav.* 2006; 35: 491–499.
- Rosen R.C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil. Steril.* 2002; 77 (supl. 4): S89–S93.
- Leiblum S., Brown C., Wan J., Rawlinson L. Persistent sexual arousal syndrome: a descriptive study. *J. Sex. Med.* 2005; 2: 331–337.
- Hartmann U., Heiser K., Ruffer-Hesse C., Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors, and new directions for treatment. *World J. Urol.* 2002; 20: 79–88.
- The AARP/Modern Maturity Sexuality Study of 1.384 Americans 45 years of age and older was conducted by National Family Opinion Research, Inc.(NFO) in 1999. It surveyed the NFO national consumer panel by mail (AARP/Modern Maturity Sexuality Study, Washington, DC, 1999).
- Lew Starowicz Z. Seksualność Polek 1992–2005. *Przegląd Seksuologiczny*, październik/grudzień 2005, nr 4.
- Rosen R.C. Sexual function and the role of vasoactive drugs in female sexual dysfunction. *Arch. Sex. Behav.* 2002; 31 (5): 439–443.
- Laumann E.O., Paik A., Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537–544.
- Mercer C., Fenton K.A., Johnson A.M. i wsp. Sexual function problems and health seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 2003; 327: 426–427.
- Skrzypulec V., Nowosielski K., Drosdzol A., Kucharzewski P. Poziom akceptacji antykoncepcji hormonalnej dla mężczyzn — pilotażowe badanie ankietowe. *Seksuologia Polska* 2006; 4 (2): 51–56.
- The ARHP “Sexual Activity Survey” of 1.000 Americans 18 years of age and older — reporting results for ages 50–59, 60–69, and 70 and older — was conducted by OmniTel, a weekly national phone omnibus service of Bruskin/Goldring Research in 1999 (Sexual Activity Survey, Association of Reproductive Health Professionals, Washington, DC, 1999).
- Dennerstein G. Dyspareunia and DSM: a gynecologist’s opinion. *Arch. Sex. Behav.* 2005; 34 (28): 57–61.
- Basson R., Berman J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Foucroy J., Goldstein I. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *World J. Urol.* 2000; 163: 888–893.
- Dennerstein L., Leher P. Modeling mid-age women’s sexual functioning: a prospective, population-based study. *J. Sex. Marital. Therapy* 2004; 30: 173–183.
- Basson R., Leiblum S., Brotto L. Revised definitions of women’s sexual dysfunction. *J. Sex. Med.* 2004; 1: 40–48.
- Dennerstein L., Leher P., Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil. Steril.* 2005; 84: 174–180.
- Graziottin A., Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause* 2004; 11: 766–777
- Levin R. The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. *Arch. Sex. Behav.* 2002; 31: 405–411.
- Graziottin A. Libido the biologic scenario. *Maturitas* 2000; 34 (supl. 1): S9–S16.
- Graziottin A., Brotto L.A. Vulval vestibulitis syndrome: a clinical approach. *J. Sex. Marital. Therapy* 2004; 30: 125–139.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wyd. 4, DC: APA, Washington 2000.
- Leiblum S., Nathan S.G. Persistent sexual syndrome: a newly discovered pattern of female sexuality. *J. Sex. Marital. Therapy* 2001; 27: 365–380.
- Leiblum S.R. Persistent Genital Arousal Disorder: What It Is and What It Isn’t. *Contemporary Sexuality* 2006; 40 (10): 8–13.
- Goldstein I. From Pins and Needles to Pregnant Pause; Reflections on Premature Ejaculation and Persistent Sexual Arousal Syndrome. *J. Sex. Med.* 2005; 2 (3): 285–288.
- Leiblum S.R. Persistent Sexual Arousal Disorder: An Update of Theory and Treatment. *Women’s Sexual Health J.* 2005; VI.
- Brown C., Leiblum S., Wan J. Comparison of Sexual Function in Women with PSAS, Female Sexual Arousal Disorder, and Healthy Controls Using the FSFI. Presentation at the International Society for the Study of Women’s Sexual Health, Las Vegas, October 28, 2005.
- Goldmeier D., Leiblum S.R. Persistent genital arousal in women — a new syndrome entity. *Int. J. STD AIDS* 2006; 17: 215–216.
- Mahoney S.F., Zarate C. A case of persistent sexual arousal syndrome. *Fertility and Sterility*, volume 86, Issue 3, 494.
- Amsterdam A., Abu-Rustum N., Carter J., Krychman M. Persistent sexual arousal syndrome associated with increased soy intake. *J. Sex. Med.* 2005; 2: 338–340.
- Freed L. Persistent Sexual Arousal Syndrome. *J. Sex. Med.* 2005; 2: 745–746.