

Ženske spolne disfunkcije – 1. del: klasifikacija

Female sexual dysfunction – part 1: classification

Irena Dokl¹, Darija Ščepanović², Gabrijela Simetinger³

IZVLEČEK

Ženska ima spolno disfunkcijo, kadar ji težava ali motnja v spolnosti povzroča stres in to zanjo pomeni resno težavo. Obširna problematika ženskih spolnih disfunkcij s kompleksno večstransko etiologijo zahteva celostno obravnavo posameznice. Da bi to dosegli, je potreben multidisciplinaren pristop. Upad spolne funkcije je progresiven in pri ženskah zelo pogost. Najpogostejše težave spolnih disfunkcij, ki sledijo ženskemu spolnemu odgovoru, so razdeljene na motnje spolne želje, motnje spolnega vznburjenja, motnje orgazma in boleč spolni odnos. Številni dejavniki prispevajo k spolni disfunkciji, ki je posledica raznolikih in zapletenih socialnih, telesnih in psiholoških vzrokov za težave v spolnosti. Motnje v spolnosti, ki se pojavijo v kateri koli fazi ženskega spolnega odgovora, so skrb vzbujajoč problem in zapletena oblika ogrožanja spolnega zdravja žensk. Vsaka ženska si zasluži zadovoljivo spolno življenje in prvi korak k uresničitvi tega je izobraževanje vseh starostnih skupin o človeški spolnosti, o kateri je mnogim žal še vedno neugodno razpravljati. Kompleksnost etiologije ženskih spolnih disfunkcij zahteva tako predano interdisciplinarno ekipo s skupnim ciljem ponuditi diagnostično natančnost.

Ključne besede: Spolnost pri ženskah, boleč spolni odnos, motnje v spolnosti, medenično dno, modeli spolnega odgovora.

ABSTRACT

A woman has sexual dysfunction when a problem or a disorder of sexual function causes her stress and that represents a serious problem in her life. An extensive problem of sexual dysfunction requires a comprehensive treatment of individuals and to achieve this a multidisciplinary approach is required. The decline in sexual function is progressive and very common at women. The most common problems of sexual dysfunction, following the female sexual response, are divided into sexual desire disorder, sexual arousal disorder, orgasmic dysfunction and painful intercourse. Many factors contribute to sexual dysfunction, which may be the result of diverse and complex social, physical and psychological causes of sexual problems. Sexual disturbances that occur in any phase of the female sexual response are a problem and complex threats to women's sexual health. Every woman deserves a satisfactory sexual life and the first step towards achieving this is to educate all age related groups about human sexuality, which many, unfortunately, still find awkward to discuss. The complexity of the etiology of female sexual dysfunction requires a dedicated multidisciplinary team with a common goal to offer diagnostic accuracy.

Key words: female sexuality, painful intercourse, sexual disturbances, pelvic floor, models of sexual response.

¹ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

² Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana

³ Splošna bolnišnica Novo mesto, Novo Mesto

Korespondenca/Correspondence: Irena Dokl, dipl. fiziot.; e-pošta: irena.dokl@gmail.com

Prispelo: 20.10.2014

Sprejeto: 13.11.2014

UVOD

Problematika ženskih spolnih disfunkcij bo zaradi obširnosti in lažjega razumevanja predstavljena v dveh prispevkih. V prvem bo poudarek predvsem na klasifikaciji ženskih spolnih disfunkcij. Namen prvega prispevka je tako seznaniti se s težavo, ki ga spolna disfunkcija pomeni za žensko, ter razrešiti poimenovanje in razumevanje različnih terminov, povezanih z ženskimi spolnimi disfunkcijami. V drugem prispevku, ki bo izšel v naslednji številki revije, pa bodo natančneje opisani možnosti zdravljenja ter rezultati in ugotovitve o učinkovitosti konservativnega zdravljenja ženskih spolnih disfunkcij na podlagi pregleda literature.

Svetovna zdravstvena organizacija (1) opisuje spolno zdravje kot stanje telesne, čustvene, duševne in socialne blaginje v povezavi s spolnostjo. Motnje v spolnosti pomenijo za ženske resno težavo in ta obširna problematika zahteva celostno obravnavo posameznice z multidisciplinarnim pristopom, ki povezuje strokovnjake z različnih področij. Za zdravo spolnost sta pomembna usklajeno delovanje vseh delov telesa ter hkratna usklajenost duševnih in socialnih dejavnikov.

MOTNJE V SPOLNOSTI

Spolne disfunkcije so pogoste, saj prizadenejo od 20 do 43 odstotkov žensk pred menopavzo in 48 odstotkov starejših žensk, ki so še vedno spolno aktivne v pozni menopavzi. V zdravstvu jih poznamo kot stalne, ponavljajoče se težave s spolnim odgovorom ali z željo po spolnosti, ki povzročajo stres in se zaradi zdravstvenega stanja, povezanega s staranjem, tudi večajo. Upad spolne funkcije je tako progresiven in zelo razširjen (2).

Za uspešno telesno izveden vaginalni ali rektalni spolni odnos je najbolj pomembna funkcija medeničnega dna, ki pripomore k boljšemu spolnemu odzivu (3) in zadovoljstvu (4) ter je nujno potrebna za spolno dejavnost (5). Medenično dno je kot mišično-vezivna plošča sestavljena iz več plasti, pri čemer se mišice medeničnega dna naraščajo spredaj na sramnično kost in zadaj na križnično, skupaj z vezmi in fascijami (6). Posamezen del dinamične strukture ne zagotavlja zadostne podpore, temveč jo zagotavlja usklajeno delovanje ovojnic in mišic pod nadzorom živčevja,

ki deluje kot ena enota (7). Napaka v eni izmed delov podpornega sistema lahko kaže in vpliva na pomanjkljivosti v drugih sestavnih delih sistema in ker mišice medeničnega dna delujejo v sinergiji z drugimi mišicami trupa, njihova disfunkcija lahko omeji sposobnost, da ostanemo telesno aktivni. Vzrok za nezadostno funkcijo medeničnega dna in njene mišice zapiralke je med drugim tudi normalno staranje njenega vezivnega tkiva, predvsem kolagena (8).

Modeli spolnega odgovora

Spolnost obsega dejavnosti telesnih in duševnih izkušenj, ki izpolnjujejo pomembne telesne in čustvene potrebe po bližini in intimnosti. Zanimanje žensk za spolnost in njihov odziv na spolno stimulacijo ter kakovost izkušenj se močno razlikujejo (gre za individualne razlike), vendar ženska lahko zadovoljuje svoje seksualne potrebe vse življenje. Literatura danes opisuje tri modele spolnega odgovora pri ženskah, ki pojasnjujejo, zakaj se pojavljajo motnje v spolnosti:

- Prvi model je cikel odzivnosti po Masters in Johnsovi (9), ki ima štiri faze: faza vzbujenja (povečuje zanimanje in odzivnost na spolno dejavnost); faza platoja (prisotnost tudi telesnih sprememb); faza spolnega vrhunca (orgazem) ter fazo resolucije (ponovna sprostitvev).
- Drugi, trifazni model po Kaplanovi, je dopoljen s poznavanjem psihodinamike in upošteva psihološke, čustvene in kognitivne dejavnike ter vključuje tri faze: spolna želja (motivacija osebe), vznemirjenost (refleksna spolna vazokongestija) in orgazem (refleksno krčenje medeničnih mišic). Posamezne faze spolnega odziva so med seboj povezane, vendar vodene z ločenimi nevrofiziološkimi mehanizmi (10).
- Tretji, alternativni krožni model spolnega odziva po Bassonovi (11), pa natančneje prikazuje odzivno komponento želje žensk in osnovnih motivacijskih sil, ki jo sprožijo. Ta model je bil razvit, da bi povečali razumevanje spolne psihofiziologije žensk in tako izboljšali zdravljenje spolnih težav.

Vzroki in dejavniki tveganja spolnih disfunkcij

Vzroki za težave v spolnosti so raznoliki in zapleteni. Nekatere težave so posledica preproste, reverzibilne, telesne težave, spet druge pa so lahko

posledica hujših zdravstvenih ali čustvenih težav ali pa težkih življenjskih situacij (12). Povod za težave v spolnosti je lahko disfunkcija medeničnega dna, ki lahko povzroča bolečine pri spolnem odnosu in s tem vodi v spolno disfunkcijo. Številni dejavniki prispevajo k spolni disfunkciji, ki je posledica raznolikih in zapletenih vzrokov za težave v spolnosti:

- socialni vzroki (družbeni in medosebni dejavniki): pretekli in sedanji odnosi, kulturne in verske omejitve, zdravstveno stanje partnerja in socialna izolacija (13);
- duševni vzroki (čustveni, psihični in razpoloženski dejavniki): vzgoja, pretekle travme, slaba telesna samopodoba, motnje prehranjevanja, nerealna pričakovanja, stres, dinamična navezanost ter odnos do čustvene in erotične intimnosti (14). Čustvene stiske so lahko tako vzrok kot posledica spolne disfunkcije (12);
- telesni vzroki (biološki dejavniki): telesne ali zdravstvene razmere, ki vključujejo hormonsko neravnovesje, afektivne in metabolične motnje, nevrološke in kronične bolezni, zdravila itn. Stanja, ki vplivajo na spolnost ali posledice farmakološkega, kirurškega in radioterapevtskega zdravljenja, je treba upoštevati pri diferencialni diagnostiki morebitnih dejavnikov, ki prispevajo k ženski spolni disfunkciji (15).

Komorbidnost ob ženski spolni disfunkciji

Vse bolj je dokazana komorbidnost med žensko spolno disfunkcijo in različnimi zdravstvenimi stanji (16, 17). Ženske spolne disfunkcije in njihove simptome zato lahko patološko razdelimo glede na njihovo prisotnost pri različnih zdravstvenih stanjih, kot so:

- urološke, proktološke, kardiovaskularne, presnovne motnje in motnje endokrinega sistema (Ženske spolne disfunkcije so prisotne kar pri 35 odstotkih spolno aktivnih žensk z diabetesom tipa 1, pri katerem vplivajo na vse vidike spolnosti in zadovoljstva (18). Simptomi sečil imajo razmeroma visoko tveganje, da so povezani z motnjami vzburjenja in z bolečinami med spolnim odnosom (19).);
- nevrološke, psihiatrične in nevrotske oziroma razpoloženske motnje (spolne disfunkcije so prisotne pri kar 82,5 odstotka žensk z multiplo

sklerozo (20) in so zelo pogoste pri bolnikih s parkinsonovo boleznijo (21));

- druge multisistemske spremembe, povezane s kronično boleznijo, kot na primer bolezni in poškodbe lokomotorne (gibalnega) sistema;
- ginekološke motnje, ki zaobjamejo:
 - spolno prenosljive, rakave in kronične bolezni;
 - vseživljenjske ali pridobljene motnje medeničnega dna;
 - prolaps medeničnih organov;
 - patološko nosečnost in vaginalni porod (Spolne motnje so pogostejše pri nosečnicah z diabetesom v primerjavi z zdravimi nosečnicami (22). Stopnja spolne disfunkcije se po vaginalnem porodu skoraj podvoji (23).);
 - periodična/ponavljajoča se vnetja vagine;
 - motnje menstrualnega cikla in predmenstrualni sindrom;
 - motnje, povezane s prezgodnjo menopavzo (genetsko, avtoimuno);
 - iatrogena menopavza;
 - postmenopavzno obdobje (v obdobju po menopavzi se kar 39 do 45 odstotkov spolno aktivnih žensk pritožuje nad motnjami vzburjenosti (24));
 - boleče spolne motnje, ki se pojavijo, kjer so mišice medeničnega dna skrajšane, hipertonične in šibke ter medenični živci vneti, razdraženi in poškodovani ali pa so medenični sklepi hipomobilni oziroma hipermobilni. Nezaželena bolečina je najmočnejši refleksni zaviralec vaginalne blokade ter vlažnosti in bolečina med penetracijo močno zavira orgazem (25).

Klasifikacija ženskih spolnih disfunkcij

Najpogostejše težave spolnih disfunkcij, ki sledijo ženskemu spolnemu odgovoru, in simptomi spolnih disfunkcij so razdeljeni na:

- *Motnje spolne želje*: pomanjkanje zanimanja za spolnost, odsotnost seksualnih misli, zaviranje spolne sle v fazi vzburjenja ter averzija oziroma popolna anksioznost in gnus ob pričakovanju ali poskusu spolne dejavnosti (26). Pomanjkanje spolne želje je najpogostejša spolna motnja, za katero tožijo ženske, ki so nezadovoljne s svojim spolnim življenjem in partnerskim odnosom (27).
- *Motnje spolnega vzburjenja*:

- subjektivna (odsoten ali zmanjšana) kognitivni občutek spolnega vznurjenja in zadovoljstva med katero koli vrsto spolne stimulacije);
 - genitalna (odsotno ali oslabiljeno genitalno spolno vznurjenje, izguba intenzivnosti spolnega odgovora kljub ustrezni fiziološki nabreklosti);
 - kombinirana (združena genitalna in subjektivna motnja spolnega vznurjenja);
 - vztrajna (spontano, vsiljivo in nezaželena spolno vznurjenje (mravljinčenje, utripanje), ki traja več ur ali dni v odsotnosti spolnega interesa in želje) (26).
- *Motnje orgazma*: kljub visokemu spolnemu vznurjenju v fazi spolnega vrhunca pride do zamude ali odsotnosti orgazma oziroma zmanjšane intenzivnosti orgazmičnih občutkov. Lahko se ustvari boleč začaran krog, v katerem ženska kljub želji in vznurjenosti izgubi zanimanje za seks, ker ne doseže orgazma (26).
 - *Boleč spolni odnos*: bolečina pri spolnem odnosu neposredno vpliva na genitalno vznurjenje in vaginalno občutljivost ter posledično na možnost doživljanja in intenzivnost orgazma, kar povzroča izgubo spolne želje in izogibanje intimnosti. Bolečina je opredeljena na vaginizem (vztrajna ali ponavljajoča se težava ženske, ki onemogoči vaginalni vstop penisa, prsta ali drugega predmeta, čeprav si ženska tega želi) in disparevnijo (kronična ali ponavljajoča se bolečina pri poskusu ali popolnem koitusu, to je pri penetraciji moškega spolnega uda v nožnico). Najpogostejši vzrok koitalne bolečine pred menopavzo je vestibulodinja vulve (površinska disparevnija), po menopavzi pa suhost vagine. Izzvana vestibulodinja velja za najbolj razširjeno vrsto spolne bolečine, pri kateri so ženske občutljive na stimulacijo, ki se odraža v znižanem bolečinskem pragu in povečani tesnobi (26).

OBRAVNAVA ŽENSK S SPOLNO DISFUNKCIJO

Postopek obravnave spolnih motenj se začne s postavitvijo točne in celovite diagnoze, na kateri temelji učinkovita terapija, pri kateri fizioterapevt s specialnim znanjem s področja zdravljenja spolnih motenj skupaj s pacientko postavi cilj. Da bi ga

dosegla, fizioterapevt načrtuje posameznici prilagojene obravnave. Iskanje vzroka in primerne najboljšega mogočega zdravljenja je lahko zaradi kompleksnosti ženske seksualnosti z večstransko etiologijo velik izziv. Točno diagnosticiranje komorbidnosti in ustrezno hkratno zdravljenje sta bistveni za pridobitev normalnega vazokongestivnega odgovora (28). Za uspešno zdravljenje so pomembne tako motivacija in potrpežljivost ženske s spolno motnjo kot tudi dobra ekipa za zagotavljanje najboljših mogočih seksualnih funkcij (29).

Vsaka spolna motnja, ki traja več kot nekaj tednov, je vredna obiska posvetovanja s terapevtom, nekatere težave pa zahtevajo pozornost takoj, in sicer, kadar postane spolna aktivnost nenadoma boleča oziroma se pojavi nenavaden odziv nanjo ali če obstaja možnost spolno prenosljive bolezni (26).

Spolne disfunkcije so dolga leta veljale za tabu temo in še vedno je to tema, o kateri je veliko ljudem nerodno razpravljati. Zdaj je trend v razvitih delih sveta drugačen, saj se o tem odkrito razpravlja v različnih medijih in spodbuja ženske, da se zavedajo svoje spolnosti in spolnega zdravljenja ter se o njem odkrito pogovorijo. Vsaka ženska si zasluži zadovoljivo spolno življenje in prvi korak k uresničitvi tega je izobraževanje vseh starostnih skupin o človeški spolnosti, z začetkom spolne vzgoje v vrtcih in šolah, o kateri je mnogim žal še vedno neprijetno razpravljati.

ZAKLJUČKI

Upad spolne funkcije je progresiven in pri ženskah zelo pogost. Da bi razumeli, zakaj se pojavljajo motnje v spolnosti, je pomembno razumeti vse tri modele spolnega odgovora, ki jih danes poznamo pri ženskah. Ženska ima spolno disfunkcijo, kadar ji težava ali motnja v spolnosti, ki se pojavi v kateri koli fazi ženskega spolnega odgovora, povzroča stres, kar zanjo pomeni resno težavo v življenju. Najpogostejše težave spolnih disfunkcij so razdeljene na motnje spolne želje, motnje spolnega vznurjenja, motnje orgazma in boleč spolni odnos. Številni dejavniki prispevajo k spolni disfunkciji, ki je posledica raznolikih in zapletenih socialnih, telesnih in psiholoških vzrokov za težave v spolnosti.

Obširna problematika ženskih spolnih disfunkcij s kompleksno večstransko etiologijo zahteva celostno obravnavo posameznice. Da bi to to dosegli, je potreben multidisciplinaren pristop s celovitim razumevanjem diagnostične natančnosti in učinkovitim zdravljenjem s prilagojenim ter usmerjenim pristopom do pacientke.

LITERATURA

- World Health Organization (WHO, 2006). Health topics: Sexual health. http://www.who.int/topics/sexual_health/en/. <4. 4. 2013>.
- Graziottin A, Koochaki P (2004). Self-reported distress associated with hypoactive sexual desire in women from four European countries. In: Graziottin A. Female sexual dysfunction: clinical approach. Editrice Kurtis, Milano. *Uroginamica* 14 (2): 61–7.
- Sapsford RR (1998). V: Ščepanović D. Trening mišic medeničnega dna. *Obzor Zdr N* 2003 37: 125–31.
- Rosenbaum TY (2008). The role of physical therapy in female sexual dysfunction. *Curr Sex Health Rep*: 5 (2): 97–101.
- Peschers UM, DeLancey JOL (2008). Anatomy. In: Laycock J, Haslam J, eds. Therapeutic management of incontinence and pelvic pain. Pelvic organ disorders. 2nd ed. London: Springer-Verlag London Limited, 2008, 9–20.
- Ashton-Miller JA, DeLancey JOL (2007). Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann NY Acad Sci* 1101: 266–96.
- Ščepanović D (2003). Trening mišic medeničnega dna. *Obzor Zdr N* 37: 125–31.
- Ingelman-Sundberg A (2003). Foreword. In: Drutz HP et al., eds. Female pelvic medicine and reconstructive pelvic surgery. London: Springer-Verlag.
- Masters WH, Johnson V (1966). Human sexual response. In: Greenberg JS, Bruess CE, Oswalt SB. Exploring the dimensions of human sexuality. Sudbury: Jones and Barlett.
- Rosen LJ, Rosen RC (2006). Fifty years of female sexual dysfunction research and concepts: from Kinsey to the present. In: Goldstein I. Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment. New York: Taylor and Francis 6, 3–10.
- Basson R (2001a). Human sex – response cycles. *J Sex Marital Ther* 27 (1): 33–43.
- Stöppler MC (2013). Female sexual problems. Emedicinehealth. WebMD, LLC. d. http://www.emedicinehealth.com/female_sexual_problems/article_em.html. <10. 5. 2013>.
- Graziottin A (2007). Female sexual dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. Evidence based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Elsevier, Churchill Livingstone: 266–87.
- Nihira MA (2012). Female sexual dysfunction. WebMD, LLC. d. <http://women.webmd.com/guide/sexual-dysfunction-women?page=3>. <10. 5. 2013>.
- Graziottin A, Leiblum SR (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med* 2 (3): 133–45.
- Graziottin A, Bottanelli M, Bertolasi L (2004). Vaginismus: a clinical and neurophysiological study. In: Graziottin A, ed. Female sexual dysfunction: clinical approach. *Uroginamica* 14: 117–21.
- Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ (1997). The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain* 73: 269–94.
- Enzlin P, Rosen R, Wiegel M et al. (2009). Sexual Dysfunction in Women with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 32 (5): 780–5.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281 (6): 537–44.
- Lew-Starowicz M, Rola R (2013). Prevalence of sexual dysfunctions among women with multiple sclerosis. *Sex Disabil* 31 (2): 141–53.
- Bronner G, Vodušek DB (2011). Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Ther Adv Neurol Disord* 4 (6): 375–83.
- Souza FO, Dias LAR, Franco MM et al. (2013). Assessment of female sexual function in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *J Sex Med* 10: 1350–4.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 107: 186–95.
- Dennerstein L, Lehert P, Burger H (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 84: 174–80.
- Graziottin A, Nicolosi AE, Caliarì I (2001). In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. Evidence based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Elsevier, Churchill Livingstone: 266–77.
- Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L (2010). Summary of recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 7: 314–26.
- Dennerstein L, Dudley EC, Guthrie JR (2003). Predictors of declining self-rated health during the transition to menopause. *J Psychosomat Res* 54: 147–53.

28. Graziottin A, Brotto L (2004). Vulvar vestibulitis syndrome: clinical approach. *J Sex Marital Ther* 30: 124–39. Graziottin, 2004
29. Lukanovič A, Ščepanovič D (2011). Disfunkcija medeničnega dna in spolnost. 14. Kongres fizioterapevtov Slovenije. UKC LJ, Ginekološka klinika.