

СЕСУАЛНОСТ КОД МЕНОПАУЗНИХ ЖЕНА

Бјелица А., Капамација А., Младеновић-Сегеди Љ., Тринић-Пјевић А., Ђорђевић Р.
Клиника за гинекологију и акушерство, Клинички центар, Нови Сад

POSTMENOPAUSAL WOMEN SEXUALITY

Бјелица А., Капамација А., Младеновић-Сегеди Љ., Тринић-Пјевић А., Ђорђевић Р.
Clinical Centre Novi Sad, University Department of Obstetrics and Gynecology

SUMMARY

Women sexuality is a complex phenomenon encompassing biological, psychological, emotional and social aspects. The menopausal changes have undoubtedly a significant influence on sexuality. There is a widespread opinion that older women show a fading interest and desire for sexual relations. However, despite of all unavoidable changes brought about by menopause and elder age, the sphere of sexuality remains still very important. The paper reviews the changes occurring in the sphere of sexuality in the older age, influence of menopausal hormonal changes, psycho-social factors and general health state in these changes, as well as of the possibilities of treating sexual dysfunctions in the menopausal period.

Key words: Postmenopause, Sexuality, hormonal changes, Psychosocial factors, Health state, Treatment.

САЖЕТАК

Сексуалност је комплексан феномен који обухвата биолошке, психолошке, емоционалне и социјалне аспекте. Несумњиво је да менопаузалне промене имају извесног утицаја на сексуалност. Једно од широко распрострањених веровања је да старије жене показују смањени интерес и жељу за интимним односима. Међутим, поред свих неминовних промена које доноси менопауза и старије животно доба, сексуална сфера и даље остаје један од битних аспеката у животу жене. Рад представља приказ промена у сексуалној сфери у старијем животном добу, удео менопаузалних хормонских промена, психосоцијалних чинилаца и општег здравственог стања у тим променама, као и могућност третмана сексуалних дисфункција у постменопаузалном периоду.

Кључне речи: Постменопауза, Сексуалност, Хормонске промене, Психосоцијални фактори, Здравствено стање, Третман.

Увод

Менопауза представља временску тачку када наступа потпуни престанак менструирања услед губитка оваријалне активности. Губитак менструације наступа обично између 48 и 55 године, у просеку са 51.3 година (1). За менопаузу би се могло рећи да обухвата физиолошке, анатомске али и психолошке промене. Такве промене несумњиво имају извештан утицај на сексуалност која на тај начин поприма специфичне карактеристике у овом периоду. Једно од широко распрострањених веровања је да старије жене показују смањени интерес и жељу за интимним односима. Међутим, поред свих неминованих промена које доноси менопауза, сексуална сфера и даље остаје један од битних аспеката у животу жене. Постменопаузалну сексуалност детерминишу многи фактори: промена хормонског статуса, опште здравствено стање, претходно сексуално искуство, психички статус, начини емотивног и когнитивног превладавања промена у овом периоду. Тако, *Bitzer* сматра да се сексуална активност, услед дејствовања одређених фактора, у овом периоду смањује али да се не смањује сексуална сатисфакција. Наводи да су уз утицаје неминованих хормонских промена које погађају периферне сексуалне органе, нарочито вагиналну мукозу, и доводе до одређених промена у неким структурама централног нервног система, изузетан утицај имају психосоцијални фактори у којима релација са партнером и индивидуална сексуална историја играју значајну улогу (2).

Учесталост сексуалне дисфункције у постменопаузалном периоду

Наводи се да је преваленца сексуалне дисфункције код жена у старијем животном добу износи 43% и да је већа него код старијих мушкараца код којих се она јавља у око 31% случајева (3). Најчешће се наводе смањена сексуална респонзивност, губитак сексуалне жеље, смањена учесталост сексуалних активности, болни односи и сексуална дисфункција партнера (4). Студија које је спроведена у Италији указује да 29,8% жена у постменопаузалном периоду наводи бол током сексуалног односа, 22% снижен либидо, односно недостатак сексуалног узбуђења. Број жена које наводе ове симптоме сигнификатно расте са старењем и годинама које су протекле од менопаузе. Редуковано сексуално задовољство наводи 45,9% постменопаузалних жена. Такође је примећено да су губитак добре физичке кондиције, урогенитални симптоми и негативна слика о себи (*self-image*) и депресивни симптоми знатно чешћи код жена са сексуалним потешкоћама (5).

Међутим, резултати нових студија сугеришу да ипак постоји велики број жена и мушкараца који остају сексуално активни и у касном животном добу, разбијајући тако мит који је посебно раширен у западним културама, да су старење и сексуална дисфункција нераскидиво повезани (6).

Avis и *sar*. сматрају да је менопаузални статус повезан са неким, али не свим аспектима, сексуалног

функционисања. Потешкоће у сексуалном функционисању могу бити последица менопаузе *per se* или последица других фактора који су повезани са менопаузом и старењем (нпр. повећана инциденца сексуалне дисфункције међу мушкарцима). Из тих разлога, они закључују да сама менопауза има мањи удео у настанку сексуалних дисфункција него што то имају здравствени и други фактори (7).

Менопаузалне промене хормонског статуса и њихов утицај на сексуалност

Старењем организма долази до смањене продукције оваријалних стероида, као и андрогена порекла надбубрега. Суптилне промене почињу већ након 25. године. Транзиција из репродуктивног у пострепродуктивни период карактерише се ирегуларношћу менструалног циклуса, укључујући ановулацију или скраћену лутеалну фазу. Главна хормонска промена у периоду менопаузе је драстична редукција оваријалне продукције естрогена и прогестерона која рефлектује престанак фоликулогенезе и ановулацију. Такође елевација гонадотропина и редукција нивоа инхибина одражава губитак фоликулогенезе и овулације (8). Након менопаузе оваријална биосинтеза естрадиола је минимална. Циркулишући естрогени углавном настају периферном ароматизацијом оваријалних и адреналних андрогена. Биосинтеза андрогена у надбубрегу и оваријумима, такође, опада са годинама. Иако се оваријална андрогена продукција смањује са годинама не постоји такво абрутно снижење у периоду менопаузе, као што је то случај са оваријалним естрогенима (9). Ипак, постменопаузални оваријум остаје андроген-секретујући орган (10) који лучи знатне количине тестостерона и умерене количине андростендиона и дехидроепиандростерона (DHEA) (11). И након менопаузе, биолошка активност секретованих стероида зависи од фракције која није везана за глобулин који везује полне хормоне (SHBG) (11).

Поредећи нивое укупних андрогена код жена непосредно пред менопаузу и 20-годишњакиња утврђено је да се у пременопаузалном периоду у циркулацији налази око 50% укупних андрогена у односу на младе жене (12). Ниво андрогена је посебно значајан с обзиром да је утврђено да андрогени учествују у либиду. Наиме, утврђено је да хормонску основу сексуалне жеље представљају андрогени (13). Ниски нивои тестостерона су повезани са смањеним либидом, глобалним губитком сексуалних фантазија, смањеној сензитивности на сексуалну стимулацију и капацитет за оргазам уз праћећи пад виталних динамизама (14). Поред тога утврђено је и да дефицијенција андрогена адреналног порекла доводи до снижења либидо (15).

Клинички ефекти естрогене депривације су добро познати. Уобичајене појаве су атрофија вагиналног епитела, атрофија *labia majora*, скраћење и губитак еластицитета вагине, атрофија *Bartholini*-вих жлезда (16). Снижени ниво естрогена има вишеструки утицај за сексуалну функцију који укључује смањену лубрификацију гениталног епитела, промене у телесној конфигурацији. Свакако да атрофија вагине и смањена ваги-

нална лубрификација механички утичу на промене на сексуални комфор и задовољство. Ситуацију погршавају и промене у кожи, грудима и мускуло-скелетном систему, прозороковане губитком естрогена. Код многих жена ове промене доводе до лоше слике о себи (*self-image*), смањеног самопоштовања (*self-esteem*), што свакако утиче на сексуалну жељу и сексуалност уопште (17).

Значај психосоцијалних чинилаца и претходног сексуалног искуства

Позната је да је природа хумане сексуалности мултифакторска. Из тих разлога, за разумевање настанка и третман сексуалних проблема код старијих жена треба поред физиолошких разматрати и психолошке факторе који, свакако, доприносе развијању сексуалних потешкоћа. Психосоцијални фактори као што су расположење, прошла сексуална искуства, слика тела, социкултурни фактори као и фактори повезани са партнером и старењем имају значајну улогу у настанку сексуалних дисфункција код менопаузалних жена (18). *Bachmann* и *Leiblum* сматрају да либидо код 60-годишњакиња није хормонски зависан већ да су релације са партнером и животне околности главне детерминантне сексуалности у том периоду (19). За континуирану сексуалну активност старијих жена веома је значајно постојање сексуално заинтересованог партнера (20). Показана је да брачни статус има веома значајну улогу у сексуалности жена старије животне доби. Велика већина оних које имају супружника су сексуално активне и у периоду преко 60 година (21,22). Такође, регистровано је да старије особе још увек сексуално активне себе описују као мање депривисане, са више социјалних контаката и са много већом социјалном потенцијом у односу на особе без сексуалне активности (22). У погледу ових самоописних карактеристика може се поставити питање да ли су оне узрок или повољни ефекти континуираних сексуалних активности код одређених старијих особа. На основу резултата студије која је обухватила жене различите животне доби, аутори студије закључују да су главни предиктори фреквенце сексуалних односа и сексуалног задовољства године живота и чињенице да ли се особа налази у емотивној вези или не. Ниво образовања, религијско опередељење и запослење, према овим ауторима, немају предиктивни значај за настанак сексуалних дисфункција (23). Треба истаћи да су крос-културална истраживања истакла варијабилност сексуалног понашања код старијих особа. Континуираност сексуалности међу старијим особама у многим друштвима односно лимитирана сексуалност у другим сугерише да културални фактори представљају детерминанту сексуалног понашања у старијем животном добу (24).

Утицај здравственог стања на постменопаузалну сексуалност

Постојање нарушености општег здравственог статуса и хронична употреба лекова код старијих особа, свакако, представљају значајне изворе сексуалне дисфункције. Наводе се следећи клинички фактори који

утичу на сексуалност старијих жена. То су: уринарна инконтиненција, захвати на дојкама и хистеректомија (25). Слично, многи аутори сматрају да здравствени фактори као што су неуролошки поремећаји, малигне неоплазме, хистеректомија и кардиоваскуларне болести нарушавају сексуалну функционалност (26).

Инконтиненција урина омета свакодневни живот жена. Утицај на сексуалност се огледа у томе што се такве жене осећају непривлачне и што имају ниско самопоштовање (27).

Barber сматра да пролапс гениталних органа, ипак, значајније погађа домен женске сексуалности доводећи до сексуалне инактивности. Након оперативног третмана, њихова способност за адекватне сексуалне односе је знатно побољшана. Међутим, доживљавање сексуалног задовољства је независно од постојања уринарне инконтиненције или пролапса, као и њиховог лечења (28).

Хистеректомија може имати и позитивне и негативне ефекте на сексуалност. У случајевима када се спроводи због болова или пролонгираних крварења доводи до побољшања сексуалне функције, док у другим случајевима има негативне ефекте јер се повезује са губитком фемининости (16). Спроведена је студија која је имала за циљ да утврди и пореди ефекте вагиналне, односно абдоминалне, хистеректомије на сексуално понашање, постојеће сексуалне дисфункције и слику тела. Резултати су показали да је, у случајевима где је постојала сексуална дисфункција, дошло до побољшања сексуалне жеље, сексуалних активности и сексуалних односа већ три месеца након операције. Ипак, жене са операцијом абдоминалним путем су имале измене у свом доживљају тела и имале су дужи период опоравка (29).

Карцином и сексуална активност нису инкомпатибилни и међусобно се не искључују. Међутим, уобичајени пратиоци карцинома је читав низ варијетета сексуалних дисфункција: осећај непривлачности, губитак либида, смањена сексуална осетљивост, потешкоће доживљавања оргазма (30).

Познато је да извесни лекови утичу на сексуалност како код мушкараца тако и код жена. Најчешће се наводе утицаји антихипертензива и психофармака. Постоје подаци да су клонидин, метилдопа, гванетидин и резерпин повезани са променом сексуалне функционалности код жена. Даље, сматра се да лабетолол доводи до смањене вагиналне лубрификације. Тиазидни диуретици могу погоршати већ постојеће сексуалне проблеме. Сматра се да антагонисти калцијума и АЦЕ инхибитори не доводе до сексуалних проблема (31). Психотропни лекови могу имати знатан утицај на сексуалну функцију и зато је у сваком појединачном случају потребна контрола дозе лека и, између осталих, детаљна сексуална анамнеза и евидентирање евенталних преегистирајућих сексуалних дисфункција које се могу погоршати психотропном медијацијом (32).

Могућности третмана постменопаузалних сексуалних дисфункција

Reddish сматра да свим женама након менопаузе треба пружити информацију о сексуалности у пост-

менопаузалном периоду и могућностима третмана сексуалних дисфункција уз разговор о њиховом актуелном либиду и потенцијалним сексуалним проблемима. Потребно је да комуникација буде потпуно отворена ради уочавања евентуално већ насталих сексуалних дисфункција и предузимања њиховог третмана (33).

Како је већ споменуто, промене на гениталијама и механичке сексуалне дисфункције, које долазе са старењем, представљају естроген-зависне, док су промене у сфери сексуалног интереса андроген-зависне појаве. Актуелни терапијски режими у пери- и постменопаузалном периоду обухватају ординирање естрогена, прогестагена и андрогена, као и њихову комбинацију. Ординирање самог естрогена, свакако, отклања механичке сметње у сексуалном односу, јер утиче на атрофичне промене гениталног тракта. Међутим, иако се зна да естроген има ментално тонички ефекат, његово администрање не доводи до побољшања либида (34, 35). Такође, комбинована циклична супституциона терапија естроген/гестаген има врло слаб позитиван ефекат на либидо (36), мада неке студије указују на ефикасност овакве терапије у побољшању либида (37). Доказано је да значајно побољшање либида код жена настаје под утицајем примене тестостерона у супституционој терапији (13,38). Тако *Davis* наводи одличне позитивне резултате на либидо под утицајем оралне примене метилтестостерона (39). Такође, позитиван ефекат на либидо има и примена ДНЕА у дози од 50 мг/дан (40,41), као и супституциона терапија тиболоном, синтетским стероидом са естрогеним, прогестагеним и андрогеним својствима (42,43).

У литератури се помиње и примена феромона, у постменопаузалном периоду, ради повећања сексуалне привлачности, респектујући чињеницу да је физичка привлачност изузетно значајна уопште, а нарочито у домену сексуалности. Студије су показале да апликација синтетских феромона у постменопаузи повећава сексуалну атрактивност и да има значајан утисак на интимно понашање (44).

Велики број аутора сматра да у третирању проблема сексуалне сфере код старијих жена треба посветити посебну пажњу неменопаузалним аспектима сексуалних односа као што су: квалитет партнерских односа, промене у *self-image*-у и сексуалним могућностима партнера. Иако истичу посебан значај примене естрогена и тестостерона у третирању сексуалних дисфункција код постменопаузалних жена аутори напомињу да у случају када дође до повољних ефеката на сексуалну жељу и мотивацију неће доћи до повећања фреквенце интимних односа и сексуалне респонзивности уколико то партнер-зависне варијабле не дозвољавају (45).

Такође, у литератури се наводи да у третману сексуалних дисфункција треба примењивати разноврсне терапијске третмане који поред хормонске терапије укључују и промене животног стила, третирање коегзитивних поремећаја здравља, евалуацију лекова који се узимају и брачну терапију (46). Веома важно је истаћи и значај и успех примене одређених психотерапијских третмана (47,48) одабраних из великог дијапазона могућих психотерапијских техника, у зависности од специфичности индивидуалног случаја.

ЗАКЉУЧАК

Постменопаузални период, који поред неминовних промена које то старије животно доба доноси, карактеришу и одређене промене у домену сексуалности. Уобичајено је да се фреквенца сексуалних односа смањује али то нужно не подразумева и смањено сексуално задовољство. Сексуална сфера и поред свих промена којима је у том периоду изложена и даље остаје један битних аспеката у животу сваке жене. Одређени фактори, као што су хормонске промене, опште здравствено стање, претходна сексуална искуства, психосоцијални фактори, брачни статус, могу у већој мери да наруше феминину сексуалност која је у том периоду вулнерабилнија, и тако да доведу до развијања сексуалних дисфункција. Важно је да сваки гинеколог развија позитиван и отворен однос пун поверења са својим старијим пацијенткињама, да их информише о променама које постменопаузални период доноси у погледу њихове сексуалности, да укаже на факторе који доприносе развоју сексуалних дисфункција, као и на могућност превенције, да сазнаје да ли дисфункције већ, можда, постоје и да у том случају пружи могућност специфичног третмана који зависи од карактеристика сексуалних сметњи.

ЛИТЕРАТУРА

- Beck WW, ed. *Obstetrics and gynecology*, 4th edition. Baltimore Philadelphia London Paris Bangkok Buenos Aires Hong Kong Munich Sydney Tokyo Wrocław: Williams & Wilkins, 1997: 391-403.
- Bitzer J. Sexuality in the climacteric. *Ther Umsch* 2000; 57 (10):604-12.
- Heiman JR. Female sexual dysfunction (FSD) in menopausal women: definitions and epidemiology. *Menopause Rev* 1999; VI(4):11-5.
- Sarrel PM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol* 1990; 75(suppl 4):S26-30.
- Nappi RE, Verde JB, Polatti F, Genazzani AR, Zara C. Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics. *Gynecol Obstet Invest* 2002;53(3):181-7.
- Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*. 2000;7(5):286-8.
- Meston CM. Aging and sexuality. *West J Med* 1997; 167 (4): 285-90.
- Judd HL, Fournet N. Changes of ovarian hormonal function with aging. *Exp Gerontol* 1994;29(3-4):285-98.
- Shifren JL, Schiff I. The aging ovary. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9(Suppl 1):S3-7.
- Burger HG. Androgen production in women. *Fertil Steril* 2002;77(Suppl 4):S3-5.
- Ushiroyama T, Sugimoto O. Endocrine function of the peri- and postmenopausal ovary. *Horm Res* 1995;44(2):64-8.
- Rohr UD. The impact of testosterone imbalance on depression and women's health. *Maturitas* 2002;41(suppl 1):S25-46.
- Davis SR. Androgens and female sexuality. *J Gend Specif Med* 2000;3(1):36-40.
- Lobo RA. Androgens in postmenopausal women: production, possible role, and replacement options. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56(6):361-76.
- Guay AT, Jacobson J. Decreased free testosterone and dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEA-S) levels in women with decreased libido. *J Sex Marital Ther* 2002;28(suppl 1):129-42.
- Gelfand MM. Sexuality among older women. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9(suppl 1):S15-20.
- Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995;40(Suppl 1):16-22.
- Deeks A. Sexual desire. Menopause and its psychological impact. *Aut Fam Physician* 2002;31(5):433-9.
- Bachmann GA, Leiblum SR. Sexuality and sexagenarian women. *Maturitas* 1991;13(1):43-50.
- Pfister S, Dougherty A. Growing older. In: Lewis JA, Bernstein J, eds. *Womens health: a relational perspective across the life cycle*. Sudbury, Mass: Jones & Bartlett, 1996:192-236.
- Patel D, Gillespie B, Foxman B. Sexual behavior of older women: results of a random-digit-dialing survey of 2,000 women in the United States. *Sex Transm Dis* 2003;30(3):216-20.
- Brahler E, Unger U. Sexual activity in advanced age in the context of gender, family status and personality aspects results of a representative survey. *Z Gerontol* 1994;27(2):110-5.
- Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993;19(3):171-88.
- Winn RL, Newton N. Sexuality in aging: a study of 106 cultures. *Arch Sex Behav* 1982;11:283-98.
- Butler RN, Lewis ML, Hoffman, Whitehead ED. Love and sex after 60: how to evaluate and treat the sexually-active women. *Geriatrics* 1994;49(11):33-42.
- Meston CM, Frohlich PF. Update on female sexual function. *Curr Opin Urol* 2001;11(6):603-9.
- Brown JS, Subak LL, Gras J, Brown BA, Kuppermann M, Posner SF. Urge incontinence: the patient's perspective. *J Womens Health* 1998;7(10):1263-9.
- Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC; Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):281-9.
- Gutl P, Greimel ER, Roth R, Winter R. Women's sexual behavior, body image and satisfaction with surgical outcomes after hysterectomy: a comparison of vaginal and abdominal surgery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(1):51-9.
- Kaiser FE. Sexual function and the older cancer patient. *Oncology (Huntingt)* 1992;6(Suppl 2):112-8.
- Duncan L, Bateman DN. Sexual function in women. *Drug Saf* 1993;8(3):225-3.
- Clayton DO, Shen WW. Psychotropic drug-induced sexual function disorders: diagnosis, incidence and management. *Drug Saf* 1998;19(4):299-312.
- Reddish S. Loss of libido in menopausal women. Management issues. *Aust Fam Physician* 2002;31(5):427-32.
- Hunter MS. Emotional well-being, sexual behaviour and hormone replacement therapy. *Maturitas* 1990;12(3):299-314.
- Walling M, Andersen BL, Johnson SR. Hormonal replacement therapy for postmenopausal women: a review of sexual outcomes and related gynecologic effects. *Arch Sex Behav* 1990; 19(2):119-37.
- Nand SL, Webster MA, Baber R, Heller GZ. Menopausal symptom control and side-effects on continuous estrone sulfate and three doses of medroxyprogesterone acetate. *Ogen/Provera Study Group. Climacteric* 1998;1(3):211-8.
- Tinelli FG, Tinelli A, Sena T. Clinical effects of hormone replacement therapy with estradiol valerate and cyproterone acetate in perimenopausal women. *Minerva Ginecol* 2002; 54 (1):67-73.
- Padero MC, Bhasim S, Friedman TC. Androgen supplementation in older women. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6):1131-40.
- Davis S. Testosterone deficiency in women. *J Reprod Med* 2001; 46(suppl 3):291-6.
- Spark RF. Dehydroepiandrosterone: a springboard hormone for female sexuality. *Fertil Steril* 2002;77(suppl 4):19-25.

41. Baulieu EE, Thomas G, Legrain S, Laholou N, Roger M, Debruire B, et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: contribution of the DHEAge Study to socio-biomedical issue. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000;97(8):4279-84.
42. Grzechocinska B, Marianowski L. Clinical aspects of Livial in postmenopausal replacement therapy. *Ginekol Pol* 2002;73(3):213-20.
43. Egarter C, Topcuoglu A, Vogl S, Sator M. Hormone replacement therapy with tibolone: effects on sexual functioning in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(7):649-53.
44. Cutler WB, Genovese E. Pheromones, sexual attractiveness and quality of life in menopausal women. *Climacteric* 2002;5(2):112-21.
45. Pearce MJ, Hawton K. Psychological and sexual aspects of menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996;10(3):385-99.
46. Warnock JJ. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs* 2002;16(11):745-53.
47. Kingsberg SA. Postmenopausal sexual functioning: a case study. *Int J Fertil Womens Med* 1998;43(2):122-8.
48. Holmes L. Women in group and women's groups. *Int J Group Psychother* 2002;52(2):171-88.