



FUNDACJA
NIE WIDĄĆ PO MNIE



FUNDACJA NIE WIDĄĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOPORNA DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekooporna: Seks i depresja



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Motto

„Miłość nie jest czymś naturalnym. Wymaga dyscypliny, koncentracji, cierpliwości, wiary i przezwyciężenia narcyzmu.

To nie jest uczucie.

To jest praktyka.” Erich Fromm

Seksualność stanowi kluczowy aspekt życia i należy do tych obszarów funkcjonowania człowieka, które w najsilniejszy sposób kształtują poczucie satysfakcji i dobrostanu. Seksualność człowieka pozostaje pod wpływem złożonych oddziaływań czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, prawnych, historycznych, religijnych oraz duchowych.

Złożoność ta znajduje również odzwierciedlenie w problemach seksualnych pojawiających się w przebiegu depresji. Zaburzenia seksualne u pacjentów depresyjnych mają różnorodne przyczyny. Składają się na nie objawy choroby, stosowane leczenie, trudności w kontaktach emocjonalnych z partnerem. Problemy życia intymnego mogą być skutkiem depresji, ale i jej przyczyną. Mogą też odzwierciedlać wcześniejsze dysfunkcje (warto pamiętać, że badania epidemiologiczne wskazują, iż w populacji ogólnej częstość dysfunkcji seksualnych wynosi ponad 30% dla mężczyzn i ponad 40% dla kobiet).

Przyczyny zaburzeń seksualnych w depresji



Biologiczne:

- dysregulacja wielu układów neuroprzekaźnikowych (dopamina, serotonina, noradrenalina),
- współwystępowanie chorób somatycznych (np. cukrzyca, nadciśnienie),
- stosowane leki (przeciwdepresyjne i z powodu innych schorzeń),
- używków,
- zaburzenia hormonalne (np. obniżenie poziomu testosteronu, wzrost stężenia prolaktyny).

Psychologiczne:

- wcześniejsze traumy na tle seksualnym,
- fobie seksualne,
- zaburzenia identyfikacji płciowej,
- niskie poczucie własnej wartości.

Społeczne:

- aspekty kulturowe i religijne,
- konflikty interpersonalne,
- praktyki seksualne przed zachorowaniem,
- niedostateczna edukacja seksualna.

Wymienione czynniki mogą wynikać z depresji (np. konieczność stosowania leków wpływających na funkcjonowanie seksualne czy próba „samoleczenia” depresji za pomocą alkoholu czy innych używek), stanowić wspólne podłoże psychopatologiczne zaburzeń nastroju i zaburzeń seksualnych (np. przebyte traumy, konflikty interpersonalne) bądź stanowić koincydencję (np. współwystępowanie schorzeń somatycznych).



Objawy wpływające na seksualność

- pogorszenie nastroju,
- przygnębienie,
- utrata zainteresowań,
- obniżenie libido,
- niska samoocena,
- brak pewności siebie,
- poczucie winy,
- lęk.



Kiedy cierpisz z powodu depresji, przeżywasz głęboki smutek, przygnębienie, rezygnację, apatię, utratę zainteresowań. Uczucia satysfakcji, radości, zadowolenia, przyjemności są dla Ciebie niedostępne, tak jakbyś znalazł się w głębokiej, ciemnej studni, z której nie ma wyjścia. W Twoich emocjach dominuje obojętność wobec otaczającego świata, a zwłaszcza wobec najbliższych, co jest szczególnie dotkliwe. Możesz myśleć, że już nie potrafisz kochać swojej żony/swojego męża, obwiniasz się przez to, że jesteś złym człowiekiem. Taki brak uczuć powodujący wielkie cierpienie nazywamy niekiedy „znieczuleniem bolesnym”. Inne objawy depresji to ogólne zmęczenie, znużenie, wyczerpanie, poczucie małej sprawności fizycznej. W nocy nie możesz spać, przewracasz się z boku na bok, nie znajdując żadnego ukojenia, albo przeciwnie – jesteś cały czas senny i pozbawiony jakiegokolwiek energii. Nie masz siły ani ochoty, by o siebie zadbać – czasem umycie się stanowi niewyobrażalny wysiłek. Dodatkowo często dokucza Ci nieokreślony lęk z przykrymi objawami fizycznymi.

Twoje myślenie zdominowane jest przez negatywne treści. Możesz też czuć się napięty, rozdrażniony, poirytowany, co doprowadza do napięć i kłótni z osobami z otoczenia, a przede wszystkim z partnerką/partnerem. Trudno się więc dziwić, że w twoim życiu nie ma już miejsca na seks.

Niekiedy możesz paradoksalnie podejmować zwiększoną aktywność seksualną, która jest jednak bardziej konsekwencją poszukiwania wsparcia i bliskości albo swego rodzaju próbą ucieczki od samego siebie i sposobem regulacji emocji niż efektem seksualnego pożądania. Osoby, które „kochają – płacząc” albo „kochają z rozpacz”, poprzez aktywność seksualną starają się uciec od smutku i przygnębienia. Taki seks nie daje ci radości i spełnienia. Raczej odczuwasz desperację i dodatkowe poczucie winy.



Najczęstsze problemy seksualne w depresji

- le obniżone libido (pożądanie),
- le zaburzenia pobudzenia (obejmują składową psychiczną oraz genitalną): mniejsza wrażliwość na stymulację, trudność uzyskania nawilżenia pochwy, zaburzenia erekcji,
- le zaburzenia orgazmu: opóźniony orgazm/ejakulacja, częściowa/całkowita anorgazmia, przedwczesna ejakulacja,
- le zaburzenia bólowe: dyspareunia (odczuwanie bólu podczas stosunku).

Wpływ leków przeciwdepresyjnych na funkcje seksualne

Depresja jest uleczalna. Możesz powrócić do twojego zwyczajnego funkcjonowania w domu, w pracy, wśród przyjaciół. Możesz znów cieszyć się życiem (w tym i życiem seksualnym). Jednak bezwzględnie konieczne jest podjęcie leczenia. Najczęściej lekarz zaproponuje ci farmakoterapię jednym z leków przeciwdepresyjnych (LPD). Niestety część z nich (ale **nie wszystkie i nie u wszystkich chorych**) może negatywnie wpływać na funkcje seksualne.

Takie negatywne działanie niepożądane może wystąpić najczęściej po bardzo popularnych lekach z grupy SSRI (selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny) oraz SNRI (selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny). Istnieje wiele leków, przy których ryzyko dysfunkcji seksualnych jest minimalne bądź żadne (np. agomelatyna, bupropion, moklobemid, reboksetyna, trazodon, wortioksetyna). Oczywiście, wybór odpowiedniego LPD zależy od bardzo wielu czynników i jest zadaniem lekarza.

Jeśli w przebiegu leczenia depresji pojawią się zaburzenia funkcji seksualnych, **koniecznie musisz to zgłosić lekarzowi!** Psychiatra niekoniecznie zapyta cię o to bezpośrednio podczas wizyty. Może skupić się na innych aspektach twojego zdrowia i pominąć to ważne zagadnienie. Oczywiście poruszanie tej tematyki może być dla ciebie z wielu powodów trudne. Być może w twoim domu rodzinnym nie rozmawiało się na te tematy, wpojono ci, że seksualność jest czymś wstydliwym lub masz problem ze swobodnym operowaniem odpowiednim słownictwem.





A może obawiasz się ośmieszenia, oceny ze strony lekarza (zwłaszcza, gdy jest to osoba płci przeciwnej)? Pamiętaj, że dla psychiatry jest to „*chleb powszedni*”. Słyszał już w swoim życiu zawodowym o tylu problemach, że niewiele jest go w stanie zadziwić czy zszokować. To tak, jak dla ginekologa czy urologa jest czymś najzwyczajniejszym oglądanie narządów płciowych pacjenta.

Rozmowa na temat życia seksualnego może być dla ciebie szczególnie trudna, jeśli w przeszłości doznałeś molestowania czy przemocy seksualnej. Wymaga to z twojej strony wielkiej odwagi, a ze strony lekarza taktu, empatii i cierpliwości. Może warto rozważyć podjęcie psychoterapii, by przepracować traumę?

Dysfunkcje seksualne występujące w przebiegu depresji można i należy leczyć. Skutki niepodjęcia tego wyzwania są poważne i obejmują:

- odstawienie leków, a co za tym idzie pogorszenie przebiegu choroby, ryzyko nawrotów, ryzyko generowania lekooporności,
- pogłębienie choroby,
- złe relacje partnerskie,
- spadek jakości życia,
- lęk przed leczeniem,
- lęk przed relacjami i nawiązywaniem nowym kontaktów,
- niską samoocenę, utratę pewności siebie, poczucia własnej wartości.



Co może zrobić lekarz, gdy wystąpią u ciebie dysfunkcje seksualne?

Jeśli podczas leczenia depresji wystąpią u ciebie dysfunkcje seksualne, lekarz może zastosować kilka strategii terapeutycznych:

- Oczekiwanie na ustąpienie problemu/redukcja dawki leku – w ciągu 3-6 miesięcy leczenia u około 8-12% pacjentów następuje redukcja nasilenia objawów, a u prawie 2-10% ich ustąpienie. Poprawa może mieć związek z samą poprawą symptomów depresji. Z drugiej strony redukcja dawki LPD może nieść za sobą ryzyko nawrotu czy pogorszenia depresji.

- Leczenie skojarzone, czyli dodanie innego preparatu, który może zniwelować polekowe dysfunkcje seksualne. Może to być dodanie drugiego LPD (np. bupropionu czy trazodonu). Łączenie dwóch LPD może być również pomocne, jeśli nie ma optymalnej odpowiedzi na pierwszy LPD, lub jeśli cierpisz na depresję lekooporną.
- Zamiana LPD, po którym wystąpiły dysfunkcje seksualne na inny LPD obarczony małym ryzykiem takich objawów niepożądanych.
- Leczenie korygujące (np. stosowanie lubrykanów czy inhibitorów fosfodwuesterazy-5, jak sildenafil, wardenafil i tadalafil).
- Wykluczenie innych czynników mogących powodować lub nasilać zaburzenia seksualne (np. czynniki emocjonalne – relacyjne, wcześniejsze dysfunkcje, zaburzenia snu, choroby somatyczne, stosowanie innych niż LPD leków). Pomocne może być podjęcie psychoterapii, konsultacja seksuologiczna czy modyfikacja leczenia choroby somatycznej.

Mniej zalecana i dość ryzykowna metoda to tzw. „wakacje lekowe”, czyli odstawianie LPD w trakcie wolnych dni. **Może to się wiązać z zaostreniem objawów depresji oraz wystąpieniem bardzo nieprzyjemnych objawów odstawiennych.** Mało skuteczne jest opóźnienie dawki, tj. zażywanie LPD po zbliżeniu seksualnym. Może to mieć pewien sens jedynie w przypadku LPD krótko działających





REMEMBER

O czym należy pamiętać

- Dysfunkcja seksualna stanowi część objawów depresji i często bezpośrednio wynika z choroby, zatem nie obwiniaj ani siebie, ani swojego partnera/swojej partnerki.
- Dysfunkcja seksualna towarzysząca depresji najczęściej ustępuje bądź ulega poprawie wraz z ustępowaniem objawów choroby, zatem kluczowe jest skuteczne leczenie depresji.
- Dysfunkcja seksualna może być skutecznie leczona, wymaga to jednak czasu.
- Dysfunkcja seksualna może wynikać z problemów w relacji partnerskiej, warto pomyśleć o terapii pary, którą lepiej jest rozpocząć już po ustąpieniu nasilonych objawów depresji.
- Jeśli dysfunkcja seksualna jest spowodowana działaniem niepożądanym leku przeciwdepresyjnego, korekta leczenia musi być przeprowadzona przez lekarza. Nie odstawiaj sam leku, gdyż może to spowodować pogorszenie stanu zdrowia.
- Pamiętaj, że przyczyny dysfunkcji seksualnych są złożone i ich ocena należy do lekarza.
- Nie ma żadnej „cudownej tabletki”, która szybko rozwiąże problem. Leczenie to proces, który zazwyczaj wymaga cierpliwości i uważności.

Na koniec warto pamiętać, co sprzyja udanemu życiu seksualnemu:

- Zaakceptuj siebie, jakim jaki jesteś.
- Wykorzystaj swoje doświadczenie.
- Komunikuj się z partnerem/partnerką.
- Rozmawiaj o seksie. Nie udawaj. Bądź wesoły, nie traktuj seksu ze śmiertelną powagą, miej poczucie humoru. Obalaj dawne tabu.
- Nie śpiesz się.
- Pamiętaj – seks to nie tylko stosunek, to również bliskość, intymność, dotyk.
- Eksperymentuj. Sprawdź, co wam obojgu sprawia nowe przyjemności.
- Zrozum emocjonalne przeszkody swoje i partnera.
- Nie wahaj się poradzić seksuologa i zgłosić problemu lekarzowi.



This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width. The paper is otherwise completely empty, with no margins, text, or other markings.

Bibliografia

1. D. Dudek, A. Zięba (red): Depresja – wiedzieć, aby pomóc. Wydawnictwo Medyczne 4 Strony Świata, Kraków, 2002.
2. J. Heitzman Dysfunkcje seksualne w chorobie afektywnej dwubiegunowej w: Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2003, tom 3, nr 1
3. S. Jakima, M. Lew-Starowicz: Dysfunkcje seksualne w depresji. Wydawnictwo MOST, Warszawa, 2008.
4. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta: Seksuologia. PZWL, Warszawa, 2017. Rotschild A: New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. Clin Ther, 2000, 22(suppl):A42-61).
5. Siwek M: Dekalog leczenie depresji. Kompendium. ITE Publishing, Warszawa, 2024

O autorze

– prof. dr hab. Dominika Dudek

Specjalista psychiatra. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Ukończyła studia z wyróżnieniem na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Aktualnie prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). Jest Redaktorem Naczelnym czasopisma Psychiatria Polska oraz członkiem Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jej dorobek obejmuje kilkaset publikacji naukowych i szereg książek i rozdziałów w podręcznikach poświęconych psychiatrii. Zajmuje się nauczaniem psychiatrii zarówno lekarzy, jak i studentów. Jest kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Prowadzi liczne wykłady szkoleniowe, organizuje ogólnopolskie konferencje, na które przyjeżdżają setki słuchaczy. Jest współautorem obowiązujących w Polsce standardów leczenia zaburzeń psychicznych.

O Fundacji Nie Widać Po Mnie

Fundacja Nie Widać Po Mnie zrodziła się z potrzeby przełamywania tabu i głośnego mówienia o zdrowiu psychicznym Polaków i problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie. Wierzymy, że odpowiednia psychoedukacja i zwiększanie świadomości jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej, która pozwoli w przyszłości zmniejszyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zahamuje tendencję wzrostową zapadalności na tego typu choroby, których konsekwencje odczuwają pacjenci, rodzina i cały system opieki zdrowotnej.

Swoje działania dydaktyczne kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać.

Realizując programy psychoedukacyjne, troską otaczamy dzieci i młodzież oraz seniorów, których w sposób szczególny dotyczą takie zaburzenia, jak depresja, lęki i fobie. Jesteśmy autorami, realizatorami lub współrealizatorami przedsięwzięć skierowanych do medyków, którzy ze względu na charakter pracy zagrożeni są zaburzeniami czy wypaleniem zawodowym. Wierzymy, że odczarowanie heroizmu w zawodach ochrony zdrowia pozwoli wielu jego przedstawicielom przełamać strach przed właściwą terapią, a to wpłynie na jakość usług i poprawi funkcjonowanie całego systemu.

Nie boimy się trudnych tematów, dlatego wraz z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym przy wsparciu firmy Janssen Polska rozpoczęliśmy kampanię edukacyjną dotyczącą **depresji lekoopornej**. Współpracujemy z najlepszymi specjalistami w swojej dziedzinie – lekarzami psychiatrii, którzy dzielą się wiedzą praktyczną i długoletnim doświadczeniem, aby pokazać, że depresja lekooporna nie jest wyrokiem. Wymusza jedynie konieczność innego, bardziej holistycznego spojrzenia na pacjenta.

Wierzymy, że w każdym ciemnym tunelu jest światło, które trzeba znaleźć i się go chwycić.

FUNDACJA NIE WIDAĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOOPORNA
EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekoooporna - Seks i depresja

Patronat honorowy



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne