

ZABURZENIA PSYCHOSEKSUALNE U KOBIET Z ZESPOŁEM POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW

PSYCHOSEXUAL DISORDERS IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Radosław Specjalski

Pracownia Seksuologii Klinicznej i Społecznej
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Maria Beisert

Streszczenie

Zespół policystycznych jajników (PCOS) jest najczęstszym zaburzeniem endokrynologicznym występującym u kobiet w wieku rozrodczym. Główne objawy kliniczne zespołu to zaburzenia owulacji, kliniczne lub laboratoryjne wykładniki nadmiaru androgenów oraz policystyczna morfologia jajników. Spektrum objawów manifestujących się w jego przebiegu (m.in. otyłość, hirsutyzm, niepłodność) wywiera ogromny wpływ na funkcjonowanie psychoseksualne jednostki. Celem artykułu jest dokonanie przeglądu istniejących badań dotyczących psychologicznych i seksuologicznych konsekwencji PCOS u kobiet w wieku rozrodczym.

Słowa kluczowe: zespół policystycznych jajników, hirsutyzm, niepłodność, zaburzenia psychoseksualne.

Abstract

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common endocrinological disorder in women of reproductive age. The main clinical features of PCOS include abnormal ovulation, clinical or laboratory indices of elevated androgen levels and polycystic morphology of the ovaries. The spectrum of its symptoms such as obesity, hirsutism, infertility has a huge negative impact on the individual's psychosexual functioning. The main aim of the paper is to review and to present conclusions from existing research on the psychological and sexual consequences of PCOS among women of reproductive age.

Key words: polycystic ovary syndrome, hirsutism, infertility, psychosexual disorders.

Wstęp

Zespół policystycznych jajników należy do najczęstszych endokrynopatii okresu rozrodczego – występuje u około 10–15% kobiet w okresie reprodukcyjnym. Zespół ten jest przyczyną około 73% przypadków braku owulacji i niepłodności oraz 85% przypadków wczesnych poronień. W około 85% przypadków jest przyczyną występowania hirsutyizmu i 75% zaburzeń cyklu miesięczkowego o typie wtórnego braku miesiączki. Zespół PCO charakteryzuje się morfologicznie drobnotorbielowością gonad, przewlekłym brakiem owulacji, hiperandrogenizmem i niepłodnością, a często także otyłością. Pomimo wielu kontrowersji dotyczących samej definicji PCOS, panuje zgodność co do tego, że cechą stale występującą w tym zespole jest zatrzymanie rozwoju pęcherzyka jajnikowego w fazie pęcherzyka antralnego bezpośrednio przed etapem selekcji. Konsekwencją braku selekcji pęcherzyka dominującego jest obecność w gonadzie dużej liczby pęcherzyków antralnych o średnicy 4–7 mm, których komórki tekalne (osłonki pęcherzyka) produkują w nadmiarze androgeny.

Terminu PCOS (*Polycystic Ovary Syndrome*) użyto po raz pierwszy w 1960 roku w celu określenia charak-

terystycznych klinicznych i histologicznych cech zespołu; zastąpił on historyczną nazwę „zespół Steina-Leventhala”. Szeroko stosowane kryteria rozpoznania zespołu PCO obejmują: podwyższone stężenie androgenów w surowicy krwi wraz z klinicznymi objawami hiperandrogenizacji i zaburzenia owulacji występujące przynajmniej w 6 cyklach miesięczkowych w ciągu roku. Mimo że PCOS jest najczęstszą endokrynopatią wieku rozrodczego, jego etiologia jest nadal nieznana. Powszechnie uważa się, że czynnikiem pierwotnym są zaburzenia steroidogenezy w komórkach osłonki pęcherzyka, prowadzące do nadmiernej produkcji progesteronu i androgenów. Mniejszą rolę odgrywają zaburzenia osi podwzgórze-przysadka-jajnik, które doprowadzają, przez stymulację komórek osłonki pęcherzyków jajnikowych, do produkcji androgenów i blokowania przemian prowadzących do powstania ciała żółtego. Lutropina wydzielana w większej ilości może potęgować objawy hiperandrogenizmu [1]. Przyczyny występowania nie są do tej pory wyjaśnione. Badania wykazały jego podłoże genetyczne; w większości przypadków stwierdza się dziedziczenie autosomalne dominujące, jednak w niektórych rodzinach wykryto typ dziedziczenia recesywnego [2].

Objawy

W zależności od stopnia nadmiaru androgenów oraz zaburzeń metabolicznych możliwy jest bardzo różnorodny obraz kliniczny tego zespołu [3].

Zaburzenia cyklu miesięczkowego o charakterze *oligomenorrhoea* lub wtórnego braku miesiączki występują u około 90% pacjentek. W PCOS rzadko obserwowany jest pierwotny brak miesiączki – dotyczy on zaledwie 3–5% wszystkich pacjentek z *amenorrhoea primaria*. Hiperandrogenizacja ustroju kobiety występuje w postaci hirsutyzmu (u 90% chorych), trądziku lub cech wirylicacji, takich jak: zmiana sylwetki ciała, łysienie typu męskiego, przerost łechtaczki, a w ciężkich przypadkach – obniżenie barwy głosu. Cykle owulacyjne występują u 12–40%, a niepłodność u 40–94% pacjentek z zespołem PCO. Ze względu na różnorodność objawów klinicznych oraz wielość ich kombinacji możliwe są różne warianty fenotypowe pacjentek z PCOS. U blisko 50% z nich stwierdza się otyłość wisceralną z podwyższonym wskaźnikiem talia/biodro (WHR) ($> 0,85$) i przebiegającą najczęściej z hiperinsulinemią. Typ budowy chorych jest zwykle żeński, w badaniu ginekologicznym stwierdza się przerośnięte, ciemno zabarwione wargi sromowe oraz powiększone, twarde jajniki.

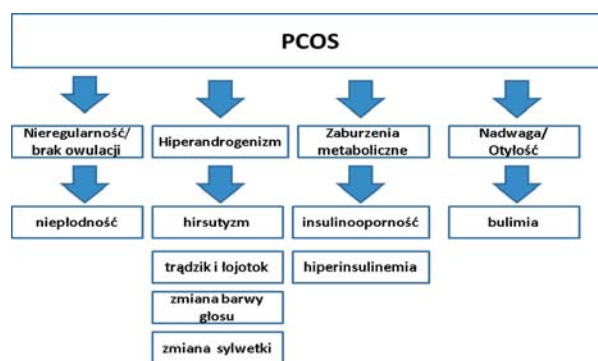
Zaburzenia hormonalne obserwowane w zespole PCOS dotyczą gonadotropin, androgenów, estrogenów, progesteronu, hormonu wzrostu i prolaktyny. Typowy dla rozpoznania zespołu PCO jest zaburzony stosunek stężeń LH i FSH (> 2) oraz nadmierna odpowiedź LH na GnRH. U 30% pacjentek stwierdza się nadczynność androgenną nadnerczy i hiperprolaktynemię [1].

Obecnie przyjmuje się, że insulinooporność wraz z następczą hiperinsulinemią odgrywają kluczową rolę w patogenie zespołu PCO. Wykazano, że chore z tym zespołem mają wyższe stężenie insuliny na czczo i po obciążeniu glukozą; w niektórych przypadkach stwierdza się upośledzenie tolerancji glukozy lub cukrzycę typu 2. Ogółem zaburzenia gospodarki węglowodanowej dotyczą około 40% chorych z zespołem PCO. Towarzyszące hiperinsulinemii zaburzenia gospodarki lipidowej (hipertriglicydemia, spadek stężenia HDL-cholesterolu) oraz zaburzenia w układzie krzepnięcia (wzrost stężenia inhibitora tkankowego aktywatora plazminogenu – PAI-1) stanowią istotny czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Mechanizm insulinooporności w zespole PCO i jej wpływ na syntezę androgenów nie jest do końca wyjaśniony. W badaniu ultrasonograficznym typowe jest zwiększenie objętości jajnika ($> 12 \text{ cm}^3$) oraz wzrost liczby pęcherzyków ułożonych obwodowo o średnicy 2–8 mm (> 20). Morfologicznie rozpoznanie PCO opiera się na stwierdzeniu: powiększonych jajników z pogrubiłą osłonką białawą ($> 100 \text{ urn}$), zwiększonej liczby pęcherzyków wzrastających, przerostu komórek wnekowych i przedwczesnej luteinizacji komórek tekalnych. W różnicowaniu zespo-

łu PCO niezbędne jest wykluczenie innych zaburzeń, takich jak niedobór 21-hydroksylazy w nadnerczach, hiperprolaktynemię i guzów nowotworowych przebiegających z wydzieleniem androgenów [1].

Długoterminowe konsekwencje oraz choroby współwystępujące

1. Choroby układu sercowo-naczyniowego i nadciśnienie tętnicze – jest obserwowane trzykrotnie częściej niż w ogólnej populacji.
2. Otyłość – w przebiegu PCOS jest nie tylko objawem towarzyszącym, ale także czynnikiem powodującym zaburzenia genetyczne, metaboliczne, regulacyjne oraz zwyrodnieniowe.
3. Liczne powikłania ciąży, wśród których najczęstsze są poronienia. Częstość poronień samoistnych jest tu 2-krotnie wyższa w porównaniu z grupą kontrolną. Inne powikłania obejmują porody przedwczesne, cukrzycę oraz zgony wewnątrzmaciczne, co szczególnie dotyczy grupy kobiet otyłych.
4. Ryzyko chorób nowotworowych – istnieją dane potwierdzające zwiększone 2,7 razy ryzyko wystąpienia raka endometrium.
5. Rozpowszechnienie zespołu metabolicznego wśród kobiet z PCOS zależy od wielu czynników. Według różnych autorów waha się w przedziale 1,6–46%. Pacjentki z nadwagą lub otyłością, insulinoopornością, nadciśnieniem tętniczym oraz nieprawidłowym profilem lipidowym spełniają kryteria rozpoznania zespołu metabolicznego, który zyskał miano śmiertelnego kwartetu.
6. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że zawarte w tkance tłuszczowej kobiet z PCOS adipocyty i produkowane przez nie cytokiny biorą udział w patogenie wielu schorzeń o mechanizmie zapalnym, takich jak: reumatoidalne zapalenie stawów, ostre zapalenie trzustki, niealkoholowe stłuszczenie wątroby, choroba Leśniowskiego-Crohna [4].



Rycina 1. Dysfunkcje organizmu towarzyszące PCOS.

Figure 1. Dysfunctions associated with PCOS.

Źródło: Nowotnik, A. (2012). Wielowymiarowość doświadczenia zespołu policystycznych jajników u kobiet w wieku rozrodczym: przegląd badań. *Nowiny lekarskie*, 81, 3, 268-272.

Leczenie

Leczenie PCOS może przebiegać na kilka sposobów. Wyboru dokonuje pacjentka wspólnie z lekarzem, by odpowiadał jej życiowym planom (chęć urodzenia dziecka, uregulowanie cykli miesięczkowych itp.). Na początku podejmuje się walkę z nadwagą, ogranicza kaloryczność diety, zachęca do zwiększonej aktywności fizycznej, gdyż obniżenie masy ciała o 5% może przywrócić owulację oraz płodność. Jest to również powszechnie stosowana profilaktyka wielu schorzeń, w tym cukrzycy typu 2, nadciśnienia, miażdżycy, otyłości – czyli składowych zespołu metabolicznego [5].

Leczenie farmakologiczne PCOS uzależnione jest od dominujących objawów z uwzględnieniem statusu prokreacyjnego pacjentki. Aby unormować zaburzony cykl miesięczkowy, zaleca się tabletki hormonalne. Pozwalają regulować miesiączki, chroniąc przy tym błonę śluzową macicy przed jej przerostem. W walce z niepłodnością stosuje się cytrynian klomifenu, od 5. do 9. dnia cyklu. Pomimo jego licznych zalet, takich jak niski koszt stymulacji, wzrost małej liczby pęcherzyków, a więc mniejszego ryzyka wystąpienia zespołu hiperstymulacji, skuteczność jest dość niska. Indukuje on owulację w 70–80%, jednakże częstość ciąży wynosi tylko 30–40%. Znacznie bardziej skutecznym postępowaniem jest stosowanie gonadotropiny menopauzalnej lub folikulostymuliny w połączeniu z antyestrogenami. Niekorzystnym efektem tej stymulacji jest wysoki odsetek ciąży mnogich oraz zespołu hiperstymulacji jajnika (przez co zalecane jest częste wykonywanie USG), jak również bardzo wysokie koszty. W przypadku leczenia hirsutyzmu trzeba niestety uzbroić się w cierpliwość. Terapia jest długotrwała, pierwsze efekty mogą być widoczne po 2 miesiącach, ale na pełny efekt można czekać nawet 2 lub 3 lata. Jest to związane między innymi z powolnym cyklem wzrostowym włosów. Kolejną bardzo istotną sprawą jest bezwzględne przeciwwskazanie do zachożenia w ciążę w czasie stosowania leków i 3 miesiące po zakończeniu terapii [5]. W przypadku braku efektów po farmakologicznym leczeniu niepłodności w PCOS, należy rozważyć leczenie operacyjne, w którym leczeniem z wyboru pozostaje laparoscopia. Obecnie stosuje się elektrokauteryzację (wykonanie niewielkich otworów w jajniku przy pomocy igły elektrycznej w trakcie laparoskopii) lub laserową waporyzację jajników [6].

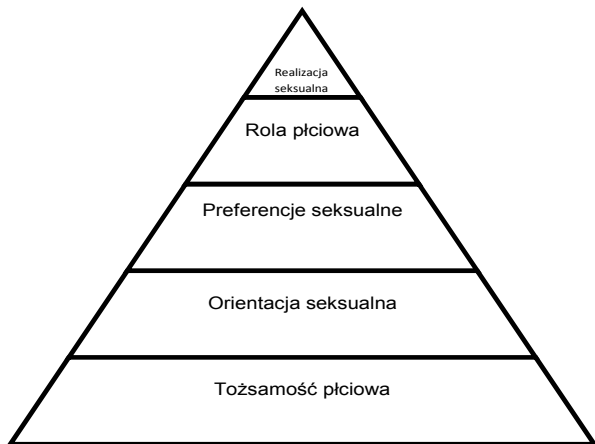
Funkcjonowanie psychoseksualne

Kobiety z zespołem policystycznych jajników stanowią specyficzną grupę pacjentek, które wymagają specjalistycznej diagnostyki, leczenia i wieloaspektowego wsparcia psychologicznego i społecznego. Warto zauważyć, że PCOS spotyka się zarówno wśród kobiet z regularnymi cyklami owulacyjnymi o prawidłowej masie ciała, u których torbiele w jajnikach wykry-

to przypadkowo podczas badania USG, jak również u kobiet z w pełni rozwiniętym obrazem klinicznym, na który składają się oligo- bądź amenorrhoea, otyłość, hirsutyzm oraz hiperandrogenizm [3]. W rezultacie lekarze mogą rozpoznać zespół policystycznych jajników u kobiet o odrębnych fenotypach, co może wiązać się z trudnościami w zakresie zapewnienia adekwatnej pomocy psychologicznej.

W uproszczeniu PCOS jest ściśle powiązany z zaburzeniem funkcjonowania narządów płciowych wewnętrznych, co za tym idzie, zaburzeniem wydzielania gonadotropin, co w konsekwencji manifestuje się w postaci zmienionego wyglądu. Z licznych badań wynika, że objawy cielesne, związane z zespołem policystycznych jajników, takie jak trądzik, pojawienie się „męskiego” owłosienia, wzrost masy ciała, łysienie androgenne, zanik miesiączki czy bezpłodność – wywierają ogromny wpływ na funkcjonowanie psychologiczne jednostki. Na tej podstawie możemy przypuszczać, że „cielesność” objawów może negatywnie wpływać również na funkcjonowanie seksualne kobiet PCOS. Towarzyszące temu schorzeniu zmiany w wyglądzie ciała oraz zaburzenie naturalnych funkcji organizmu mogą wpływać na poczucie tożsamości i prowadzić do frustracji, depresji oraz trudności w zakresie samoakceptacji.

C. Kitzinger i J. Willmott [7] ujawniają, iż kobiety z PCOS wykazują poważne problemy tożsamościowe. Badacze podjęli się analizy wywiadów klinicznych tej grupy kobiet. Okazało się, że pacjentki z zespołem policystycznych jajników wykazują poczucie nienormalności własnej osoby, bycia nie w pełni kobietą, poczuciem niezdolności do posiadania dzieci. Ekback i wsp. [8] przeprowadzili podobne badania, w których zidentyfikowali powtarzające się, uniwersalne tematy odnoszące się do jakości życia oraz obrazu własnego ciała kobiet z zespołem policystycznych jajników. Kobiety miały opowiedzieć badaczom w jaki sposób choroba, owłosienie wpłynęło na ich myśli, sposób wizualizacji swojej osoby oraz jak wyglądałoby ich życie, gdyby nie chorowały na PCOS. Okazało się, iż pacjentkom na co dzień towarzyszy poczucie wstydu i osamotnienia. Postrzegają swoje życie jako upływające w ciągłym bólu, smutku, a własne ciało jako więzienie, które odbiera im tożsamość. Wszystkie kobiety wykazywały obniżony poziom samooceny, poczucie bezwartościowości, porównywały się z mężczyznami, na skutek czego wycofywały się z życia towarzyskiego, a część z nich przyznała się, że miewa myśli samobójcze. Ponadto zauważono, iż osoby badane w swoich opisach używały często upokarzających i deprecjonujących określeń w stosunku do własnej osoby, takich jak np.: obrzydliwa, nienormalna, owłosiona małpa (*hairy ape*), kudłata (*shaggy*). Osoby badane wiązały „kobiecość” jako część własnej tożsamości. Życie z nadmiernym owłosieniem typu męskiego wiąże się z cierpieniem, stygmatyzacją oraz z poczuciem „utraconej tożsamości” [8].



Rycina 2. Pięć warstw życia seksualnego.
Figure 2. Five layers related to human sexuality.

Źródło: Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka (r. 13).

Natomiast ciekawym doniesieniem związanym z PCOS i orientacją seksualną jest badanie R. Agrawal i wsp. [9]. Badania objęły 618 kobiet, które zgłosiły się do kliniki w celu leczenia bezpłodności. W skład grupy weszły 254 kobiety homoseksualne i 364 kobiety heteroseksualne. W momencie zgłoszenia pacjentki nie wiedziały, że cierpią na zespół policystycznych jajników. Jednak 15% z nich było wcześniej leczonych z powodu objawów zbliżonych do objawów opisywanego schorzenia. Były to m.in. nieregularne miesiączki, trudności z zajściem w ciążę, trądzik i nadmierne owłosienie na ciele i twarzy. Drugiego lub trzeciego dnia cyklu miesięcznego badacze przeprowadzili u kobiet badanie USG narządów płciowych oraz pobrali próbki krwi do pomiaru poziomu hormonów płciowych. Zebrano również dane na temat stanu zdrowia pacjentek, historii ich chorób oraz historii współżycia seksualnego. Badania wykazały, że policystyczne jajniki występowały u 32% kobiet heteroseksualnych i u 80% kobiet homoseksualnych. Badaczka podkreśla również, że wstępne analizy poziomu hormonów wskazują, że w grupie kobiet z PCOS kobiety homoseksualne mają znacznie wyższy poziom takich hormonów męskich, jak: testosteron i androstedion w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi. Naukowcy zaobserwowali natomiast znacznie niższy poziom białka SHBG, które odpowiada za wiązanie hormonów płciowych, w tym testosteronu. U kobiet homoseksualnych odnotowano też wyższy poziom hormonu luteinizującego. Hiperandrogenizm u kobiet z policystycznymi jajnikami jest zależny w dużej mierze od wysokiego poziomu LH. W grupie kobiet z prawidłowo funkcjonującymi jajnikami poziom tych hormonów były podobne, niezależnie od orientacji seksualnej [9]. Badacze zaznaczyli również, iż zespół policystycznych jajników nie powoduje homoseksualizmu u kobiet, a je-

dynie, że schorzenie to występuje częściej w tej grupie badawczej. Praca empiryczna R. Agrawal nadaje nowej perspektywy w badaniach kobiet z PCOS. Ciekawym wydaje się powtórzenie takiego badania i przeprowadzenie bardziej szczegółowej analizy psychologicznej na wymiar „kobiecości” czy płci psychologicznej u kobiet z zespołem policystycznych jajników.

Najczęstszym objawem jaki towarzyszy kobietom z PCOS jest niepłodność. Możemy przypuszczać, że jest to jeden z czynników powodujących zaburzenia psychoseksualne w warstwie roli płciowej w tej grupie badawczej. Dla kobiety macierzyństwo jest istotnym elementem roli społecznej, czynnikiem rozwoju i sposobem samorealizacji. W związku z tym niemożność zaspokojenia potrzeb macierzyńskich może wywoływać problemy psychologiczne. Z rozpoznaniem niepłodności wiąże się wiele psychologicznych komponentów. Towarzyszą jej: utrata zainteresowania codziennymi zajęciami, depresja, napięte kontakty z rodziną, partnerem, kolegami. Pojawiają się trudności w myśleniu o czymś innym niż niepłodność, wysoki poziom niepokoju, zmniejszona wydolność przy wykonywaniu zadań, trudności z koncentracją. Wśród objawów psychologicznych wymienia się również zaburzenia snu, zmiany apetytu (wzrost lub obniżenie), nadużywanie leków i alkoholu. Pojawiają się myśli o śmierci lub samobójstwie, dochodzi do społecznej izolacji ze stale towarzyszącymi objawami pesymizmu, poczucia winy, bycia nie w pełni kobietą lub poczucie bezwartościowości [10].

Ponadto, częstokroć wznawiane próby poczęcia wiążą się z powtarzającym się cyklem wzbudzenia nadziei i rozczarowania, a także ze swoistym „uprzedmiotowieniem” aktu płciowego, co może prowadzić do zaburzeń komunikacyjnych i seksualnych u partnerów (m.in. w postaci zaburzeń libido), i tym samym zaburzeń realizacji roli płciowej. Diagnoza niepłodności często pociąga za sobą konieczność przeprowadzenia redefinicji związku partnerskiego, przebiegowi której niekiedy towarzyszą obawy kobiet o wierność małżonka i trwałość samego małżeństwa [2].

Zespół policystycznych jajników jest chorobą ingerującą w wiele procesów w organizmie. Zmiany stężeń i stosunku różnych hormonów powodują objawy z różnych układów i prowadzą do wielorakich konsekwencji fizycznych i psychicznych. Stąd, też obok oddziaływań medycznych, ważnym czynnikiem w leczeniu PCOS wydaje się być praca psychologiczna i seksuologiczna nad samooceną, poczuciem własnej wartości, akceptacją obrazu własnego ciała, akceptacją niepłodności, rozwiązywaniu trudności w diadzie.

Piśmiennictwo

1. Bręborowicz G. H. *Położnictwo i Ginekologia*. Tom II, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.

2. Nowotnik A. Wielowymiarowość doświadczenia zespołu policystycznych jajników u kobiet w wieku rozrodczym: przegląd badań. *NL-MN.*, 2012, 3, 268-272.
3. Skotnicki J. Zespół policystycznych jajników, dostępny pod adresem URL:http://www.skotnicki.pl/ginekologia/index2.php?Itemid=0&id=28&option=com_content&page=0&pop=1&task=view [dostęp: 25.05.2013].
4. Szkodziak P., Czuczwar P., Woźniak S., Woźniakowska E. Zagrożenia zdrowotne w okresie menopauzy u pacjentek z zespołem policystycznych jajników. *Prz Menopauz*, 2013, 1, 57-62.
5. Sarwiński K.. Jak leczyć zespół policystycznych jajników? dostępny pod adresem URL:<http://ginekologia.wieszjak.pl/zespol-policystycznych-jajnikow/239515,2,Jak-leczysz-zespol-policystycznych-jajnikow.html> [dostęp: 03.06.2013].
6. Jakiel G., Robak-Chołubek D., Tkaczuk-Włach J. Zespół policystycznych jajników. *Prz Menopauz*, 2006, 4, 265-269.
7. Kitzinger C., Willmott J. The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med*, 2002, 54, 349-361.
8. Ekback M., Wijma K., Benzein E. "It is always on my mind": women's experiences of their bodies when living with hirsutism. *Health Care for Women Int*, 2009, 30, 358-372.
9. Agrawal R., Sharma S., Bekir J., Conway G., Bailey J., Balen A. H., et. al. Prevalance of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome in lesbian women compared with heterosexual woman. *Fertility and Sterility*, 2004, 82, 1352-1357.
10. Makara-Studzińska M., Wdowiak A. Psychologiczna sytuacja kobiety niepłodnej. W: *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G., (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.

Adres do korespondencji:

Instytut Psychologii UAM
Pracownia Seksuologii Społecznej i Klinicznej (p. 115)
ul. Szamarzewskiego 89a
60-568 Poznań