



## Rozdział VIII

# Intymność i seks w chorobie nowotworowej

WIEDZA I PRAKTYCZNE RADY!

Seksualność pacjentów z chorobą nowotworową często jest tematem tabu. Na „te tematy” nie rozmawiają z pacjentami lekarze, rodzina, partnerzy. Personel medyczny i często sam Pacjent skoncentrowany jest na leczeniu i wszystko inne schodzi na dalszy plan. Tymczasem nie tylko dieta i adekwatna aktywność fizyczna jest ważna. Aktywność seksualna jest także ogromnie istotnym czynnikiem determinującym jakość życia, a satysfakcjonujące życie seksualne pozytywnie wpływa na proces leczenia. I tak – seks jest możliwy!

**Nowotwór może zmienić funkcjonowanie i sprawność seksualną, nie odbiera on jednak zdolności do czerpania przyjemności i radości z seksu.**

Seksualność powoduje, że na każdym etapie naszego życia możemy podejmować związane z nią wyzwania, cieszyć się jej nowymi aspektami i przyjmować wynikające z niej ograniczenia.

W tym rozdziale prof. Sebastian Zdończyk pomoże Ci zrozumieć istotę problemu, a seksuolog Klaudia Latosik w jasny sposób pokaże Ci jak podejść do seksualności i seksu, aby był źródłem radości i satysfakcji, być może na nowych zasadach!

## Czym jest seksualność?

Seksualność to o wiele więcej niż penetracja, stosunek i inne formy zaspokojenia fizycznego. Nie sprowadza się wyłącznie do poziomu fizjologicznego.

Seksualność dotyczy tego jak postrzegasz i wyrażasz siebie w sposób seksualny, w jaki sposób tworzysz relacje, to czym jest dla Ciebie seks i jaką rolę pełni w twoim życiu. Seksualność jest płynna, zmienia się w ciągu naszego życia i mają na nią wpływ czynniki: psychologiczne, biologiczne, kulturowe i relacyjne. Jest to stały atrybut każdego z nas.

Jesteśmy istotami seksualnymi przez całe swoje życie. Zmieniają się nasze ciała, zmieniają się nasze możliwości, ale to właśnie regularna aktywność seksualna znacząco przyczynia się do poprawy jakości naszego życia. Seks poprawia odporność, krążenie, wzmacnia system nerwowy i mięśniowy, obniża poziom stresu, poprawia samopoczucie, korzystnie wpływa na sen i może być pomocny w procesie leczenia.

# Funkcjonowanie psychoseksualne w chorobie nowotworowej

dr n. zdr

Sebastian Artur Zdończyk

Spośród wszystkich chorób somatycznych diagnoza choroby nowotworowej nadal wywiera najsilniejszy wpływ na funkcjonowanie człowieka i często oznacza istotne trudności, a nie rzadko kryzys w życiu osoby doświadczającej choroby oraz jej najbliższego otoczenia. Diagnoza i leczenie niejednokrotnie nasuwają wiele pytań, a także budzą wątpliwości mogące powodować poczucie zagrożenia i zmianę lub modyfikację wyznaczonych planów życiowych, jak również istotnych ról społecznych. Stanowi wyzwanie i oddziałuje na obszary naszego życia w wymiarze: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym.

**Poszczególne etapy choroby – diagnostyczny, leczenia, nawrotu, a także wyzdrowienia, stanowią duże wyzwanie psychofizyczne dla pacjenta i bliskich w jego otoczeniu. Leczenie onkologiczne jest postępowaniem złożonym, multidyscyplinarnym mogącym trwać często przez wiele miesięcy. Metody terapeutyczne stosowane w procesie zdrowienia mogą budzić powszechny lęk z powodu ich radykalności, działań niepożądanych i nie zawsze pewnych skutków terapii. Osoby cierpiące z powodu nowotworów złośliwych należą do grupy podwyższonego ryzyka występowania zaburzeń seksualnych mających znaczący wpływ na zdrowie seksualne i reprodukcyjne.**

Zdrowie seksualne stanowi zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości każdego człowieka. Seksualność sprawia, że na każdym etapie życia można podejmować nowe, związane z nią wyzwania, cieszyć się jej nowymi aspektami i przyjmować wynikające z niej ograniczenia. Jest wrodzonym atrybutem i wrodzoną funkcją ludzkiego

organizmu, podlegającą złożonym zewnętrznym i wewnętrznym uwarunkowaniom, które wymagają szerokiego spojrzenia i interdyscyplinarnego wysiłku. Seksualność obejmuje seks, płciową identyfikację i rolę, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcję. Doświadczamy i wyrażamy ją w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach. Jest istotną częścią tego, kim jesteśmy, jak wyrazimy siebie i tego, co o sobie myślimy. **Seksualność więc jest z przywołanych powyżej względów istotnym elementem decydującym o naszym zdrowiu i jakości życia.**

Każdy z nas zastępuje na zdrowe i satysfakcjonujące życie seksualne, jednak diagnoza i późniejsze leczenie choroby nowotworowej może mieć negatywny wpływ na naszą intymność, pożądanie, podniecenie, naszą zdolność do uprawiania seksu, osiągnięcia satysfakcji (orgazm) i zachowania płodności. Pomimo tego, że zdrowie seksualne i seksualność wpływają na jakość naszego życia, poczucie własnej wartości, obraz siebie i związku z innymi ludźmi często nie są priorytetem w obliczu zmagania się z chorobą, stając się wręcz tematem tabu. Rozmowa o seksualności może być trudna nawet w relacji z osobą bliską/partnerem jeżeli wcześniej temat ten nie był poruszany w danej relacji. Niemniej ważne jest, żeby podjąć wyzwanie i spróbować poruszyć ten istotny aspekt ludzkiego funkcjonowania. Najlepiej zacząć rozmowę od osoby co do której mamy przekonanie, że wysłucha pojawiających się u nas obaw i lęków bez osądu (przyjaciół, partner). Rozmowa z partnerem o okazywaniu sobie czułości, dotyku, intymności, oczekiwaniach i potrzebach wpłynie pozytywnie na relację pomiędzy bliskimi sobie osobami.

Jak pokazują badania, pacjenci i personel medyczny rzadko podejmują problematykę funkcjonowania psychoseksualnego w chorobie nowotworowej, choć funkcjonowanie seksualne uznawane jest dzisiaj za jeden z istotnych aspektów opieki nad pacjentem. Barię stanowić może dobór słownictwa związany z intymnością i seksualnością, brak poczucia kompetencji ze strony specjalistów, brak czasu, deprecjonowanie sfery seksualnej w obliczu zmagania się z chorobą, wstyd, poczucie skrępowania. **Trudność leży po obu stronach. Jednakże pamiętać należy, że warto poprosić osobę z personelu medycznego o rozmowę celem uzyskania kompetentnych informacji dotyczących seksualności i intymności.**

Obawy związane z seksualnością mogą wynikać z faktu, że natura problemów seksualnych często jest złożona i zmienia się w ciągu różnych okresów oraz

**Aby łatwiej było podjąć w rozmowie problematykę funkcjonowania seksualnego, wskazane jest przemyślenie, a następnie zapisanie sobie pytań, np.**

- 1.** JAKI WPŁYW MA LECZENIE NA MOJĄ SEKSUALNOŚĆ?
- 2.** CZY UPRAWIANIE SEKSU PODCZAS LECZENIA JEST DLA MNIE BEZPIECZNE?
- 3.** JAKIE JEST RYZYKO INFЕКCJI PODCZAS AKTU SEKSUALNEGO?
- 4.** CZY MOJA CHOROBA LUB LECZENIE WPŁYNIE NA MOJĄ ZDOLNOŚĆ PROKREACJI?
- 5.** W JAKI SPOSÓB MOGĘ OCHRONIĆ SWOJĄ PŁODNOŚĆ?
- 6.** CZY BÓL PODCZAS STOSUNKU, SUCHOŚĆ POCHWY, ZABURZENIA EREKCJI, UTRATA POPĘDU PŁCIEWEGO ITP. MOGĄ BYĆ KONSEKWENCJĄ LECZENIA?



Można również na rozmowę w ramach wsparcia udać się z partnerem lub bliską sobie osobą. Warto używać języka zrozumiałego, nie musi to być język specjalistyczny. Jeśli osobą z personelu nie zna odpowiedzi na zadane pytania, poprosić można o wskazanie właściwej osoby/-instytucji, aby uzyskać dalszą pomoc. Aspekty związane ze zdrowiem seksu- alnym są tak samo ważne jak inne kwestie w procesie leczenia.

sytuacji naszego życia. Jednak pytanie jakie się pojawia brzmi: jak choroba i leczenie onkologiczne może wpłynąć na intymność i seksualność? Obecność różnego rodzaju zaburzeń seksualnych wśród pacjentów z chorobą nowotworową wynosi nawet do 90%. Dysfunkcje seksualne występujące u pacjentów onkologicznych mogą być wywołane wieloma czynnikami o różnej etiologii.

Do najczęściej towarzyszących i najbardziej charakterystycznych czynników psychologicznych w przebiegu choroby nowotworowej powodujących zaburzenia seksualne zalicza się takie jak: lęk, agresję, rozdrażnienie, niepokój, poczucie winy, zamartwianie się, stres, utratę poczucia bezpieczeństwa, zaburzenia poczucia własnej wartości, często w wyniku zmiany wizerunku ciała, trudności w realizacji roli społecznej, depresję. Wśród czynników powodujących zaburzenia depresyjne u osób chorych onkologicznie wymienia się: występujące poczucie zagrożenia i utraty kontroli nad własnym życiem, niedostateczną liczbę informacji dotyczących choroby i możliwości leczenia, utratę celu i sensu życia, poczucie izolacji. Depresję potęguje bezsilność

wobec choroby. Depresja u pacjentów leczonych onkologicznie ma szczególnie negatywny wpływ na funkcjonowanie w chorobie. Może utrudniać decyzje związane z leczeniem, relacje w rodzinie, wprowadza także zaburzenia w obrazie choroby. Zaniżona samoocena i strach przed brakiem akceptacji ze strony partnera to również częste przyczyny unikania kontaktów i zmniejszenia popędu seksualnego. **Obok lęku i depresji rodzi się często uczucie gniewu, które jest reakcją na przeszkody w realizacji celów, na pojawienie się nieprawidłowości. Zdrowie to stan normalny – choroba jest zakłóceniem tego porządku. Jak sobie z tym radzić przeczytasz w rozdziale VII.**

Natomiast wśród czynników fizycznych, które mogą wpływać na funkcjonowanie seksualne wymienia się: zaburzenia snu, zespół przewlekłego zmęczenia, nudności i wymioty, dolegliwości bólowe, obrzęki, neuropatię obwodową, dermatozy, zaburzenia gospodarki hormonalnej, stosowaną farmakoterapię. Niektóre fizyczne lub emocjonalne skutki ustępują z upływem czasu lub po zakończeniu procesu terapeutycznego, inne natomiast efekty mogą być długotrwałe, a niektóre skutki mogą pojawić się dopiero po jakimś czasie od zakończenia leczenia.

**Zmiany fizjologiczne wywołane chorobą, leczenie nowotworu oraz zmiany w psychice sprawiają, że zarówno kobiety jak i mężczyźni mogą doświadczać występowania zaburzeń seksualnych.** Wynika to często z uszkodzenia narządów lub tkanek i z zaburzonego obrazu własnego ciała. Kolejne etapy i rodzaje leczenia takie: jak zabieg chirurgiczny, chemioterapia, sterydoterapia, radioterapia, przeciwciała monoklonalne, przeszczep (auto i allogeniczny) skutkują niepożądanymi objawami. U kobiet najczęściej diagnozuje się obniżone libido, dyspareunię (bolesne stosunki), problem z nawilżeniem (suchość) pochwy, zaburzenia podniecenia seksualnego, trudności w osiągnięciu orgazmu i anhedonię. U mężczyzn natomiast obserwuje się zaburzenia erekcji i ejakulacji, obniżone libido, bolesne stosunki (dyspareunia). Ponadto u części osób może pojawić się przekonanie, że obniżenie funkcji sprawności seksualnej oznacza utratę atrakcyjności seksualnej. Zmiany fizyczne spowodowane systemową chemioterapią, takie jak utrata lub przyrost masy ciała, przebarwienia skóry, wypadanie włosów, zmiany hormonalne, niski poziom energii, zmęczenie, również mają istotny wpływ na seksualność i układ rozrodczy. Skutkiem ubocznym leczenia chemicznego jest również spadek odporności, na skutek którego każde zbliżenie seksualne podczas trwania terapii wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zakażenia. Zaleca się również stosowanie

-wanie zabezpieczających metod barierowych (prezerwatyw) w celu ochrony możliwej ekspozycji na pozostałości chemioterapii, które mogą być obecne w nasieniu lub w pochwie. Ponadto lekarz prowadzący może zalecić powstrzymanie się od aktywności seksualnej przez pewien czas, jeśli parametry morfotyczne krwi (leukocyty, i/lub liczba płytek krwi) są poniżej normy klinicznej lub z innych ważnych powodów medycznych. Długotrwałe leczenie farmakologiczne niwelujące objawy depresji i niepokoju (leki z grupy SSRI lub SNRI), również może utrudniać osiąganie podniecenia umożliwiające uzyskanie orgazmu. Niektóre zabiegi mogą powodować suchość pochwy u kobiet (zaleca się stosowanie lubrykantów, nawilżaczy) lub zaburzenia erekcji u mężczyzn. Leczenie hormonalne mające zastosowanie w terapii onkologicznej może przyczynić się do zmniejszenia pożądania.

Odległym powikłaniem leczenia jest ryzyko niepłodności, które dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn, a zależy od intensywności leczenia. Ponadto decyzję o posiadaniu potomstwa w zależności od fazy choroby (w trakcie, po chorobie), rodzaju leczenia warto skonsultować z lekarzem specjalistą (np. onkologiem, ginekologiem). Więcej w rozdziale IX.

Leczenie występujących zaburzeń seksualnych zależy od czynników je wywołujących. W przypadku zaburzeń spowodowanych niewłaściwą gospodarką hormonalną, neuropatią, dolegliwościami bólowymi zaleca się lekarską konsultację specjalistyczną np. endokrynologiczną, onkologiczną, seksuologiczną, neurologiczną. **W sytuacji wystąpienia dysfunkcji o podłożu psychogenym (lęk, depresja, zaniżone poczucie własnej wartości, atrakcyjności) wskazana staje się wizyta u psychologa lub konsultacja u psychiatry lub psychoseksuologa.** Problemy w komunikacji, brak porozumienia między partnerami, powinny być omawiane w trakcie psychoterapii par. Współczesna rehabilitacja psychoseksualna wymaga interdyscyplinarnego i wielopłaszczyznowego podejścia do spraw zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Począwszy od uznania, że pacjent z chorobą nowotworową ma możliwość pełnej realizacji swojej seksualności, może być nadal atrakcyjnym i pełno(s) prawnym partnerem w sztuce miłości pomimo trudności związanych z chorobą, aż do przekonania partnera/partnerki o wyjątkowych wartościach bliskości i komunikacji. **Dopóki trwa proces zdrowienia, leczenie nie jest jeszcze zakończone, samopoczucie bywa zmienne, osoba z chorobą i jej partner/partnerka może potrzebować, a co za tym idzie, próbować znaleźć nowy sposób i prze-strzeń na realizację swojej intymności.** Dlatego rehabilitacja psychoseksualna jest ważnym aspektem dla wielu pacjentów i ich partnerów.



## Jak sprawić, aby życie intymne zakwitło w trakcie leczenia?

mgr  
Klaudia Latosik

Podczas początkowego szoku związanego z diagnozą, seks może być ostatnią rzeczą, o której pomyślisz. Z czasem mogą pojawić się pytania dotyczące wpływu leczenia i tego, kiedy będzie można powrócić do aktywności seksualnej. Jak ta aktywność seksualna będzie wyglądała. Co się zmieni? Na jakie zmiany i jak się przygotować? Czy możliwe jest satysfakcjonujące życie seksualne? Jakie trudności mogą się pojawić?

Chłoniak i jego leczenie mogą zmienić twoje ciało i samopoczucie, a to może mieć wpływ na twoją seksualność. Pojawić się może lęk, depresja, obniżone poczucie własnej atrakcyjności. Psychoonkolog Beata Pachońska podpowiada Ci we wcześniejszym rozdziale, jak zaakceptować te zmiany. Efekty uboczne leczenia – zmęczenie, nudności, suchość błon śluzowych, a także przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych może powodować spadek lub brak pożądania, problemy z erekcją, trudności z osiągnięciem orgazmu, suchość pochwy i ból podczas stosunku. Leczenia chłoniaka nie pozbawia nas jednak zdolności do kochania i bycia kochanym, okazywania sobie wzajemnie troski, doceniania i bycia docenianym, realizacji i wyrażania potrzeb seksualnych. Seks to nie tylko penetracja, a także pieszczoty, przytulanie, głaskanie, lizanie, szczypanie, masowanie i dotykanie, flirt, zmysłowy taniec. Dotyk ma bardzo pozytywny wpływ na nasze samopoczucie psychiczne i fizyczne. Zwiększa pozytywne emocje i zmniejsza negatywne. Niektóre zmiany w waszej seksualności są tymczasowe, inne będą długotrwałe i trzeba się do nich przystosować. Bardzo możliwe jest jednak, że te zmiany wzmocnią związek, poprawią sposób komunikowania się i doprowadzą do odkrycia nowych, satysfakcjonujących sposobów realizacji seksualnej.

## EMOCJE I SEKSUALNOŚĆ

W trakcie i po leczeniu możesz odczuwać wiele emocji, które będą wpływały na twoją seksualność.

### Złość

MOŻESZ CZUĆ SIĘ ZŁY/ZŁA Z POWODU CHŁONIAKA I TEGO, ŻE WPŁYWA NA TWOJĄ SEKSUALNOŚĆ I POJAWIENIE SIĘ TRUDNOŚCI SEKSUALNYCH, KTÓRYCH WCZEŚNIEJ NIE DOŚWIADCZYŁEŚ/DOŚWIADCZYŁAŚ

### Niepokój

MYŚLI O INTYMNOŚCI LUB ODBYCIU STOSUNKU MOGĄ BUDZIĆ TWÓJ NIEPOKÓJ. MOŻESZ MIEĆ WĄTPLIWOŚCI, CZY SOBIE PORADZISZ, CZY NIE POJAWIĄ SIĘ PROBLEMY Z EREKCJĄ LUB BOLESNY STOSUNEK. KIEDY NIE MASZ PARTNERA, MOŻESZ ODCZUWAĆ NIEPOKÓJ PRZED ROZPOCZĘCIEM NOWEGO ZWIĄZKU I RELACJI INTYMNEJ. LĘK MOŻE WPŁYNAĆ NA TWOJĄ SAMOOCENĘ I SPOWODOWAĆ SPADEK ZAINTERESOWANIA SEKSEM

### Strach

MOŻESZ OBAWIAĆ SIĘ, ŻE NIE JESTEŚ W STANIE ZASPOKOIĆ SEKSUALNIE SWOJEGO PARTNERA/PARTNERKĘ. MOŻESZ MIEĆ TRUDNOŚĆ W WYOBRAŻENIU SOBIE SIEBIE W ROLI KOCHANKA / KOCHANKI

### Wstyd

MOŻESZ CZUĆ SIĘ ZAWSTYDZONY/A Z POWODU ZMIAN W SWOIM WYGLĄDZIE, SEKSUALNOŚCI I W SPOSOBIE FUNKCJONOWANIA ORGANIZMU

### Depresja

UCZUCIE SMUTKU, NIEPOKOJU, DRAŻLIWOŚCI I PRZYGNĘBIENIA A TAKŻE PROBLEMY ZE SNEM MOGĄ SPOWODOWAĆ, ŻE ZMNIJSZY SIĘ TWOJE LIBIDO

### Żal

MOŻESZ ODCZUWAĆ ŻAL Z POWODU UTRATY POPRZEDNIEGO FUNKCJONOWANIA I ŻYCIA SEKSUALNEGO

**EMOCJE TE MOGĄ MIEĆ WPŁYW NA POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI, SEKSUALNOŚĆ I STOSUNEK DO INTYMNOŚCI ORAZ BLISKOŚCI. POMOCNE MOŻE BYĆ POROZMAWIANIE O SWOICH UCZUCIACH Z KIMŚ BLISKIM, PARTNEREM/ PARTNERKĄ, PSYCHOLOGIEM LUB POSZUKANIE WSPARCIA W GRUPACH POMOCOWYCH.**



## Wpływ leczenia na pożądanie i reakcje seksualne u kobiet. Co warto przemyśleć?

W zrozumieniu trudności jakich doświadczają kobiety w trakcie i po leczeniu przeciwnowotworowym przydatna jest podstawowa wiedza na temat reakcji seksualnych. Tu przedstawię Ci dwa podejścia!

1

**Helen Singer Kaplan, seksuolożka i terapeutka, opracowała trójfazowy model reakcji seksualnej składający się z:**

**1. Pożądania.** Pojawia się kiedy kogoś pragniesz chcesz mieć z nią/nim aktywność seksualną. Pożądanie (libido) możemy porównać do apetytu, ochoty na seks a nawet uczucia głodu. Kiedy pożądanie zostanie zaspokojone, to zanika lub staje się mniejsze. Wyraża się w fantazjach i myślach seksualnych. Libido zależy od twojego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego, satysfakcji z relacji, poczucia własnej atrakcyjności, poziomu hormonów płciowych, samooceny, przekonań nt. seksu, dotychczasowych doświadczeń seksualnych, ilości snu.

**2. Podniecenia i etapu plateau.** To pobudzenie seksualne, w trakcie którego w ciele kobiety zaczyna zachodzić wiele zmian: •serce bije szybciej i wzrasta ciśnienie krwi •oddech staje się głębszy i cięższy •pojawia się śluz pochwy •pochwa rozszerza się i rozciąga •wargi sromowe oraz łechtaczka nabrzmiewają i ciemnieją •piersi powiększają się •może wystąpić „rumieniec seksualny”- zaróżowienie skóry w okolicy piersi.

**3. Orgazmu.** To połączenie doznań fizycznych, umysłowych i emocjonalnych. Podczas orgazmu zwieracze przepony miednicy kurczą się w tym samym rytmie. Zwiększa się ciśnienie krwi, przyspiesza oddech i akcja serca. Całe ciało może zacząć drżeć. Pojawia się poczucie ulgi, znika napięcie zgromadzone we wszystkich mięśniach.

## 2

**W latach 90. XX wieku dwóch seksuologów Erick Janssen i John Bancroft opracowali model podwójnej kontroli reakcji seksualnej. Znajomość tego modelu może ci ułatwić zrozumienie własnych zachowań seksualnych. Składa się on z dwóch systemów:**

**Systemu pobudzenia seksualnego.** Ta część systemu cały czas monitoruje twoje otoczenie w wyłapywaniu bodźców seksualnych – tego co widzisz, słyszysz, wąchasz, dotykasz, smakujesz oraz to o czym fantazjujesz. Przesyła sygnały z mózgu do narządów płciowych, które na odpowiednie bodźce reagują podnieceniem – np. w odpowiedzi na fantazje seksualne, miłą rozmowę z naszym partnerem/partnerką, zapach perfum, zmysłowy taniec.

**System hamowania seksualnego.** Kiedy system pobudzania wyłapuje bodźce wywołujące podniecenie, to system hamowania lustruje otoczenie w poszukiwaniu elementów osłabiających pobudzenie seksualne – np. kiedy pojawiają się myśli „nie jestem wystarczająco atrakcyjna” lub „ostatnio nie miałam orgazmu, teraz znowu tak będzie” lub inne bodźce – hałas, nieprzyjemny zapach.

Model podwójnej kontroli wyjaśnia, jak umysł reaguje na bodźce o działaniu pobudzającym lub hamującym podniecenie. Korzystając z wiedzy o działaniu tego modelu możesz przekształcić to, na co reagujesz – np. usunąć te czynniki, które działają hamująco na twoje podniecenie, a rozwijać te, które są pobudzające. Jak to zrobić?

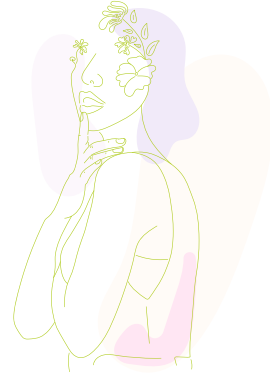
**Możesz sobie zadać dwa pytania, które pozwolą na odkrycie tego, co działa na ciebie pobudzająco:**

1. Jak wrażliwy jest twój system pobudzenia seksualnego?
2. Co go aktywuje? Na co on reaguje?

Pomocne w formułowaniu odpowiedzi na powyższe pytania może być przywołanie sobie pozytywnego przeżycia seksualnego z twojej przeszłości. Opisz je sobie na kartce i spróbuj zmieścić w tej historii jak najwięcej szczegółów – aspektów, które uczyniły to wspomnienie miłym, przyjemnym i satysfakcjonującym.

Zastanów się:

- W jakiej kondycji fizycznej wtedy byłaś?
- Jaki miałaś nastrój?
- Czy byłaś zadowolona ze swojego wyglądu?
- W co byłaś ubrana?
- Gdzie odbywała się ta aktywność?
- Jaki był twój poziom stresu?
- A jaki poziom lęku?
- Jak zachowywał się twój partner/partnerka?
- Jak pachniał/pachniała?
- Czy czułaś się pożądana?
- Jakie czynności seksualne wtedy podjęłaś?



Odpowiedzi te pozwolą Ci na uświadomienie sobie, co aktywuje twój system pobudzenia seksualnego. Ile z tych przyjemnych rzeczy świadomie wprowadzasz i rozwijasz w swoim życiu seksualnym? To one mają wpływ na twoje libido. Sięgaj po nie.



**Wpływ leczenia na pożądanie i reakcje seksualne u kobiet.**

**Co warto robić, gdy pojawia się...**

**1**

**Uczucie zmęczenia i brak energii na seks.**

W trakcie leczenia przeciwnowotworowego możesz odczuwać duże zmęczenie i ogólnie osłabienie organizmu, co może sprawić, że na seks zabraknie ci już energii. W dniach kiedy czujesz się trochę lepiej, ochota na seks może wrócić i wtedy pojawia się szansa, aby podjąć aktywność seksualną. Seks ma wiele korzyści dla zdrowia, dobrostanu psychicznego, pozytywnie wpływa na relację i samopoczucie – nie rezygnuj z niego. Przy zmęczeniu i niskim poziomie energii możesz skorzystać z poniższych pomocy:

**1. W trakcie leczenia na kilka dni przed kolejnym podaniem chemii może pojawić się nastrój i ochota na seks.** Te dni możesz wykorzystać na niewymagające dużego wysiłku, ale przyjemne aktywności seksualne jak: pieszczenie, głaskanie, mizianie, dotykanie, seks w spokojnych, delikatnych pozycjach – np. na łyżeczkę lub w pozycji misjonarskiej.

## 2. Spróbuj przewidzieć sytuacje, które zwiększają zmęczenie.

Unikaj ich w dniu, kiedy będziesz planować seks.

## 3. Zmień ograniczające cię przekonania nt. tego, jak powinien wyglądać seks.

Seks to nie bicie rekordów i nie musi się wiązać z dynamicznymi, intensywnymi aktywnościami. Seks to cały repertuar zachowań seksualnych, a nie tylko akrobatyczne wyczyny. W poszukiwaniu nowych rodzajów stymulacji seksualnej możesz odkryć i przekonać się, że to właśnie seks z uważnością, świadomością i delikatnością jest czymś wspaniałym. Czymś co zbliży cię do partnera/partnerki, a kiedy jesteś sama, to pozwoli ci na odkrycie nowych, fascynujących sposobów sprawiania sobie przyjemności.

**4. Wyobraźnia nie ma ograniczeń.** Rozwijaj ją. Fantazjowanie i dzielenie się fantazjami z drugą osobą wzmacnia podniecenie.

**5. Wyznacz porę dnia, kiedy twoje samopoczucie jest najlepsze** i wtedy zaplanuj aktywność seksualną – np. po drzemce w ciągu dnia.

**6. Postaw na wygodę i komfort.** Słuchaj swojego ciała. Wybieraj te pozycje seksualne, które są dla Ciebie przyjemne i nie powodują bólu. Jeżeli potrzebujesz dodatkowych akcesoriów – takich jak poduszka pod biodra lub lubrykant – skorzystaj z nich.

## 2 Zmniejszone libido

Zmniejszone libido i brak ochoty na seks w trakcie leczenia jest zupełnie normalne. Powody utraty pożądania mogą mieć podłoże psychologiczne: depresja, lęk, wstyd, strach, stres a także fizjologiczne: nudności, ból, zmęczenie. **Ważne na tym etapie jest, aby zastanowić się, czego ja potrzebuję i czego potrzebuje mój partner/partnerka. Otwarta komunikacja w związku, gdzie możesz swobodnie rozmawiać o swoich uczuciach i pragnieniach, może ci pomóc.** Zastanów się, czy na tym etapie jesteś gotowa na podejmowanie aktywności seksualnych. Kiedy powodują one u ciebie niepokój lub dużą niechęć, zmuszanie się może przyczynić się do powiększenia się trudności seksualnych. To jest tymczasowa sytuacja i wiele par znajduje rozwiązanie tego problemu. Niektóre pary skupiają się na wzmacnianiu bliskości – przytulają się, głaszczą, masują, dotykają, spędzają czas w łóżku,

patrząc sobie w oczy. Z pozoru te „niewinne” zachowania bardzo wzmacniają więź i pogłębiają intymność. W innych związkach pary decydują się na doprowadzanie do orgazmu jednego z partnerów, bez oczekiwania i presji, że druga strona będzie podniecona i uzyska satysfakcję. Badania Johna Bancrofta potwierdzają, że dla wielu kobiet (ok 75%) zadowolenie seksualne partnera/partnerki daje im największą satysfakcję, a nie orgazm.

Na zmniejszenie pożądania największy wpływ mają czynniki psychologiczne, relacyjne i kulturowe. Czynniki medyczne lub organiczne odgrywają pewną rolę, ale to nie one są decydujące. **Seks jest w naszych głowach i to od naszych myśli i przekonań zależy to, czy to pożądanie się pojawi, czy nie.** Ważny dla kobiet jest czynnik relacyjny. Konfliktowy, niewspierający związek przyczynia się do spadku zainteresowania seksem. To co działa na większość kobiet, to pragnienie bycia pożądaną i akceptacja swojej seksualności ze wszystkimi możliwościami i ograniczeniami.

### 3 Ból podczas stosunku

Ból podczas stosunku w trakcie leczenia może być spowodowany suchością pochwy, jak i silnym napięciem emocjonalnym spowodowanym długotrwałym lękiem i stresem. Z tą trudnością kobiety przychodzą najczęściej do gabinetu seksuologicznego. Ból może pojawić się w trakcie gry wstępnej, w czasie trwania stosunku lub po zakończeniu go. **Najważniejsze w zapobieganiu lub łagodzeniu problemów z suchością pochwy jest przywrócenie nawilżenia okolic intymnych.** Lokalne leczenie dopochwowe estrogenem jest skuteczne w odwracaniu zanikowych zmian w pochwie i łagodzeniu towarzyszących mu objawów. O doborze leczenia zawsze decyduje lekarz.

W łagodzeniu dolegliwości bólowych pomocny może być trening z użyciem rozszerzaczy pochwy - dilatorów. Są one wykonane z delikatnego, bezpiecznego dla organizmu materiału. Kształtem przypominają palec, dostępne są w różnych długościach i wielkościach. Co pozwala na dobór odpowiedniego rozmiaru, w zależności na jakim etapie treningu jesteśmy. Zmniejszają lub całkowicie eliminują ból podczas stosunku, wzmacniają także mięśnie dna miednicy. Użycie dilatorów można włączyć do planu treningowego po uprzednim wykonaniu ćwiczeń relaksacyjnych.

**Dolegliwości bólowe podczas stosunku mogą mieć także charakter psychologiczny. Zazwyczaj jest to związane z lękiem i stresem i innymi emocjami, które pojawiają się w trakcie leczenia – smutkiem, rozczarowaniem, poczuciem winy i złością.** Negatywne myśli i emocje nt. seksu mogą blokować podniecenie, a bez odpowiedniego podniecenia pochwa jest ściśnięta i stosunek staje się bolesny. Warto wiedzieć i pamiętać o tym, że do stosunku seksualnego niezbędne jest rozluźnione, zrelaksowane ciało i głowa. Potrzebna jest atmosfera ciepła, zrozumienia i bezpieczeństwa. Pośpiech i niecierpliwość mogą nasilić problem. Nie podejmuj stosunku, kiedy nie jesteś gotowa psychicznie i fizycznie. Świadomie obserwuj na jakim poziomie jest twoje podniecenie. Kiedy jesteś podniecona na minimum 4 (w skali od 1 do 5), to prawdopodobnie wtedy pochwa jest już maksymalnie wydłużona i rozszerzona oraz nawilżona. To może być dobry moment, aby pójść dalej. W trakcie stosunku korzystaj z lubrykantów na bazie wody lub z dodatkiem kwasu hialuronowego.

## **4** Trudności z osiągnięciem orgazmu

Orgazm jest czymś czego pożądamy, czego pragniemy i o czym fantazjujemy, ale nie dla każdej kobiety jest on niezbędny do osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Jak wynika z badań Johna Bancrofta tylko 30% kobiet deklaruje, że to orgazm jest głównym wyznacznikiem satysfakcji seksualnej. Prawie 80% kobiet podała, że to poczucie emocjonalnej bliskości z partnerem/partnerką daje im największą satysfakcję. 75% uważa, że zadowolenie seksualne drugiej osoby a dla 62% to komfortowa rozmowa o seksie z partnerem/partnerką. Nie zawsze przeżycie orgazmu równoznaczne jest z odczuwaniem satysfakcji seksualnej.

### **Orgazm to nie obowiązek!**

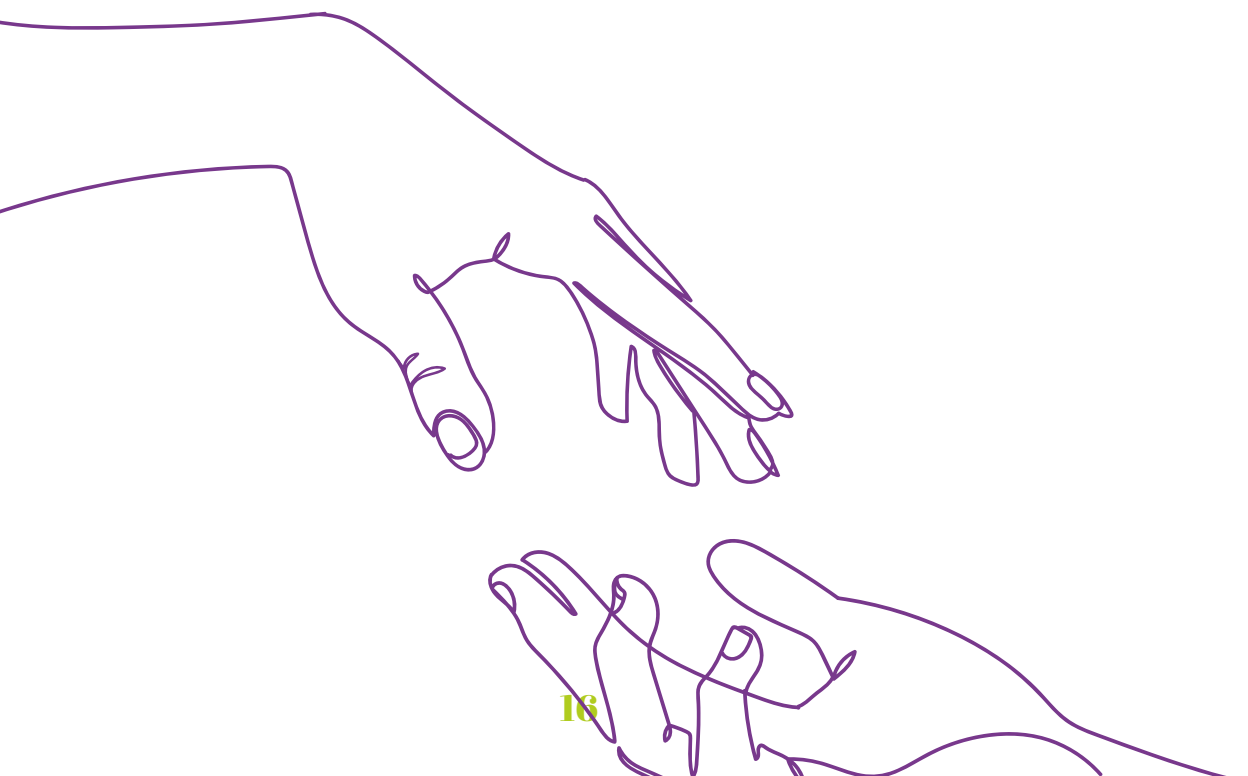
Większość kobiet po zakończeniu leczenia jest w stanie osiągać orgazm – o ile przed rozpoczęciem nie miały z tym trudności. Dla niektórych może to być nieco trudniejsze i wymagać będzie więcej czasu oraz praktyki. Na rynku jest wiele książek i filmów pokazujących jak osiągnąć orgazm. Badania pokazują, że technika zwana kierowaną masturbacją ma wysoką skuteczność. Technika ta zakłada, że to osoba trenująca ma sama poznać co ją podnieca, aby potem wprowadzić to do relacji seksualnej z partnerem/partnerką. Pierwszy krok to zapoznanie się ze swoimi narządami intymnymi (np. w lusterku) i „badawcze”,

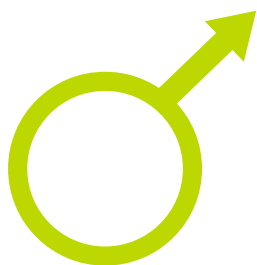


nieseksualne dotknięcia. Kolejne dotknięcia powinny już doprowadzać do stymulacji seksualnej. W tej fazie warto skorzystać z lubrykantów. Następny krok polega na włączeniu fantazji i myśli erotycznych do stymulacji, aby w kolejnym przejść do dotykania łechtaczki. Ostatni etap, dla kobiet będących z związkach, pozwala na obecność partnera/partnerki w czasie treningu.

**Zaakceptowanie faktu, że tymczasowo możesz nie osiągać orgazmu za każdym razem, może zmniejszyć presję i pozwoli na skoncentrowaniu się na dawaniu i przyjmowaniu przyjemności. Często to presja i nierealne oczekiwania są główną barierą w uzyskaniu satysfakcji seksualnej.**

Jeden z mitów nt. orgazmu, który utrudnia jego osiągnięcie mówi, że liczy się tylko orgazm pochwowy. Dla naszego mózgu orgazm jest. Są różne drogi stymulacji, ale i tak wszystkie związane są z pieszczaniem łechtaczki. Łechtaczka jest o wiele większym narządem, niż się powszechnie uważa, a to, co widzimy na zewnątrz, to jedynie główka łechtaczki, jej żołądź. Łechtaczka otacza całą pochwę i każda stymulacja dotyczy właśnie jej. Często nie docenia się tego, że kobiety o wiele częściej doświadczają przyjemności na skutek pieszczenia, głaskania, lizania i muskania żołądza łechtaczki, niż na skutek penetracji. Często jest to spowodowane tym, że to w penetracji upatruje się jedynej drogi do kobiecego orgazmu.





## Wpływ leczenia na sprawność seksualną mężczyzn.

### Co warto wiedzieć?

Reakcja mężczyzny na bodźce seksualne jest wynikiem współdziałania wielu mechanizmów i uzależniona jest od sprawnie działających układów: nerwowego, hormonalnego i krążenia. Wpływ także mają cechy osobowości, preferencje i potrzeby seksualne, samoocena, relacja partnerska, uwarunkowania kulturowe i religijne, postawy i przekonania nt. seksu. Utrata pożądania i problemy z erekcją to najczęstsze trudności pojawiające się w trakcie leczenia i mogą stanowić wyzwanie dla poczucia męskości. Panuje szkodliwy stereotyp, że „prawdziwy” mężczyzna zawsze może i zawsze jest chętny i gotowy na seks. Przekonanie to może budzić niepokój i obawy przed rozmową z partnerką/partnerem o swoich trudnościach a nawet rezygnację z życia seksualnego.

#### U mężczyzn reakcja seksualna składa się z 4 faz:

**1. Pożądania.** Pojawia się, kiedy masz ochotę na seks, kiedy fantazjujesz o seksie i dążysz do aktywności seksualnej.

**2. Podniecenia.** Ta faza wiąże się z wystąpieniem erekcji. Oprócz erekcji wydziela się niewielka ilość śluzu z cewki moczowej. Oddech przyśpiesza, zwiększa się akcja serca i wzrasta ciśnienie tętnicze krwi. W miarę upływu lat czas trwania erekcji maleje. U mężczyzny w wieku do 25 lat trwa ona przeciętnie do 54 minut, w wieku 31-41 lat około 41 minut, w wieku 51-55 lat zmniejsza się do 27 minut, w okresie pomiędzy 61-65 lat około 10 minut. Naturalne jest również to, że wraz z wiekiem mężczyzna potrzebuje coraz więcej bodźców seksualnych, aby ta erekcja wystąpiła.

**3. Orgazmu.** To moment szczytowania, kulminacyjnego wzrostu napięcia seksualnego. Podczas orgazmu dochodzi do skurczów mięśni dna miednicy oraz zwieracza odbytu, wzrasta częstotliwość oddechu, akcji serca i ciśnienia tętniczego, może pojawić się tzw. „rumień seksualny”. U mężczyzn to nie sam orgazm jest najprzyjemniejszy, a moment zbliżającego się wytrysku. Możliwy jest orgazm bez wytrysku i wytrysk bez orgazmu.

**2. Odprężenia.** Ta faza pojawia się kilka minut po orgazmie. Mięśnie dna miednicy rozluźniają się, oddech staje się spokojniejszy, erekcja ustępuje. Uczucie przyjemnego znużenia może spowodować potrzebę snu. Po wytrysku pojawia się okres refrakcji, trwa on od kilkunastu minut do kilkudziesięciu godzin (jest to zależne od wieku, kondycji psychicznej i fizycznej). Jest to okres kiedy mężczyzna, nawet przy odpowiedniej stymulacji, nie jest gotowy na podjęcie kolejnej aktywności seksualnej.



**Wpływ leczenia na sprawność seksualną mężczyzn.**

**Co robić, gdy pojawia się...**

**1**

**Brak pożądania**

W trakcie leczenia przeciwnowotworowego może pojawić się tymczasowy brak zainteresowania seksem. Potrzeby seksualne przestają być tak ważne jak wcześniej i to jest zupełnie normalne. Wśród przyczyn tego stanu można wymienić: leki przeciwdepresyjne (SSRI, SNRI), przewlekłe zmęczenie, stres, problemy ze snem, obniżoną samoocenę, czy brak komunikacji w relacji. Mniejsze zainteresowanie seksem może budzić dyskomfort i niepokój. Wielu mężczyznom trudno jest rozmawiać o swoich uczuciach i trudnościach z partnerką/partnerem. Otwarta, szczerza rozmowa nie tylko może polepszyć komunikację w parze, wzmocnić więź, ale i odkryć na nowo swoją seksualność. Największe obawy u mężczyzn budzą brak erekcji i myśl, że nie będą w stanie zaspokoić partnerki/partnera. Niepokój mogą również powodować nieprawidłowe przekonania nt. seksu, mówiące o tym, że rolą mężczyzny jest zaspokajanie partnerki, czy podkreślające wartość mężczyzny na podstawie jego sprawności seksualnej. O byciu dobrym kochankiem nie decydują fizyczne możliwości, a czułość, uważność i otwartość na komunikację intymną.

Pożądanie zwiększa się, kiedy jesteś w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Aktywność fizyczna, odpowiednia ilość snu, lekka dieta, rezygnacja z używek, techniki relaksacyjne (np. trening relaksacyjny Jacobsona), komunikacja z partnerem/partnerką – mogą znacząco przyczynić się do poprawy i powrotu libida.

## 2 Problemy z erekcją

Większość mężczyzn, u których zastosowano chemioterapię zachowuje zdolność do erekcji, u niektórych mogą wystąpić problemy z erekcją. Trudność ta jest tymczasowa i ustępuje po zakończeniu leczenia.

Problemy z erekcją mogą być również spowodowane czynnikami psychologicznymi jak i niepożądanym działaniem leków przeciwdepresyjnych. Skutki uboczne tych leków mogą obejmować: obniżenie pożądania, zaburzenia erekcji, trudności z osiągnięciem orgazmu, wytrysk przedwczesny, zaburzenia czucia okolic genitalnych. Dostępne są leki przeciwdepresyjne o alternatywnych mechanizmach działania, odznaczające się niższym ryzykiem występowania trudności seksualnych, a niektóre mogą mieć nawet działanie poprawiające reaktywność seksualną. O doborze i zmianie leków zawsze decyduje lekarz.

Przy częściowej erekcji możesz spróbować masowania łechtaczki i warg sromowych. To bardzo przyjemna, prowadząca do orgazmu forma stymulacji. Możesz także skorzystać z pomocy gadżetów erotycznych – np. dilda lub wibratora.

**Zdrowa relacja seksualna nie wymaga seksu penetracyjnego. Upatrywanie w penetracji największego źródła kobiecej przyjemności to kolejne z ograniczających przekonań – zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn.**

To łechtaczka jest organem służącym do czerpania przyjemności i zdecydowana większość kobiet, dzięki niej szczytuje. Istnieje wiele bardzo przyjemnych i satysfakcjonujących aktywności seksualnych jak: wzajemna masturbacja, seks oralny, masaż całego ciała olejkami. Najważniejsze dla relacji jest dbanie o utrzymanie intymności – całowanie, przytulanie, trzymanie się za ręce, głaskanie, i szczerza, otwarta komunikacja.



## Intymność i seks w parze Kilka dobrych rad!

Utrzymanie lub powrót do intymności i seksu może być ciekawym i rozwijającym doświadczeniem. To od ciebie i twojego nastawienia zależy jakie będzie twoje życie seksualne. Naturalnie możesz potrzebować czasu, aby dostosować się do zmian. Istnieje kilka sposobów na przygotowanie się do nich:

- **Rozmawiaj otwarcie ze swoim partnerem/partnerką.** Podziel się z nim wszelkimi obawami dotyczącymi tego, co zmieniło się w twoim funkcjonowaniu seksualnym. Komunikuj, kiedy jesteś gotowa/gotowy na seks, jakich pieśzczoł teraz potrzebujesz i jak druga osoba może ci pomóc odczuwać przyjemność.
- **Poznaj sama/sam, co zmieniło się w twoich reakcjach seksualnych.** Masturbacja może pomóc w zrozumieniu tego, co teraz sprawia Ci przyjemność, jaki rodzaj stymulacji i nacisku lubisz. Tą wiedzę podziel się potem z partnerem/partnerką.
- **Nie spiesz się.** Powrót do intymności i seksu wymaga cierpliwości i delikatności. Być może lepszym pomysłem na pierwszych kilka razy będzie przytulenie i zmysłowy masaż, a nie seks penetracyjny lub inna, dynamiczna aktywność seksualna.
- **Zaplanuj swój seks.** W trakcie i po leczeniu może pojawić się konieczność przygotowania się do aktywności seksualnej – np. użycia lubrykantów, gadżetów erotycznych, czy wyboru pory dnia, kiedy jesteś wypoczęty/a.
- **Otwórz się i poznaj nowe sposoby stymulacji seksualnej.** Po leczeniu przeciwnowotworowym dotychczasowe sposoby uprawiania seksu mogą być trudniejsze, co nie oznacza, że te nowe nie będą równie przyjemne. Bądź otwarty/a, eksploruj i odkrywaj, badaj różne sfery erogenne. Całe nasze ciało jest sferą erogenną, a nie tylko narządy intymne, pośladki i piersi. Skorzystaj z wyobraźni, włącz historie ze swoich fantazji seksualnych do swojego życia seksualnego.

- **Skup się na bliskości i intymności w związku.** Bądź ze swoim partnerem/partnerką blisko, spędzajcie czas razem i róbcie coś co sprawia wam przyjemność. Autentyczna relacja pozytywnie wpływa na pożądanie i satysfakcję seksualną.
- **Bądź aktywny/a fizycznie.** Ruch pozytywnie wpływa na libido i zmniejsza zmęczenie. Nawet krótki spacer wokół domu może przynieść efekty.
- **Korzystaj z technik relaksacyjnych i medytacyjnych.** Są one bardzo pomocne w radzeniu sobie z stresem, lękiem i niepokojem.
- **Bądź cierpliwa/y.** Wiele osób zauważa, że z czasem i praktyką wszystko się poprawia, wraca do normy, a w niektórych przypadkach się polepsza.
- 



## Intymność i seks w parze Jak rozmawiać z partnerem/partnerką o seksie?

Mówienie o seksie to nie tylko umiejętność nazywania narządów intymnych i pozycji seksualnych, ale przede wszystkim umiejętność mówienia o swoich potrzebach, granicach i emocjach. To także umiejętność negocjowania. Możesz obawiać się rozmowy z partnerem/partnerką o zmianach w swojej seksualności. Chociaż unikanie rozmów o seksie może być łatwiejsze, szczególnie kiedy oboje jesteście skupieni na leczeniu, może to prowadzić do frustracji i nieporozumień.

**Czasami może brakować ci odpowiednich słów. Jak zacząć? Nawet jeżeli poniższe sugestie nie pasują idealnie do twojej sytuacji, to mogą cię zainspirować do stworzenia własnych. Milczenie nigdy nie jest dobrym rozwiązaniem. Otwarte komunikowanie się z partnerem/partnerką może pomóc w przezwyciężeniu trudności seksualnych spowodowanych leczeniem chłoniaka.**

## Tak możesz o tym powiedzieć...

"Mam wrażenie, że nigdy nie mam energii na seks. Martwię się o to, jak ty się czujesz z tego powodu. Zależy mi na tym, aby twoje potrzeby były też zaspokojone.

Może uda nam się razem wymyślić rozwiązanie,  
które będzie nam obojgu pasowało"

"Chcę ci pokazać jak lubię być dotykana/dotykany. Zależy mi, abyś poznał/a miejsca, które mogą być teraz bardziej delikatne i sprawiające mi ból".

"Czuję, że znów jestem gotowa/y na seks, ale chciałabym, żeby wszystko odbywało się powoli i delikatnie. Co ty na to?"

"Chcę spróbować nowych rzeczy w seksie, które pomogą nam znów być blisko. Teraz jestem gotowa na wiele przyjemnych sytuacji, ale bez pójścia na całość. To dla mnie jeszcze za wcześnie".

„Brakuje mi naszego życia seksualnego. Pieszczot, całowania, dotykania. Czy możemy porozmawiać o tym jak znów być ze sobą blisko fizycznie".

"Lubię jak mnie dotykasz i pieścisz. Teraz jednak potrzebuję trochę lżejszego i delikatniejszego dotyku, aby było mi przyjemnie".

Jak rozmawiać z nowym partnerem/partnerką:

"Leczenie chłoniaka zmieniło moje ciało i moją seksualność.

Trudno jest mi mówić o tych zmianach, ale chcę, żebyś o tym wiedział/a"

Zanim przejdziemy do kolejnego etapu w naszej relacji, to chcę ci powiedzieć, jak leczenie chłoniaka wpłynęło na moją seksualność".

"Naprawdę podoba mi się to, w jakim kierunku zmierza nasz związek.

Chcę, żebyś wiedział/a, że choruję/chorowałam/em na chłoniaka.

Czy chciałbyś/aś, abym więcej ci powiedział/a?"

"Nadal jestem zainteresowana seksem, ale może będziemy musieli wykazać się pewną pomysłowością".

"Nie uprawiałam/em seksu od czasu leczenia chłoniaka i martwię się jak to będzie, czy sobie poradzę. Teraz potrzebuję ciepłości i delikatności. Jak się na to zapatrujesz?"