

Grażyna Jarząbek-Bielecka

Zarys problematyki seksuologicznej w przypadku pacjentek z rakiem gruczołu sutkowego

An outline of sexual problems in patients with breast cancer

Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska
Adres do korespondencji: Dr hab. n. o zdr. Grażyna Jarząbek-Bielecka, Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Polna 33, 60-535 Poznań, tel.: +48 61 841 92 78, e-mail: grajarz@tlen.pl

Division of Developmental Gynecology and Sexology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland
Correspondence: Grażyna Jarząbek-Bielecka, MD, PhD, Division of Developmental Gynecology and Sexology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences, Polna 33, 60-535 Poznań, Poland, tel.: +48 61 841 92 78, e-mail: grajarz@tlen.pl

Streszczenie Praktyka kliniczna pokazuje, że konieczne jest indywidualne podejście do seksualności kobiety dotkniętej rakiem piersi – najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Pacjentki chorujące na raka piersi i poddające się mastektomii mają bogate i niestety przykre doświadczenia, związane zarówno ze sferą somatyczną, jak i psychiczną, a to zazwyczaj skutkuje dystresem. Najnowsze metody leczenia przyczyniły się do poprawy komfortu życia kobiet z rakiem piersi. Co ważne, uwzględnia się obecnie także życie seksualne pacjentek. Wraz z postępowaniem metod diagnostycznych, leczenia operacyjnego oraz adiuwantowej terapii nowotworów ginekologicznych coraz częściej udaje się uzyskać długoterminowe przeżycie i wyleczenie. Zmiany w funkcjonowaniu spowodowane chorobą i stosowaną terapią są związane z indywidualnymi cechami kobiet i mają wieloczynnikowe podłoże. Personel medyczny musi w właściwy sposób – empatycznie, z poszanowaniem intymności i godności jednostki – poruszać te kwestie w rozmowach z pacjentkami. Opieka ginekologiczno-seksuologiczna dotyczy najbardziej intymnych problemów, a w przypadku kobiet z rakiem piersi wymaga szczególnej wrażliwości i profesjonalnego podejścia.

Słowa kluczowe: rak piersi, seksuologia, onkologia, ginekologia

Abstract Clinical practice points to the need for an individual approach to the sexuality of women affected by breast cancer, which is the most common female malignancy. Patients with breast cancer who undergo mastectomy are burdened with many bad experiences related both to the somatic and mental sphere, which usually results in distress. The latest treatment modalities have contributed to improved comfort of life in women with breast cancer. Importantly, the sexual life of patients is now also taken into account. Due to the advances in diagnostic methods, surgical treatment and adjuvant therapy of gynecological cancers, it is increasingly possible to achieve long-term survival and cure. Functional changes caused by the disease and the therapy used are related to the individual characteristics of women and have a multifactorial etiology. Medical personnel should address these issues during conversations with patients in an appropriate way, i.e. emphatically, respecting patient's intimacy and dignity. Gynecological and sexological care deals with the most intimate problems and requires particular sensitivity and professional approach in women with breast cancer.

Keywords: breast cancer, sexology, oncology, gynecology

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Kobiety dotknięte tym nowotworem i poddające się mastektomii mają bogate i niestety przykre doświadczenia, związane zarówno ze sferą somatyczną, jak i psychiczną⁽¹⁾.

Najnowsze metody leczenia przyczyniły się do poprawy komfortu życia pacjentek z rakiem piersi. Wraz z postępem metod diagnostycznych, leczenia operacyjnego oraz adiuwantowej terapii nowotworów ginekologicznych coraz częściej udaje się uzyskać długoterminowe przeżycie i wyleczenie. Rozwija się również psychoonkologia. Co ważne, obecnie uwzględnia się także życie seksualne tych kobiet. Rozpoznanie nowotworu, jego leczenie oraz medyczne i psychologiczne następstwa mają bowiem ogromny wpływ na seksualność kobiety⁽²⁾.

Kobiece piersi kojarzą się z macierzyństwem, karmieniem i – bardziej symbolicznie – z bezpieczeństwem, troską, opieką. Są kulturowymi symbolami kobiecości i zmysłowości, więc w momencie rozpoznania raka piersi percepcja własnej seksualności może istotnie się zmienić, a później zakłócić ją może zastosowane leczenie⁽¹⁾. W kulturze Zachodu piersi postrzegane są przede wszystkim jako esencja kobiecości; kojarzy się głównie z fizycznymi atutami kobiety, z jej atrakcyjnością seksualną. Pełnią ściśle określone funkcje: mają być ozdobą i obiektem pożądania. Kultura popularna narzuca wygląd idealnych piersi – można wręcz powiedzieć, że stają się one przedmiotem, który istnieje po to, by mógł być oceniany i, w najlepszym razie, doceniany przez innych, zwłaszcza przez mężczyzn⁽³⁾. Z punktu widzenia seksuologii piersi pozwalają rozpoznać, w jakiej fazie podniecenia znajduje się w danym momencie kobieta. Są zatem postrzegane jako atrybut seksualny i symbol kobiecości⁽⁴⁻⁷⁾ – kobiecość zaś stanowi wyraz duchowego bogactwa⁽⁴⁾. Diagnoza i leczenie raka sutka nie muszą jej niszczyć, aktywność seksualna kobiet po amputacji piersi długo była jednak tematem tabu.

Nazwa „Amazonki” odnosi się do triumfu kobiecości nad rakiem, do odważnej walki z chorobą⁽⁵⁻⁷⁾. Jest to walka trudna, ponieważ spadek libido, nadwrażliwa skóra po chemo- lub radioterapii czy poczucie utraty atrakcyjności utrudniają kobietom powrót do satysfakcjonującej aktywności seksualnej. Opieka ginekologiczno-seksuologiczna dotyczy najbardziej intymnych problemów⁽⁸⁾, a w przypadku pacjentek z rakiem piersi wymaga szczególnej empatii i profesjonalnego podejścia.

Czynniki społeczno-kulturowe, w tym obowiązujące standardy piękna, przyczyniają się do negatywnego (niekiedy: skrajnie negatywnego) oddziaływania raka piersi na poczucie kobiecości⁽⁹⁻¹⁴⁾. Tymczasem, choć we współczesnym świecie funkcjonuje jasno określony ideał kobiecej sylwetki, wygląd nie może być jedynym wyznacznikiem tożsamości kobiety⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Zmiany w funkcjonowaniu spowodowane chorobą i stosowaną terapią są związane z indywidualnymi cechami pacjentek z rakiem piersi i mają wieloczynnikowe podłoże. Dotyczy to nie tylko kobiet heteroseksualnych, podobne

Breast cancer is the most common female malignancy. The affected women who undergo mastectomy are burdened with many bad experiences both in the somatic and mental sphere⁽¹⁾.

The latest treatment modalities have contributed to improved comfort of life in women with breast cancer. Due to the advances in diagnostic methods, surgical treatment and adjuvant therapy of gynecological cancers, it is increasingly possible to achieve long-term survival and even cure. Advances have been also made in psychooncology. Importantly, the sexual life of patients is now taken into account. Indeed, the diagnosis and treatment of cancer as well as medical and psychological consequences have a huge impact on women's sexuality⁽²⁾.

Female breasts are associated with motherhood, breastfeeding and – more symbolically – with safety and care. Since breasts are also cultural symbols of femininity and sensuality, the diagnosis of breast cancer may significantly change the perception of one's sexuality, which can be further affected by later treatment⁽¹⁾. In Western culture, breasts are perceived primarily as the essence of femininity; they are associated mainly with the physical attractiveness of a woman, including sexual attractiveness. Breasts seem to have a defined function: they are expected to be an ornament and the object of desire. Popular culture imposes an ideal appearance of breasts, and it may even be said that breasts have become an object of evaluation and, at best, appreciation by others, especially by men⁽³⁾. From a sexological point of view, breasts allow to determine the phase of sexual arousal in a woman in a given moment. Therefore, they are perceived as a sexual attribute and a symbol of femininity⁽⁴⁻⁷⁾ – and femininity is an expression of spiritual wealth⁽⁴⁾. Although diagnosis and treatment of breast cancer do not have to destroy femininity, the sexual activity of women after mastectomy has long been a taboo subject.

The name “Amazones” (Amazon – a Polish name for a woman after mastectomy) refers to the triumph of femininity over cancer and to the courageous fight against disease⁽⁵⁻⁷⁾. The fight is difficult as the decreased libido, hypersensitive skin after chemo- or radiotherapy and the sense of lost attractiveness make it difficult for women to return to satisfying sexual activity. Gynecological and sexological care concerns the most intimate problems⁽⁸⁾ and requires particular empathy and professional approach in women with breast cancer.

Sociocultural factors, including the current beauty standards, contribute to the negative (extremely negative in some cases) impact of breast cancer on the sense of femininity⁽⁹⁻¹⁴⁾. Meanwhile, despite a clearly defined ideal of a female figure functioning in the modern world, appearance cannot be the only determinant of a woman's identity⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Functional changes caused by the disease and the therapy used are related to the individual characteristics of women with breast cancer and have a multifactorial etiology.

doświadczenia mogą mieć kobiety należące do mniejszości seksualnych. Skoro – jak już wspomniano – piersi kojarzone są z kobiecością czy atrakcyjnością fizyczną, to ich utrata (częściowa lub całkowita) staje się dla wielu chorych nie tyle ciosem wymierzonym w jeden z organów, ile zachwianiem postrzegania siebie jako pełnowartościowej kobiety⁽³⁾. Wpływa to negatywnie na zdrowie seksualne i życie intymne. U kobiet żyjących w związkach pojawia się lęk o przyszłość relacji, a u kobiet samotnych – obawy o to, czy znajdą partnera.

Oczywiście znaczenie mają tu czynniki biologiczne, ale przyczyn tak wyraźnego oddziaływania raka piersi na poczucie kobiecości (a co za tym idzie – na libido) należy szukać również we wspomnianych czynnikach społeczno-kulturowych⁽³⁾. Opisywane jest seksualne zjawisko obiektywizacji⁽³⁾: kobiece ciało wciąż podlega testom zgodności z obowiązującym ideałem piękna. Funkcja ciała kobiety w kulturze zachodniej jest czysto pragmatyczna i bezosobowa – ma ono stanowić przyjemność dla patrzących. Z czasem kobieta internalizuje taki sposób patrzenia na swoje ciało: wciąż poddaje je ocenie i krytyce, co zazwyczaj prowadzi do niezadowolenia i lęku oraz podejmowania destrukcyjnych działań mających na celu osiągnięcie ideału⁽³⁾. Psycholog Ellyn Kaschak utrzymuje wręcz, że we współczesnym świecie, w którym został jasno określony ideał kobiecej sylwetki, wygląd to podstawowy czynnik definiujący tożsamość kobiety: „Wygląd nie jest po prostu jej cechą [...]; ona jest swoim wyglądem. Praktycznie każdy aspekt powierzchowności kobiety mówi o tym, kim ona jest i jak należy ją traktować”^(3,13).

Według niektórych doniesień większość kobiet po mastektomii ma kłopoty z osiągnięciem orgazmu i stopniowo traci zainteresowanie seksem, aż do alibidemii i braku aktywności seksualnej⁽¹⁻³⁾. Według psychoonkolog Marioli Kosowicz „gdyby był to skutek choroby, to 100 proc. pacjentek cierpiałyby na zaburzenia seksualne. Te pacjentki, które przed operacją czuły się atrakcyjne, miały dobre relacje z mężczyznami, twierdzą, że po operacji doceniły i rozwinęły swoją kobiecość i stały się uwodzicielskie. Problem mają te kobiety, które źle oceniały własną atrakcyjność przed operacją”. Jeśli zatem kobieta nigdy nie akceptowała swojego ciała i już wcześniej miała problemy związane z seksualnością, rozpoznanie raka może jedynie je nasilać⁽¹⁴⁾.

Nierzadko takie podejście do spraw płci jest rezultatem niskiego poziomu edukacji seksualnej, a przecież seksualność to bardzo ważny aspekt życia człowieka, niezależnie od jego stanu zdrowia czy wieku⁽¹⁷⁻²⁶⁾.

Choć do niedawna potrzeby seksualne ludzi starszych i chorych były raczej ignorowane, dziś za zadowalającą opiekę medyczną nad takimi osobami uważa się opiekę obejmującą też aspekty seksuologiczne – rozwijają się seksuologia geriatryczna i onkologiczna oraz psychoonkologia. Należy podkreślić, że jest to szczególnie ważne w kontekście rozważanego tu raka sutka, gdyż najczęściej występuje on u kobiet w okresie przekwitania^(1,2,8,10,15). Niestety mimo rozwoju psychoonkologii pacjentka po otrzymaniu diagnozy choroby

This applies not only to heterosexual women as women belonging to sexual minorities may have similar experiences. Since, as already mentioned, breasts are associated with femininity and physical attractiveness, their loss (partial or total) becomes for many patients not so much a blow aimed at one of the organs, but rather an obstacle in perceiving oneself as a full-fledged woman⁽³⁾. This affects negatively sexual health and intimate life. Women in relationships experience anxiety about the future of their relationships, while single women are anxious about whether they will find a partner.

Naturally, biological factors are important, but the reasons for such a clear impact of breast cancer on the sense of femininity (and, consequently, libido) should also be sought in the above mentioned sociocultural factors⁽³⁾. A phenomenon of sexual objectification has been described⁽³⁾: the female body is subject to constant tests of compliance with the current beauty ideals. The function of a woman's body in Western culture is purely pragmatic and impersonal – the body should be a source of pleasure for the beholder. In time, a woman internalizes the way of looking at her body: she constantly evaluates and criticizes her body, which usually leads to dissatisfaction and anxiety as well as undertaking destructive actions aimed at achieving the ideal⁽³⁾. According to Ellyn Kaschak, a psychologist, appearance is the basic factor defining the identity of a woman in the contemporary world, in which the ideal of a female figure has been clearly defined: “Appearance is not simply her trait [...]; she is her appearance. Virtually every aspect of it is interpreted to have meaning about her – who she is, how she is to be treated”^(3,13).

According to some reports, the majority of women after mastectomy have problems with reaching orgasm and gradually lose interest in sex, which may lead to alibidemia and lack of sexual activity⁽¹⁻³⁾. According to Mariola Kosowicz, a psychooncologist, “if it was a result of the disease, then 100% of patients would experience sexual disorders. Patients who felt attractive before surgery and had good relationships with men claim that after the surgery they appreciated and developed their femininity, and even became seductive. The problem affects women who negatively perceived their own attractiveness before surgery.” If a woman never accepted her body and already had problems with sexuality, the diagnosis of cancer can only make matters worse⁽¹⁴⁾.

Often such an approach to gender-related issues results from the low level of sexual education, and yet sexuality is a very important aspect of a person's life, regardless of their health status or age⁽¹⁷⁻²⁶⁾.

Although until recently sexual needs of the elderly and those afflicted by diseases tended to be ignored, medical care including sexological aspects is currently considered to be satisfactory (geriatric and oncological sexology are developing). It should be emphasized that this is particularly important in the context of breast cancer, as it is most common in women during menopause^(1,2,8,10,15). Unfortunately, despite the development of psychooncology, patients faced with the diagnosis of cancer are not always

nowotworowej nie zawsze (a według niektórych autorów – tylko sporadycznie) informowana jest o zaburzeniach seksualnych i psychologicznych, które mogą się pojawić w trakcie terapii.

Jak podaje Charzyńska, badania (Odigie i wsp., 2010) wykazały, iż sześć miesięcy po zabiegu mastektomii 67,9% pacjentek nie czuło się w pełni kobietami, a u 79% zmniejszyła się częstość stosunków seksualnych; trzy lata po zabiegu 61,7% chorych wciąż było mężatkami, podczas gdy 38,3% rozwiodło się lub pozostawało w separacji. Istotnych danych dostarczają też badania jakościowe, które umożliwiają kobietom wyrażenie własnych uczuć i myśli w sposób nieograniczony przez pytania ankietowe czy kwestionariuszowe^(3,27,28).

Zdarza się niestety, że lekarze nie pytają o życie seksualne i jego zmiany w trakcie leczenia. Konieczna wydaje się zatem dalsza edukacja pracowników opieki zdrowotnej, aby w przyszłości mogli oni profesjonalnie doradzać parom, w których kobieta dotknięta jest nowotworem. Opieka seksuologiczna, oparta na wiedzy o biologicznych i fizjologicznych podstawach funkcjonowania seksualnego, może pomóc wielu kobietom i ich partnerom. Pomaga zrozumieć zmiany zachodzące w organizmie podczas terapii choroby nowotworowej. Rehabilitacja seksualna i edukacja par wpływają na lepszą komunikację w związku, a także chronią relację przed rozpadem w przypadku diagnozy raka piersi⁽¹⁶⁾. Niezależnie od wieku i stanu zdrowia jednostki seksualność jest sferą emocji i zachowań, których biologiczny cel stanowi współżycie. Seksualność wiąże się z intymnością, czyli zaufaniem i szczególną bliskością, a nie tylko z zaspokojeniem potrzeby fizjologicznej. Modyfikuje całokształt zachowań społecznych człowieka, stanowi integralną część osobowości. Harmonijny rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym^(10,15,17).

Istnieje obecnie tendencja do integracji seksuologii, co pozostaje w zgodzie ze współczesnymi rekomendacjami dotyczącymi programów edukacji seksualnej, leczenia problemów seksualnych i rozwoju terapii partnerskiej, a jednocześnie – z tradycją integralnego ujmowania seksualności człowieka. Istotną rolę odgrywa tu psychoonkologia.

W kontekście opieki seksuologicznej nad kobietami z rakiem piersi warto podkreślić, iż ważniejszą funkcję niż somatyka pełnią tutaj emocje i relacje, jakie pacjentce udało się lub dopiero uda się zbudować z drugim człowiekiem. Naturalne jest, że w obliczu choroby stawiane są różne pytania, również egzystencjalne; pojawiają się refleksje na temat wartości i sensu życia – także życia seksualnego^(8,10,19). Psychoseksualność jako funkcja życiowa rozwija się bowiem nieustannie i jest to proces długofalowy, związany ściśle z sytuacjami życiowymi, a choroba to sytuacja szczególna. Seksualność to wrodzona, naturalna funkcja organizmu ludzkiego oraz jeden z zasadniczych czynników motywujących do nawiązywania kontaktów interpersonalnych; ma wymiar biologiczny, psychologiczny, społeczno-kulturowy i hedonistyczny^(10,14,20,21).

(only sporadically according to some authors) informed about sexual and psychological disorders that may occur during therapy.

According to Charzyńska, studies (Odigie et al., 2010) have shown that six months after mastectomy 67.9% of patients did not feel like full-fledged women, and 79% of patients limited the number of sexual intercourses; three years after surgery, 61.7% of patients were still married, whereas 38.3% were divorced or separated. Important data are also provided by qualitative research that enables women to express their own feelings and thoughts in an unlimited way through questionnaire questions^(3,27,28).

Unfortunately, doctors not always ask about sex life and how it has changed during treatment. Therefore, it seems necessary to further educate healthcare personnel so that in the future they can professionally advise couples in which women are affected by cancer. Sexology care, which is based on knowledge about biological and physiological foundations of sexual functioning, can help many women and their partners. It helps to understand the changes taking place in the body during cancer therapy. Sexual rehabilitation and education of couples improve communication in the relationship as well as help prevent relationship breakdown in the event of diagnosis of breast cancer⁽¹⁶⁾.

Regardless of the age and health condition of the individual, sexuality is a sphere of emotions and behaviors whose biological purpose is intercourse. Sexuality is associated with intimacy, i.e. trust and a particular type of closeness, and not only with satisfying physiological needs. It modifies all human social behaviors and is an integral part of personality. Harmonious development of sexuality is necessary to achieve well-being in the individual, interpersonal and social dimension^(10,15,17).

There is now a tendency to integrate sexology, which is in line with current recommendations regarding sex education programs, treatment of sexual problems and the development of counselling therapy for couples, and, at the same time, in accordance with the tradition of integrating human sexuality. Psychooncology plays an important role in this regard.

In the context of sexological care for women with breast cancer, it is worth emphasizing that emotions and relationships already built or to be built by the patient are more important than the somatic aspects. It is natural that a variety of questions, including existential ones, emerge in the face of disease; reflections on the value and meaning of life, including sex life, also emerge^(8,10,19). The development of psychosexuality as a function of life is a continuous and long-term process, closely related to life situations, and a disease is a particular situation. Sexuality is an innate, natural function of the human body and one of the main motivating factors for establishing interpersonal contacts; it has biological, psychological, sociocultural and hedonistic dimensions^(10,14,20,21).

In women, the impulses associated with the state of sexual arousal pass through the center in the brain responsible for emotions. Therefore, if a woman struggles with

U kobiet impulsy związane ze stanem podniecenia przechodzą przez ośrodek w mózgu odpowiedzialny za emocje. Jeśli więc kobieta na poziomie emocji boryka się z niezafatwionymi, niewypowiedzianymi sprawami, ma złe doświadczenia, sama siebie nie lubi i nie akceptuje, jej emocje mówią jednoznacznie „nie”, co w perspektywie utrudnia osiągnięcie bliskości⁽¹⁴⁾. Należy zauważyć, że kobiety z rakiem piersi rezygnują z bliskości i intymności również z powodów, które nie mają związku z samą chorobą, lecz wynikają z innych przyczyn: stanów zapalnych narządów płciowych, uczucia suchości pochwy czy zmęczenia. Niestety wiele par nie rozmawia o pragnieniach emocjonalnych ani seksualnych, a w obliczu raka piersi są one obłożone jeszcze większym tabu.

Pacjentki z rakiem piersi i ich bliscy walczą przede wszystkim z problemem onkologicznym – skupiają się na przetrwaniu tego, co dzieje się tu i teraz, czyli na operacji, radiolub chemioterapii. Kwestia życia intymnego jest spychana na margines. Tymczasem kobiety z rakiem gruczołu sutkowego niezależnie od etapu terapii zazwyczaj mają problemy z nastrojem i libido. Mastektomia wiąże się nie tylko z bliznami i zrostami pooperacyjnymi, które mogą powodować ból w czasie współżycia, ale także ze spadkiem poczucia własnej atrakcyjności^(1,2,14).

Mathias et al., autorzy badania z udziałem kobiet po radykalnej mastektomii i terapii systemowej, wykazali u 25% pacjentek depresję o różnym nasileniu i problemy seksualne związane ze spadkiem libido. Według badaczy zaburzenia seksualne towarzyszące rakowi piersi istotnie wpływają na jakość życia chorych. Pomoc może bupropion – lek przeciwdepresyjny, który jednocześnie zwiększa libido, co wiąże się z poprawą funkcji seksualnych u kobiet otrzymujących uzupełniające leczenie systemowe z powodu raka piersi⁽¹⁾.

Kwestie stosowania leków przeciwdepresyjnych u pacjentek z rakiem piersi, wtórnego spadku nastroju i libido oraz zaburzonego obrazu własnego ciała podnoszone są również przez innych autorów. Podkreślają oni występowanie u chorych dodatkowych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym i narządach płciowych, które to zmiany przyczyniają się do zaburzeń seksualnych. Podkreśla się też znaczenie nasilonej u tych kobiet suchości pochwy, co pogarsza funkcje seksualne⁽²²⁻²⁹⁾.

W terapii seksuologicznej ważne są ponowna akceptacja samej siebie i poczucie własnej wartości niezależne od choroby. Stając przed lustrem, kobieta powinna spoglądać na siebie całościowo, nie skupiając się tylko na skutkach operacji czy zmianach wtórnych do radio- i chemioterapii. Psychoonkolog Bianca-Beata Kotoro uważa, iż kobieta po mastektomii zawsze powinna pamiętać, że to, co można by uznać za brak (brak piersi), jest tak naprawdę symbolem zwycięstwa nad chorobą i że warto walczyć dalej, korzystając z życia także w sferze seksualnej. („Ta utracona pierś to nie cała ja, ale niewielki kawałek ciała – niewielu z nas jest idealnymi miss lub misterami świata, mamy krzywe nosy, obwisłe brzuchy, ale zamiast szukać tych złych cech, skupmy się na

unresolved matters at an emotional level, has bad experiences, does not like or accept herself, then her emotions unambiguously say “no,” which makes it difficult to achieve closeness⁽¹⁴⁾. It should be noted that women with breast cancer give up closeness and intimacy also for reasons that are not related to the disease itself, but result from other reasons: inflammation of the genital organs, vaginal dryness or fatigue. Unfortunately, many couples do not talk about emotional needs or sexual desires, and in the face of breast cancer these subjects become even a greater taboo.

Breast cancer patients and their relatives struggle above all with the oncological problem – they focus on the survival of what is happening here and now, that is surgery, radio- or chemotherapy. Intimate life is marginalized. Women with breast cancer usually experience problems with mood and libido regardless of the stage of therapy. Mastectomy is associated not only with scars and postoperative adhesions, which can cause pain during intercourse, but also with a decreased sense of attractiveness^(1,2,14).

Mathias et al., the authors of a study involving women after radical mastectomy and systemic therapy, showed that 25% of patients developed depression of varying severity and sexual problems associated with decreased libido. According to the authors, sexual dysfunctions accompanying breast cancer significantly affect the quality of life of patients. Bupropion, an antidepressant which also increases libido, and thus improves sexual function in women receiving adjuvant systemic treatment for breast cancer, may help⁽¹⁾.

The use of antidepressants in patients with breast cancer, depressed mood and a drop in libido as well as a disturbed body image is also discussed by other authors. They emphasize the occurrence of additional changes in the central nervous system and genital organs, which contribute to sexual dysfunctions. The importance of severe vaginal dryness in these women, which further impairs sexual function, is also emphasized⁽²²⁻²⁹⁾.

It is important in sex therapy to re-accept oneself and regain self-esteem independently of the disease. When standing in front of a mirror, a woman should look at herself as a whole, without focusing only on the effects of surgery or changes due to radiation and chemotherapy. According to Bianca-Beata Kotoro, a psychooncologist, a woman after mastectomy should always remember that what could be considered a defect (lack of breast) is actually a symbol of victory over a disease and that it is worth fighting and enjoying life, also in the sexual context. (“This lost breast is not all of me, but a small piece of my body – not many of us are perfect, we have crooked noses, drooping bellies, but instead of looking for these flaws, we should focus on positives, on what is beautiful in us”). Self-acceptance is considered by psychooncologists the key factor for building and maintaining closeness⁽²⁴⁾.

Ruth Peltason, the author of *I Am Not My Breast Cancer* wrote “Women after mastectomy, radiotherapy or chemotherapy say that they have become ‘wooden,’ their sensitivity to touch changed completely, and therefore sex does not

pozytywach, na tym, co jest w nas piękne”). Za czynnik kluczowy dla budowania i kontynuowania bliskości psychoonkologdy uważają właśnie samoakceptację⁽²⁴⁾.

Ruth Peltason, autorka książki *I Am Not My Breast Cancer* („Nie jestem moim rakiem piersi”), pisze: „Kobiety po mastektomii, po radioterapii, po chemii mówią, iż stały się »drewniane«, są zupełnie inaczej wrażliwe na dotyk, a wtedy seks nie przynosi tyle satysfakcji, co przed chorobą”. Przekonuje jednak, że usunięcie piersi, które dla większości kobiet są jednymi z najważniejszych stref erogennych, wcale nie musi być dramatem. Nie warto tkwić w pułapce stereotypów dotyczących seksualności, bo seksualność kobiety to nie tylko piersi – choć zaiste są one, jak wielokrotnie podkreślano, atrybutem kobiecości^(24,25). Seksualność ludzi jest znacznie bardziej różnorodna, a przyjemność seksualną można osiągać na rozmaite sposoby. To bowiem mózgowie steruje seksualnością, erotyką. Zarówno w regulacji funkcji neurowydzielniczych, jak i w regulacji funkcji seksualnych szczególnie znaczenie oprócz podwzgórze i przysadki mają układ limbiczny, twór siatkowaty i pewne obszary korowe^(10,17,25).

Podkreśla się, że rehabilitacja seksualna stanowi równie ważną część terapii jak rehabilitacja fizyczna – ćwiczenia, masaże czy dobrze skomponowane posiłki. Pacjentki należy nauczyć, by nie wstydziły się rozmawiać z partnerem, lekarzem, terapeutą o seksu i płodności, zarówno przed leczeniem, jak i po nim. Na pewno pomocne mogą się okazać grupy terapeutyczne – grupy wsparcia, których członkinie mają podobne doświadczenia i są już na dalszym etapie terapii niż załamane kobiety z rozpoznaniem właśnie rakiem piersi.

Dodać należy, że „seks może być pokrzepieniem (...), stymuluje produkcję adrenaliny oraz nerwy współczulne i parawspółczulne”. Seks daje chorym kilkunastogodzinną ulgę w bólu. To również dobry sposób na stres, ponieważ po orgazmie następuje ogólne rozluźnienie. Aktywność seksualna jest ponadto korzystna w kontekście utrzymania napięcia mięśni, mobilizowania całego organizmu do wydajniejszej pracy i czerpania przyjemności z życia^(15,25,26). Nie tylko w przypadku raka piersi „im jesteśmy szczęśliwsi, tym szybciej zdrowiejemy” – zauważa Kotoro.

Reasumując: przebieg kliniczny raka piersi, tak jak wszystkich chorób nowotworowych, wiąże się z wieloma sytuacyjnymi stresorami, które silnie wpływają na funkcjonowanie psychoseksualne kobiety. Ważne, aby lekarz i personel medyczny dostrzegli narażenie pacjentki na dystres i towarzyszące mu zazwyczaj zaburzenia seksualne. Aktywność seksualna jest istotnym elementem jakości życia. U kobiet z rakiem piersi zarówno choroba, jak i jej leczenie mogą wpływać na nastawienie do seksu i obniżać libido, natomiast wieloczynnikowe podejście zespołu terapeutycznego może przywrócić pacjentkom pewność siebie. Empatyczne podejście biopsychospołeczne, wykorzystujące proste strategie, skutkuje poprawą jakości życia seksualnego tuż po rozpoznaniu nowotworu. Dostępnych jest wiele metod leczenia, które mogą podnosić libido kobiety^(14,15,22,23,27,29,30).

bring as much satisfaction as before the disease.” However, she convinces that the removal of breasts, which are one of the most important erogenous zones for most women, does not have to be a drama. It is not worth being trapped in sexuality stereotypes, as the sexuality of a woman is not just breasts, although, as repeatedly emphasized, they are an attribute of femininity^(24,25). The sexuality of people is much more diverse, and sexual pleasure can be achieved in various ways since it is the brain that controls sexuality and eroticism. In addition to the hypothalamus and pituitary gland, the limbic system, reticular formation and certain cortical areas are of particular importance in the regulation of neurosecretory and sexual functions^(10,17,25).

It is emphasized that sexual rehabilitation is as an important aspect of therapy as physical rehabilitation (exercises, massages and well-composed meals). Patients should be taught not to be ashamed to talk to their partner, doctor and therapist about sex and fertility, both before and after treatment. Therapeutic groups – support groups, whose members share experiences and are already at a later stage of therapy than depressed women who have been just diagnosed with breast cancer may be helpful.

It should be added that “sex can be a consolation (...), it stimulates the production of adrenaline as well as sympathetic and parasympathetic nerves.” Sexual intercourse provides a few hours of pain relief. It is also a good way to relieve stress because general relaxation occurs after orgasm. Sexual activity is also beneficial in the context of maintaining muscle tension, mobilizing the whole body to work more efficiently and enjoying life^(15,25,26). It is not only in the case of breast cancer that “the happier we are, the faster we recover” – as noted by Kotoro.

To conclude: the clinical course of breast cancer, like in all cancerous diseases, is associated with multiple situational stressors that strongly affect the psychosexual functioning of a woman. It is important that the doctor and medical personnel are able to recognize patient exposure to distress and related sexual dysfunctions. Sexual activity is an important element of the quality of life. In women with breast cancer, both the disease and its treatment may affect the attitude to sex and reduce libido; however, the multifactorial approach of the therapeutic team can restore self-confidence in patients. The emphatic biopsychosocial approach, using simple strategies, results in the improvement of the quality of sexual life immediately after the diagnosis of cancer. Many treatment methods to improve women's libido are available^(14,15,22,23,27,29,30).

A short analysis of the problem allows to conclude that the unpleasant experiences of women with breast cancer are associated with distress, which is defined in psychooncology as a multifactorial unpleasant emotional experience of a psychological (cognitive, behavioral, emotional) social, and/or spiritual nature, ranging from common normal feelings of vulnerability, sadness, and fears to problems that can become disabling, such as depression, anxiety, panic, social isolation, and existential and

Krótką analizą problemu pozwala stwierdzić, że przykre doświadczenia kobiet z rakiem piersi wiążą się z dystresem, który w psychoonkologii jest definiowany jako wieloczynnikowe nieprzyjemne przeżycie emocjonalne o podłożu psychologicznym, społecznym i/lub duchowym, zlokalizowane w dowolnym miejscu na skali od całkowicie prawidłowego uczucia bezbronności, smutku i strachu do paraliżujących problemów: depresji, paniki, izolacji towarzyskiej i kryzysu duchowego (definicja National Comprehensive Cancer Network)⁽³⁰⁾. Niezwykle istotna dla osób pracujących z chorymi oraz dla ich bliskich jest świadomość specyfiki psychologicznych reakcji na poszczególne etapy choroby nowotworowej⁽³⁰⁾.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

1. Mathias C, Cardeal Mendes CM, Pondé de Sena E et al.: An open-label, fixed-dose study of bupropion effect on sexual function scores in women treated for breast cancer. *Ann Oncol* 2006; 17: 1792–1796.
2. Ratner ES, Richter CE, Minkin MJ et al.: How to talk about sexual issues with cancer patients: beginning the dialogue. *Contemp Ob Gyn* 2012; 57: 40–51.
3. Charzyńska E: Mieć raka piersi i wciąż czuć się kobietą – doświadczenia pacjentek o różnych orientacjach psychoseksualnych. In: Palus K (ed.): *Plęć. Między ciałem, umysłem i społeczeństwem*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań 2011: 149–170.
4. Genstwa M, Mania E, Nowak A et al.: Culture, religion and women sexuality. *Gin Prakt* 2009; 17 (4): 41–52.
5. Amazons. In: Seyffert O: *A Dictionary of Classical Antiquities. Mythology, Religion, Literature and Art*. William Glaisher, Ltd., London 1894: 25. Available from: <https://archive.org/stream/cu31924028214652#page/n35>.
6. Amazones. In: Smith W (ed.): *A Dictionary of Greek and Roman Biography and Mythology*. Vol. 1, John Murray, London 1880: 137–138. Available from: <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0104%3Aalphabetic+letter%3DA%3Aentry+group%3D18%3Aentry%3Damazones-bio-1>.
7. Amazones. In: Thurston Peck H: *Harper's Dictionary of Classical Antiquities*. Harpers and Brothers Publishers, New York 1898: 63. Available from: <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0062%3Aalphabetic+letter%3DA%3Aentry+group%3D13%3Aentry%3Damazones-harpers>.
8. Jarząbek-Bielecka G, Bielecki M, Pisarska-Krawczyk M et al.: [Medical and apothecary care for patients with disabilities in terms of gynecological and sexological aspects]. *Pol Prz Nauk Zdr* 2015; 1 (42): 58–62.
9. Bauman Z: *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998: 122.
10. Jarząbek-Bielecka G: Health promotion, ethics and legal aspects in adolescents gynecology and sexology. *Arch Perinatal Med* 2016; 22: 39–42.
11. www.deon.pl/inteligentne-zycie/ona-i-on/art,93,kobiecość [cited: 1 June 2018].
12. Eichelberger W: *Kobieta bez winy i wstydu*. Wydawnictwo DO, 1997.
13. Kaschak E: *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1996: 77.

spiritual crisis (definition of the National Comprehensive Cancer Network)⁽³⁰⁾. It is extremely important for professionals working with patients and for their relatives to be aware of the specificity of psychological reactions to particular stages of cancer⁽³⁰⁾.

Conflict of interest

Author does not report any financial or personal connections with other persons or organizations, which might negatively affect the contents of this publication and/or claim authorship rights to this publication.

14. Kosowicz M: Seksualność w chorobie nowotworowej – czy w ogóle jest możliwa? RAZEM w trosce o pacjenta: 9–11. Available from: http://www.amazonki.com.pl/docs/razem_nr_4.pdf?PHPSESSID=ea72992c9335aab67902968b5fbeb6a1.
15. Jarząbek-Bielecka G, Sowińska-Przepiera E, Pawlacyk M: Aging and sexual activity: gynecological, sexological and psychological aspects. *Prz Menopauz* 2012; 6: 487–489.
16. Łukasiewicz M: Komentarz do artykułu: Ratner ES, Richter CE, Minkin MJ et al.: Jak rozmawiać o problemach seksualnych z pacjentkami z chorobą nowotworową. Nawiązywanie dialogu. *Ginekol Dypł* 2012; 4 (lipiec): 28–29.
17. Imieliński K: *Erotyzm*. PWN, Warszawa 1973.
18. Lew-Starowicz Z, Waszyńska K (eds.): *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym. Teoria i rzeczywistość*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
19. Kaczmarek P, Jarząbek-Bielecka G: Erotyzm w sferze ludzkiej psychiki, stosunków społecznych i kwestii etycznych. In: Jarząbek-Bielecka G (ed.): *Nauka o płci. Zagadnienia wybrane*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012: 178–182.
20. Jarząbek-Bielecka G, Pisarska-Krawczyk M: Considerations on human sexuality and sexual ethics in the context of child sex abuse. *J Health Inequal* 2017; 3: 177–179.
21. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Pisarska-Krawczyk M et al.: *Ab ovo – medical and humanistic deliberations on health*. *J Health Inequal* 2017; 3: 180–182.
22. Melisko ME, Goldman M, Rugo HS: Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient. *J Cancer Surviv* 2010; 4: 247–255.
23. Versace M, Engelmann JM, Jackson EF et al.: Brain responses to erotic and other emotional stimuli in breast cancer survivors with and without distress about low sexual desire: a preliminary fMRI study. *Brain Imaging Behav* 2013; 7: 533–542.
24. Fiedorowicz A: *Seks po raku*. Available from: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/235984>.
25. Peltason R: *I Am Not My Breast Cancer. Women Talk Openly About Love and Sex, Hair Loss and Weight Gain, Mothers and Daughters, and Being a Woman with Breast Cancer*. HarperCollins Publishers, New York 2008.
26. Nass GD, Libby RW, Fisher MP: *Sexual Choices: An Introduction to Human Sexuality*. Jones and Bartlett Learning, Boston 1987.
27. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE et al.: Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2017; 165: 77–84.
28. Odigie VI, Tanaka R, Yusufu LM et al.: Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria. *Psychooncology* 2010; 19: 893–897.
29. Jarząbek-Bielecka: Zastosowanie polikarbofilu w terapii suchości pochwy i w celu utrzymania fizjologicznego pH pochwy u kobiet ciężarnych i karmiących. *Anal Przypadków Ginek Położ* 2017; 2: 24, 26–28.
30. Kozaka J: The clinical course of cancer and mental adjustment. *Curr Gynecol Oncol* 2015; 13: 27–43.