

**Stanislav Kratochvíl**



# **SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE**

**3., DOPLNĚNÉ A AKTUALIZOVANÉ VYDÁNÍ**



 **GRADA®**

## Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*





Copyright © Grada Publishing, a.s.

**prof. Ph.D. Stanislav Kratochvíl, CSc.**

**SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE**  
**3., doplněné a aktualizované vydání**

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400  
[www.grada.cz](http://www.grada.cz)  
jako svou 3326. publikaci

Odpovědná redaktorka Maria Arnautovová  
Sazba a zlom Milan Vokál  
Počet stran 304  
Vydání 1., 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.  
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2008  
Obrázek na obálce © doc. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.

**ISBN 978-80-247-2476-8** (tištěná verze)  
**ISBN 978-80-247-6998-1** (elektronická verze ve formátu )  
© Grada Publishing, a.s. 2011

# OBSAH

<b>PŘEDMLUVA KE TŘETÍMU VYDÁNÍ</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>ÚVOD</b> . . . . .	<b>11</b>
 <b>A. SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE A JEJICH LÉČENÍ</b>	
<b>1. SOUČASNÝ POHLED NA SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE</b> . . . . .	<b>17</b>
<b>2. PORUCHY EREKCE</b> . . . . .	<b>21</b>
2.1 Vymezení pojmu a výskyt . . . . .	21
2.2 Somatické faktory . . . . .	22
2.3 Psychogenní faktory . . . . .	32
2.4 Patogenní mechanismy . . . . .	34
2.5 Racionální psychoterapie . . . . .	35
2.6 Dynamická psychoterapie . . . . .	37
2.7 Hypnoterapie . . . . .	38
2.8 Tréninková psychoterapie . . . . .	39
2.9 Farmakoterapie . . . . .	40
2.10 Intrakavernózní injekce . . . . .	53
2.11 Podtlakové erektory . . . . .	59
2.12 Chirurgické léčení . . . . .	62
<b>3. PŘEDČASNÁ EJAKULACE</b> . . . . .	<b>67</b>
3.1 Předčasná ejakulace a trvání soulože . . . . .	67
3.2 Příčiny předčasné ejakulace . . . . .	69
3.3 Farmakoterapie . . . . .	71
3.4 Racionální psychoterapie . . . . .	72
3.5 Funkcionální trénink . . . . .	73
<b>4. RETARDOVANÁ A CHYBĚJÍCÍ EJAKULACE</b> . . . . .	<b>77</b>
4.1 Pojem . . . . .	77
4.2 Příčiny . . . . .	78
4.3 Terapie . . . . .	79
<b>5. PORUCHY MUŽSKÉ SEXUÁLNÍ APETENCE</b> . . . . .	<b>81</b>
5.1 Nedostatek sexuální touhy . . . . .	81
5.2 Hypersexualita . . . . .	83

<b>6. ANORGASMIE, FRIGIDITA A AVERZE</b>	<b>87</b>
6.1 Pojem a příčiny	87
6.2 Výskyt	90
6.3 Mechanismy a projevy ženského orgasmu	91
6.4 Racionální psychoterapie	115
6.5 Dynamická psychoterapie	117
6.6 Hypnoterapie	118
6.7 Tréninková psychoterapie	119
6.8 Farmaka a technické pomůcky	122
6.9 Zlepšení celkové kondice a partnerského vztahu	124
6.10 Specifické pokyny u frigidity a averze	125
<b>7. VAGINISMUS</b>	<b>127</b>
7.1 Pojem a příčiny	127
7.2 Racionální psychoterapie ve spojení s gynekologickým vyšetřením	129
7.3 Dynamická psychoterapie	130
7.4 Systematická desenzibilizace	130
7.5 Hypnoterapie	130
7.6 Funkcionální trénink	131
7.7 Poznámka k dyspareunii	133

## B. SEXUÁLNÍ TERAPIE

<b>1. VÝVOJ A SOUČASNÝ STAV SEXUÁLNÍ TERAPIE</b>	<b>137</b>
1.1 Pojem sexuální terapie	137
1.2 Vznik a vývoj sexuální terapie	138
1.3 Organizační a metodické otázky	143
1.4 Data o výsledcích sexuální terapie	146
1.5 Teoretické základy sexuální terapie	149
<b>2. TERAPEUTICKÝ POSTUP</b>	<b>151</b>
2.1 Standardní instrukce určené pro manžele	152
2.2 Individualizované doplňky k instrukcím	162
2.3 Organizační rámec terapie	163
2.4 Srovnání s Hamburským modelem	165
<b>3. TYPICKÝ PRŮBĚH SEXUÁLNÍ TERAPIE</b>	<b>167</b>
3.1 Porucha erekce	167
3.2 Relativní předčasná ejakulace	168
3.3 Frigidita	170
3.4 Anorgasmie	172
3.5 Nekonzumované manželství	173

<b>4. ZÁZNAMY SEXUÁLNÍ TERAPIE . . . . .</b>	<b>175</b>
4.1 Záznam o léčení anorgasmie . . . . .	175
4.2 Záznam o léčení poruchy erekce . . . . .	180
4.3 Záznam o neúspěšném léčení anorgasmie . . . . .	184
4.4 Nácvik u kombinované poruchy s dílčím úspěchem . . . . .	188
4.5 Léčebné a podpůrné faktory . . . . .	192
<b>5. VÝSLEDKY SEXUÁLNÍ TERAPIE . . . . .</b>	<b>195</b>
5.1 Soubor . . . . .	195
5.2 Posuzování efektu . . . . .	197
5.3 Výsledky . . . . .	199
5.4 Diskuse . . . . .	201
5.5 Závěry . . . . .	205
<b>6. PROBLÉMY V PRŮBĚHU SEXUÁLNÍ TERAPIE . . . . .</b>	<b>207</b>
6.1 Kritické fáze nácviku u poruch erekitivity . . . . .	207
6.2 Rušivé chování partnerky u poruch erekitivity . . . . .	209
6.3 Problémy při terapii frigiditý a anorgasmie . . . . .	211
6.4 Přílišná rozdílnost v sexuální reaktivitě partnerů . . . . .	217
6.5 Kombinace sexuální a matřimoniální disharmonie . . . . .	221
6.6 Chybění lásky . . . . .	228
<b>7. POUČENÍ Z VÍCELETÝCH KATAMNÉZ . . . . .</b>	<b>235</b>
7.1 Porucha erekce a předčasná ejakulace . . . . .	235
7.2 Předčasná ejakulace muže, anorgasmie ženy . . . . .	236
7.3 Sekundární anorgasmie ženy . . . . .	238
7.4 Předčasná ejakulace . . . . .	240
7.5 Vaginismus . . . . .	241
7.6 Anorgasmie ženy, předčasná ejakulace muže . . . . .	242
7.7 Anorgasmie ženy . . . . .	244
7.8 Porucha erekce . . . . .	245
7.9 Příběhy jako podněty k zamyšlení a vcítění . . . . .	249
<b>8. KOMBINACE SEXUÁLNÍ TERAPIE A FARMAKOTERAPIE . . . . .</b>	<b>251</b>
8.1 Porucha erekce . . . . .	251
8.2 Předčasná ejakulace . . . . .	252
8.3 Ztráta sexuální touhy u ženy . . . . .	252
8.4 Vaginismus . . . . .	253
8.5 Závěr . . . . .	254
<b>PŘÍLOHY . . . . .</b>	<b>256</b>
<b>LITERATURA . . . . .</b>	<b>275</b>
<b>REJSTRÍK . . . . .</b>	<b>297</b>

## PŘEDMLUVA KE TŘETÍMU VYDÁNÍ

V této monografii, příručce pro lékaře a psychology, se zabývám sexuálními dysfunkcemi, zdravotními poruchami, které sice přímo neohrožují život, ale značně ovlivňují životní spokojenost. Snažím se o vyvážený zřetel k jejich příčinám organickým a psychogenním, k léčebným postupům somatoterapeutickým a psychoterapeutickým i ke specifickým rysům sexuality mužské a ženské. K hlubšímu poznání ženské sexuality jako předpokladu pro účinnou terapii ženských sexuálních dysfunkcí přináším i výsledky našich výzkumů.

*V první části příručky* podávám přehled současných léčebných metod, v němž se opírám o světovou literaturu, o praxi českých a slovenských pracovišť a o vlastní více než třicetileté zkušenosti. Přehled jsem uspořádal podle základních druhů poruch, k nimž patří u mužů poruchy erekce, předčasná a retardovaná ejakulace a nověji i snížená nebo nadměrná apetence, a u žen anorgasmie, frigidita, averze a vaginismus. U každé z nich se zabývám nejprve jejich vícefaktoriální etiologií a patogenezí, kterým je třeba terapeutický postup přizpůsobit. Z léčebných metod pak informuji zvláště důkladně o metodách psychoterapeutických, k nimž poskytují i praktické návody.

*Druhá část příručky* je věnována komplexní psychoterapeutické metodě, která se od průkopnické práce Masterse a Johnsonové (1970) využívá a dále rozvíjí pod názvem „sexuální terapie“. Její podstatnou součástí je nácvik sexuální funkce v partnerské dvojici se zadáváním odstupňovaných úkolů, zajištěním příznivé psychologické atmosféry a podporováním otevřené komunikace o pocitech.

V letech 1975–1980 jsme v psychiatrické léčebně v Kroměříži podrobili tento léčebný postup výzkumnému zhodnocení v rámci rezortního plánu Ministerstva zdravotnictví ČSR a v následujících letech jsme jej využívali jako rutinní součást léčby. Od ukončení výzkumu, jehož výsledky byly uveřejněny v 1. vydání monografie *Terapie funkčních sexuálních poruch* (1982), se počet námi léčených dvojic intenzivní ústavní formou sexuální terapie zvýšil ze 70 na 185. Bohatý materiál s podrobnými záznamy každodenních konzultací dvojic nám umožnil získat značný vhled do dynamiky sexuálních dysfunkcí a jejich terapie, který lze účelně využít i v léčbě ambulantní.

V knize podrobně popisují naši variantu léčebného postupu (včetně pokynů zadávaných pacientům) a uvádím ukázky průběhu léčby a výsledky získané na lůžkovém psychoterapeutickém oddělení psychiatrické léčebny v Kroměříži. Důkladně rozebírám problémy vznikající v průběhu sexuální terapie a příčiny případných neúspěchů.

Pozornost věnuji kromě zvládnání nácvikové techniky také vztahům dvojice, sexuálnímu temperamentu a scénáři partnerů, významu vzájemného porozumění a lásky a možnostem kombinace sexuální a manželské terapie.



Potěšilo mne, že i druhé vydání bylo dobře přijato a že za další čtyři roky se ukázala potřeba vydání dalšího. V uplynulém období se u poruch erekce stabilizovalo předepisování prokazatelně účinných tří inhibitorů fosfodiesterázy typu 5. Kazuistické ukázky párové sexuální terapie mužských a ženských sexuálních dysfunkcí v této monografii pocházejí z doby, kdy uvedená farmakoterapie ještě neexistovala, a tak by se mohlo zdát, že alespoň u poruch erekce není tato psychoterapeutická forma léčby již aktuální. Nehledě na skutečnost, že pro mnohé pacienty jsou tyto léky pro trvalejší užívání stále ještě příliš drahé, je jejich účinek primárně zaměřen pouze na tuhost údu potřebnou k penetraci a jejich pouhý předpis nebere v úvahu situaci v partnerském vztahu, která může být pro sexuální uspokojení muže a jeho partnerky neméně důležitá nebo i důležitější, než mužův erigovaný penis. Kazuistické ukázky léčení poruch erekce sexuální terapií tedy i dnes dokládají, že tato terapie je v řadě případů účinná jako alternativa a že je zvláště důležitá tam, kde se na dysfunkci podílejí složité psychické a vztahové procesy. Nic nebrání dnes tomu, aby se farmakoterapie a sexuální terapie kombinovaly. Řada současných autorů hovoří o potřebě jejich integrace (Perelman 2005). Pro ženské sexuální dysfunkce, spojené nezdíka ještě více než mužské s emočními a vztahovými faktory, dosud podobně účinnou farmakoterapii nemáme a psychoterapeutická pomoc zatím zůstává hlavní metodou.

V novém vydání jsem doplnil a aktualizoval vše, co bylo třeba, a konfrontoval svůj text se dvěma základními monografiemi na totéž téma, které mezitím vyšly v zahraničí, anglickou *Handbook of sexual dysfunction* pod redakcí R. Balona a R. Segravese (2005) a německou *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* pod redakcí V. Sigusche (2007). Na závěr jsem doplnil několik ukázek ze současných ambulantních konzultací využívajících interdisciplinární spolupráci.

Komplementárním svazkem k tomuto dílu je moje publikace *Manželská terapie* (2000), která poskytuje návrhy, jak zlepšit manželskou komunikaci a zvládat jednotlivé konkrétní problémy v manželském vztahu – včetně problémů sexuálních, u nichž ještě nejde o diagnostikovanou sexuální dysfunkci.

Začlenění problematiky sexuálních dysfunkcí do širšího kontextu otázek zkoumaných a řešených současnou sexuologií najde zájemce v systematické monografii J. Zvěřiny *Sexuologie (nejen) pro lékaře* (2003). Odlišnou sexuální orientací nebo preferencí se podrobně zabývá monografie P. Weisse *Sexuální deviace* (2001) a odlišnou sexuální identitou monografie H. Fifkové a kol. *Transsexualita* (2002).

Kroměříž, květen 2008

Stanislav Kratochvíl

## ÚVOD

*Sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí* (F52) jsou poruchy, při nichž jedinec nepocítuje sexuální touhu nebo není schopen uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, ačkoliv k tomu má základní anatomicko-fyziologické předpoklady a není zaměřen na neobvyklé sexuální cíle.

Od uvedených sexuálních dysfunkcí se odlišují:

- a) organicky podmíněné sexuální dysfunkce, způsobené nedostatkem v somatickém vybavení potřebném pro rozvinutí sexuálního citění a pro uskutečnění sexuálního styku, nebo způsobené druhotným poškozením, úrazem či chorobami;

Organické poruchy erekce u mužů jsou uvedeny v MKN 10 pod kódem N48.4 jako Impotence organického původu. Organicky podmíněné poruchy u žen se klasifikují v kategorii N94.1 Dyspareunie (nepsychogenní) a N94.2 Vaginismus (nepsychogenní).

- b) sexuální deviace (parafilie), které spočívají v abnormální sexuální orientaci (F66) nebo preferenci (F65, např. fetišismus, exhibicionismus, pedofilie, sadomasochismus aj.).

Přestože uvedené schematické odlišení neorganických a organických sexuálních dysfunkcí je zakotveno v současně platné 10. decenální revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, v níž jsou, jak je patrné, oběma druhům poruch přiděleny také odlišné kódy, obecně se dnes uznává, že na vzniku a udržování některých sexuálních dysfunkcí (zejména poruch erekce u mužů a dyspareunii u žen) se významně podílejí jak faktory psychogenní, tak organické a že jejich etiologie a patogeneze je psychosomatická a multifaktoriální.

Poté, co byla syntonní (tj. osobou akceptovaná) homosexualita uznána nikoli jako patologická úchylka, ale jako variace v orientaci, a byla vyloučena ze seznamu nemocí, je možno i u homosexuálních osob diagnostikovat sexuální dysfunkci, dochází-li k poruchám jejich sexuálního fungování a uspokojení v rámci homosexuálních aktivit. Požadovaná úprava jejich sexuální funkce se tak může rovněž stát předmětem terapeutického působení. Dysfunkcí není jejich selhávání v pokusech o heterosexuální styk, protože heterosexuální partner pro ně není přiměřeným podnětem.

K rozdělení sexuálních dysfunkcí můžeme přistoupit jednak podle složek sexuality, které porucha postihuje, jednak z hlediska syndromů, které se nejčastěji vyskytují v klinické praxi. V osnově naší práce se přidržíme hlediska klinické praxe. V úvodu však nejprve podáme klasifikaci se zřetelem k jednotlivým složkám sexuální reaktivity, které mohou být porušeny. Patří k nim sexuální apetence, uskutečnění soulože, dosažení orgasmu a stav uspokojení po souloží.

### 1. *Sexuální apetence*

Sexuální apetence či libido představuje chuť, žádost, zájem nebo touhu po sexuálním styku a po eroticko-sexuálních aktivitách, které mu předcházejí nebo jsou s ním spojeny. Její abnormní zvýšení se označuje jako hypersexualita (F52.7, u muže satyriasis, u ženy nymfomanie), její snížení až chybění jako hypolibidinie až alibidinie či *frigidita*. S frigiditou se v klinické praxi častěji setkáváme u žen než u mužů. Někteří autoři dávají přednost pojmům nízká, utlumená, hypoaktivní nebo chybějící sexuální touha. V současné mezinárodní klasifikaci se tato porucha uvádí jako nedostatek nebo ztráta sexuální touhy (F52.0).

Zájem o sexualitu může ovšem nabýt také zcela negativního charakteru, který se označuje jako sexuální *averze* nebo odpor k sexualitě (F52.10).

### 2. *Uskutečnění soulože*

U muže je k uskutečnění soulože potřebná přiměřená erekce. Za normálních okolností k ní dochází při sexuálním vzrušení automaticky. Nedostavuje-li se erekce nebo je-li nespolehlivá, rychle se rozplývá a neumožňuje penetraci a soulož, označuje se tento stav jako *porucha erekce* (F52.2). Ta je v klinické praxi nejčastější sexuální poruchou.

U ženy odpovídá této fázi sexuální aktivity lubrikace, tj. zvlhnutí, způsobené transsudací z poševních stěn, dále zduření klitorisu a malých labií a uvolnění poševního vchodu. Vnější pohlavní orgány ženy jsou přitom vnímavé na taktilní podněty, které způsobují specifický psychický pocit sexuálního vzrušení. Jako porucha této fáze u ženy se může vyskytnout jednak chybění zvlhnutí a dalších místních reakcí usnadňujících soulož, jednak snížení nebo chybění citlivosti pohlavních orgánů při sexuální stimulaci (ať už rukou při prekoitální přípravě nebo penisem při koitálních frikcích), které se označovaly jako sexuální hypestézie nebo sexuální anestézie. Nověji se uvádějí jako poruchy ženského sexuálního vzrušení (DSM IV) nebo *nedostatečně prožívání sexuální slasti* (F52.11). Tyto poruchy se obvykle sdružují s frigiditou nebo anorgasmii a jen zřídka se v klinické praxi diagnostikují samostatně.

Zvláštní klinickou jednotkou, zařaditelnou rovněž do této fáze, je u ženy mimovolní spasmus cirkumvaginálního svalstva znemožňující penetraci, který nazýváme *vaginismus* (F52.5).

### 3. *Orgasmus*

Dosahování orgasmu může být buď nepřiměřeně usnadněno, nebo nepřiměřeně ztíženo. Urychlené dosahování orgasmu u ženy se málokdy stává předmětem stížností, protože snadno a rychle reagující žena může zpravidla bez problémů pokračovat v souloži a případně dosahovat orgasmů dalších. (Některým ženám však může být pokračování soulože po dosažení orgasmu již nepříjemné.)

Řídké dosahování orgasmu a chybění orgasmu se označuje jako oligoorgasmie a *anorgasmie*. S těmi se setkáváme v praxi u žen často. V současné mezinárodní klasifikaci je tato porucha zařazena pod názvem dysfunkční orgasmus (F52.3).

U muže je tomu naopak. Rychlé a nezadržitelné vybavení ejakulačního reflexu, snižující šance na uspokojení vaginálně vzrušivé ženy, se označuje jako *předčasná ejakulace* (F52.4) a je jedním z častých problémů. Méně častou je *retardovaná nebo chybějící ejakulace*.

Někdy může být postižena pouze psychická složka orgasmu. U muže například dochází k ejakulaci, ale chybí subjektivní pocit vyvrcholení a sexuálního uspokojení. Podobně u žen proběhnou tělesné reakce včetně orgasmu normálně, ale bez přiměřené rozkoše, nebo následuje pocit duševní neuspokojenosti a rozladěnosti. Mezinárodní klasifikace to označuje jako nedostatečné prožívání sexuální slasti (F52.11) či sexuální anhedonie.

*Psychogenní příčiny sexuálních dysfunkcí* lze zařadit do pěti základních druhů, k nimž patří: 1. nedostatečně účinná stimulace; 2. rušivě působící podněty, prožitky a psychické stavy; 3. vlivy minulosti, zejména rodinného prostředí, výchovy v dětství a psychických traumat ze sexuální oblasti; 4. problémy v partnerském vztahu; 5. osobnostní rysy, neuroticismus a poruchy osobnosti. Budeme jim věnovat pozornost v souvislosti s jednotlivými dysfunkcemi. Často působí v kombinaci a v interakci s příčinami somatogenními, na které rovněž poukážeme. Uplatňují se výrazně také konstituční faktory a věk.

**A**

**SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE  
A JEJICH LÉČENÍ**

# 1. SOUČASNÝ POHLED NA SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Podle 10. decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí zahrnují sexuální dysfunkce různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál. Může postrádat zájem, uspokojení, chybí mu fyziologické reakce pro účinný sexuální vztah (např. erekce) nebo není schopen prožívat a ovládat orgasmus. Sexuální reaktivita se chápe jako psychosomatický proces, ve kterém se na vzniku jejích poruch podílejí jak psychologické, tak somatické děje. Někdy je možné nepochybně prokázat psychogenní nebo organickou etiologii, ale často je obtížné určit relativní důležitost psychologických a organických faktorů.

Ve vývoji pohledu na příčiny i léčení sexuálních dysfunkcí docházelo v posledních desetiletích k výrazným změnám. V popředí zájmu odborníků zůstávají spíše *mužské sexuální dysfunkce*, protože muži se svými poruchami, které výrazně ovlivňují jejich sebevědomí a pocit úspěšnosti i životní spokojenosti, častěji přicházejí k lékařům s naléhavými požadavky na léčení. Ženská sexualita a její dysfunkce zůstávaly pro menší naléhavost pacientek více v pozadí. Tento důraz na mužskou sexualitu a její dysfunkce se v posledním desetiletí ještě zvýraznil, zejména v souvislosti se zdokonalením diagnostiky organických faktorů v etiologii poruch a k objevům i úspěchům somaticky orientované terapie (chirurgické zákroky na cévách, implantace penilních protéz, využívání podtlakových erektorů a farmakoterapie, zejména intrakavernózních injekcí a nejnověji preskripce Viagry, Cialisu nebo Levitra). V této souvislosti se mluví o výrazné medikalizaci mužské sexuality, kterou někteří odborníci, zejména mezi urology, velmi vítají, zatímco jiní projevují jisté znepokojení. Před dvaceti nebo ještě i deseti lety se odhadovalo, že ve více než 80 % jsou rozhodující příčinou mužských sexuálních dysfunkcí faktory psychogenní, v současnosti existuje tendence urologů uvádět, že více než 80 % mužských sexuálních dysfunkcí má příčiny somatogenní, mezi nimiž převládají faktory cévní. Muži rádi dávají přednost tělesnému výkladu a dožadují se účinných léků spíše než psychoterapie.

Odhady mohou být jistě ovlivněny i tím, ke kterému odborníkovi pacienti přicházejí nebo jsou odesíláni. V souboru 123 pacientů s erektilní dysfunkcí, kteří byli vyšetřeni v letech 1996 až 1998 v andrologické ambulanci plzeňské urologické kliniky (Hora, Ouda 1999), odpovídal poměr 81 % organických poruch na 19 % poruch psychogenních téměř přesně současným organopatologickým odhadům. Pošlou-li urologové předpokládané „psychogenní pacienty“ psychoterapeuticky školeným psychiatrům a psychologům a ti jim zase postoupí pacienty, u nichž mají podezření na organickou etiologii, a budou-li je takto třídit už odesílající praktičtí lékaři, může mít každá profese ve svých ambulancích dosti odlišnou patientskou skladbu.

Při medikalizaci a jednostranné orientaci na organické příčiny a na somatickou terapii vzniká nebezpečí, že zůstane opomenuto psychosomatické pojetí, které zdůrazňuje i zmiňovaná současná mezinárodní klasifikace. Představa, že ve většině případů vystačíme při léčbě s předepsáním léků, s doporučením technických pomůcek nebo s operacemi, nebere v úvahu, že i pro většinu mužů je záležitost uspokojivého sexuálního života nejen záležitostí erigovaného penisu a prodloužené intravaginální ejakulační latence, ale také záležitostí partnerského vztahu, ve kterém k sexuální aktivitě dochází. I když sildenafil či tadalafil dokáží podle současných poznatků až u 70 % mužů s poruchami erektility ovlivnit erektilní pohotovost, je pro příznivý průběh sexuálního spojení stále důležitá dobrá interakce s partnerkou. Jak správně zdůrazňují J. a J. Rabochovi (1994), lze těžko očekávat její vstřícné a pomocné reakce v případech, kde je vztah mezi partnery výrazně narušen nebo hrozí jeho rozpad z jiných důvodů, než je nedokonalá sexuální funkce muže. Proto ani voperovaná penilní endoprotéza, umožňující po technické stránce souložit prakticky kdykoliv, nemusí podstatně přispět k trvalé spokojenosti muže a jeho partnerky. Ženy daleko častěji považují pro svůj uspokojivý sexuální život za důležité citové vztahy, intimitu a duševní porozumění, které přispějí k potřebnému sexuálnímu vyladění a uspokojení více než dokonale fungující penis. Ani současný vítězný nástup Viagry, neinvazivní, jednoduché a vysoce účinné farmakologické metody, která skutečně znamenala určitou revoluci v terapii poruch erekce, neodstraní potřebu zabývat se sexuální reaktivitou v kontextu partnerského vztahu a věnovat pozornost psychogenním faktorům, které pro spokojenost v sexuálním soužití zůstávají nadále důležité.

I když připustíme, že organické faktory hrají u poruch erektility významně větší roli, než se předpokládalo dříve, a když se arzenál somatické léčby významně rozšířil, přece jen se všechny poruchy nepodaří somatickými zákroky úspěšně odstranit. U poruchy primárně somatogenní hraje důležitou roli také její vliv na psychiku pacienta, který se s ní musí vypořádat, musí ji zvládnout nebo se na ni potřebuje přiměřeně adaptovat. I v těchto případech tedy patří důležité místo odborné psychoterapii. Také mužských sexuálních dysfunkcí s převažující psychogenní složkou zůstane stále ještě dost, bez ohledu na jejich obtížně zjistitelnou skutečnou prevalenci. Kompetentní vedení sexuální terapie navazující na průkopnické práce Masterse a Johnsonové, Kaplanové, LoPiccola a dalších zůstane u těchto poruch nadále důležitou složkou v arzenálu současné sexuologické léčby.

*Ženská sexualita*, která se nedá tak snadno „medikalizovat“ jako sexualita mužská, zůstala v současném vývoji v oblasti sexuálních dysfunkcí značně v pozadí. Některé z prací jednostranně organicky zaměřených autorů vyvolávají dojem, že vše, co žena potřebuje, je řádně fungující mužův penis. V klinické praxi se skutečně občas vyskytnou případy, kdy tomu tak je a kdy všechny ostatní doporučované erotické a sexuální aktivity jsou ženou považovány jen za méněcennou, či dokonce nedůstojnou náhražku, ale daleko častěji tomu tak není. Žena většinou potřebuje pro své uspokojivé sexuální fungování vztah, porozumění, mazlení, něhu a sexuální hry, v nichž dokonale ztopořeny úd hraje daleko méně významnou úlohu, než je tomu u muže. O řádný penis se schopností kvalitní erekce usiluje muž daleko častěji „sám pro sebe“, pro své mužské sebevědomí a tradiční sebeobraz dobyvatele a vítěze. Urologové jsou převážně konfrontováni právě s těmito muži, kteří naléhají na fyzickou opravu svého orgánu, a ni-

koliv s jejich partnerkami, které by v řadě případů svou představu o manželském či partnerském souladu formulovaly zcela jinak.

K vyváženosti pohledu na sexuální dysfunkce patří tedy zřetel i k dysfunkcím ženským, jimiž jsou zejména nízká apetence (nedostatek sexuální touhy) a chybění orgasmu, pomíneme-li poměrně řídký výskyt vaginismu. V obou uvedených případech mají rozhodující vliv faktory psychogenní, a také v terapii dosud nebyly nalezeny somatoterapeutické postupy, které by dokázaly nahradit psychoterapii. K psychogenním příčinám ženských sexuálních dysfunkcí patří především problémy v současném partnerském vztahu, ale také vlivy minulosti, zejména rodinného prostředí, výchovy v dětství a psychických traumat ze sexuální i obecněji emoční oblasti. Rozdíly v apetenci mají jistě i svou složku konstituční. V konkrétních sexuálních aktivitách se pak uplatňuje na jedné straně nedostatečně účinná stimulace, což je zvláště významné u častého klitoridálního typu ženské sexuální reaktivity, na druhé straně tlumí průběh vzrušení rušivě působící podněty, prožitky a psychické stavy. Na utlumení sexuální touhy, případně až do vzniku odporu k sexualitě, se může podílet také rozdílná sexuální kapacita ženy a jejího partnera, který si vynucuje pohlavní styk i nad zájem, vyladěnost a možnosti méně sexuálně reaktivní partnerky.

*Rozdíl v sexuální apetenci partnerů*, která se sama pohybuje zcela v mezích normy, může znamenat obtížně zvládaný problém, který někdy druhotně vede k sexuální dysfunkci a který potřebuje citlivý psychotherapeutický přístup. Těžko najdeme farmakologický prostředek, který by zmíněnou disproporcii vyrovnal.

V terapii ženských sexuálních dysfunkcí se spíše než s předpisem léků musíme vyrovnávat s problémy, jako jsou rozdílná očekávání, zklamání, komunikace, různá napětí a nálady a v neposlední řadě také nemedicínský a „nemedikalizovatelný“ faktor, jako je *láska*. Ve vztazích, v nichž ženě chybí očekávané projevy lásky od manžela, kterému „jde jen o sex“, anebo v nichž žena sama lásku k manželovi neměla či ji v průběhu manželství z různých důvodů ztratila, se při souloži zpravidla obtížně navozuje sexuální vzrušení a dosahování orgasmu. Účinná terapie sexuální dysfunkce pak musí nutně zasáhnout i do mimosexuální oblasti a vyžaduje komplexnější psychotherapeutický přístup (případně i manželskou terapii), než je přímé zaměření terapeutické práce na sexuální vzrušení a orgasmus.

Diagnostická i terapeutická orientace na úspěšný průběh somatických reakcí ponechala stranou také skutečnost, že se v posledním desetiletí výrazně zvýšilo *procento poruch sexuální touhy*, kterou nejen u ženy, ale ani u muže neumíme ovlivnit nějakými somatoterapeutickými zákroky. V Německu uvádí Schmidt (2001), že na chybění sexuální apetence si v klientele stěžovalo v 70. letech 8 % žen, zatímco koncem 90. let 55 % žen a u mužů stoupla analogická procenta ze 4 na 18. O podobných zkušenostech se zmiňují i některé americké práce. Se stížnostmi na nedostatek touhy si medicína zatím neví moc rady. Ani Viagra to nepomáhá vyřešit, není afrodiziakem. Také na behaviorální předpisy úkolů ke cvičení v rámci sexuální terapie tyto poruchy významně nereagují. Nadějnější jsou spíše složitější zásahy v rámci psychodynamického nebo systémového přístupu.



I když i u nás existují podobné tendence ve vývoji pohledu na sexuální dysfunkce jako ve světě (ve smyslu medikalizace mužské sexuality a opomíjení nesnadno medikalizovatelné sexuality ženské), česká sexuologie si v pracích svých významných představitelů udržuje vyvážený pohled. Využívá technických novinek v diagnostice i terapii, ale nezapomíná na psychogenní faktory a na psychoterapii. Věnuje se mužské sexualitě a mužským pacientům, ale stejně pozorně zkoumá i sexualitu ženskou, věnuje pozornost subjektivnímu prožívání žen i mužů a neopomíjí psychoterapeutickou práci s emocemi a vztahy. Můžeme si jen přát, aby tento trend zůstal v české sexuologii zachován.

## 2. PORUCHY EREKCE

### 2.1 VYMEZENÍ POJMU A VÝSKYT

Poruchy erekce spočívají v chybějícím, nedostatečném nebo nespolehlivém ztopoření mužského pohlavního údu, které znemožňuje nebo znesnadňuje uskutečnění soulože. Buď se erekce při přípravě k souloži vůbec nedostaví, nebo se v kritickém okamžiku před imisí či krátce po ní rozplyne.

Pokud se z podstatného jména erekce odvozuje přídavné jméno, vyskytují se v našem písemnictví střídavě názvy *erekční*, *erektivní* nebo *erektilní*. Duchu českého jazyka nejvíce odpovídá výraz první. Druhý vychází z vlivu literatury německé, třetí z ovlivnění literaturou anglickou. Ten dnes u nás převažuje zejména v publikacích urologů, ale začíná se již přijímat všeobecně. Rovněž se používají pojmy *poruchy erektivity* a *poruchy erektivní potence*, které zdůrazňují skutečnost, že selhání erekce není u této dysfunkce záležitostí jednorázovou, ale opakující se, že jde o porušenou *schopnost* dosahovat erekci. Budeme tyto běžné pojmy používat střídavě, v návaznosti na citované práce. Klasický pojem *impotence* se ve vědecké literatuře na základě Závěrečného stanoviska panelové diskuse o impotenci v roce 1992 v Bethesdě v USA (Impotence, JAMA-CS 1993) již začal opouštět, ale názvy některých současných odborných časopisů (International Journal of Impotence Research) jej opět ožívají.

Primární porucha trvá od počátku sexuálního života. Pacientovi se buď ještě vůbec nepodařilo uskutečnit pohlavní styk, nebo má s erekcí stále potíže. O sekundární poruše mluvíme, objevují-li se potíže až po období úspěšného sexuálního života. Někdy je porucha generalizovaná, vyskytuje se za všech okolností se všemi partnerkami, jindy je porucha relativní či selektivní; objevuje se jen v určité situaci nebo jen s určitou partnerkou (např. jen s vlastní manželkou nebo naopak jen při mimomanželských kontaktech). Poruchy potence mohou mít značný negativní dopad na psychický stav muže. Mohou působit jako činitel frustrující, vést k neurotizaci, konfliktovým manželským situacím, k reaktivní depresi a sebevražedným myšlenkám i sebevražedným pokusům. „Impotence“ se hluboce dotýká mužova sebevědomí.

Pokud jde o *výskyt*, uvádějí Simons a Carey (2001) v přehledu provedených výzkumů, že v běžné populaci se poruchy erektivity zjišťují v 0 až 10 procentech.

Často citovanou studií je Massachusettská studie o mužském stárnutí (Feldman aj. 1994), založená na náhodně vybraném vzorku 1300 mužů ve věku 40 až 70 let z bostonské oblasti v USA v letech 1987 až 1989. Dokumentuje mj. nárůst poruch erekce s věkem. Zatímco ve věku 40 let zjistili autoři výskyt střední a těžší poruchy erekce (v jejich terminologii „střední a úplnou impotenci“) u 22 % mužů, ve věku 60 let stoupl výskyt těchto poruch na 40 % a ve věku 70 let na téměř 50 %. U nás Weiss a Zvěřina (2002) zjistili u reprezentativního vzorku přibližně 2500 českých mužů

mezi 35 a 65 lety výskyt střední a těžké erektilní dysfunkce u 26 %, přičemž největší výskyt závažných poruch se vyskytoval ve věkové kategorii 55- až 65letých. Z výzkumu Jonlera aj. (1994), kteří zkoumali v USA vzorek kolem 1500 mužů od 40 do 80 let, je patrné, že dalším zvyšováním věku prevalence této poruchy dále narůstá. Ve starším věku poruch přirozeně přibývá i s nárůstem somatických obtíží, zhoršujícím se tělesným zdravím a závažnějším působením nepříznivých organických faktorů, zejména cévních. Na Slovensku Štefančík aj. (2002) získali data od téměř 1250 mužů ve věku 30 až 75 let, kteří byli ambulantně vyšetřováni pro diabetes, hypertenzi a její komplikace, ischemickou chorobu srdeční a pro depresi. Středně závažnou až závažnou poruchu zjistili u 46 %. Prevalence se zvyšovala s věkem.

Pro zájemce o podrobnější epidemiologická data týkající se erektilní dysfunkce shrnul nejvýznamnější zahraniční studie výstižně Vrabec (2001).

*Funkční poruchy* erektilní potence jsou poruchami erekce bez podstatného organického postižení. Základní vliv u nich mají faktory psychogenní a konstituční; predispozici vytváří i věk nad 40 let.

Od funkčních poruch je třeba odlišit *poruchy podmíněné organicky*, u nichž se léčba podle možnosti zaměřuje na odstranění nebo léčení základní somatické příčiny.

## 2.2 SOMATICKÉ FAKTORY

K organickým příčinám poruch erektility, které je třeba uvážit při diferenciální diagnostice, patří: anomálie pohlavních orgánů, zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, neurologické poruchy, endokrinní poruchy, vaskulární poruchy, toxické vlivy a diabetes mellitus.

### 1. ANOMÁLIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

K anomáliím, které mohou mít přímý nebo nepřímý vliv na potenci, patří nedostatečně vyvinutý genitál, hypospadiie a fimózy. Z druhotných změn sem můžeme přiřadit plastickou induraci penisu a morfologické změny způsobené úrazem nebo operací.

Jelikož muži s poruchami potence mívají často nízké sebevědomí a neodůvodněné obavy z nedostatečné velikosti údu, bývá po provedeném vyšetření genitálu potřebné povzbuzující a věcně podložené ujištění o jejich dostatečném sexuálním vybavení. Běžná délka údu v klidovém stavu se u dospělých mužů v naší populaci pohybuje mezi 6 a 10 cm (průměr 8 cm), v erigovaném stavu pak mezi 12 a 16 cm (průměr 14 cm). Raboch (1988) klasifikuje údy v délce 6 až 7,5 cm jako malé, 7,6 až 8,5 cm jako střední a 8,6 až 10 cm jako velké. Menší úd při erekci zvětšuje svoji délku i objem více než úd velký. Pokud dochází k přiměřené erekci, nemá velikost údu na uspokojivý průběh sexuálního soužití zpravidla významný vliv. Pochva se za normálních podmínek velikosti údu přizpůsobí. Za abnormálně malý považujeme úd kratší než 5 cm se šířkovým průměrem menším než 2,2 cm. Příčiny jsou mnohdy nejasné, může jít o záležitost konstituční.

Pozornost je třeba věnovat i *fimózám*. Při vyšetřování více než 300 mužů mezi 19 a 26 lety (vojáku základní služby) jsme zjistili u 23 % fimózu různého stupně: u 4 % nemožnost úplného přetažení

předkožky přes glans v klidovém stavu, u 15 % nemožnost úplného přetažení při erekci a u 4 % mírné zúžení. Muži s fimózou často uváděli nepříjemné pocity při erekci a při souloži (Kratochvíl, Šváb a Raška 1975).

## 2. ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Zánětlivá onemocnění nepříznivě ovlivňují erektilivitu zejména tehdy, když způsobují bolest při erekci, penetraci nebo ejakulaci. Patří sem balanitis, urethritis, prostatitis, vesiculitis seminalis, epididymitis a orchitis.

Akutní záněty, u nichž se v uretrálním výtoku nebo v prostatickém exprimátu prokáží gonokoky nebo jiné bakterie, trichomonády či kvasinky, bývají pro urology nebo venerology terapeuticky vděčné. Svízelnější problém představují nespecifické (nagonorhoické) uretritidy či prostatitidy bez prokazatelného bakteriologického nálezu, které mají chronický průběh. U značné části případů se předpokládá infekce filtrabilními organismy (víry, L-organismy), na něž současná antibiotika dostatečně nepůsobí.

Podobným problémem je léčba *prostatismu*, který se považuje za neurovegetativní poruchu mužských adnex, za nesouhru mezi sekreční produkcí prostatických žlázek a jejich vyprazdňováním, která vede ke kongesci, či za neuralgii prostaty. V exprimátu se nezjišťují ani bakterie, ani zvýšené množství leukocytů svědčící pro zánětlivý proces (Kohlíček 1994).

Uvedená chronická onemocnění, u nichž se vyskytují různé nepříjemné pocity v oblasti genitálu (pálení při močení, parestézie, tlak nebo bolesti v žaludu, třísllech, varlotech, šourku, podbřišku či konečníku), mohou nepříznivě fixovat pozornost pacienta na tyto oblasti, vyvolávat obavy, tenzi, nespokojenost, podrážděnost až neurotické potíže a napomáhat přímo i nepřímo vzniku různých sexuálních poruch – zpočátku spíše předčasné ejakulace, později i ochabování erekce. Léčba zde má být komplexní, zahrnující i psychoterapii.

## 3. NEUROLOGICKÉ PORUCHY

Z poruch nervového systému vedou k poruchám erekce různé mozkové a míšní léze, zejména léze v oblasti thorakolumbální a sakrální míchy a příslušných nervových drah, nervových pletení a nervů. Nejčastější příčinou jsou úrazy, z onemocnění pak zejména nádory, arachnoiditidy, sclerosis multiplex, syringomyelie a tabes dorsalis.

Stupeň a charakter poruchy závisí na lokalizaci a rozsahu léze. Při lézích ve vyšších oblastech může dojít k postižení erekce vyvolané psychickými podněty, zatímco reflexní erekce při taktilní stimulaci penisu může zůstat do jisté míry zachována. Naproti tomu při postižení sakrálních center a uchování thorakolumbální oblasti se výjimečně může při chybění reflexní erekce zdařit psychogenní vyvolání erekce zprostředkované příslušnými vlákny sympatiku (obr. 1).

Sexuální problematice paraplegiků a možnostem pozitivního ovlivnění jejich sexuálního života jsou věnovány samostatné monografie (Mooney, Cole a Chilgren 1975, Shaked 1981).

Poruchu nebo úplnou ztrátu erekce mohou způsobit také chirurgické zákroky v malé pánvi, při nichž dojde k poškození periferních nervů, například operace prostaty.