

Radovan Vaškoveký

---

# DEPRESE, ANTIDEPRESIVA A JEJICH VLIV NA SEXUÁLNÍ FUNGOVÁNÍ



## 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 **restně 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.*



*Děkuji rodičům a všem blízkým osobám, které mi pomáhaly na mé cestě, stály u mě a v příznivém směru mě ovlivnily v mém rozvoji. Rád bych jim poděkoval za jejich podporu a pochopení, také za pomoc u zrodu této knížky, kterou bych jim rád s láskou a úctou věnoval.*

*Děkuji mnohokrát,*

Radovan

**MUDr. Radovan Vaškovský**

**DEPRESE, ANTIDEPRESIVA A JEJICH VLIV NA SEXUÁLNÍ  
FUNGOVÁNÍ**

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 2941. publikaci

Odpovědná redaktorka Jana Jandovská Kubínová  
Sazba a zlom Milan Vokál  
Počet stran 124  
Vydání 1., 2007

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

© Grada Publishing, a.s., 2007  
Cover Photo © isifa.com

**ISBN 978-80-247-2163-7** (tištěná verze)  
ISBN 978-80-247-6041-4 (elektronická verze ve formátu PDF)  
© Grada Publishing, a.s. 2011

---

# OBSAH

<b>1. Fyziologie sexuálního fungování</b>	<b>7</b>
1.1 Sexuální odpověď muže	9
1.2 Sexuální odpověď ženy	10
<b>2. Definice sexuálních dysfunkcí</b>	<b>11</b>
<b>3. Rozdělení sexuálních dysfunkcí</b>	<b>13</b>
3.1 Všeobecné rozdělení	13
3.2 Rozdělení podle klasifikace MKCH 10 a DSM IV	14
<b>4. Diferenciální diagnostika psychogenních a organických sexuálních dysfunkcí</b>	<b>17</b>
4.1 Psychogenní faktory sexuálních dysfunkcí	19
<b>5. Nejčastější sexuální dysfunkce</b>	<b>21</b>
5.1 Poruchy erekce	21
5.2 Předčasná ejakulace	23
5.3 Opožděná až chybějící ejakulace	24
5.4 Anorgasmie a snížení sexuální touhy	24
<b>6. Etiologie sexuálních dysfunkcí</b>	<b>27</b>
<b>7. Biologické aspekty sexuálního fungování</b>	<b>31</b>
7.1 Endokrinní faktory a sexuální fungování mužů a žen	31
7.1.1 Androgeny	31
7.1.2 Estrogeny	32
7.1.3 Progesteron	33
7.1.4 Prolaktin	33
7.1.5 Oxytocin	34
7.1.6 Kortizol	34
7.1.7 Feromony	34
7.2 Neurotransmitery a neuropeptidy	35
7.2.1 Oxid dusnatý	35
7.2.2 Serotonin	36
7.2.3 Dopamin	38
7.2.4 Adrenalin	40

---

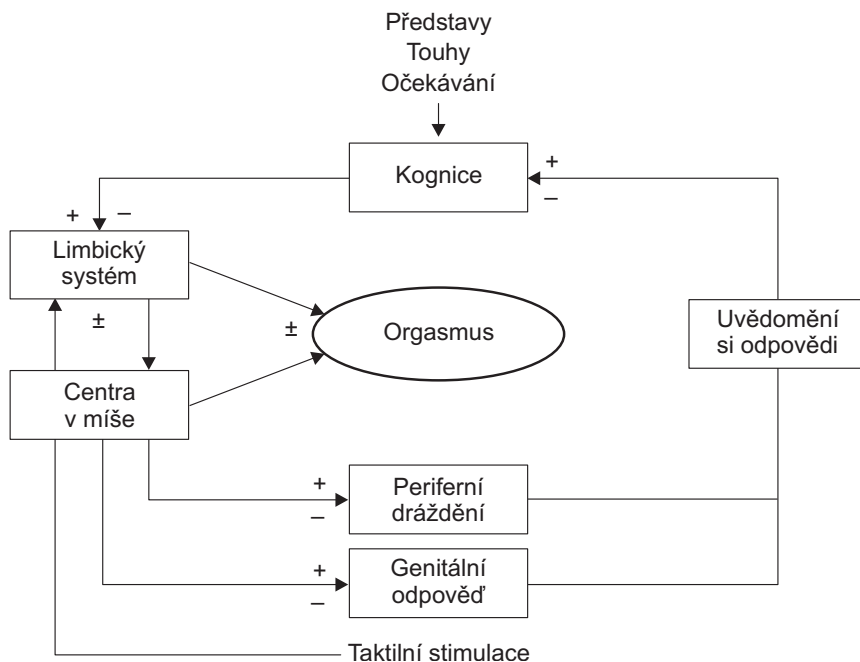
7.2.5	Noradrenalin . . . . .	41
7.2.6	Opioidy . . . . .	42
7.2.7	Acetylcholin . . . . .	43
7.2.8	Histamin . . . . .	44
7.2.9	Gamaaminomáslová kyselina . . . . .	44
7.2.10	Nové neurotransmitery . . . . .	44
7.3	Shrnutí vlivu neuromediátorů na sexuální fungování . . . . .	45
<b>8.</b>	<b>CNS a modelování sexuálního fungování . . . . .</b>	<b>49</b>
8.1	Mozkový kmen . . . . .	49
8.2	Hypotalamus . . . . .	50
8.3	Přední mozek . . . . .	50
<b>9.</b>	<b>Jednotlivé fáze normálního sexuálního fungování a jejich patofyziologie . . . . .</b>	<b>53</b>
<b>10.</b>	<b>Sexuální funkce u depresivních pacientů . . . . .</b>	<b>55</b>
10.1	Výskyt sexuálních dysfunkcí ve vztahu k depresi . . . . .	55
10.2	Deprese a sexuální dysfunkce . . . . .	59
10.3	Mýty o sexuálním fungování depresivních pacientů . . . . .	60
10.4	Základní otázky a stanovení sexuálních dysfunkcí . . . . .	61
10.5	Bariéry vyšetření . . . . .	64
<b>11.</b>	<b>Sexuální dysfunkce při léčbě antidepressivy . . . . .</b>	<b>67</b>
11.1	Vliv antidepressiv na jednotlivé fáze sexuálního fungování . . . . .	68
<b>12.</b>	<b>Incidence, frekvence a intenzita sexuálních dysfunkcí navozených antidepressivy . . . . .</b>	<b>71</b>
12.1	Pohlavní rozdíly v sexuálních dysfunkcích navozených antidepressivy . . . . .	75
<b>13.</b>	<b>Strategické postupy terapeutických opatření v léčbě antidepressivy navozených sexuálních dysfunkcí . . . . .</b>	<b>77</b>
13.1	Redukce dávky antidepressiva . . . . .	79
13.2	Čekání na adaptaci . . . . .	79
13.3	Změna antidepressiva . . . . .	79
13.4	Lékové prázdniny . . . . .	81
13.5	Použití farmakologických antidot . . . . .	81
13.6	Nefarmakologické, psychoterapeutické intervence . . . . .	84
<b>14.</b>	<b>Pozitivní vliv antidepressiv na sexuální fungování . . . . .</b>	<b>85</b>
<b>15.</b>	<b>Závěr . . . . .</b>	<b>89</b>
	<b>Seznam použitých zkratk . . . . .</b>	<b>93</b>
	<b>Literatura . . . . .</b>	<b>95</b>

# 1. FYZIOLOGIE SEXUÁLNÍHO FUNGOVÁNÍ

Lidská sexuální odpověď se dělí do čtyř fází: touha, vzrušení, orgasmus a uvolnění (Masters W. H., Johnson V. E., 1966, Kaplan H. S., 1974).

Fáze sexuálního fungování	
<b>Touha</b>	Spontánní výskyt sexuální touhy, fantazií, snů a přání, současně se zájmem o iniciování nebo o sexuální aktivitu
<b>Vzrušení</b> periferní-tělesné  centrální-subjektivní	Genitální (cévní) prokrvení a lubrikace, následná odpověď (tachykardie, hyperventilace, atd.) vedoucí k sexuální stimulaci  Psychologické zážitky a vzrušení
<b>Orgasmus</b>	Intenzivní vrchol sexuální radosti provázený rytmickými kontrakcemi genitálních a reprodukčních orgánů
<b>Uvolnění</b>	Návrat k základu, nevzrušivý stav charakterizovaný ztrátou vaskokonstrikce v penisu a vulvě

Jednotlivé fáze odpovědi a sexuálního fungování ovlivňují různé faktory, jako jsou subjektivní prožívání, emoce, kognitivní a interpersonální vlivy, kulturní faktory. Fungování je přiblíženo v obrázku 1.1.



**Obr. 1.1** Psychologické a tělesné vlivy na sexuální odpověď. Zpracování podle Bacrofta, 1989.



## 1.1 SEXUÁLNÍ ODPOVĚĚ MUŽE

Tabulka nám blíže znázorňuje tělesné reakce u muže v průběhu sexuální stimulace v jednotlivých fázích sexuálního fungování.

*Tab. 1.1 Sexuální odpověď u muže*

Orgán	Vzrušení	Orgasmus	Uvolnění
<b>Kůže</b>	Začervenání.	Pokračování začervenání pokožky především na bříše, zádech, tváři a krku.	Začervenání se uvolňuje, postupně mizí.
<b>Penis</b>	Erekcce během 10–30 s. Velikost glansu a průměr penisu se zvyšuje se stupňujícím vzrušením.	Emise: 3–4 kontrakce vas deferens, seminálních vezikul a prostaty. Ejakulace: kontrakce uretry v intervalu 0,8 s.	Detumescence během 5–30 min. po orgasmu, nebo do hodiny bez orgasmu.
<b>Skrótum a testes</b>	Napínání skrotálního vaku se zdvihnutím a 50% zvětšením testes.	Beze změn.	Zmenšení na normální velikost v 2–15 minutách.
<b>Jiné, další</b>	Zvýšení napětí kosterního svalstva, tachykardie, hyperventilace, zvýšení sekrece z Coperových žláz, nekonzistentní erekce bradavek.	Tachykardie, hyperventilace, ztráta volní kontroly svalstva, rytmické kontrakce rektálního svěrače.	Utišení hyperventilace a tachykardie.

## 1.2 SEXUÁLNÍ ODPOVĚĚ ŽENY

Tabulka nám blíže znázorňuje tělesné reakce u ženy v průběhu sexuální stimulace v jednotlivých fázích sexuálního fungování.

*Tab. 1.2 Sexuální odpověď u ženy*

Orgán	Vzrušení	Orgasmus	Uvolnění
<b>Kůže</b>	Začervenání u některých žen.	Pokračování začervenání pokožky především na břicho, tváři a krku.	Začervenání se uvolňuje, postupně mizí.
<b>Prsa</b>	Erekce bradavek u dvou třetin žen.	Začínají se třást.	Návrat do původního stavu do půl hodiny.
<b>Klitoris</b>	Zvětšení průměru glansu i kmene klitoris.	Před orgasmem, zmenšení glansu do preputia.	Detumescence za 5–30 min. po orgasmu, nebo několik hodin bez orgasmu.
<b>Velké pysky</b>	Zdvihnutí a retrakce, sekundární vasokongesce.	Beze změn.	Zmenšení na normální velikost za 2–15 min.
<b>Malé pysky</b>	Dvoj- až trojnásobné zvětšení, změna barvy z růžové na tmavočervenou.	Kontrakce.	Návrat do normálu za 2–15 min.
<b>Vagina</b>	Prodloužení a nafouknutí, transudát se dostaví za 10–30 s po začátku vzrušení, změna barvy z růžové na tmavočervenou.	V dolní třetině 3–15 kontrakcí, trvají v 0,8 s intervalech.	Vasokongesce se sníží během několika sekund po orgasmu, nebo 20–30 s bez orgasmu.
<b>Děloha</b>	Zdvihnutí, kontrakce těsně před orgasmem.	Kontrakce v průběhu orgasmu.	Poklesnutí ke klidovému stavu.
<b>Jiné, další</b>	Zvýšení napětí kosterního svalstva, tachykardie, hyperventilace, zvýšení sekrece z Bartoliniho žláz a žláz předsíně.	Tachykardie, hyperventilace, ztráta volní kontroly svalstva, rytmické kontrakce rektálního svěrače.	Utišení hyperventilace a tachykardie.

## 2. DEFINICE SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

Sexuálními dysfunkcemi je nazývána taková skupina poruch, která zahrnuje různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním styku tak, jak by si představoval. Může chybět zájem, uspokojení, jedinec postrádá fyziologické reakce potřebné pro účinný sexuální vztah nebo není schopný ovládat a prožívat orgasmus (Smolík, P., 1996).

Do pojmu sexuální dysfunkce lze také zahrnout nedostatky v chování a prožívání, které jsou provázené neúplnou a/nebo neobvyklou fyziologickou reakcí muže na sexuální stimulaci. Sexuální dysfunkce má podobu psychosomatického syndromu, který postihuje současně celou osobnost pacienta. Muž reaguje na svou chybějící či oslabenou sexuální výkonnost individuálně, rozličnou odezvou, která může být až neurotické povahy. I nepochybně somatogenní sexuální porucha je provázena více či méně závažnou odpovědí na ni (Baštecký, J. et al., 1993).

Nejsrozumitelněji definuje pojem sexuálních dysfunkcí Kratochvíl (Kratochvíl, S., 1999, 2003), jenž za sexuální dysfunkce nevyvolané organickými poruchami nebo chorobami považuje poruchy, při kterých jedinec nepociťuje sexuální touhu nebo není schopný uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, přestože má k tomu základní anatomicko-fyziologické předpoklady a není zaměřen na neobvyklé sexuální cíle.

### 3. ROZDĚLENÍ SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

#### 3.1 VŠEOBECNÉ ROZDĚLENÍ

Dysfunkce **organické** jsou dysfunkce, jejichž patogeneze má organický původ, jako například úraz pánve a míchy, cévní poranění, plastická indurace penisu, stavy po operacích prostaty, močového měchýře, pánevních cév, pánevních orgánů, diabetes mellitus, neurologické onemocnění, jako sclerosis multiplex, paraplegie, syringomyelie, operace mozku, onemocnění kardiovaskulárního systému, respiračního traktu, infekční onemocnění, endokrinní poruchy, psychovegetativní poruchy, depresivní stavy, intoxikace, farmakoterapie a další. (Organické léze CNS, i když nepostihují přímo limbický systém a míšní reflexní systém, se mohou projevovat depresivitou a následnou sexuální dysfunkcí.) Jde o dysfunkce symptomatické, při biologických poruchách, proto se označují také jako dysfunkce **biogenní**.

Dysfunkce vznikající důsledkem intrapsychických nebo interpersonálních problémů jsou dysfunkce **psychogenní**. Nevylučuje se ani kombinace obou typů. Sexuální funkce mohou být snadno ovlivněné stresem jakéhokoli typu, poruchami nálady, rovněž je ovšem může ovlivňovat i neznalost sexuálních funkcí i jejich fyziologie. Bez ohledu na etiologii jejich vzniku bývají dysfunkce provázené úzkostnými stavy, které se vážou k sexuální výkonnosti.

Když dysfunkce trvá od začátku pohlavního života, je trvalá a označuje se jako dysfunkce **primární** (prvotní). Když vznikne po určitém období normálního, bezproblémového sexuálního života, jedná se o dysfunkci **sekundární** (druhotnou).

Mezi další posuzovací kritéria lze zařadit selektivnost výskytu, tj. zda se uvedená sledovaná dysfunkce vyskytuje jen s jedním (stálým) sexuálním partnerem, nebo se vyskytuje s více sexuálními partnery. Obdobně je důležité zjistit, zda se sexuální dysfunkce vyskytuje jen u jednoho, nebo u obou partnerů. Na základě daných sledování potom můžeme mluvit o dysfunkci **generalizované** (kompletní), tzn. že dysfunkce je přítomná vždy, nezávisle

na výběru partnera, na době a způsobu sexuálního styku i jeho okolností. Dysfunkce tzv. **selektivní** (nekompletní, situační) jsou vázány na určitou situaci, způsob nebo na konkrétního sexuálního partnera/-ku.

**Úplnými** dysfunkcemi se rozumí, že zahrnují všechny čtyři komponenty sexuálního vztahu, jako je sexuální apetence, vzrušivost, orgasmus a uvolnění. **Částečné** jsou takové, jež postihují jen jednu nebo několik fází sexuálního styku.

## 3.2 ROZDĚLENÍ PODLE KLASIFIKACE MKCH 10 A DSM IV

---

**Klasifikace MKCH 10:** revize definuje sedm poruch, které by neměly souviset vůbec, nebo jen druhotně s organickými faktory (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. SZO Ženeva, Psychiatrické centrum, Praha, 1992).

**Klasifikace DSM IV** rozlišuje v oddílu Sexuální dysfunkce čtyři skupiny poruch, které souvisejí se stadii sexuální odezvy a s poruchami způsobenými somatickými nemocemi nebo vyvolanými substancemi (American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC, APA, 1994, s. 493–538).

### **Klasifikace MKCH 10:**

- Poruchy sexuální apetence (hypoaktivní porucha sexuální apetence, sexuální averzivní porucha)
- Poruchy sexuální vzrušivosti (porucha ženské sexuální vzrušivosti, porucha mužské erekce)
- Poruchy orgasmu (porucha orgasmu u žen, porucha orgasmu u mužů, předčasná ejakulace)
- Sexuální bolestivé poruchy (dyspareunie, vaginismus)
- Sexuální dysfunkce způsobené somatickým onemocněním
- Sexuální dysfunkce vyvolané substancemi
- Sexuální dysfunkce více nespecifikované

Praktické rozdělení stadií sexuální odezvy podle **DSM IV**:

- Apetence (nedostatek nebo ztráta sexuální apetence F 52.0, odpor k sexualitě F 52.10)
- Vzrušení (nedostatečné prožívání sexuální slasti F 52.11, selhání genitální odpovědi F 52.2)
- Orgasmus (dysfunkční orgasmus F 52.3, předčasná ejakulace F 52.4)
- Uvolnění (u tohoto stadia nejsou definovány poruchy)

Obě klasifikace jsou kompatibilní.

Nezávislé na stadiích sexuální odpovědi jsou sexuální bolestivé poruchy. K nim patří neorganický vaginismus F 52.5 a neorganická dyspareunie F 52.6.

V kontrastu ke všem předcházejícím dysfunkcím, vyznačujícím se úbytkem schopnosti sexuálního kontaktu, je definovaná hypersexualita jako zvýšený sexuální pud: hypersexualita F 52.7.

## 4. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA PSYCHOGENNÍCH A ORGANICKÝCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

K odlišení **psychogenních** sexuálních dysfunkcí od **organických** se využívá zachování nočních, masturbačních a pettingom navozených tumescencí penisu u psychogenních poruch. Pravděpodobný poměr psychogenní a organické impotence se odhaduje v poměrech od 20:1 do 1:7 (Wagner, G. et al., 1981). Tento poměr však kolísá v různých částech světa a v různých sociálních a kulturních oblastech.

Monitorování nočních tumescencí penisu se považuje za objektivní metodu měření erekční poruchy penisu a za velmi vhodnou metodu diferenciálně diagnostického rozlišení organické a psychogenní impotence (Marshall, P. et al., 1981). Tato metoda vychází ze zkušeností, že v průběhu hlubokého spánku REM se vyskytují noční erekce jako projev intenzivní aktivity autonomního nervstva. Na noční erekce nemají vliv emocionální faktory a noční erekce možno kvantitativně měřit a vyhodnocovat parametry odrážejícími erektilní kapacitu penisu, resp. erektilní dysfunkci (Karacan a spol., 1978, 1984, Schwarz, 1983). Na základě monitorování nočních erekcí se dospělo k diagnostickému předpokladu, že normální, resp. věku přiměřené noční erekce u pacientů s erektilní poruchou svědčí o psychogenní příčině impotence, a naopak nepřítomnost nočních erekcí je patognomická pro organickou příčinu impotence. Případy méně častých a pouze částečných erekcí mohou být následkem kombinovaných příčin. Noční tumescence penisu se vyskytují v průběhu spánku rytmicky přibližně každých 90 minut. Jsou integrovanou součástí fyziologie spánku (Bohlen, J. G., 1981). Monitorování nočních erekcí v domácím prostředí umožňuje přenosný monitorovací přístroj (Kenepp D., Gonick, P., 1979). Kromě změn v obvodu penisu vznikají při tumescenci i změny v jeho délce. Earls a kol. (Earls, C. et al., 1983) zjistili, že u pacientů s organickou impotencí se při vizuální erotické stimulaci nemění obvod a délka penisu, zatímco pro pacienty s psychogenní impotencí je typická elongace penisu, která vzniká

i tehdy, kdy není přítomná tumescence. V roce 1980 navrhli Barry a kol. (Barry, J. M. et al., 1980) na testování změn v obvodu a v rigiditě penisu (rigidita je nejdůležitější parametr kvality erekce, je funkcí intrakavernózního tlaku) jednoduchou a levnou metodu. Na tělo penisu nalepili pásek z menších poštovních známek v očekávání, že takto vytvořený prstenec se při dosažení úplné erekce ve spánku roztrhne. Ukázalo se však, že roztrhnutí prstence poštovních známek má nízkou diagnostickou výtěžnost. V případě, že se pásek v průběhu noci neroztrhne, je důvodné podezření na organickou impotenci (Marshall, P. et al., 1983). Test s trhacími páskami (snap-gauge test) je malým testem na rozlišení organické a psychogenní impotence.

Erekce penisu možno kvantitativně měřit volumetrickou metodou. Měření obvodu penisu jako ekvivalentu erekce dává méně přesné výsledky. Je totiž známé, že zvětšení obvodu penisu při jeho expanzi přitékající krve nekoreluje přesně s intrakavernózním tlakem, respektive rigiditou penisu potřebnou pro vaginální penetraci (Godec, C. J., Cass, A. S., 1981, Schwarz, D. T., 1983).

V diferenciatní diagnostice psychogenní a organické impotence se rovněž používá intrakavernózní aplikace vasoaktivních látek. Intrakavernózní aplikace papaverinu nebo prostaglandinu E1 způsobuje erekci už v průběhu 10 minut, umožňuje ambulantním vyšetřením nahradit monitorování nočních tumescencí penisu. Intrakavernózní aplikace papaverinu nebo prostaglandinu E1 se v současnosti podle některých autorů považuje za nejlepší screeningovou metodu v diferenciatní diagnostice vaskulogenní impotence (Abber, J. C. et al., 1986, Buvat, J. et al., 1986). Jiní autoři ji nepovažují za nejvhodnější, neboť nepřináší dostatečně spolehlivé výsledky u psychogenních sexuálních dysfunkcí (Baštecký, J. et al., 1993). V určitých případech není možné na základě farmakologického testování s jistotou diferencovat psychogenní a organickou impotenci. Asi u 10 % pacientů s psychogenní impotencí může být úplná erekce i při velkých dávkách papaverinu nebo prostaglandinu E1 inhibovaná nervozitou nebo anxiitou pacientů. Cestou sympatické stimulace při nervozitě a anxiositě se totiž intrakavernózně zvyšuje hladina adrenergních látek (noradrenalinu), což vede k tonické kontrakci hladkých svalů a k falešně pozitivnímu testu po intrakavernózní aplikaci vasoaktivních látek (Allen, R. P., Brendler, C. B., 1988).

Odlišení organických a psychogenních poruch erekce je dokumentované i v následující tabulce.



**Tab. 4.1** *Orientační charakteristiky organických a psychogenních poruch erekce*

Charakteristika	Organická porucha	Psychogenní porucha
Náhlý začátek	–	+
Pomalý začátek	+	–
Věk nad 30 let	+	–
Psychopatologie	+	+
Partnerské konflikty	+	+

## 4.1 PSYCHOGENNÍ FAKTORY SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

U mužů postižených sexuální dysfunkcí Benedetti (in Baštecký J. a kol., 1993) nachází tři okruhy psychických problémů:

- Potřeba úspěchu a strach ze selhání, žena je vnímána jako nástroj a sex jako příležitost vyniknout.
- Ambivalence vůči ženě a matce, kdy muž třídí ženy na „šlapky“ a „světiče“ a projevuje strach ze ženy-vládkyně.
- Ambivalence vůči mužům a otci s výraznou snahou o identifikaci a se žárlivostí na silnějšího muže.

Kratochvíl (Kratochvíl, S., 1982) poukazuje na různé příčiny psychogenního charakteru, které se dají shrnout do pěti okruhů.

- Nedostatek stimulace
- Rušivé prožitky a aktuální psychické stavy
  - Traumatizující vlivy z minulosti (výchovné, rodinné)
  - Problémy v partnerském vztahu
  - Osobnostní rysy, neurózy a psychopatie

Rozšířenější a podrobnější verze těchto psychogenních příčin nacházíme v jeho knížce Léčení sexuálních dysfunkcí (Kratochvíl, S., 1999). Poukazuje a rozebírá více situačních faktorů: nevhodné podmínky k pohlavnímu styku, nedostatek soukromí, obavy z prozrazení či vyrušení jinou osobou,

strach z otěhotnění partnerky či pohlavní nákazy (AIDS i jiná pohlavní onemocnění).

- **Traumatizující zážitky** – souvisejí se sexuální činností v předcházejícím období, různé události, které vyvolávaly u pacienta strach, pocit viny, méněcennosti, trapnosti a blamáže. Tyto zážitky či pocity se potom mohou v současných sexuálních situacích obnovovat a tlumit rozvojem sexuálního vzrušení. Psychoterapeuticky orientovaní autoři předpokládají, že podkladem sexuálních poruch jsou konflikty mezi pudovými přáními, normami a zájmy ega, které sahají hluboko do dětství a v současnosti nejsou uvědomovány. Doporučují dlouhodobé psychoanalytické léčení, zaměřené na uvědomování vytěsněných intrapsychických konfliktů (Sigusch, V., (Hrsg), 1997). Partnerské problémy, jako jsou závažné konflikty a hádky, zásadní rozpory, zlostné chování ženy, zahrnující muže výčitkami, jeho podceňování, výsměch nebo chladné a odmítavé chování vůči němu, zřetelně projevový nezájem mohou vést často k poruchám potence u partnera. Mezi další partnerské problémy patří boj o moc mezi partnery, podezření z nevěry, úplné zevšednění a ochladnutí ve vztahu a absence vzájemného porozumění.
- **Osobnost muže** – mnozí muži jsou schopni uskutečnit soulož i v nepříznivých podmínkách a ani příležitostný neúspěch v nich nevyvolá strach nebo očekávání dalších neúspěchů. U některých však v tomto směru existuje značná zranitelnost. Jedná se spíše o muže pedantické, úzkostné, nejisté, s pocitem méněcennosti, se sklonem k hypochondrii, nutkavým myšlenkám a zvýšenému sebezpozorování, s nedostatkem sebedůvěry, nebo o muže hypersenzitivní. Jedná se o muže, kteří pociťují nadměrnou zodpovědnost za úspěšný průběh pohlavního styku, ať už kvůli vlastní prestiži, nebo kvůli uspokojení ženy. Poruchy potence se mohou častěji objevovat u akcentovaných a anomálních osobností, které mají problémy v navazování sociálního a emočního kontaktu.
- **Psychické stavy a psychické poruchy**, jako jsou stavy únavy, vyčerpání, přepracovanosti a deprese, bývají často spojené s různými sexuálními dysfunkcemi. U deprese je třeba rozlišit, zda je deprese důsledkem, nebo příčinou sexuálního selhání. Těžká deprese vede k snížení celkové vitality a tím i sexuální reaktivity. U neuróz může být porucha erektilní potence jedním z orgánových příznaků sexuálních poruch.

## 5. NEJČASTEJŠÍ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

### 5.1 PORUCHY EREKCE

Poruchy erekce se projevují chybějícím, nedostatečným či nespolehlivým ztopořením mužského pohlavního údu, které následně znemožňuje nebo zhoršuje uskutečnění soulože. Erekcce se buď v přípravné fázi vůbec nedostaví, nebo až v kritickém okamžiku před imisí penisu či krátce po ní vymizí.

Porucha erekce jako **primární** porucha buď existuje od samotného počátku sexuálního života, nebo se vyskytuje **sekundárně**, kdy se objevuje až po určitém období úspěšného sexuálního života. Podobně může jít o poruchu, když muž má problémy s erekcí se všemi sexuálními partnery či partnery za všech okolností, pak se jedná o poruchu **generalizovanou**. Porucha erekce může vzniknout jen za jistých situací, případně jen s určitou partnerkou (např. vlastní manželkou, nebo právě naopak v mimomanželském kontaktu), tehdy ji označujeme jako **selektivní**.

Příčiny vzniku poruch erekce penisu nacházíme už ve výše uvedených dvou základních kategoriích: **somatické (organické)** příčiny a **psychogenní** faktory. Z **organických** příčin se nejčastěji podílejí různé anomálie pohlavních orgánů, jako je vývoj genitálu, hypospádie, fimózy, ale i morfologické změny v oblasti genitálu po úrazech a operacích. K **somatickým** příčinám přiřazujeme i rozličná zánětlivá onemocnění genitálu, která se podílejí na těchto sexuálních dysfunkcích a současně mohou také znamenat hrozbu šíření sexuálně přenosných onemocnění.

**Neurologické** příčiny spočívají v lézích periferních nervů inervujících tyto orgány, jakož i v poruchách vyskytujících se ve vyšších etážích v oblasti thorakolumbální a sakrální míchy. K onemocněním, která se mohou podílet na jejich vzniku, jsou nádorová onemocnění, syringomiélie, arachnoiditidy, tabes dorsalis a sclerosis multiplex.

Značná část erektilních dysfunkcí může být navozená **endokrinními změnami**. Vliv pohlavních hormonů, ale i dalších endokrinních produkci (mezi nimi hlavně prolaktinu), je rozepsán v kapitole 7.1 (Endokrinní fak-

tory a sexuální fungování mužů a žen). K uvedenému jen dodáváme, že androgeny mají podstatný význam a úlohu při formování mozkových struktur, vývoji a diferenciaci mozku, které pak ovlivňují sexuální chování. Pro udržení sexuálního chování už nemají až takový význam, respektive nezávisí tolik na hladině testosteronu v krevní plazmě, ale spíše na stupni citlivosti cílových orgánů na výše uvedený testosteron (Bancroft, J., 1984).

Na erektilní dysfunkci může mít přímý vliv stav cév penisu a pánve, jakož i kavernózních těles. Problémy mohou nastat jak v přítokové části, a to buď nějakou anomálií, ucpaním, nebo zúžením cév přívádějících krev do kavernózních těles, tak v oblasti odtokových částí kavernózních těles při nedostatečném zablokování žilního odtoku. K základním vyšetřovacím neinvazivním metodám patří vyšetření penobrachiálního indexu krevního tlaku, z invazivních metod je to rentgenologické znázornění arterií penisu pomocí faloarteriografie s využitím papaverinu nebo prostaglandinu E<sub>1</sub>, nebo kavernóznografie, tj. rentgenologického znázornění venózního systému kavernózních těles.

Nepříznivý vliv na erektilní funkci penisu může mít účinkování více různých léků, případně jiných toxicky působících látek. Celá řada léků může ovlivňovat koitální schopnost muže. Mezi léky s nejdůležitějším vlivem a vztahem k erektilní dysfunkci třeba jmenovat skupinu antihypertenziv (např. klonidin, reserpin, propranolol, hydrochlorothiazid, verapamil a jiné), antiarytmika (disopyramid), kardiotonika (digoxin), antiulcerósa (cimetidin), hypolipemika (clofibrat), ale i celou škálu psychofarmak, mezi něž patří neuroleptika (spíše tzv. klasická – thioridazin, chlorpromazin, ale i neuroleptika, která poměrně značně zvyšují hladinu prolaktinu – sulpirid a risperidon), anxiolytika, ale také antidepresiva (spíše klasická tricyklická – imipramin, klomipramin, ale i ta ze skupiny SSRI [inhibitory zpětného vychytávání serotoninu] – (paroxetin, fluoxetin, sertralin), případně SNRI [inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu] – (venlafaxin). O tom blíže pojednává kapitola 11., o sexuálních dysfunkcích při léčbě antidepresivy. Většina těchto vlivů se odvíjí od dávek léků.

Z dalších toxických vlivů je nutné uvést nejčastější a nejrozšířenější legalizovanou drogu v našich zemích – alkohol. Nižší dávky jednorázově zvyšují libido a mohou prodlužovat ejakulační latenci, vyšší dávky však nepříznivě působí na erektilní schopnost. Chronické užívání alkoholu vede pak k poruchám potence. Nepříznivý vliv na erektilní schopnost zaznamenáváme i u jiných toxikomániích, jako je nikotinismus, a to jeho vliv především na cévní systém, snížení arteriálního přítoku krve do penisu, ale i možné poruchy v žilním systému. Z nelegalizované toxikománie nelze