

SEXUOLÓGIA SEXOLOGY



ČASOPIS SLOVENSKEJ SEXUOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI
JOURNAL OF THE SLOVAK SOCIETY FOR SEXOLOGY

Prehľadné štúdie

*Sexuální emoce jako významný zdroj
iracionální motivace člověka*

Jaroslav Zvěřina

Ekonomie sexu

Radim Uzel

Ženská sexualita v průběhu menstruačního cyklu

Kateřina Klapilová, Petr Weiss, Jan Havlíček

Sexuálně poruchy jako součást duševních onemocnění

Dana Šedivá

Pôvodné práce

*Diagnostika a liečba erektilnej dysfunkcie
(ED) v klinickej praxi*

Danica Čaisová

Naše skúsenosti s operačnou aspiráciou spermií

Mária Mihaliková, Vladimír Mišanko, Igor Bartl

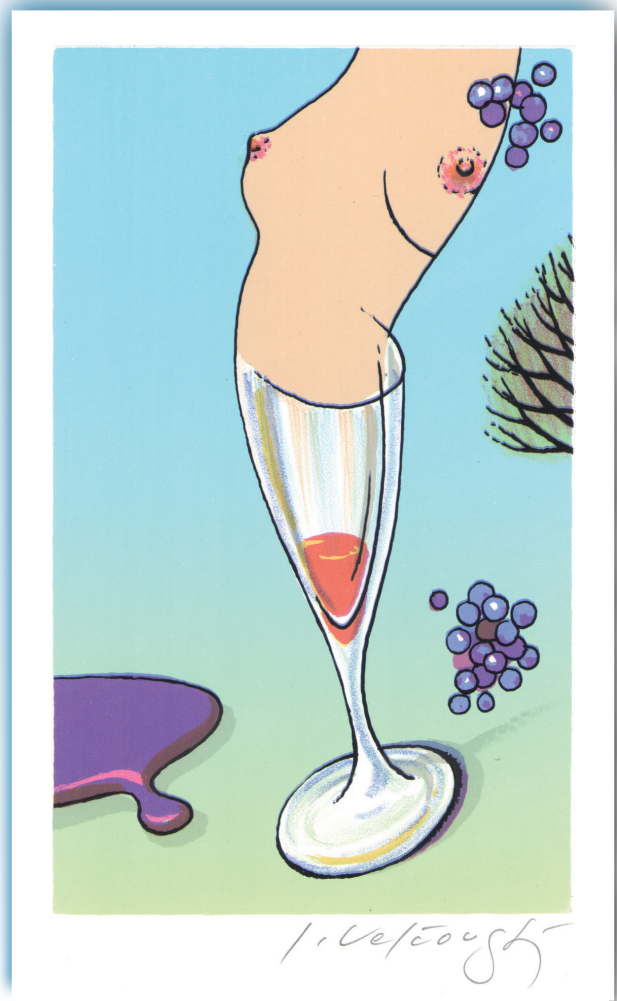
Kúpeľné lásky

Anežka Imrišková

Správy a informácie

Recenzie

Kalendár odborných podujatí



Obsah / Contents

Prehľadné štúdie – Review Studies

Sex a emoce – 6

Sex and emotions

Jaroslav Zvěřina

Ekonomie sexu – 9

Economics of sex

Radim Uzel

Ženská sexualita v průběhu menstruačního cyklu – 13

Female sexuality during the menstrual cycle

Kateřina Klapilová, Petr Weiss, Jan Havlíček

Sexuálne poruchy ako súčasť duševných ochorení – 23

Sexual dysfunctions as a part of mental disorders

Dana Šedivá

Pôvodné práce – Original Articles

Diagnostika a liečba erektilnej dysfunkcie (ED) v klinickej praxi – 28

Diagnostics and treatment of erectile dysfunction (ED) in clinical practice

Danica Caisová

Naše skúsenosti s operačnou aspiráciou spermií – 32

Our experience with surgical sperm aspiration

Mária Mihaliková, Vladimír Mišanko, Igor Bartl

Kúpeľné lásky – 36

Love in spa resorts

Anežka IMRIŠKOVÁ

Správy a informácie – Reports and Informations of Interest

Odešla legenda: zemřela Virginia Johnsonová (1925-2013) (Jaroslav Zvěřina) – 8

Slavomír Hubálek († 65) – nekrológ – 12

Béla Buda – nekrológ (Robert Máthé) – 27

Testování, homofobie, prevence (Ivo Procházka) – 38

Kondómy a lubrikanty v darkroomech – 40

X. Lábdyho sexuologické dni (Robert Máthé) – 42

Recenzie – Book Reviews

Lane, Nick: Síla, sexualita, sebevražda - mitochondrie a smysl života (Jaroslav Zvěřina) – 35

Sexuológia / Sexology

Časopis Slovenskej sexuologickej spoločnosti
Slovenská lekárska spoločnosť



VEDÚCI REDAKTOR: PhDr. Robert Máthé, PhD.

REDAKČNÁ RADA:

MUDr. Danica Caisová-Škultétyová
predsedníčka Slovenskej sexuologickej spoločnosti
prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.
doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
MUDr. Martin Hrivňák, PhD.
MUDr. Igor Bartl
MUDr. Anežka Imříšková
MUDr. Miroslav Kozár
MUDr. Ivan Kubiš
MUDr. Dana Šedivá

JAZYKOVÁ ÚPRAVA: Dr. Eva Hrdličková

TITULNÁ STRANA: grafika akademického maliara Josefa Velčovského

PERIODIKUM: Sexuológia/Sexology vychádza 2-krát ročne

VYDAVATEĽSTVO: Časopis vydáva, rozširuje a objednávky prijíma f. **PSYCHOPROF, spol. s r. o.**,
Sládkovičova č. 7, 940 63 Nové Zámky
tel./fax: 035/6408 550, 552
e-mail: psychoprof@psychoprof.sk
www.psychoprof.sk

Predplatné prijímame na e-mailovej adrese vydavateľstva: psychoprof@psychoprof.sk. Cena ročného predplatného je 12,- eur, vrátane poštovného. Predplatné pre ČR je 298,- Kč, vrátane poštovného. Realizácia platby je prevodom na slovenské alebo české číslo účtu, ktoré zašleme po obdržaní objednávky.

Za odbornú úroveň a pravdivosť textu zodpovedajú autori. Vydavateľ si vyhradzuje právo na skrátenie a formálnu úpravu textu, ako aj na jazykovú úpravu. Texty pripravené do tlače sa vydavateľ zaväzuje sprístupniť autorom za účelom odsúhlasenia konečného znenia textu. Vydavateľ nezodpovedá za správnosť údajov a názorov autorov jednotlivých príspevkov ani inzerátov. V českých príspevkoch autori zodpovedajú za odbornú aj jazykovú úroveň príspevkov.

Časopis je recenzovaný, zaradený do bázy národnej časopiseckej produkcie BIBLIOGRAPHIA MEDICA SLOVAKA a do národnej medicínskej databázy slovenských autorov CiBaMed.

ISSN 1335-8820

Úvodník



Milé čitateľky, milí čitatelia!

Do rúk sa Vám dostáva 1. číslo XIII. ročníka *Sexuológie*. Trinásťka sa považuje za nešťastné číslo, nuž, v tomto čísle nájdete tri nekrológy – Slavomír Hubálek († 12. 3. 2013), Virginia E. Johnsonová († 25. 7. 2013), Béla Buda († 7. 7. 2013) – tri osobnosti, ktorých

mená sú úzko späté s odborom sexuológia. Všetci traja rôznou mierou prispeli k rozšíreniu obzoru sexuológie. Ich publikácie pokojne môžeme považovať za pečať poznatkov, ktoré po sebe zanechali – klinický psychológ Dr. Hubálek, sexuologickej verejnosti známy najmä ako jeden zo zakladateľov komunitnej liečby sexuálnych deviantov v Horných Bežkovicích, psychologička Virginia Johnsonová ako ženská polovica tandemu s Mastersom, ktorí vniesli bazálne, vedecky podložené poznatky o sexuálnej reaktivite a položili základy nácvikovej sexuálnej terapie („sexoterapie“), a napokon maďarský psychiater Béla Buda, autor *Modernej teórie sexuality* (v slovenčine kniha vyšla pod názvom *Neprebádané tabu*) a početných ďalších publikácií a štúdií aj z oblasti sexuológie. Spomíname na nich s úctou a s uznaním.

Úmrtia známych osobností chtiac-nechtiac vedú k úvahám o živote a jeho pomínutelnosti, k pohliadnutiu sa na minulosť a k vytváraniu vízií o budúcnosti. Avšak, ústretoví realite, aj v tomto čísle *Sexuológie* prinášame niekoľko zaujímavých a aktuálnych článkov, ktoré sa týkajú fyziológie sexuality, a tiež psychologických korelátov sexuálneho života.

Toto číslo prináša aj niekoľko príspevkov, ktoré odzneli na X. Lábadyho sexuologických dňoch v Trnave – sú zaujímavé a bola by škoda, keby sa nedostali nad rámec účastníkov konferencie. Takémuto trendu ostávame naďalej otvorení a ústretoví, so zachovaním už osvedčenej štruktúry nášho časopisu. Vítané sú informácie z vašich výskumných projektov, čím ponúkame priestor aj zverejneniu záverečných prác mladej generácie študentov a doktorandov.

Iste ste si všimli časový sklz vo vychádzaní nášho časopisu, za ktorý sa Vám ospravedľňujeme. Príčinou oneskoreného vydania časopisu boli finančné problémy, ktoré postihli aj našu spoločnosť. Zdá sa však, že tieto sme s pomocou našich inzerentov prekonali a náš časopis sa tak termínovo pomaly dostane do pôvodných koľají. V tejto súvislosti nám veľmi pomôže aj platenie členských príspevkov v rámci Lekárskej spoločnosti a tak aj v rámci Slovenskej sexuologickej spoločnosti.

Takto, spoločnými silami, vás naďalej budeme informovať o odbornom dianí u nás aj v zahraničí v oblasti sexuológie a v odboroch, ktoré sa jej týkajú. Radi uverejníme správy z konferencií alebo z podujatí, na ktorých ste sa zúčastnili, radi sa podelíme s Vašími skúsenosťami z oblasti praxe, t. j., vítané sú aj kauzistické štúdie ilustrujúce Vašu každodennú prácu. Prínosným sa stanú aj Vaše reakcie na články, ktoré uverejníme, či už v podobe pozitívnych, alebo aj kritických, ale podnetných pripomienok, ktoré kvalitu nášho časopisu nesporne posunú na vyššiu úroveň.

Robert Máthé
vedúci redaktor

Sex a emoce*

Jaroslav Zvěřina

Sexuologický ústav 1.lékařské fakulty UK, Praha

Souhrn

Lidská sexualita je motivační oblastí, která je do značné míry ovlivňována velmi intenzivními emocemi. Sexuální emoce pak jsou jedním z nejdůležitějších zdrojů iracionality a kompulzivní naléhavosti sexuálního chování. Kromě pohlavního vzrušení, orgasmu a uspokojení je třeba zohlednit také erotickou fascinaci (zamilovanost), lásku a žárlivost. Text podává přehled současných názorů na neurofysiologické základy sexuálních emocí.

Klíčová slova: lidská sexualita, emoce, vzrušení, orgasmus, erotická fascinace

Abstract

Human sexual motivation is substantially influenced by specific and very intensive emotions. Sexual emotions are one of basic sources of irrationality and compulsivity of sexual behavior. Except sexual excitement, orgasm and satisfaction should be taking into consideration also such phenomenon's as erotic fascination, falling in love or jealousy. Overview of the temporary opinions to neurophysiologic substance of sexual emotions is done.

Key words: human sexuality, emotions, excitation, orgasm, satisfaction, erotic fascination, love.

Úvod

Lidská sexualita má schopnost vyvolávat naléhavé, imperativní motivační mechanismy. Pudivý, „instinktivní“ charakter sexuální motivace je znám od nepaměti. Tento specifický charakter sexuální motivace má z evolučního aspektu podstatně větší význam pro zajištění reprodukce, a tedy zachování druhu, než pro individuální zájmy jednotlivých subjektů. Má-li mít sexuální chování reprodukční úspěšnost, musí být kompulzivní a iracionální, tedy do značné míry emancipované od racionálních kalkulací. Jen tak mohla evoluce (příroda, stvořitel) zajistit, aby lidé na sebe ochotně brali rizika, obtíže a stresy, spojené s partnerskými vztahy a péčí o potomstvo. Je nepochybnou skutečností, že sexuální emoce jsou významným zdrojem iracionality v lidském životě. Emoce, spojené se sexualitou mohou mít pro subjekt a jeho okolí jak pozitivní, tak negativní kvalitu. Jde o složky motivace natolik intenzivní, že dosud úspěšně zajišťují existenci druhu homo sapiens na této planetě.

Výše uvedené vlastnosti lidské sexuality můžeme ilustrovat na několika krátkých citátech z díla Sigmunda Freuda:

„Rozkoš je prémie přírody za námahu plození a rození“.

„Lidé jsou málo přístupni rozumovým důvodům, jsou ovládnuti pudovými přáními“.

„Lidský život se točí kolem sexuality, na tom se nic nezměnilo a nezmění“.

Emoční komponenta sexuální motivace je významná z mnoha pohledů. „Sexuální cyklus“, který znázorňuje stupňující se pohlavní vzrušení, orgasmus a pohlavní uspokojení, je v podstatě jen vyjádřením dynamiky konzumní fáze sexu. Z pohledu lidské

psychiky je mnohem významnější složkou sexuální motivace tak zvaný „Centrální motivační stav“. Ten obsahuje jednotlivé základní složky sexuální motivace subjektu: sexuální identifikaci, sexuální orientaci, sexuální emoce a sexuální chování v širokém smyslu slova (behaviorální i kognitivní složky).

Jednotlivé emoce, spojené se sexualitou, mají své specifické neurobiologické i psychologické mechanismy.

Sexuální vzrušení

Sexuální vzrušení není jen aktivační fenomén, nýbrž plnohodnotná emoce, která má intrapsychickou i periferní komponentu. Prostudovány jsou endokrinní i neuroendokrinní základy sexuálního vzrušení u mužů i žen. Nikdo dnes nepochybuje o tom, že pohlavní vzrušení není pouhou prostou excitací. Je typickou emocí s výrazným vnitřním prožitkem. Fysiologickým (měřitelným) vyjádřením intenzity prožitku je vazomotorická reakce (tumescence) genitálu. Tuto reakci můžeme psychofysiologickými metodami měřit a hodnotit (falopletyzmografie, vulvopletyzmografie, fotokolpopletyzmografie). V posledních letech se pozornost odborníků, kteří studují sexuální reakce obrací ke studiu centrálních mozkových procesů. To umožňuje dynamická magnetická rezonance. Schopnost vyvolat emoci sexuálního vzrušení odlišuje sexuální podnět od neutrálního, nesexuálního. Studium sexuálních reakcí lze do jisté míry poznat některé aspekty erotických preferencí subjektu. Sexuální objekty vykazují dvě kvality objektivní, kterými jsou pohlaví a věk, a také kvalitu do značné míry subjektivní, kterou je sexuální atraktivita objektu. Preferované jsou ty sexuální objekty, jejichž expozice

*Príspevok prednesený na X. Lábadýho sexuologických dňoch konaných 26. – 28. 9. 2013 v Trnave

vyvolává nejsilnější a nejspolehlivější sexuální vzrušení (1, 2).

Regulace emoce sexuálního vzrušení je do značné míry sexuálně dimorfní. U mužů se zde uplatňují **androgeny**, které podporují zejména sexuální vzrušivost a apetenci, ale též také intenzitu a trvání reakcí (u hypogonadálních mužů jsou reakce vázané na apetrovaný podnět jen slabé). Exogenní testosteron (doping, zneužívání anabolik) u eugonadálních mužů mimo jiné účinky zvyšuje též sexuální vzrušivost a agresivitu. **Oxytocin (OT)**: hladina OT se zvyšuje při sexuálním vzrušení, intranazální OT zvyšuje sexuální vzrušivost a apetenci. Tento účinek je zřejmě závislý na dávce (prolongované zvýšení hladiny OT má spíše zklidňující a afiliaci podporující vliv). Podobný je vliv **vasopresinu**. Pozitivní účinky na sexuální vzrušení má z mozkových působků **dopamin**. Dopaminergní mechanismy sexuálního vzrušení a zájmu se uplatňují u obou pohlaví. Spíše tlumivý vliv na sexuální vzrušení vykazují **β – endorfin, prolaktin a serotonin**.

Také u žen hrají v regulaci sexuálního vzrušení významnou roli **androgeny**. Výrazné snížení hladin testosteronu snižuje ženskou vzrušivost a apetenci. Exogenní testosteron ve většině studií tyto funkce podporuje. Hrají zde samozřejmě roli velmi nízké, typicky ženské hladiny testosteronu v krevní plasmě. Ženský mozek je totiž na účinky testosteronu podstatně citlivější než mozek mužský.

Typicky ženské steroidy, **estrogeny**, podporují zejména poševní lubrikaci. Příímý centrální vliv na sexuální vzrušivost lze ovšem předpokládat. **Oxytocin** podporuje laktaci, kontrakce dělohy při porodu, a má vliv na afiliativní chování. Potlačuje také negativní účinek na sexuální vzrušivost, působený serotoninem. Intranazálně aplikovaný oxytocin zvyšuje v některých experimentech sexuální vzrušivost osob obou pohlaví. Duální účinky zde vykazují **β – endorfin**, který v nízké dávce facilituje sexuální vzrušení, zatímco v dávce vysoké vede k útlumu. **Prolaktin** sexuální vzrušivost mužů i žen, jak je dobře známé z klinických případů hyperprolaktinémie (2,3).

V regulaci sexuálního vzrušení se uplatňují u obou pohlaví též **melanokortiny**.

Opakovaně bylo prokázáno, že aktivace melanokortinových receptorů zvyšuje sexuální vzrušivost. Byl vyroben syntetický analog alfa-MSH (melanocyty stimulující hormon), který měl aktivovat sexualitu skrze melanokortinové receptory (*Bremelanotid, PT-141*). Jeho použití u sexuálních dysfunkcí nebylo zatím povoleno (6).

Orgasmus

Orgasmus je emocí v lidské fyziologii jedinečnou, a to jak svým intenzivním vnitřním prožitkem, tak specifickým klonickým motorickým doprovodem. Tato emoce má významný sexuálně dichotomní charakter. U mužů hraje orgasmus klíčovou roli v sexuální motivaci. Uplatňuje se zde významně již od počátku puberty. Naproti tomu orgasmus žen je podstatně méně samozřejmý a v sexuální motivaci hraje někdy roli nepříliš podstatnou. Projevem této dichotomie je skutečnost, že poruchy orgasmu jsou u mužů velmi vzácné, zatímco problémy s orgasmem jsou jednou

z nejčastějších sexuálních dysfunkcí u žen. Při tomto základní rozdílu mezi pohlavími poněkud překvapuje, že subjektivní popis orgastického prožitku se u obou pohlaví sobě nápadně podobají. Intenzivní sexuální vzrušení a orgasmus má u obou pohlaví až povahu poruchy vědomí (v některých kulturách je orgasmus popisován jako „malá smrt“). Učené definice orgasmu mohou být různé. Komisaruk se spolupracovníky (3) takových definicí uvádějí hned několik. Například: „expulsivní uvolnění neuromuskulární tenze na vrcholu sexuální reakce“ (*Kinsey, 1953*), „krátká epizoda fyzického uvolnění vasokongesce a zestupu myotonie jako reakce na sexuální podněty“ (*Masters a Johnsonová, 1966*), nebo „vrchol sexerotické zkušenosti, který muži i ženy charakterizují jako smyslné vytržení, nebo extázi“ (*Money 1991*).

Je dobře známou skutečností, že většina žen alespoň někdy ve svém partnerském sexuálním životě prožitek orgasmu před svými partnery předstírá. Dosažení či naopak nedosažení orgasmu je pro ambiciózní milence významnou signální hodnotou. Při obecné nespolehlivosti ženského orgasmu zřejmě nic jiného než drobné podvůdky ženám někdy nezbyvá. Podobné chování připouští jen menší část mužů. Pro ženu je ostatně předstírání pocitového vyvrcholení podstatně snadnější než pro muže. Vždyť předstírat erekci a ejakulaci je úkol hodně obtížný. Významná badatelka ve věci orgasmu žen, Elisabeth A.Lloydová ve své monografii, věnované této záležitosti o orgasmu žen (4) uvádí: „Na rozdíl od stejně pozitivní emoce s klonickými stahy svalů, jako je smích, je ženský orgasmus stavem velmi málo komunikovaným, obtížně rozpoznatelným pro ostatní, a proto málo srozumitelným. Ani blízké přítelkyně často o těchto stavech nehovoří a nevyměňují si zážitky. To samozřejmě ztěžuje vědecké zkoumání tohoto jevu“.

Obvyklým důsledkem prožitého orgasmu je refrakterní fáze, která probíhá individuálně dlouho. V této fázi dochází k ústupu sexuálního vzrušení a k de-kongesci pohlavních orgánů. Pro muže je typický poměrně rychlý průběh této resoluce, zatímco u žen trvá někdy detumescence po orgasmu i několik hodin.

Sexuální uspokojení (satisfakce)

Sexuální uspokojení je emocí poměrně málo studovanou ve svých fyziologických i klinických významech. Nastavte sexuálního uspokojení („ukojení“) se nepochybně podílí zejména neurohormonální mechanismy serotoninergní a endogenní opioidy. Také hladiny oxytocinu, vasopresinu a prolaktinu jsou po orgasmu výrazně zvýšené. Pozornost zasluhuje zjištění některých experimentů, která ukazují, že úroveň sexuálního uspokojení, stejně jako hladiny prolaktinu a oxytocinu jsou vyšší po orgasmu v partnerském sexu, než po orgasmu masturbačním (2,3,5).

Erotická fascinace, romantická zamilovanost

V lidské sexualitě hraje zásadní roli párové chování. Navázání párového vztahu a jeho udržení po delší dobu je významnou složkou normální sexuální motivace. Nejde přitom o fenomén ryze kulturní povahy. Základními emocemi pro párové chování jsou erotická fascinace konkrétními objekty a zejména pak romantická láska. Tyto s párováním spojené

emoce jsou významnými motivačními silami. Je třeba rozlišovat mezi „vášnivou láskou“ a „přátelskou láskou“. Ta první je těsně spjata se sexuálním zájmem a vzrušením, zatímco druhá je sexuálních konotací prostá, podobá se zejména „lásce mateřské“. Zdá se, že obě tyto podoby lásky mají jinou neuroendokrinní a neurofysiologickou reprezentaci (2,5). Hovoříme-li zde o „romantické lásce“, máme na mysli tu vášnivou a se sexem spojenou podobu lásky, vyznačující se intenzivní „erotickou fascinací“.

Na erotické fascinaci participují všechny základní neurotransmitery, sexuální steroidy i cerebrální polypeptidy (endorfiny, oxytocin, vasopresin). Akutní zamilovanost zvyšuje hladiny noradrenalinu, dopaminu i kortikoidů. Při delším trvání stavu erotické fascinace (zamilovanosti) se úroveň stresových mechanismů snižuje spolu s intenzitou fascinace objektem. Tato změna probíhá v řádu měsíců. Erotická fascinace vyvolává emoce vytržení, euforie a štěstí. Je významným zdrojem neracionálního chování a nerealistického hodnocení nejen objektu fascinace. V akutní fázi zamilovanosti je detekovatelný stav excitace s neplecí serotoninu a dominancí noradrenalinu a dopaminu, tedy stav podobný tomu, co pozorujeme u obsedantně-kompulzivní poruchy. Diskutuje se kromě běžných působků také o významném vlivu endorfinů a kanabinoidů. Na erotické fascinaci se uplatňuje deaktivace korových částí mozku s významným potlačením racionality. Některé studie s využitím dynamické magnetické resonance se zdají tento mechanismus potvrzovat (5).

Závěr

Lékaři by měli mít ve své klinické praxi neustále na paměti, že objekt jejich péče, člověk, je ve svém myšlení a jednání všechno, jen ne racionální a rozumnou bytost. Platí to samozřejmě v mnoha oblastech. V sexu-

álním chování lidí ovšem výrazně a univerzálně. Katathymní mechanismy, kterými emoce, související se sexualitou ovlivňují myšlenky, postoje a chování lidí, do značné míry určují jejich sexuální úspěšnost a spokojenost. Také samozřejmě schopnost vyrovnat se s problémy, dysfunkcemi a sexuálními deviacemi. Jsem přesvědčen o tom, že psychosomatický, celostní přístup k pacientům musí nutně zahrnovat také povědomí o tom, jaké emoční iracionality mohou našimi pacienty zmítat.

Literatura

1. Bancroft, J.: Human Sexuality and its Problems. Churchill Livingstone, Elsevier, Edinburgh, 2009, ISBN 9780443051616
2. Esch, T., Stefano, G.B.: The Neurobiology of Love. Neuroendocrinol. Letters 2005, 26/3: 175 – 192
3. Komisaruk, B.R., Beyer-Flores, C., Whipple, B.: The Science of Orgasm. The John Hopkins University Press, Baltimore, 2006
4. Lloyd, E.A.: The Case of the Female Orgasm. Bias in the Science of Evolution. Harvard University Press, Cambridge, UK, 2005, 311s.
5. Ortigue, S., Bianchi-Demicheli, F., Patel, N., Frum, Ch., Lewis, J.W.: Neuroimaging of Love: fMRI Meta-Analysis Evidence toward New Perspectives in Sexual Medicine. J. Sex. Med. 2010, 7:3541-3552
6. Safarinejad, M.R.: Evaluation of the Safety and Efficacy of Bremelanotide, a Melanocortin Receptor Agonist, in Female Subjects with Arousal Disorder. J. Sex. Med. 5/4:887-897, 2008

Kontaktná adresa:

J.Z.

Sexuologický ústav 1.LF UK Praha
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2
E-mail: jaroslav.zverina@lf1.cuni.cz

Správy



Odešla legenda: zemřela Virginia Johnsonová (1925-2013)

25. července 2013 zemřela v St. Louis ve věku 88 let jedna z legend světové sexuologie, Virginia Johnsonová.

Do dějin sexuologie se zapsala po boku svého spolupracovníka a manžela Williama Masterse (1915 – 2001).

Spolu s ním založila v roce 1978 v St. Louis „Masters and Johnson Institute“. Zde vznikla řada jejich prací ve výzkumu i klinice sexuálních poruch. Dvojice Masters – Johnsonová publikovala zejména dvě monografie: „Human Sexual Response“ (1964) a „Human Sexual Inadequacy“ (1968). Jejich Institut získal nesporný vzhlas důrazem na specifickou párovou nácvikovou

psychoterapii sexuálních poruch. Sama Johnsonová o jejich terapeutickém programu jednou prohlásila: „Neděláme z našich pacientů perfektní milence. Radíme jim, aby přijali to, co v daném okamžiku cítí a převedli to do tělesně sdíleného momentu... Pokud nedovedete nic dávat, nemůžete dostat nic zpátky“. Poslední společnou úspěšnou publikací Mastere s Johnsonovou byla knížka „Masters and Johnson on Sex and Human Loving“ (1986). Slavná výzkumná dvojice zaznamenala i nezdar. Na příklad když v publikaci „Homosexuality in Perspektivě“ (1979) prezentovali případy „úspěšně vyléčené homosexuality“, nebo když v publikaci (se spoluautorem R. Kolodnym) „cisis: Heterosexuál Behavior in the Age of AIDS“ (1988) tvrdili, že virus HIV lze akvírovat ze záchodového prkénka, nebo z moskytího štípance.

Virginia Johnsonová (rodným jménem Mary Virginia Eshelm) studovala v mládí hudbu a během druhé světové války zpívala s orchestrem. V roce 1950 se provdala za kapelníka George Johnsona. Bylo to její třetí manželství. Rozvedli se o šest let později. V roce 1957 začala studovat sociologii, kterou absolvovala na Washingtonově universitě (**pokračovanie na str. 12**)

Ekonomie sexu*

Radim Uzel

Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové

Souhrn

Lidská sexualita má dimenzi prokreční a rekreační. Jelikož přináší lidem potěšení, podléhá ekonomickým zákonům trhu. Sexuální trh je genderově nevyvážený. Ženy jsou stranou prodávající, muži kupující. Žena svou sexualitou účinně šetří, muži mají tendenci k plýtvání. Zákon nabídky a poptávky ovlivňuje cenu sexu, ta pak podléhá ženské emancipaci. Společnost rovných příležitostí výrazně zlevňuje sex.

Na vysokých školách často převažuje ženská nabídka nad mužskou poptávkou, z toho vyplývá inflační cena sexu, která představuje nebezpečí pro vysokoškolské pedagogy, respektive pro jejich manželky.

Klasická prostituce představuje na sexuálním trhu finanční plnění. Jedná se o společensky neodstranitelný jev. Spojení erotiky s byznysem by mělo však podléhat určité základní regulaci spočívající ve snaze o eliminaci pouliční prostituce.

Klíčová slova: ekonomie sexu, cena sexu, genderové rozdíly ceny sexu, sexuální inflace, erotický byznys, vysokoškolský sex, pouliční prostituce.

Úvod

Náš živočišný druh Homo sapiens má oproti ostatním živočichům jedno privilegium. Svůj sexuální styk používá nejen za účelem rozmnožování a předání genetické informace dalším pokolením, ale provozuje tuto svou aktivitu také pro radost a potěšení.

Není sporu o tom, že každé potěšení něco stojí. Ať už se jedná o příznivé kulinářské zážitky ve vybraných restauracích, plavbu luxusní výletní lodí po Středomořím, drahý norkový kožich, nebo návštěvu koncertu špičkového hudebníka. V poslední době se stále množí úvahy o tom, že také sexuální aktivita člověka podléhá ekonomickým zákonům trhu. Za sex se prostě platí. Cenou může být třeba dobrá pověst, někdy je však k tomu zapotřebí ještě finanční investice podle ekonomických zákonů trhu.

Sexuální trh ovšem nestejně rozdal karty oběma pohlavím, je výrazně genderově nevyvážený. Tento nepoměr se odvíjí od nestejně ceny zárodečných buněk a nestejně investice v reprodukčním procesu. Ženské vajíčko je mnohonásobně dražší než mužská spermie. Zatímco žena se svými sexuálními investicemi účinně šetří, muž naopak projevuje tendenci k ne-

Summary

Human sexuality has dimension of procreation and recreational. Because sexuality brings pleasure to the people, it is subject to economical law of market. Sexual market is gender-imbalanced. Women are on the site of sellers and men are on the site of buyers. Woman effectively saves sexual intercourse and men tend to waste. Offer and demand influence price of sex and the price depend on women emancipation. Society, where people have equal opportunities, extremely decreases price of sex.

In the Universities inflationary price of sex is result of women offer exceed men demand. This state is dangerous for university professors and their wife's.

Classic prostitution represents money on sexual market. It is a social irremovable phenomenon. Relation between erotic and business should depend on effort of elimination street prostitution.

Key words: sex economy, sex price, gender differences of sex price, sexual inflationary, erotic business, university sex, street prostitution.

horáznému plýtvání. Těhotenství představuje pro ženu nesmírnou investici, zatímco oplodnění znamená pro muže jednorázové předání několika kapek ejakulátu; nestojí skoro nic.

Ekonomie sexu

Na sexuálním trhu se tedy vyskytuje muž většinou v roli kupujícího a žena jako prodávající. Při takovémto rozdělení rolí není divu, že neviditelná ruka trhu podléhá různým výkyvům. Cena sexu se mění v souladu s kolísáním jeho tržní hodnoty. Platidlem nemusí být pouze peníze, jako v případě prosté prostituce. Cenou může být i naturální plnění. Tedy nejen už dříve zmíněné dary, šperky, toalety, nájemné bytu, stravování, mimořádné odměny a luxusní dovolená. Cenou může být už poskytnutí zvýšeného společenského statutu. Na špičce této hodnotové pyramidy pak stojí uzavření manželství. V rámci trhu představuje cena manželství investici za trvalý nájem poskytnutého plnění.

Na sexuálním trhu se ovšem vyskytují, jako ostatně v každém jiném tržním hospodářství, také falešní hráči, rány pod pás, nepřehledné licitace, nebo i loupeže. Typickou sexuální loupeží je znásilnění. Jako

*Príspevok prednesený na X. Lábadýho sexuologických dňoch konaných 26. – 28. 9. 2013 v Trnave

každý lupič, násilník prostě bere a neplatí.

Zákon nabídky a poptávky ovlivňuje ženy, aby svou sexualitu omezovaly. Omezením nabídky dosáhnou poměrně vysoké ceny. Čeho je málo, to je drahé. Zejména v zemích, kde je pro ženy obtížné dosáhnout větší samostatnosti prostřednictvím vzdělání a politické moci, volí ženy sex jako důležitý nástroj k dosažení dobrého a kvalitního života. V jejich zájmu je pak co nejvíce zvyšovat cenu sexu. Zvyšování ceny pak dosahují sexuálně odmítavým a zdrženlivým chováním.

Většina mezinárodních výzkumů potvrzuje, že v zemích, v nichž mají ženy s muži srovnatelné příležitosti, je cena sexu malá. V rámci trhu se v těchto zemích stává pro ženy sex inflačním platidlem. Stupeň ženské emancipace a cena sexu jsou tedy nepřímo úměrné veličiny. Samozřejmě zda hraje určitou roli také tradice, výchova a náboženské přesvědčení. Ekonomie sexu a jeho tržní mechanismus však zpravidla nad těmito společenskými faktory převažuje. Z ekonomického hlediska není sporu o tom, že naplnění cílů ženské emancipace a vytváření společnosti rovných příležitostí zlevňuje sex.

Extrémní situací pak nastane, když v důsledku genderové rovnoprávnosti začíná ženská nabídka povolně převyšovat mužskou poptávku a cena sexu tím klesá až k nulovým hodnotám. Výrazným hendikepem pak trpí zejména méně atraktivní ženy. Sociologické výzkumy na vysokých školách dokazují, že obézní a méně atraktivní studentky mnohem ochotněji souhlasí i s bezplatnými rizikovými sexuálními aktivitami jenom proto, aby vůbec nějakého partnera získaly.

Nerovné postavení mužů a žen a tím i ekonomii sexu ovlivňuje dále skutečnost, že muži mají ve srovnání s ženami většinou silnější sexuální touhu. Muž touží mít více partnerek, na sex častěji myslí, obtížněji snáší sexuální abstinenci, kterou často kompenzuje masturbací. Pro sex je muž často ochoten riskovat nejen enormní prostředky, ale snášet třeba i ostudu a ztrátu společenského postavení, páchat podvody, krádeže a jiné trestné činy. V důsledku tohoto vyššího libida vznikají revoluce a padají vlády.

Muži často podporují liberální tendence v sexuálním zákonodárství, zatímco ženy se snaží sex zdražovat různými zákazy a restrikcemi. Zejména aktivními v tomto směru jsou stárnoucí ženy, jejichž soukromé a institucionální tendence většinou směřují k potlačení sexuální svobody. Vzpomínám při této příležitosti na neblaze proslulý spolek v USA nazývaný Dcery americké revoluce a jejich vášnivé protesty proti nahotě a naturismu. Jejich extrémní požadavky vedou například k trestání obnažených malých dětí na koupalištích, kde i tříletá děvčátka musí mít povinně přikryté prsní bradavky.

Ženy, které levnou nabídkou snižují cenu sexu, jsou všeobecně častěji napomínány a trestány jinými ženami než muži. Promiskuitní ženy jsou vystavovány útokům různých ženských institucí a kolektivů, zatímco muži zůstávají lhostejní. I z rodinné výchovy je známo, že před morální zkárou a ztrátou dobré pověsti varují své dcery mnohem častěji matky než

otcové. Ženy tak často i podvědomě solidárně bojují proti inflaci v sexuálním trhu.

Je také známo, že v zemích, kde mají ženy a muži naprosto rovné příležitosti, je výrazněji rozšířen předmanželský nezávazný bezplatný sex „z lásky“, ztráta hodnoty panenství a dřívější sexuální debut mládeže. Dávno tam již neexistuje trestný čin svedení pod příslibem manželství. Jako příklad se často uvádí Švédsko s téměř dokonalou rovností obou pohlaví a rovnými příležitostmi. Dvě třetiny populace tam praktikuje nezávazný předmanželský pohlavní styk a ještě před svatbou mnohé Švédky nasměřují přes šestnáct sexuálních partnerů. Naproti tomu Číňané, v jejichž zemi stále panuje značná sexuální nerovnost pohlaví, zahajují pohlavní život o 2 – 3 roky později, promiskuitních je jich pouze 17% a za celý život mají průměrně tři partnery.

Zajímavé je uplatňování zákona nabídky a poptávky v sexuálním vysokoškolském trhu. V České republice již řadu let převyšuje počet studentek množství studentů. Většinou si pak vyhledávají partnery v identické sociální skupině. Zejména ve vyšších ročnících vysokých škol tak vzniká výrazná převaha ženské nabídky nad mužskou poptávku, což extrémně cenu sexu snižuje. Na našich vysokých školách tak výrazně klesá iniciace sexu v podobě klasického párového „rande“, kde mužský partner platí veškeré výdaje. Sexuální seznamování se přesouvá spíše na různé večírky a kolektivně pořádané párty. V důsledku náhodně iniciovaných a bezplatných sexuálních aktivit je pak pro dívky jistě mnohem obtížnější udržet si stálého partnera. Dávno bylo odzvoněno dobyvatelům ženských srdcí, dojemným vyznání lásky a milostné poezii. Extrémně zlevněným sexem tak ženské pohlaví sklízí hořké plody své emancipace a boje za rovné příležitosti.

Nízká, nebo dokonce nulová cena sexu může paradoxně způsobit útlum mužské sexuální žádostivosti. Muž, jako ostatně v přírodě každý samec, má v sobě geneticky zakódovaný boj. Pokud o sex nemusí bojovat a on se mu nabízí bezplatně, klesá nejen mužské libido, ale někdy mohou trpět i sexuální funkce, jako například erekce. Už i každodenní pouhý společenský kontakt s atraktivními ženami může vyvolat z mužské strany lhostejný nezáměr.

Převaha mladých atraktivních studentek snad tedy nebude představovat vážné nebezpečí pro vysokoškolské učitele. Některé oxfordské studie varují všechny docenty a profesory, respektive jejich manželky, před destrukcí jejich manželského svazku ve prospěch mladých studentek. Ty se totiž během svých studií nacházejí právě na vrcholu své sexuální atraktivity a reprodukčních schopností. V důsledku převahy této levné sexuální nabídky a každodenního styku může profesorská poptávka paradoxně klesat. V odborné literatuře je často citován experiment, ve kterém byly účastníkům pokusu demonstrovány obrázky z Playboye. Muži obratem začali své skutečné partnerky hodnotit jako méně atraktivní citili k nim méně lásky.

Původkyněmi žárliveckých vysokoškolských afér se pak stávají hlavně legitimní manželky, které

někdy donutí nevěrného pedagoga k rozvodu, který samy iniciují. Klesající ceně vysokoškolského sexu by měly být vlastně vděčné, protože profesorské zálety nezpůsobí drenáž rodinného rozpočtu. Statistiky ukazují, že naprostá většina docentů pak již zůstává svobodných. Jejich atraktivní studentky potom dále nabízejí inflační sex na pověstných studentských večírcích a jako stabilního partnera lákají spíše svého vrstevníka, pokud na ně ještě nějaký zbude. Při větší toleranci manželky a schopnosti odpuštění by bylo možno mnohdy takové manželství zachránit.

Ve Velké Británii byly zjištěny ještě další pozoruhodné skutečnosti týkající se ekonomiky sexu. Podle těchto výzkumů výše příjmu partnera má přímou souvislost s orgasmickou ženskou funkcí. Zkrátka čím je finanční zázemí u muže jistější a příjmy vyšší, tím mají ženy více orgasmů a snáze jich dosahují. Vyplývá to ze studie, v níž byla analyzována data o sexualitě pěti tisíc dospělých Číňanů. Prokázalo se nad veškerou pochybnost, že nejsilnějším vlivem na frekvenci orgasmů u ženy má příjem jejího partnera.

Výsledky této britské studie mají nepochybně evoluční význam. Bohatí a dobře zajištění muži představují rozhodně lepší otce a pečovatele o potomstvo. Ženy jsou pak nejen ochotnější s nimi častěji souložit, ale dokážou se také snáze uvolnit a projevují ekonomicky perspektivním mužům ochotněji požitky ze sexu.

Na závěr si však neodpustím k této studii jednu kritickou připomínku. Všechny tyto studie sledují u mužů pouze výši jejich příjmu a bohužel tento údaj není korelovan s ochotou tyto peníze utrácet. Málo platný bude asi ženě skrblický milionář, který není na sexuálním trhu ochoten investovat. V péči o eventuelní potomstvo se neliší od naprosto nemajetného bezdomovce.

Přestože je sexualita v převážné většině mezilidských transakcí předmětem obchodu, není ji možno v případě drahých večerů, kožichů a nákladných dovolených označit za prostituci v pravém slova smyslu. Tohoto hanlivého označení nabývá teprve sexualita prodávaná za peníze. Není sporu o tom, že prostitutka vykonává velice těžkou, odpornou a nanejvýš nebezpečnou práci. Často se proto vyskytuje názor, zda by neměla být odměna za tuto práci zdaněna. To je ovšem nesmírně obtížné. Na celém světě totiž neexistuje autorita, která by byla schopna příjmy prostitutek jakýmkoliv způsobem kontrolovat. Je jistě obtížné představit si pasáka v roli daňového poradce.

Většina tiskových článků a úvah týkajících se prostituce se pouze honí za lacinou senzací. Ve skutečnosti je prostituce věčná, není ji možno odstranit ani nejpřísnějšími tresty, nelze ji potlačit žádným opatřením, zákazem, zákonem, vyhláškou nebo jakoukoliv jinou represí na celostátní či komunální úrovni. Fenomén prostituce vyplývá ze snahy mužů o anonymní zpoplatněnou kopulaci. Necitlivá restriktivní opatření mají naopak často zcela opačný účinek. Na celém světě neexistuje ani jeden stát, který by tento neblahý společenský jev dokázal

legislativně vyřešit k obecné spokojenosti. Česká republika je navíc ve svém zákonodárství omezena některými mezinárodními závazky, týkajícími se této oblasti. Je to především boj proti kuplířství a obchodu s bílým masem, což prakticky znemožňuje jakoukoliv legální úpravu, vydávání živnostenských povolení k provozování erotických služeb, ba dokonce i vymezení nějakých prostitučních zón ve městě je do značné míry problematické a napadnutelné.

Z těchto skutečností pak většinou vychází názor, že opravdu nejlepší by byl absolutní zákaz prostituce. I o to se už na světě pokoušeli se značně nevalným úspěchem. Především zde hrají roli vysoké náklady, které pozře represivní aparát. Je zapotřebí vydržovat mravnostní policii, už tak dosti přetížená státní zastupitelství a soudy se budou prohýbat pod tíží dalších případů, nehledě k tomu, že důkazní řízení bude tak obtížné, že většina lapených bude brzy zase propuštěna. Pokud si ovšem nebude policie vydržovat své speciální pracovnice v roli prostitutek, jak je tomu v některých státech USA. Protože hlavním původcem prostituce není prostitutka, ale zákazník, dotyčná specialista zatkne pachatele nikoliv při sexuálním aktu (ten není sám o sobě trestným činem), ale při placení. Taková nebezpečná policejní práce nebude asi pro případné zájemkyně příliš atraktivní.

Tyto úvahy však v žádném případě nenabádají k nějakému právnímu nihilismu. V rámci prevence sexuálně přenosných nemocí a k potlačení často přidružené kriminality, zejména drogové, jsou určitá opatření nezbytná. Bez jakýchkoliv vyhlášek a zákonů by měly být místo „povolených zón“ vytipovány spíše zóny zakázané. Je pak v moci policie městské i státní tyto oblasti hlídat permanentní perzekucí prostitutek a pasáků. A pokud se týče erotických salónů, night clubů a jiných podniků, bude asi účelné nad mnohými přimhouřit oko zákona. Jejich existence je menším zlem než divoká prostituce pouliční.

Nedávno se v tisku objevila zpráva, že prý jakýsi podnikatel zakládá erotický klub pro ženy. Tento podnik prý ovšem nemá sloužit pouze k uspokojování sexuálních potřeb. Podnikatelský záměr počítá spíše s možností dámských společenských setkání za účelem bližšího seznámení ekonomicky úspěšných žen, k výměně zkušeností a navazování případných obchodních kontaktů.

Myšlenka spojení erotiky s byznysem není jistě nová, obávám se však, že není možno mužské zkušenosti převádět do podmínek ženských setkání. A největší pochybnosti mám z organizace „bordelu pro ženy“ provozovaného prizmatem mužské sexuální mentality. Takovéto podniky totiž v minulosti často zahynuly na úbytě, nebo skončily naprostým ekonomickým nezdarem.

České dráhy přišly zase nedávno s nápadem zřízení speciálních železničních kupé pouze pro ženy. Prý to ženy vyžadují z důvodu zvýšení své bezpečnosti před mužskou agresí. Nevím, kolek podnikatelských nápadů a obchodních rozhodnutí se v takovém železničním vagóně zrodí. Obávám se však, že myšlenka ženské vlakové separace nepadne na příliš úrodnou půdu.

Zavání totiž tak trochu nenápadným průnikem železniční islamizace. Ještěže ty cestující ženy nemusí být zahaleny.

Závěr

Lidská sexualita podléhá ekonomickým zákonům trhu, cena sexu se řídí principem nabídky a poptávky. Ženská emancipace výrazně zlevňuje cenu sexu, která za některých podmínek klesá až k nulovým hodnotám. Legislativní zásahy jsou důležité zejména v oblasti placené prostituce. I když samotnou cenu sexu pravděpodobně neovlivní, měly by směřovat především k redukci divoké pouliční prostituce.

Literatura

- Buss, D. M.: Evoluce lidské touhy. Strategie sexuálního chování, Dauphin/Volvox globator, Praha 1007
Diamond, J.: Proč máme rádi sex. Evoluce lidské

sexuality, Academia, Praha 1997

Gilliganová, C.: Jiným hlasem. O rozdílné psychologii žen a mužů, Portál, Praha 2001

Janata, J.: Dvojí svět, Maxdorf, Praha 1997

Moalem, S.: Jak funguje sex. S kým flirtujeme, proč se líbáme a co z toho mají naše děti. Dokořán, Praha 2010

Morris, D.: Lidský živočich. Osobní pohled na lidský druh. Euromedia Group, Praha 1997

Ridley, M.: Červená královna. Sexualita a vývoj lidské přirozenosti. Mladá fronta, Praha 1999

Uzel, R.: Nevěra a co s ní. Petrklíč Praha 2010

Uzel, R.: Užitečné pohlaví. Pozoruhodný a zajímavý pohled na lidské pohlaví a sex, Euromedia Group Praha 2012

Wilson, E. O.: O lidské přirozenosti. Nakl. Lidové noviny Praha 1993

Kontaktná adresa:

r.uzel@tiscali.cz

(dokončení zo str. 8) v St.Louis. Když W.Masters hledal spolupracovníci k výzkumům lidské sexuality, V.Johnsonová prý prohlásila, že ve svých dosavadních manželstvích nikdy neměla žádné sexuální problémy. V roce 1971 se Masters rozvedl a vzal si Johnsonovou. V roce 1993 se tato velevýznamná sexuologická dvojice rozvedla a v roce 1994 ukončil činnost i jejich

sexoterapeutický ústav. W.Masters se znovu oženil, V.Johnsonová zůstala pak neprovdána. Založila pak „Virginia Johnson Masters Learning Center“, kde se nějaký čas vyráběly audiovizuální programy a materiály pro sexuální výchovu a práci se sexuálními poruchami.

Jaroslav Zvěřina

Správy



Slavomír Hubálek († 65)

Ve věku pětadesát let zemřel uznávaný psycholog Slavomír Hubálek. Náhle jej zradilo srdce. Odpoledne volal z restaurace v centru Prahy záchranku, trpěl bolestí na hrudi. Než dorazila pomoc, byl po smrti.

Hubálek v Česku plátil za respektovaného psychologa, jeho odborné posudky tvořil páteř mnoha kauz. Úzce spolupracoval s policií, pro kterou připravoval profily vrahů. Rozebíral jejich osobnost, inteligenci, povahové rysy.

O svých zkušenostech napsal knihu „Zpovědník vrahů - Příběhy zločinů, života a smrti očima psychologa“, v nichž vyprávěl o vraždách a vrazích, které vyšetřoval, anebo k nimž přiřadil jejich psychologický portrét. Bez vytáček vykreslil i to, jak své posudky musel obhajovat před soudem a čelit palbě obhájců.

Hubálek se věnoval práci v psychiatrické léčebně mezi sexuálními devianty s těmi nejbizarnějšími úchytkami, stejně jako psychologickému testování uchazečů o špičková místa v byznysu a tajných službách.

Jednou se dokonce neznámí pachatelé vloupali do Hubálkových kanceláří, aby se zmocnili elektroniky s fakty

o případu, v němž se příprava vraždy pojila se záhadami v rozvědce a s tušením mezinárodního skandálu.

Hubálek se narodil 13. června 1947. Vystudoval psychologii na Univerzitě Karlově. Pracoval na sexuologickém oddělení léčebny v Horních Beřkovicích, v poradně pro vysokoškoláky v Praze a později v Sexuologickém ústavu UK.

V letech 1990 až 1992 byl mluvčím a tajemníkem ministra zdravotnictví a v roce 1993 založil společnost Alea - psychologie, spol. s r.o., která se zabývá psychologickým a personálním poradenstvím. Působil jako soudní znalec v oboru klinické psychologie a sexuologie. Přednášel sociální psychologii na Fakultě sociálních věd UK.

Sexuolog Petr Weiss Hubálka označil za tvůrce českého modelu ústavní léčby sexuálních deviantů. Tento model je podle něj jeden z neúspěšnějších ve světovém měřítku.

„Já ho považuju za jednoho ze svých učitelů, podstatně mě v mé profesní dráze ovlivnil, protože on byl ten, který mě nasměroval na cestu psychoterapeutického přístupu k pacientům s poruchou sexuální preference,“ řekl profesor Weiss.

Model je založen na komplexním přístupu se zdůrazněním psychoterapeutické složky. Než ho Hubálek zavedl, devianti se v podstatě jen hormonálně tlumili. „Kombinací obou přístupů se stala léčba výrazně účinnější,“ ocenil profesor.

Za redakci našeho časopisu dodáváme, že sa s ním lučíme ako s priateľom a odborníkom, s pocitmi smútku a s prejavmi uznania.

Zdroj: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=773828>

Ženská sexualita v průběhu menstruačního cyklu

Kateřina Klapilová¹, Petr Weiss², Jan Havlíček³

1. Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Praha

2. 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

3. Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Souhrn

Review shrnuje poznatky evolučně-psychologických výzkumů týkajících se změn v ženské atraktivitě, receptivitě, proceptivitě a partnerských preferencích, které se objevují v průběhu menstruačního cyklu a jež jsou považovány za adaptivní. Ženy jsou v rámci různých senzoricích modalit (např. hodnocení tělesné vůně) muži hodnoceny jako sexuálně atraktivnější v období zvýšené pravděpodobnosti početí. Objevují se rovněž změny v ženině proceptivním a receptivním chování, tyto výsledky jsou však často nekonzistentní, zvláště proto, že v řadě výzkumů není zohledněn partnerský status ženy a specifikovány charakteristiky objektu jejího sexuálního zájmu. Změny v receptivitě se týkají převážně adaptací, které napomáhají v zabránění sexuálním aktivitám s geneticky nevhodnými partnery (např. méně kompatibilními v genech MHC) ve folikulární fázi cyklu. Změny v proceptivitě žen zahrnují zvýšení sexuálního naladění a vzrušivosti ženy ve středu cyklu a také zvýšenou aktivitu žen při vyhledávání či podporování geneticky vhodného partnera k sexuálním aktivitám (u zadaných žen, žijících v partnerství s geneticky méně kvalitními partnery se může odehrávat na úrovni zvýšení mimopárové sexuální přitažlivosti či aktivit).

Klíčová slova: menstruační cyklus, pohlavní hormony, ženská sexualita, partnerské preference, evoluční psychologie.

Úvod

Až donedávne se předpokládalo, že se období s největší pravděpodobností početí co do ženského sexuálního chování a prožívání neliší od ostatních fází menstruačního cyklu. Stejně tak se mělo za to, že u člověka se vyvinula tzv. skrytá ovulace, tedy, že v průběhu cyklu nedochází ke změnám atraktivita ženy, hodnocené na základě vizuálních, olfaktorických či hlasových projevů. Přes rozmach výzkumů dokládajících existenci hormonálně podmíněných fyzických, kognitivních i behaviorálních změn v plodném období ženského menstruačního cyklu, které se objevily v posledních dvou desetiletích, zůstává

Summary

The following review summarizes the evolutionary-psychological research of adaptive changes in female attractiveness, receptivity, proceptivity and mate preferences across the menstrual cycle. Women are rated by male raters as more sexually attractive on days with the high probability of conception within various sensoric modalities (e.g. body odour ratings). Similarly, the changes in female proceptive and receptive behaviour were repeatedly tested, however the results are inconsistent because the relationship status was not controlled for and the characteristics of male objects were not specified. These confirmed changes in female receptivity can be interpreted in the frame of the cognitive and behavioural adaptations leading to minimization of the sexual contact with genetically unsuitable partners (e.g. incompatible in MHC genes) in the fertile phase of the cycle. The changes in female proceptivity include the increase in sexual desire and arousability in the mid-cycle as well as the increase in detection and encouragement of men with the cues of high intrinsic quality and genetic compatibility to sexual contact (in women who were in a relationship with a partner of lower genetic quality an increase in extramarital attraction and behaviour appeared). Aforementioned changes have been associated with cyclic fluctuations of sex steroids.

Key words: menstrual cycle, sexual steroids, female sexuality, mate preferences, evolutionary psychology.

koncept skryté ovulace stále silně zakořeněn v povědomí odborné veřejnosti (Pastor, 2010 v Weiss a kol., 2010; Kolářský, 2008). Následující text si klade za úkol shrnout současné poznatky o změnách v ženské atraktivitě, sexuálním naladění a chování a v ženských partnerských preferencích v průběhu menstruačního cyklu. Zároveň se bude snažit přiblížit v současné době nejrozšířenější interpretace výskytu těchto změn.

Ženská atraktivita a pravděpodobnost početí

U samic některých člověku evolučně příbuzných druhů primátů dochází v průběhu cyklu k poměrně k výrazným vizuálním změnám (např. zduření v oblasti sedacích hrbolů šimpanzů či paviánů; Dixson, 1999),

keré samci těchto druhů vnímají jako atraktivní a v tomto období dochází ke zvýšenému výskytu sexuálních styků. Neexistence takovýchto výrazných morfologických změn v období okolo ovulace spolu s výskytem sexuálního chování po celý menstruační cyklus vedly k přijetí do současnosti velmi rozšířeného konceptu skryté ovulace u člověka (např. Turke, 1984). Shoda v tom, že neexistují žádné specifické znaky, které by oddělovaly plnou fázi ženského cyklu od fází, kdy je pravděpodobnost početí velmi nízká, přetrvává v odborné literatuře již po řadu desetiletí (přehled Pawlowski, 1999).

V posledních dvaceti letech se však objevila řada studií, poukazujících na to, že muži hodnotí ženy jako atraktivnější v plodné fázi cyklu a to v rámci různých sensorických modalit. Muži například hodnotili jako atraktivnější obličej žen (Roberts a kol., 2004), oblečení žen (Durante a kol., 2008) i ženské hlasy (Pipitone & Gallup, 2007), jejichž záznamy byly pořízeny ve folikulární fázi cyklu. Zvýšená atraktivita ve folikulární fázi byla také zjištěna v chůzi žen (Fink a kol. 2012, Gueguen, 2012). Oproti tomu Provost a kol. (2008a) zaznamenali vyšší atraktivitu chůze v luteální fázi cyklu. Nejlépe zdokumentované je ale zvýšení atraktivity tělesné vůně (Havlíček a kol., 2006) a do určité míry i vůně vaginálního sekretu ve fertilní fázi cyklu (Doty a kol., 1975). Výsledkům těchto studií se dostává velké pozornosti hlavně z řad evolučních psychologů, kteří je dávají do souvislosti se vznikem mužských behaviorálních strategií, které napomáhaly zvýšení reprodukčního úspěchu jedinců v evoluční historii člověka. Z tohoto pohledu by byla schopnost mužů rozpoznat ženskou plodnost výhodná (adaptivní), neboť by pomáhala ke správnému načasování sexuálních aktivit tak, aby se zvyšovala pravděpodobnost početí potomka. Podle výše uvedených studií se skutečně zdá, že muži jsou schopni změny v ženské atraktivitě registrovat. To, že se tento rozdíl ve vnímání může projevit v chování mužů i v současných sociokulturních kontextech, dokládá například působivá studie Millera a kol. (2008), kteří prokázali, že muži dávají tzv. klínovým tanečnicím ve fertilním období výrazně vyšší odměny za představení než v jiných fázích jejich menstruačního cyklu¹.

Thornhill a Gangestad (2008) se domnívají, že by se zvýšená senzitivita na známky ženiny plodnosti měla výrazněji objevovat zejména ze strany ženina primárního partnera a ze strany ženiny příbuzných. Pro obě tyto skupiny je totiž z hlediska přenosu jejich vlastních genů do dalších generací výhodné zabránit ženě v početí s cizími muži. Obezřetnost ze strany příbuzných bohužel dosud nebyla zkoumána.

Předpoklad o zvýšené senzitivitě primárního partnera vůči cyklickým změnám v atraktivitě partnerky nicméně podporují studie dokládající vzestup pocitů žárlivosti u zadaných mužů (Haselton a Gangestad, 2006) a zvýšený výskyt chování, jako je zvýšená obezřetnost a majetnickost (např. zvýšené monitorování partnerčinných aktivit, častější telefonování; Gangestad a kol., 2002) a zvýšení proporce volného času tráveného s partnerkou (Thornhill a Gangestad, 2008) – tedy zvýšený výskyt tzv. mate-guardingového chování ve fertilní části cyklu. Právě toto chování bývá totiž interpretováno jako adaptace sloužící k zabránění partnerce v sexuálních aktivitách s jinými muži, jež by pak mohli vést k (pro muže) nežádoucí péči o nevlastního potomka (Buss, 2000). Miller a Maner (2010) zjistili, že fyziologickým podkladem tohoto mechanismu by mohlo být zvýšení hladin testosteronu mužů při interakci s vůní ženy v plodném období. Dalšími možnými vodítky spouštějícími tyto (nevědomé) mužské reakce by mohly být například cyklické změny některých tělesných parametrů souvisejících s hodnocením ženské atraktivity. V souvislosti se zvýšenými hladinami estrogenů v plodném období byly popsány zejména změny v rozložení tuku a měkkých tkání. Ženy mají v plodném období nejtěsnější pas v poměru k bokům (Kirchengast & Gartner, 2002), zvyšuje se symetrie těla skrze zvýšení symetrie měkkých tkání (Manning a kol., 1996). Dokumentován byl rovněž vzestup výšky hlasu v plodné fázi cyklu (Bryant a Haselton, 2009), což je fenomén, s nímž se musí vypořádat většina profesionálních zpěvaček. Je však třeba podotknout, že se stále jedná o změny velmi mírné v porovnání s estrálními změnami pozorovatelnými u samic některých druhů primátů. Tento malý kvantitativní posun v atraktivitě některých fyzických znaků u žen lze považovat spíše za vedlejší produkt kolísání hladin pohlavních hormonů (zejména estrogenů), nelze však tvrdit, že by ženy své plodné období nějakým způsobem přímo inzerovaly (Thornhill a Gangestad, 2008). Zdá se, že selekční tlaky v evoluční historii člověka vedly spíše k potlačování projevů těchto hormonálních vlivů na fyzickou či olfaktorickou stránku žen. Protichůdné selekční tlaky působící v průběhu koevoluce obou pohlaví však mohly způsobit zvýšení mužské senzitivity na tyto subtilní „skryvané“ znaky ovulace (Arnquist a Rowe, 2005).

Změny ve fyzické atraktivitě však nejsou jedinými vodítky, podle nichž se mohou muži v menstruačním cyklu žen orientovat. Objevují se rovněž poměrně výrazné změny v ženském sexuálním chování, a to hned na několika úrovních, konkrétně na úrovni i)

¹ Metodologická poznámka: Většina autorů zkoumajících cyklické změny porovnává folikulární fázi, kterou považují za fázi potenciálně fertilní, s fází luteální, kterou považují za nefertilní. Existují ovšem i studie, ve kterých je porovnávána úžeji vymezená fáze ovulační či období fertilního okénka s fází luteální. Problémem je, že řada autorů určuje právě den ovulace poměrně nepřesně, metodou odpočítávání 14 dnů od předpokládaného dne následující menstruace udávaného probandkami. V propracovanějších studiích je pak den ovulace určován na základě vzestupu hladin LH nebo E. Poněkud reduktivním předpokladem většiny autorů je, že každá z těchto fází má svůj typický hormonální obraz, který je spojen s evolučně-adaptivními behaviorálními změnami v ženské psychice. Méně reduktivním postupem je opakované měření hladin sérových hladin hormonů, které jsou pro sledované behaviorální projevy či psychické funkce biologicky relevantní, nejčastěji jsou sledovány estrogeny a progesteron. Dalším sledovaným hormonem je testosteron (T), jehož volné hladiny jsou poměrně kolísavé v průběhu cyklu, některé studie však udávají jejich zvýšení právě ve středu cyklu (Bloch, 1998). Jiným způsobem je zjišťování korelace behaviorálních projevů s pravděpodobností početí pro každý den cyklu, které jsou k dispozici v tabulkách vypracovaných v dřívějších studiích (Wilcox, 2001).

receptivního chování, ii) proceptivnho chování, a iii) změn partnerských preferencích ˙en.

Menstruační cyklus a receptivita ˙eny

Sexuln chování, touha a vzrušivost ˙en v průběhu menstruačního cyklu je téma, kterm se zabývaly desítky studií od 70. let dvacátého století. Kvůli nepřehlednému množství sledovaných proměnných (od frekvencí partnerských styků a˙ po fyziologick měření sexuálního vzrušení ˙en vystavenm eroticky explicitním materiálům) a vzhledem k etnm metodickm rozdlm a omezenm (např. nepřesnosti v měření a určování fází menstruačního cyklu, retrospektivn výpovědi o sexuálních aktivitách) mezi studiemi, kter znesnadňují jejich porovnání, jsme pro následující text vybrali pouze výzkumy a výsledky, které považujeme z metodického hlediska za kvalitn.

Co se sexuálních aktivit týče, Pawlowski ve své přehledov studii z roku 1999 uvádí 11 studií, kter nalezly zvyšenou frekvenci pohlavnch styků ve folikulární fázi menstruačního cyklu, 6 z nich zaznamenalo vzestup přímo ve fázi ovulační. 4 z těchto 11 studií také poukazují na další nárůst ve frekvenci styků v premenstruační fázi cyklu. Naopak pokles ve frekvenci styků v ovulační fázi byl oproti tomu zjištěn pouze ve 3 studiích, v nich˙ se ale jednalo přev˙n o studentskou populaci, a pravdpodobnm důvodem poklesu mohla být vdom snaha vyhýbat se početí v této fázi. Uveden studie také bohu˙el nezohlednily efekt jednotlivých dn v rámci týdne, přesto˙e bylo zjištěno, ˙e frekvence sexuálních aktivit je prokazateln vyšší v nepracovních dnech (Palmer a kol., 1982). Nemn důležitou (a ne v˙zdy zohledňovanou) proměnnou je dostupnost stabilního sexuálního partnera a soužití s ním ve spolen domácnosti (Burlison a kol., 2002). V novější studii Wilcox a kol. (2004) opět potvrdili zvyšování frekvence pohlavnch styků ve folikulární fázi, kter dosahovalo vrcholu ve fázi ovulační, přem˙ se vyhnuli výše zmiňovanm úskalím předchozích výzkumů – záznamy o pohlavnch stycích byly prováděny longitudinln drovou metodou, všechny ˙eny měly stabilního sexuálního partnera, fáze cyklu byly určeny s vysokou přesností pomocí analýzy hladin estrogenu a progesteronu v moi a všechny ˙eny u˙ivaly vysoce uinn nehormonální formy antikoncepce (mechanick nitrodlo˙n tělíska či přerušění vejcovodů), kter odstraňovaly strach z nechtěného početí př zachování přirozených fluktuací hormonálních hladin. Dny v týdnu byly rovn˙ zahrnuty do finln analýzy (Wilcox a kol., 2004). Vzestup partnerských sexuálních aktivit vprostřed cyklu se tud˙ zd být poměrně dobře dokumentovanm jevem. Zajímavostí je, ˙e se objevuje rovn˙ u lesbických pr (Burlison a kol. 2002).

Podle definice je vsak ˙ensk receptivita „přípravenost k sexuálním aktivitám, jsou – li iniciovány ze strany partnera a ˙enou akceptovány“ (Beach, 1976). Museli bychom tedy mít k dispozici udaje o iniciaci sexuálních aktivit a také udaje o proporci přjatch/odmítnutých iniciací v průběhu ˙enina menstruačního

cyklu, aby výše zmnn vzestupy sexuálních aktivit mohly být interpretovány jako zvyšení receptivity ˙en v plodn fázi cyklu. Pokud například stoupá v plodn fázi cyklu frekvence iniciací ze strany partnera (např. přev kvůli zvyšení atraktivitě ˙en), pak nemusí toto zvyšení frekvence partnerských aktivit vypovídat o změnách chování ˙eny, proto˙e podíl mezi partnerem iniciovanými a partnerkou odmtnutmi m˙e být i tak v průběhu cyklu stejn. Tyto udaje vsak ve vtšn studií nejsou k dispozici, a pokud ano, jsou dosa˙en výsledky nekonzistentní. Zvyšenou iniciaci sexuálních aktivit ve folikulární fázi ze strany mu˙ a tendence k ni˙ší pravděpodobnosti jejich odmtnut v plodn fázi popisuje například Harvey (1987), naopak Bulivant a kol. (2004) vzestup v iniciaci sexuálních aktivit ze strany mu˙e nezjistili. Daleko více studií vsak potvrzuje zvyšení frekvence iniciace sexuálních aktivit ze strany ˙eny v této fázi cyklu (např. Bancroft a kol., 1983), co˙ by ukazovalo spřše na zvyšení proceptivity ˙en (viz ni˙e).

Výše uveden studie se vsak soustředily spřše na sexuln aktivity v rámci stálých partnerských dvojic. Existuje vsak celá řada dokumentovaných změn ve folikulární fázi cyklu, kter se tkaj spřše zvyšení citlivosti ˙en k přítomnosti jiných mu˙, ne˙ je jejich stl partner, v jejich okolí a k známkám jejich sexuálního zájmu. Byla popsána např. zvyšení preference známek sexuálního zájmu v mu˙ských tvářích jako např. rozšířench zorncek (Caryl a kol., 2009) i flirtovnch mimických pohybů (Morrison a kol., 2010). Podle Rosena a Lpeze (2009) se zase ˙eny ve fertilní fázi více soustředily na texty s flirtovnm obsahem ne˙ na neutrální příběhy, které jim byly pouštěny souasn ve formě zvukových nahrávek. Akceptování snah mu˙ o sbli˙en zkoumal Gueguen (2009 a, b) v rámci dvou zajímavých terénních experimentů. V prvním z nich byly ˙eny v plodn fázi osloven na ulici neznmm mu˙em ochotnější dt na po˙adn sv telefonní číslo ne˙ ˙eny v lutealn fázi. Ve druhm studii zase mlad nezadan ˙eny v nonch klubech, které byly v plodn fázi, spřše souhlasily s ˙dost o pomal tanec s neznmm mu˙em, ne˙ ˙eny v lutealn fázi.

Podíváme-li se na vc z opan stránky, byly popsány i projevy, které svědčí o ˙enin přípravenosti v plodném období odolávat sexuálnímu nátlaku ze strany mu˙, kter nejsou z biologického hlediska vhodnými partnery. Garver-Apgar a kol. (2007) zjistili zvyšenou citlivost k náznakům mo˙nho sexuálního nátlaku ve videonahrvkch flirtujcch mu˙ u ˙en v plodném období cyklu a Petralia a Gallup (2002) prokázali, ˙e síla stisku ruky ˙en po vystaven scéně obsahující sexuln nátlak ve fertilní fázi stoupá. Dvě studie rovn˙ potvrdily, ˙e během ovulační fáze ˙eny redukují aktivity, kter se jeví jako riskantní vzhledem k mo˙znosti znásilnění (Broder a Hochmann, 2003; Chavanne a Gallup, 1998). V plodném období se také zvyšuje nechuť ˙en k maladaptivním sexuálním praktikm (jako je incest či zoofilie; Fessler a Navarrete, 2003). U ˙en, kter se vnímaly jako zranitelnější vi znásilnění, se rovná˙ objevovaly zvyšení rasov předsudky ve fertilním

období (Navarrete a kol., 2009). Mezi perličky patří například nedávné zjištění, že v plodném období byla u žen-bělošek pozorována nižší ochota volit Baraca Obamu, patrně z důvodů kladení většího důrazu na barvu pleti (Navarrete a kol., 2010). Pouze v jediné studii bylo potvrzeno zvýšení odmítání sexuálních nabídek stálého partnera v plodném období, a to u žen žijících s geneticky nekompatibilními partnery v genech MHC (Hlavní histokompatibilní komplex; více informací o MHC níže) (Garver-Apgar a kol., 2006).

Z výsledků provedených výzkumů se zdá, že zdokumentované rozdíly v receptivitě v plodném období se týkají spíše změn chování, které slouží k zabránění sexuálním aktivitám s geneticky méně vhodnými partnery. Zda v plodném období dochází k neselektivnímu kvantitativnímu zvýšení ženského receptivního chování, nelze z dosavadních výsledků posoudit.

Menstruační cyklus a ženská proceptivita

O něco lépe zdokumentovány jsou změny v proceptivitě žen, jež podle definice zahrnuje aktivní podporování mužů k sexuálním aktivitám ze strany žen (Beach, 1976). Proceptivita zahrnuje a) fyziologické aspekty jako připravenost pohlavních orgánů a intenzitu sexuálního vzrušení, b) psychologické interní mechanismy, jako je sexuální touha, naladění, motivace a výskyt sexuálních fantazií, c) chování jako flirtovní neverbální projevy či přímo iniciaci sexuálních aktivit ze strany ženy (Pawlowski, 1999).

Existuje poměrně rozsáhlá evidence o tom, že ženy jsou snadněji vzrušivé a jejich vzrušení je intenzivnější právě v plodné fázi cyklu. Ve většině studií bylo podle fyziologických měření (teplota malých stydkých pysků, průtok krve vaginou, zvýšená kožní vodivost) zaznamenáno vyšší vzrušení žen při sledování vizuálních erotických materiálů ve středu cyklu (např. Slob a kol., 1996; Schreiner-Engel a kol., 1981). Co se týče hormonálních hladin, které by mohly být proximální příčinou tohoto sexuálního naladění, nebyly prokázány korelace s hladinami estrogenů a progesteronu (Schreiner-Engel a kol., 1981), byla však prokázána pozitivní souvislost mezi fluktuací hladin testosteronu v průběhu menstruačního cyklu a vzrušení při vybavování sexuálních aktivit (Goldey a Anders, 2010). Důležitým poznatkem je, že subjektivní hodnocení vzrušení se ani v jedné z výše jmenovaných studií neměnilo, což ukazuje na to, že změny týkající se prožívání sexuálních aktivit jsou u žen spíše nevědomého charakteru a vědomé výpovědi žen nejsou vhodným nástrojem k jejich detekci (Schmidt, 1975). Dvě studie rovněž poukazují na silný efekt fáze cyklu během prvního vystavení vizuálním erotickým podnětům na pozdější vnímání jejich vzrušivosti. Ženy, které byly jako první vystaveny erotickým stimulům ve folikulární fázi, byly více vzrušené při jejich expozici i ve fázi luteální, tento primingový efekt prvního vystavení byl závislý na hladinách estrogenů (Slob a kol., 1996; Wallen, Rupp, 2010). Tento poznatek je užitečný vzhledem k plánování metodiky studií, zahrnujících

např. fotopletysmografické měření vzrušení žen při vystavení vzrušivým podnětům, jeho využití bychom mohli hledat i v rámci terapie některých sexuálních dysfunkcí žen, kdy by bylo vhodné načasovat začátek práce s klientkami právě ve fertilitní fázi jejich cyklu. Byly pozorovány rovněž morfologické změny pohlavních orgánů v souvislosti se zvýšenými hladinami estradiolu, jako je např. zvýšený objem klitorisu v periovulatorní fázi (Bataglia a kol., 2008) nebo zvýšení senzitivity prsou v ovulaci a v menstruaci (Gescheider, 1984). Salonia a kol. (2004) zase upozorňují na signifikantně nižší vaginální zvlhčení v luteální fázi oproti fázi folikulární, což dávají do souvislosti zejména s hladinami oxytocinu, které jsou v těchto fázích cyklu vyšší.

Testování cyklických změn v hodnocení sexuální touhy (libida) byla v odborné literatuře rovněž věnována značná pozornost, nicméně výsledky jsou značně nekonzistentní (analýza 64 prací na toto téma v Meuwissen 1990, citováno podle Meuwissen a Over, 1992), nejspíš proto, že se opět jedná o subjektivní hodnocení této proměnné. Ve zkratce lze říci, že nejvíce prací nalezlo maxima v hodnocení sexuální touhy, motivace a zájmu o sexuální aktivity a výskytu sexuálních fantazií ve folikulární fázi menstruačního cyklu (např. Dennerstein a kol., 2003), velký počet prací rovněž poukazuje na vzestup libida ve fázi premenstruační a menstruační (např. Zillman a kol., 1995). Vzestup touhy v luteální fázi cyklu však nebyl nalezen v žádné z nám známých studií. Levine (2002) poukazuje na to, že sexuální touha je podmíněna zejména hladinami (volného) testosteronu, což by vysvětlovalo rovněž premenstruační nárůst v sexuálních aktivitách a touze, neboť hladiny estrogenů a progesteronu, které jsou antiandrogenní, mají v této fázi nejnižší hodnoty.

Výsledky studií opírajících se o objektivnější sledování ženských sexuálních reakcí poskytují o něco jasnější obraz. Za ukazatel zvýšení ženské sexuální touhy v plodné fázi cyklu je považována zvýšená reaktivita ženského mozku při pozorování sexuálních stimulů (Krug a kol., 2000) či zvýšená frekvence mimických projevů radosti při sledování nahých mužských těl (Mass a kol., 2009). V této fázi ženy také lépe rozpoznávají stimuly se sexuálním podtextem, častěji interpretují neutrální stimuly jako sexuální (Krug a kol., 1994) a více reagují na mužskou fyzickou atraktivitu (např. Anderson a kol., 2010).

Co se reálných sexuálních aktivit týče, některé ze studií, které otázku iniciace sexuálních aktivit zahrnuje, ukázaly, že výše zmiňovaný nárůst dyadických sexuálních aktivit by mohl být vyvolán zejména zvýšením iniciace těchto aktivit ze strany ženy (např. Silber, 1994). Zároveň byl ale nalezen vzestup autosexuálních aktivit (např. Bancroft a kol., 1983) a sexuálních fantazií (např. Bullivant a kol., 2004), což dokládá celkové zvýšení sexuální apetence žen a nejen touhy po partnerských sexuálních aktivitách.

Gangestad a Thornhill (2008) předpokládají, že nekonzistentní výsledky ohledně cyklických změn v sexuální touze jsou způsobeny zejména chybným

očekáváním, ˙ze se u ˙zen zvyšuje sexuln touha obecn a ˙ze se toto zvyšeni touhy musí projevovat právě v iniciaci sexuálních aktivit se stlm partnerem. Zvyšena pta˙zlivost stálého partnera ve fertilit fázi cyklu byla však prokázána pouze u ˙zen v poatench fázích partnerského vztahu (Pillsworth a kol., 2004). Opakovan byl však dokumentován vzestup v hodnoceni pta˙zlivosti jiných mu˙˙u ve fertilit fázi (např. Gangestad a kol., 2005a), kter se objevuje zejména u ˙zen, kter hodnot svého partnera jako méně sexuln atraktivního (Pillsworth a Haselton, 2006). Zvyšeni pta˙zlivosti jiných mu˙˙u se dále objevovalo u ˙zen, jejich˙ stl partner byl (podle evolunch teoretiků) mn geneticky kvalitním partnerem, konkrtn měl nízkou míru tlesn symetrie (Gangestad a kol., 2005), nebo pro danou ˙zenu geneticky mn komplementárním, např. sdílel s nimi více alel v MHC komplexu (Garver-Apgar a kol., 2006) a měl mn vyvinut maskulinn rysy v obliej (Gangestad a kol., 2010).

Vešker výše zmnn změny však byly pozorovány na úrovni vnitřního naladěni ˙zen k sexuálním aktivitám s mu˙˙i, kter samozrjn nemusí znamenat, ˙ze se projev v relnm sexuálním chováni ˙zeny. Jeho projeven je z velké časti zvisl na vdom kontrole vlastního chováni ze strany ˙zeny a stejn tak na jež aktuln partnersk situaci či aktuálních okolnostech. Je proto docela pekvapiv, ˙ze se objevily studie, kter prokázaly změny v plodném období cyklu i na úrovni reálného proceptivnho chováni. Podle Haseltonov a Gangestada (2006) zadan ˙zeny více flirtovaly s mu˙˙i ve svém okolí, chodily častěji do společnosti, ve které se mohly potkat s jinými mu˙˙i a oblékaly se více sexy (také Schwarz, Hassebrauck, 2008). Zadan ˙zeny byly rovn˙ mn striktn ve svém postoji v nezávaznému sexu a byly ochotnější anga˙zovat se v sexuálních aktivitách s atraktivními neznámými mu˙˙i ve fertilit fázi (Durante a Li, 2009). V první polovině cyklu byl rovn˙ pozorován pokles ve vnímání citov zaanga˙zovanosti ˙zen ve stlm partnerskm vztahu (Jones a kol., 2005). Zatím však pouze jedna studie potvrdila zvyšeni mimopárových sexuálních styků v plodn fázi cyklu (Bellis a Baker, 1990).

V návaznosti na tyto poznatky zavádí evolun psychologové Thornhill a Gangestad (2008) koncept tzv. duln sexuality. Pedpokldj, ˙ze se u ˙zen, které byly ve své evolun historii vystaveny dvěma protichdnm selekčním tlakům, vyvinuly dvě odlišn sexuln strategie. Aby toti˙ zvyšily svůj reprodukn úspěch, musely ˙zeny zabezpečit jak potomstvo geneticky kvalitn, tak zajistit, aby byl v kritických obdobích vývoje dítěte pttomen dlouhodob partner, kter by byl ochoten do nich i do dítěte investovat co nejvíce zdrojů. Vlastnosti a rysy znaic vůli investovat do potomků a dobr rodiovsk kvality proto preferují při výběru dlouhodobého partnera, kde˙to znaky ukazující na genetickou kvalitu mu˙˙e vol pro výběr krátkodobého sexuálního partnera, jeho˙ funkcí je pouze zplození ppadnho geneticky kvalitního potomstva (tzn. atraktivního pro jedince opačného pohlaví, odolného v infekcím a nástrahám

prostředí). Preference znaků pro výběr krátkodobého sexuálního partnera by se tedy jak u zadaných tak nezadaných ˙zen měly objevovat ve zvyšeni míře zejména v plodném období menstruačního cyklu, kdy je pravděpodobnost početí nejvšš, zatímco preference znaků pro výběr dlouhodobého partnera a receptivn sexualita v rámci dlouhodobých partnerských dvojic by měly zůstávat po celou dobu cyklu podobn.

Přesto˙e je tento koncept v současn době mezi evolučními psychology znan rozšřen a do jisté míry pomáhá vysvětlovat pozorovan změny v ˙zenskm sexuálním naladěni a mechanismus, jakm mohly tyto změny napomáhat reprodukčnímu úspěchu ˙zen v průběhu evolun historie lidstva, je nutno poznamenat, ˙ze se jedná o pohled pliš reduktivn. Teorie duln sexuality toti˙ předpokládá, ˙ze 1) genetick a rodiovsk kvality jsou u vtšny mu˙˙u v rozporu, 2) ˙ze nezanedbateln ast mu˙˙u vychovává potomky, jejich˙ nejsou biologickými otci. Pro oba tyto body však v rámci lidsk populace neexistují pesvdiv empirick doklady. I vzhledem ke zmnn vzkumn evidenci je závěr, ˙ze fertilit sexualita je kvalitativn zcela odlišn od sexuality v jiných fázích cyklu, problematick, spíše se jedná o jemn kvantitativn změny v naladěni či individuálních preferencích v závislosti na hladinách pohlavnch hormonů a dalších faktorů.

Partnersk preference pod vlivem fertility

Zmnn koncept duln sexuality nicméně napomáhá v interpretaci změn v hodnoceni atraktivnosti různých fyzických a osobnostních charakteristik mu˙˙u v průběhu ˙zenskho menstruačního cyklu. Zdá se toti˙, ˙ze ve fertilitm období u ˙zen dochází k posunu preferencí a to zejména ve prospěch vlastnosti potenciln zvyšujících genetickou kvalitu ppadnho potomstva, jako jsou: a) znaky vysok genetick kvality mu˙˙u a jejich odolnosti proti infekcím (např. maskulinn znaky, tlesn symetrie), a b) genetick kompatibilita mu˙˙u v genech MHC, kter m˙e rovn˙ přispívat k odolnosti potomstva.

Preference znaků, kter souvisí s mu˙˙ovými dlouhodobými partnerskými a rodičovskými kvalitami a ochotou investovat (např. femininní znaky, majetnost, podobnost obliej), zůstává naopak v průběhu cyklu relativn stabiln, nebo se zvyšuje zejména v lutelnm období cyklu spojenm s vysokými progesteronovmi hladinmi.

a) Znaky genetick kvality mu˙˙u

Ve fertilitm období jsou ˙zenami preferovány znaky, které jsou ovlivněny produkcí testosteronu:² maskulinn znaky v obliej (jako je vrazn bradov vb˙ek, větší šířka mezi očními štrbnmi či výraznější nadonicov oblouky; např. Penton-Voak a Perrett, 2000), maskulinn znaky postavy (rozvinutější muskulatura, postavy s vysokm rozdílem mezi šířkou ramen a boky a vyrovnan poměr mezi pasem a boky, např. Little a kol., 2007a), vn mu˙˙u s vššmi

testosteronovými hladinami (Rantala a kol., 2006) a maskulinnejší mužské hlasy, ktoré jsou hlubší a majú plnnejší barvu (např. Puts, 2005). Dále bylo potvrzeno zvýšené hodnotení atraktivity mužů vyšších postav (Pawlowski a Jasienska, 2005), mužů s tmavší kůží (zvýšené hladiny testosteronu souvisí s tmavším zbarvením kůže (Frost, 1994)) a maskulinnejších tělesných pohybů, znázorněných světlými body na tmavém pozadí (Provost a kol., 2008b). Rupp a kol. v roce 2009 pozorovali zvýšenou aktivitu mozkových centerspojených s hodnotením atraktivity při sledování maskulinních obličejů v plodném období. Tato studie je zatím jedinou studií, která nastiňuje mechanismus, který by mohl stát za změnami preferencí v průběhu cyklu - hladiny pohlavních hormonů a jejich poměrů mají rozdílný vliv na aktivitu různých částí mozku.

Opakovaně byl rovněž testován možný vzestup preferencí pro znaky spojené s flukтуаční tělesnou symetrií³ v plodném období cyklu, výsledky však jsou v tomto případě konzistentní pouze pro čichové vnímání - ve všech provedených studiích byla potvrzena zvýšená preference vůně symetrických mužů ve fertilním období (např. Garver-Apgar a kol., 2008). Preference symetrických mužských obličejů se však potvrdila pouze v jedné studii (Little a kol., 2007b) v několika dalších zjištěna nebyla (např. Peters a kol., 2009).

Pouze omezený počet studií se doposud zabýval zkoumáním psychických charakteristik mužů, které jsou v průběhu cyklu považovány za atraktivní v rámci výběru partnera pro krátkodobý (sexuální) či dlouhodobý vztah. V rámci hodnotení atraktivity pro krátkodobý vztah byli ve fertilním období preferováni muži s dominantnější osobností (Lukaszewski a Roney, 2009), muži s dominantnějším chováním (tzn. vykazující chování úspěšné v mezimužské kompetici o partnerky, jako jsou lepší přesvědčovací schopnosti a převaha nad rivalem, výrazná sebe prezentace aj.; Gangestad a kol., 2004) a muži s kreativním nadáním (Haselton a Miller, 2006). Preference vtipných mužů se ve fertilním období rovněž zvyšuje, a to bez ohledu na partnerský kontext (Miller, 2003).

Řada autorů však poukazuje na přítomnost intervenujících proměnných, které mají významný vliv na to, zda se u žen objevují vzestupy v preferenci znaků, které souvisí s genetickou kvalitou mužů. Mezi nejvýznamnější patří partnerský kontext hodnotení - tedy to, zda jsou ženy v instrukci přímo požádány, aby hodnotily atraktivitu partnera pro krátkodobý vztah (srovnatelné s hodnotením sexuální přitažlivosti) či pro navázání dlouhodobějšího partnerství. Ve fertilní fázi se ve většině studií objevuje zvýšené hodnotení pouze na úrovni hodnotení sexuální přitažlivosti stimulů (např. Little a kol., 2007a). Další důležitou

proměnnou je aktuální partnerský stav ženy. U žen zadaných se zvýšení v krátkodobých preferencích ve fertilním období projevuje výrazněji (např. Havlíček a kol., 2005). Tyto proměnné bohužel nebyly zařazeny ve všech zmiňovaných výzkumech, což může být často důvodem některých nesignifikantních výsledků.

b) Genetická kompatibilita mužů

Diskutovaným tématem je rovněž otázka preference mužů s rozdílnými alelami hlavního histokompatibilního komplexu (Major Histocompatibility Complex - dále MHC) v plodném období. Produkty MHC genů hrají významnou roli při rozpoznávání patogenů a jedinci s větším spekterem těchto genů vykazují adekvátní imunitní odpověď při vícečetných infekcích. Z evolučního hlediska je tedy pro ženu výhodnější vybrat si partnera, který je odlišný v MHC genech a zajistit tak vlastním potomkům zvýšenou variabilitu imunitního systému a tedy schopnost bránit se většímu množství patogenů (Havlíček & Roberts, 2009). V dřívějších studiích se ukázalo, že větší genetická podobnost partnerů v MHC souvisí s nižší partnerskou spokojeností, sexuální touhou a vyšším výskytem nevěry v partnerství (Garver-Apgar a kol., 2006). Ve dvou průkopnických studiích (Wedekind, 1995, Wedekind a Furi, 1997) byla nalezena preference pro vůni MHC odlišných partnerů ve fertilní fázi cyklu (luteální fáze nebyla do výzkumu zařazena). Ve dvou novějších čichových výzkumech (Roberts a kol., 2008, Thornhill a kol., 2003) však tato preference potvrzena nebyla a nebyly zjištěny rozdíly mezi hodnotením v různých fázích cyklu. Thornhill a kol. (2003) však pozorovali zvýšenou preferenci vůně heterozygotů v luteální fázi cyklu. V české studii pak Ptáčková (2010) nepotvrdila vliv cyklu na hodnotení atraktivity vůně, obličejů ani hlasu heterozygotů, překvapivě však našla pozitivní vliv plodné fáze na hodnotení hlasů homozygotů. Jak je patrné, poznatky z této oblasti jsou dosud značně omezené a je třeba více výzkumů k interpretaci uvedených výsledků.

c) Dlouhodobé partnerské preference

Hodnocení znaků, které jsou ženami preferovány pro dlouhodobé partnerské soužití, většinou zůstává konstantní po celou dobu cyklu (Gangestad a kol., 2007), nebo je vyšší v luteální fázi cyklu v souvislosti se zvýšenými hladinami progesteronu (DeBruine a kol., 2005). Obrátíme-li například logiku předchozích výzkumů obličejové maskulinity, můžeme konstatovat, že v luteální fázi cyklu byla opakovaně popsána vyšší preference pro obličej s femininnějšími rysy (např. Jones a kol., 2005), nebo že hodnotení preference pro femininnější hlasy souviselo se stoupajícími

²Maskulinní znaky jsou považovány za signály dědičné imunity k infekčním nemocem. Vysoké hladiny testosteronu jsou totiž imunosupresivní, je-li tedy muž schopen být zdravý a atraktivní i přes tento handicap, značí to jeho vysokou vývojovou stabilitu a odolnost proti infekcím. Vysoké hladiny testosteronu jsou rovněž spojeny s vyšší produkcí kvalitnějšího spermatu, ale s nižší ochotou investovat do partnerky a potomků (Fink a Penton-Voak, 2002).

³Flukтуаční symetrie odráží vyšší odolnost proti infekcím v průběhu ontogenetického vývoje (Thornhill a Gangestad, 2008). Symetrické obličejy jsou u obou pohlaví hodnoceny jako atraktivní, u mužů jsou rovněž hodnoceny jako maskulinnější (Gangestad a Thornhill, 2003). Symetrie je u mužů rovněž spojena s vyšší produkcí kvalitnějšího spermatu (Manning a kol., 1998).

hladinami progesteronu (Puts, 2006). Nkter autoři pedpokldj, ˙e femininnj znan u mu˙ jsou spojen s jejich vyšší ochotou investovat do partnerky a potomstva (Fink a Penton-Voak, 2002), je tedy mo˙n je považovat za charakteristiky preferovan zejména v dlouhodobm partnerskm výběru. DeBruine a kol. (2005) zjistili vzestup preference tváre mu˙, kter byli ˙enm podobn, v souvislosti se zvyenmi hladinami progesteronu. Podobn tváre jsou považovány za vodítko k hodnocen míry prbuznosti mezi partnery a jejich atraktivita ve fertilním období by zvyšovala pravděpodobnost prbuzenskho krıen (inbreedingu). Sobě-podobn tváre jsou celkov hodnoceny jako méně sexuln atraktivní, jsou však spojen s vyšší důvěryhodností (De Bruine, 2005). Zvyenou preferencí mu˙ s vhodnjmi dlouhodobými partnerskými charakteristikami a ochotou investovat v lutelnm období cyklu je mo˙no demonstrovat také na studii Haselton a Mille- ra (2006), kde ˙eny preferovaly netalentovan majetn mu˙e oproti chudm, ale kreativním mu˙m, prv v luteální fázi cyklu.

Zajímavým poznatkem je rovn zvyšení averze vu nezdrav vypadajícím obličejům (tzn. nesoucím znaky probhjc infekce) v luteální fázi cyklu, kde jsou zvyšení hladiny progesteronu (Jones a kol., 2005). Mohlo by se jednat o obranu proti infekci a prpadnmu pokozen či potratu plodu v období raného těhotenství.

Shrnutí

Shrneme-li poznatky předchozích výzkumů, zdá se, ˙e není zcela pesn hovořit o skryt ovulaci jako o adaptaci v rámci ˙ensk sexuality. ˙ensk sexuln atraktivita se zejména v rámci znaků vnímaných mu˙ v intimním kontaktu (jako tlesn vn ˙eny) v období zvyšení pravděpodobnosti početí zvyšuje. Zdá se, ˙e presto˙e působily selekční tlaky vedou k minimalizaci znaků souvisejících s ovulaci u ˙en, u mu˙ se zrejm v průběhu koevoluce pohlaví vyvinula zvyšení senzitivita provnmn zmn v ˙enin fyzick atraktivitě, je˙ reflektují kolísání ˙eninch hormonálních hladin v průběhu cyklu.

Objevují se rovná změny v ˙enin proceptivnm a receptivním chování, výsledky výzkumů na toto téma zamrench jsou však často nekonzistentní, zvláště pak není-li ve výzkumu zohlednn partnersk status ˙eny a charakteristiky objektu jejího sexuálního zájmu. Dolo˙en změny v receptivitě se tkaj spíše chování slou˙cho k zabrnn sexuálním aktivitám s geneticky nevhodnými partnery ve fertilním období ˙eny, ne˙ neselektivního kvantitativního zvyšení akceptace sexuálních aktivit s mu˙či obecn. Změny v proceptivitě zahrnují jak změny v sexuálním naladn a vzrušivosti ˙eny, kter jsou zrejm podporovány zvyenmi hladinami volného testosteronu ve folikulární fázi cyklu, tak změny v aktivním vyhledvan či podporování geneticky vhodného partnera k sexuálním aktivitám. V prpad, ˙e m ˙ena partnera, který vykazuje znaky spojen s ni˙ genetikou kvalitou, se m˙e zvyšení

proceptivity odehrávat na úrovni zvyšení mimoprov sexuln prta˙livosti či aktivit.

Vzestup atraktivity znaků ukazujících na genetikou kvalitu či kompatibilitu mu˙ prv v období s nejv pravděpodobností početí se pokouší vysvětlit koncept duln sexuality. Podle něj je genetik kvalita mu˙e adaptivní zejména pro výběr krátkodobého sexuálního partnera a to pouze v období, kdy je početí nejvýše pravdpodobn, kde˙to dobr rodiovsk a partnersk kvality jsou ˙enmi preferovány bez ohledu na cyklus pr výběru partnera pro dlouhodob sou˙it. V řadě studií se skuten ukazuje, ˙e dlouhodob partnersk preference jsou asociovány zejména s vyššími hladinami progesteronu. Není však pravdpodobn, ˙e by se jednalo o dvě zcela odlin sexuln strategie ˙en projevující se v závislosti na kolísání hladin pohlavnch hormonů, spíše jde o hormonln podmnn naladn, kter se kvantitativn liší v různých fázích menstruačního cyklu. To, zda se projev v relnm sexuálním chování, je však do velk míry zvisl na osobnosti ˙en a aktuálních okolnostech.

Poděkování: KK a JH jsou podporováni projektem UNCE 204 004, K.K. grantem GAČR P407/12/P819.

Literatura:

Anderson, U.S., Perea, E. F., Becker, D. V. (2010): I only have eyes for you: Ovulation redirects attention (but not memory) to attractive men. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 804-808.

Arnqvist, G. & Rowe, L. (2005): *The natural history of sexual conflict*. Princeton University Press. Princeton.

Bancroft, J., Sanders, D., Davidson, D. & Warner, P. (1983): Mood, sexuality, hormones, and the menstrual cycle. 3. Sexuality and the role of androgens. *Psychosomatic Medicine*, 45, 509-16

Battaglia, C., Nappi, R. E., Cianciosi, A., Busacchi, P., Sisti, G., Paradisi, R., & Venturoli, S. (2009): Periovulatory morphometric and vascular modifications of the clitoris in young adult and middleaged women. A pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2707-2714.

Bellis, M. A., & Baker, R. R. (1990): Do females promote sperm competition? *Animal Behaviour*, 40, 997-999.

Beach, F. A. (1976): Sexual attractiveness, proceptivity, and receptivity in female mammals. *Hormones and Behavior*, 7, 105-138.

Bloch, M., Schmidt, P. J., Su, T. P., Tobin, M. B., Rubinow, D. R. (1998): Pituitary-adrenal hormones and testosterone across the menstrual cycle in women with premenstrual syndrome and controls. *Biological Psychiatry*, 43, 897-903.

Broder, A., & Hohmann, N. (2003): Variations in risk taking behavior over the menstrual cycle: An improved replication. *Evolution and Human Behavior*, 24, 391-398.

- Bryant, G.A., & Haselton, M.G. (2009): Vocal cues of ovulation in human females. *Biology Letters*, 5, 12–15.
- Bullivant, S. B., Sellergren, S. A., Stern, K., Spencer, N. A., Jacob, S., Mennella, J. A., & McClintock, M. K. (2004): Women's sexual experience during the menstrual cycle: Identification of the sexual phase by noninvasive measurement of luteinizing hormone. *Journal of Sex Research*, 41, 82–93.
- Burleson, M. H., Trevathan, W. R., & Gregory, W. L. (2002): Sexual behavior in lesbian and heterosexual women: Relations with menstrual cycle phase and partner availability. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 489–503.
- Buss, D. M. (2000): *Dangerous Passions*. Free Press, New York.
- Cardenas, R. A., & Harris, L. J. (2007). Do women's preferences for symmetry change across the cycle? *Evolution and Human Behavior*, 28, 96–105.
- Caryl, P.C., Bean, J.E., Smallwood, E.B., Barron, J.C., Tully, L. & Allerhand, M. (2009): Women's preference for male pupil-size: effects of conception risk, sociosexuality and relationship status. *Personality and Individual Differences*, 46, 503–508.
- DeBruine, L. M., Jones, B. C., & Perrett, D. I. (2005): Women's attractiveness judgments of self-resembling faces change across the menstrual cycle. *Hormones and Behavior*, 47, 379–383.
- Dennerstein, L., Alexander, J. L, Kotz, K. (2003): The Menopause and Sexual Functioning: A Review of the Population-Based Studies. *Annual Review of Sex Research* 14, 64–82.
- Dixon, A. F. (1998): *Primate Sexuality: Comparative Studies of the Prosimians, Monkeys, Apes, and Humans*. Oxford University Press, Oxford, UK.
- Doty, R. L., Ford, M., Preti, G., & Huggins, G. R. (1975): Changes in the intensity and pleasantness of human vaginal odors during the menstrual cycle. *Science*, 190, 1316–1318.
- Durante, K. M., Li, N. P., Haselton, M. G. (2008): Changes in women's choice of dress across the ovulatory cycle: naturalistic and laboratory task-based evidence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1451–1460.
- Durante, K. M., Li, N. P. (2009): Oestradiol level and opportunistic mating in women. *Biology Letters*, 5, 179–182.
- Fessler, D. M. T., & Navarrete, C. D. (2003): Domain-specific variation in disgust sensitivity across the menstrual cycle. *Evolution and Human Behavior*, 24, 406–417.
- Fink, B., Penton-Voak, I. S., 2002: Evolutionary psychology of facial attractiveness. *Current Directions in Psychological Sciences*, 11, 154–158.
- Frost, P. (1994): Preference for darker faces in photographs at different phases of the menstrual cycle: Preliminary assessment of evidence for a hormonal relationship. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 507–514.
- Gangestad, S. W., Thornhill, R., & Garver, C. E. (2002): Changes in women's sexual interests and their partners' mate retention tactics across the menstrual cycle: Evidence for shifting conflicts of interest. *Proceedings of the Royal Society of London B* 269, 975–982.
- Gangestad, S. W., & Thornhill, R. (2003): Facial masculinity and fluctuating asymmetry. *Evolution and Human Behavior*, 24, 231–241.
- Gangestad, S. W., Simpson, J. A., Cousins, A. J., Garver-Apgar, C. E. & Christensen, P. N. (2004): Women's preferences for male behavioral displays shift across the menstrual cycle. *Psychological Science*, 15, 203–207.
- Gangestad, S. W., Thornhill, R., & Garver-Apgar, C. E. (2005): Women's sexual interests across the ovulatory cycle depend on primary partner fluctuating asymmetry. *Proceedings of the Royal Society of London B*, 272, 2023–2027.
- Gangestad, S. W.; Garver-Apgar, C. E.; Simpson, J. A.; Cousins, A. J. (2007): Changes in women's mate preferences across the ovulatory cycle. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 151–163.
- Gangestad, S. W., Thornhill, R., Garver-Apgar, C. E. (2010): Men's facial masculinity predicts changes in their female partners' sexual interests across the ovulatory cycle, whereas men's intelligence does not. *Evolution and Human Behavior*, 31, 412–424.
- Garver-Apgar, C. E., Gangestad, S. W., Thornhill, R., Miller, R. D., & Olp, J. (2006): MHC alleles, sexually responsivity, and unfaithfulness in romantic couples. *Psychological Science*, 17, 830–835.
- Garver-Apgar, C. E., Gangestad, S. W., & Thornhill, R. (2007): Women's perceptions of men's sexual coerciveness change across the menstrual cycle. *Acta Psychologica Sinica*, 39, 536–540.
- Garver-Apgar, C. E., Gangestad, S. W., Thornhill, R. (2008): Hormonal correlates of women's mid-cycle preference for the scent of symmetry. *Evolution and human Behavior*, 29, 223–232.
- Gescheider, G. A., Verrillo, R. T., McCann, J. T., Aldrich, E. M. (1984): Effects of the menstrual cycle on vibrotactile sensitivity. *Perception and Psychophysics* 36, 586–92.
- Goldey, K. L., van Anders, S. M. (2011): Sexy thoughts: Effects of sexual cognitions on testosterone, cortisol, and arousal in women. *Hormones and Behavior*, 59, 754–764.
- Gueguen, N. (2009a): The receptivity of women to courtship solicitation across the menstrual cycle: A field experiment. *Biological Psychology*, 80, 321–324.
- Gueguen, N. (2009b): Menstrual cycle phases and female receptivity to a courtship solicitation: an evaluation in a nightclub. *Evolution and Human Behavior*, 30, 351–355.
- Gueguen, N. (2012): Gait and menstrual cycle: Ovulating women use sexier gaits and walk slowly ahead of men. *Gait and Posture*, 35, 621–624.
- Harvey, S. M. (1987): Female sexual behavior: Fluctuations during the menstrual cycle. *Journal of*

Psychosomatic Research, 31, 101-10.

Haselton, M., & Miller, G. F. (2006): Women's fertility across the cycle increases the short-term attractiveness of creative intelligence compared to wealth. *Human Nature*, 17, 50-73.

Haselton, M. G., Gangestad, S. W. (2006): Conditional expression of women's desires and men's mate guarding across the ovulatory cycle, *Hormones and Behavior*, 49, 509-518.

Havlicek, J., Roberts, S. C., & Flegr, J. (2005): Women's preference for dominant male odour: Effects of menstrual cycle and relationship status. *Biology Letters*, 1, 256-259.

Havlicek, J., Dvorakora, R., Bartos, L., & Flegr, J. (2006): Non-advertized does not mean concealed: body odor changes across the human menstrual cycle, *Ethology*, 112, 81-90.

Havlicek, J., & Roberts, C. (2009): MHC-correlated mate choice in humans: A review. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 497-512.

Chavanne, T.J., & Gallup, G. G., Jr. (1998): Variation in risk taking behavior among female college students as a function of the menstrual cycle. *Evolution and Human Behavior*, 19, 27-32.

Jones, B. C., Little, A. C., Boothroyd, L., DeBruine, L. M., Feinberg, D. R., LawSmith, M. J., Cornwell, R. E., & Perrett, D. I. (2005): Commitment to relationships and preferences for femininity and apparent health in faces are strongest on days of the menstrual cycle when progesterone level is high. *Hormones and Behavior*, 48, 283-290.

Kirchengast, S., & Gartner, M. (2002): Changes in fat distribution (WHR) and body weight across the menstrual cycle. *Collegium Antropologicum*, 26, 47-57.

Kolarsky, A. (2008): Jak porozumet sexuálním deviacm. Galen. Praha.

Krug, R., Pietrowsky, R., Fehm, H. L., & Born, J. (1994): Selective influence of the menstrual cycle on perception of stimuli with reproductive significance. *Psychosomatic Medicine*, 56, 410-417.

Krug, R., Plihal, W., Fehm, H. L., & Born, J. (2000). Selective influence of the menstrual cycle on perception of stimuli with reproductive significance: An event-related potential study. *Psychophysiology*, 37, 111-122.

Levine, R. J. (2002): The Physiology of Sexual Arousal in the Human Female: A Recreational and Procreational Synthesis. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 405-411.

Little, A. C., Jones, B. C., & Burriss, R. P. (2007a): Preferences for masculinity in male bodies change across the menstrual cycle. *Hormones and Behavior*, 52, 633-639.

Little, A. C., Jones, B. C., Burt, D. M., & Perrett, D. I. (2007b): Preferences for symmetry in faces change across the menstrual cycle. *Biological Psychology*, 76, 209-216.

Lukaszewski, A. W., Roney, J. R. (2009): Estimated hormones predict women's mate preferences for

dominant personality traits. *Personality and Individual Differences*, 47, 191-196.

Manning, J. T., Scutt, D., & Lewis-Jones, D. I. (1998). Developmental stability, ejaculate size, and quality in men. *Evolution and Human Behavior*, 19, 273-282.

Manning, J. T., Scutt, D., Whitehouse, G. H., Leinster, S. J., & Walton, J. M. (1996): Asymmetry and the menstrual cycle in women. *Ethology and Sociobiology*, 17, 129-143.

Mass, R., Hollendorfer, M., Moll, B., Bauer, R., Wolf, K. (2009): Why we haven't died out yet Changes in women's mimic reactions to visual erotic stimuli during their menstrual cycles. *Hormones and Behavior*, 55, 267-271.

Meuwissen, I., & Over, R. (1992): Sexual arousal across phases of the human menstrual cycle. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 101-119.

Miller, G. F. (2003): A good sense of humor is a good genes indicator: Ovulatory cycle effects on the sexual attractiveness of male humor ability. Paper presented at the meeting of the Human Behavior and Evolution Society, Lincoln, NE.

Miller, G. F., Tybur, J., & Jordan, B. (2008): Ovulatory cycle effects on tip earnings by lap dancers: Economic evidence for human estrus? *Evolution and Human Behavior*, 28, 375-381

Miller, S. L., & Maner, J. K. (2010): Scent of a woman: men's testosterone responses to olfactory ovulation cues. *Psychological Science*, 21, 276-283.

Morrison, E. R., Clark, A. P., Gralowski, L., Campbell, N., & Penton-Voak, I. S. (2010): Women's probability of conception is associated with their preference for flirtatious but not masculine facial movement. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1297-1304.

Navarrete, C. D., Fessler, D. T. M., Santos Fleischman, D. & Geyer, J. (2009): Race bias tracks conception risk across the menstrual cycle. *Psychological Science*, 20, 661-665.

Navarrete, C. D., McDonald, M, Mott, M. L., Cesario, J., Sapolsky, R. (2010): Fertility and race perception predict voter preference for Barack Obama. *Evolution and Human Behavior*, 31, 394 - 399.

Palmer, J. D., Udry, J. R., & Morris, N. M. (1982): Diurnal and weekly, but no lunar rhythms in human copulation. *Human Biology*, 54, 111-21.

Pawlowski, B., & Jasienska, G. (2005): Women's preferences for sexual dimorphism in height depend on menstrual cycle phase and expected duration of relationship. *Biological Psychology*, 70, 38-43.

Pawlowski, B. (1999): Loss of oestrus and concealed ovulation in human evolution: The case against the sexual selection hypothesis. *Current Anthropology*, 40, 257-276.

Penton-Voak, I. S., Perrett, D. I., Castles, D. L., Kobayashi, T., Burt, D. M., Murray, L. K., & Minamisawa, R. (1999): Female preference for male faces changes cyclically. *Nature*, 399, 741-742.

- Penton-Voak, I. S., & Perrett, D. I. (2000): Female preference for male faces changes cyclically: Further evidence. *Evolution and Human Behavior*, 21, 39–48.
- Peters, M., Simmons, L. W., and Rhodes, G. (2009): Preferences across the menstrual cycle for masculinity and symmetry in photographs of male faces and bodies. *PLoS One*, 4, e4138.
- Petralia, S. M., & Gallup, G. G., Jr. (2002): Effects of a sexual assault scenario on handgrip strength across the menstrual cycle. *Evolution and Human Behavior*, 23, 3–10.
- Pillsworth, E. G., Haselton, M. G., & Buss, D. M. (2004): Ovulatory shifts in female sexual desire. *Journal of Sex Research*, 41, 55–65.
- Pipitone, R. N., & Gallup, G.G.J. (2008): Women's voice attractiveness varies across the menstrual cycle. *Evolution and Human Behavior*, 29, 268–274.
- Provost, M. P., Quinsey, V. L., & Troje, N. F. (2008a): Differences in gait across the menstrual cycle and their attractiveness to men. *Archives of Sexual Behavior* 37, 598–604.
- Provost, M. P., Troje, N. F., Quinsey, V. L. (2008b): Short-term mating strategies and attraction to masculinity in point-light walkers. *Evolution and Human Behavior*, 29, 65–69.
- Ptáčková, K. (2010): Změny v preferencích heterozygotnosti MHC genů v průběhu menstruačního cyklu. Diplomová práce. Přírodovědecká fakulta. Univerzita Karlova.
- Puts, D. A. (2005): Mating context and menstrual phase affect women's preferences for male voice pitch. *Evolution and Human Behavior*, 26, 388–397.
- Puts, D. A. (2006): Cyclic variation in women's preferences for masculine traits: Potential hormonal causes. *Human Nature*, 17, 114–127.
- Rantala, M. J., Eriksson, C. J. P., Vainikka, A., & Kortet, R. (2006): Male steroid hormones and female preference for male body odor. *Evolution and Human Behavior*, 27, 259–260.
- Roberts, S. C., Havlicek, J., Flegr, J., Hruskova, M., Little, A. C., Jones, B. C., Perrett, D. I., & Petrie, M. (2004): Female facial attractiveness increases during the fertile phase of the menstrual cycle. *Proceedings of the Royal Society of London B*, 271, 270–272.
- Roberts, S. C., Gosling, L. M., Carter, V. & 427 Petrie, M. (2008) MHC-correlated odour preferences in humans and the use of oral contraceptives. *Proceeding of Royal Society B* 275, 2715–2722.
- Rosen, M. L., & Lopéz, H. H. (2009): Menstrual cycle shifts in attentional bias for courtship language. *Evolution and Human Behavior* 30, 131–140.
- Rupp, H. A., James, T. W., Ketterson, E. D., Sengelaub, D. R., Janssen, E. J., Heimana, J. R. (2009): Neural activation in women in response to masculinized male faces: mediation by hormones and psychosexual factors. *Evolution and Human Behavior*, 30, 1–10.
- Salonia, A., Nappi, R. E., Pontillo, M., Daverio, R., Smeraldi, A., Briganti, A., Fabbri, F., Zanni, G., Rigatti, P., Montorsi, F. (2005): Menstrual cycle-related changes in plasma oxytocin are relevant to normal sexual function in healthy women. *Hormones and Behavior* 47, 164–169.
- Schmidt, G. (1975): Male-female differences in sexual arousal and behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 353–364.
- Schreiner-Engel, P., Schiavi R. C., Smith, H., & White, H. (1981): Sexual arousability and the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine* 43, 199–214.
- Schwarz, S., Hassebrauck, M. (2008): Self-perceived and observed variations in women's attractiveness throughout the menstrual cycle – a diary study. *Evolution and human Behavior* 29, 282 – 288.
- Silber, M. (1994): Menstrual cycle and work schedule: Effects on women's sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 23/, 397–404.
- Thornhill, R., Gangestad, S.W., Miller, R. G., Scheyd, J.K., McCollough, Franklin, M. (2003): Major histocompatibility complex genes, symmetry, and body scent attractiveness in men and women. *Behavioral Ecology*, 14, 668–678.
- Thornhill, R., & Gangestad, S. W. (2008): *The evolutionary biology of human female sexuality*. New York: Oxford University Press.
- Turke, P. W. (1984): Effects of ovulatory concealment and synchrony on protohominid mating systems and parental roles. *Ethology and Sociobiology*, 5, 33–44.
- Wallen, K., Rupp, H. A. (2010): Women's interest in visual sexual stimuli varies with menstrual cycle phase at first exposure and predicts later interest. *Hormones and Behavior*, 57, 263–268.
- Wedekind, C., Seebeck, T., Bettens, F., & Paepke, A. J. (1995): MHC-dependent mate preferences in humans. *Proceedings of the Royal Society of London B*, 260, 245–249.
- Wedekind, C., & Furi, S. (1997): Body odor preference in men and women: Do they aim for specific MHC combinations or simply heterozygosity? *Proceedings of the Royal Society of London B*, 264, 1471–1479.
- Weiss a kolektiv (2010): *Sexuologie*. Grada publishing. Praha.
- Wilcox, A. J., Dunson, D. B., Weinberg, C. R., Trussell, J., & Baird, D. D. (2001): Likelihood of conception with a single act of intercourse: Providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 63, 211–215.
- Wilcox, A. J., Baird, D. D., Dunson, D. B., McConaughey, D. R., Kesner, J. S., & Weinberg, C. R. (2004): On the frequency of intercourse around ovulation: Evidence for biological influences. *Human Reproduction*, 19, 1539–1543.
- Zillmann, D., Schweitzer, K. J., Mundorf, N., (1995). Menstrual cycle variation of women's interest in erotica. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 579–597.

Kontaktná adresa:
katerina.klapilova@seznam.cz

Sexuálne poruchy ako súčasť duševných ochorení

Dana Šedivá

Psychiatrické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava

Súhrn

Kvalitatívne a kvantitatívne sexuálne poruchy sa ako súčasť klinického obrazu duševných porúch vyskytujú často. Ide o symptómy samotného ochorenia, ktoré sa vhodnou liečbou zmiernia, resp. upraví ad integrum. Súčasnú možnosť medikácie tak predstavujú revolučný zvrät v prognóze a kvalite života pacientov vrátane zlepšenia sexuálnych funkcií. Článok predkladá stručný prehľad sexuálnych porúch pri jednotlivých kategóriách duševných chorôb a porúch.

Kľúčové slová: psychiatrické ochorenie, sexuálne poruchy.

Úvod

Psychiatria patrí k medicínskym odborom, z ktorých sa vyčleňuje odbor sexuológia. Zohľadňuje to aj MKCH10 ktorá sexuálne poruchy zaraďuje do kategórie psychiatrických porúch (F52 Sexuálna dysfunkcia nezavinená organickou poruchou alebo chorobou, F63 Poruchy návykov a impulzov (Patologické podpaľstvo, pyrománia), F64 Poruchy sexuálnej identity, F65 Poruchy voľby sexuálneho objektu, F66 Poruchy psychiky a správania združené so sexuálnym vývinom a orientáciou. (4)

V súčasnosti sa záujem odbornej verejnosti upriamuje najmä na nežiaduce účinky psychofarmák na sexuálne funkcie. Mechanizmus vzniku sexuálnych dysfunkcií navodených psychofarmakami je všeobecne známy a vyplýva z ich vplyvu na neurotransmitterové systémy (dopamín, serotonín, acetylchólin, prolaktín, noradrenalín, GABA, adrenalin a iné). Poznaním účinkov jednotlivých molekúl, switchovaním a prípadnou augmentáciou možno nežiaduce účinky zmierniť, resp. odstrániť. (4)

Sexuálne poruchy sú súčasťou klinického obrazu mnohých duševných porúch bez ohľadu na ich etiopatogenézu a zaradenia v klasifikačnom systéme. Moderná psychiatria disponuje možnosťami zlepšovať sexuálny život pacientov, súčasne chrániť spoločnosť pred paticky motivovaným sexuálnym konaním.

Duševné poruchy a na ne sa viažuce sexuálne prejavy F00 - F0 Organické duševné poruchy vrátane symptomatických

Summary

Qualitative and quantitative sexual disorders as part of the clinical picture of mental disorders are occurring frequently. Sexual disorders as symptoms of the disease may all eviate because of appropriate treatment or heal ad integrum. That is why current possibilities of medication represent a revolutionary turn in the prognosis and quality of life of patients, including improvement of sexual function. This article presents a brief overview of sexual disorders within each category of mental illnesses and disorders.

Keywords: psychiatric disorder, sexual disorders.

Patria sem: F00 Demencia pri Alzheimerovej chorobe, F01 Vaskulárna demencia, F02 Demencie pri chorobách zatriedených inde (M. Pick, Creuzfeldova-Jakobova choroba, Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba, HIV, a iných), F03 Nešpecifikovaná demencia, F04 Organický amnestický syndróm nezavinený alkoholom, F05 Delírium nezavinené alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami, F06 Iné duševné poruchy zapríčinené poškodením a dysfunkciou mozgu a somatickou chorobou (napr. organická halucinóza, organická porucha s bludmi, Organická úzkostná porucha, Ľahké poruchy poznávania, F07 Poruchy osobnosti a správania zapríčinené chorobou, poškodením a dysfunkciou mozgu, F09 nešpecifikovaná organická alebo symptomatická psychická porucha. (3)

Nosnými syndrómami porúch sú organický psychosyndróm a delirantný syndróm, častý je pridružený halucinatórny syndróm, paranoidný syndróm a iné.

Organický psychosyndróm (dementný syndróm) vzniká na základe difúzneho poškodenia mozgu po treťom roku veku života. V popredí sú poruchy kognitívnych funkcií: pamäte, orientácie, intelektu. Zhoršenie kognitívnych funkcií sprevádza strata sociálnych zručností, oploštenie emotivity, zhoršenie sociálneho fungovania. (1)

Pri dementnom syndróme sa stretávame, okrem iného, aj so zvýšenou sexuálnou dráždivosťou, emulačnými obsahmi voči partnerovi, odbúraním zábran, stratou sociálnych noriem (exhibicionizmus, masturbácia na verejnosti). Môže dôjsť k náhradnému

sexuálnemu správaniu (zoofilné a pedofilné aktivity), čo býva predmetom forenzného skúmania. (4,5)

Delirantný syndróm sa často vyskytuje pri organických poruchách. Hlavnými prejavmi sú porucha vedomia, nepokoj, dezorientácia, halucinatórne zážitky, poruchy správania v zmysle agresivity. Stretávame sa so sexuálne odbrzdeným správaním, excesívnou masturbáciou, obnažovaním. Nástup príznakov je väčšinou rýchly, priebeh búrlivý s undulujúcim charakterom, miestami sa dotýka vigily (bdelosť). (1) Je významný z hľadiska foreznej psychiatrie.

Delirantný syndróm má bohatú etiopatogenézu a popri organických poruchách k významným činiteľom patria: intoxikácia psychoaktívnymi látkami, infekčné ochorenia, traumy hlavy, operačné výkony, závažné telesné ochorenia, schizofrénia, záchvatové ochorenia typu epilepsie. (1)

F10 - F19 Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím (užívaním) psychoaktívnych látok

Do tejto kategórie zaraďujeme: F10 Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu, F11 opiátov, F12 kanabinoïdov (marihuana, hašiš), F13 sedatív alebo hypnotík, F14 užitím kokaínu, F15 stimulujúcich látok vrátane kofeínu, F16 halucino-génov, F17 tabaku, F18 organických rozpúšťadiel, F19 viacerých drog a iných psychoaktívnych látok. (3)

Alkohol je legálna, spoločensky tolerovaná droga. Dôsledky užívania na psychické a somatické funkcie sú známe, i keď bagatelizované a tolerované. Za pozitívny vplyv na sexualitu možno považovať zníženie napätia a odbúranie zábran pri malej dávke alkoholu. Zvyšovaním dávky (hranica je individuálna a nejasná) do popredia nastupuje hrubosť, sexuálna naliehavosť, sexuálne kontakty s náhodným partnerom. Žena pod vplyvom alkoholu je ľahkou obeťou sexuálneho zneužitia a znásilnenia. (4)

Dlhodobé užívanie alkoholu vedie k erektilnej dysfunkcii u mužov, u žien k zníženiu sexuálnej apetencie a k poruchám orgazmu. V partnerskom živote dochádza ku konfliktom a k žiarlivosti, ktoré sa stupňujú úmerne so sexuálnou dysfunkciou. (4)

Užívanie „tvrdých“ drog môže mať jednak stimulujúce, jednak negatívne dôsledky na sexuálne funkcie.

Kanabinoïdy (marihuana a hašiš) – sú im pripisované afrodiziakálne účinky. Pokiaľ je intoxikácia vnímaná pozitívne, dochádza k zintenzívneniu sexuálneho prežívania. Pri dlhodobom užívaní u mužov môže dôjsť k zníženiu produkcie testosterónu. U žien dochádza k poruchám menštruačného cyklu. (4)

Kokaín – ako stimulačná droga odstraňuje zábrany, navodzuje sexuálnu podnikavosť, promiskuitu, zintenzívňuje prežívanie orgazmu. Pri chronickom užívaní u mužov môže vyvolávať zvýšenú apetenciu pri zníženej schopnosti realizovať sexuálny styk. Poukazuje sa na prepojenosť prostitučného správania a výskytu STD vrátane prenosu HIV. Pod vplyvom intoxikácie dochádza k násilnej sexuálnej trestnej

činnosti. (4)

Methamphetamín (pervitín) – zvyšuje apetenciu, predlžuje trvanie sexuálneho styku. Navodzuje zvýšenie sexuálnej kreativity, rozšírenie spektra sexuálnych praktík. Pri dlhodobom užívaní má na sexuálne funkcie tlmivý vplyv, opisujú sa problémy s erekciou, anorgazmia. (4)

Heroín – ako najznámejší zo skupiny opiátov znižuje sexuálnu apetenciu, u mužov signifikantne navodzuje zníženie sekrécie testosterónu, čo vedie k poruchám erekcie, ejakulácie. U žien nastávajú poruchy lubrikácie, anorgazmia. (4)

F20 - F29 Schizofrénia, schizotypová porucha, poruchy s bludmi

Táto kategória zahŕňa psychotické poruchy. Podľa MKCH 10 sem zaraďujeme F20 Schizofréniiu, F21 Schizotypovú poruchu, F22 Pretrvávajúce poruchy s bludmi, F23 Akútne a prechodné psychotické poruchy, F24 Indukované poruchy s bludmi, F25 Schizoafektívne poruchy, F28 Iné neorganické psychotické poruchy, F29 Nešpecifikovanú neorganickú psychózu. (3)

Ide o závažné ochorenia, ktoré významným spôsobom narušujú kontakt chorého s realitou. Nosnými sú štrukturálne a obsahové poruchy myslenia (bludy), halucinatórne zážitky, kvalitatívna porucha vedomia.

Pri bludoch je základom chorobné presvedčenie neprístupné racionálnej korekcii. Je to chybný záver podmienený poruchou obsahu myslenia. Môže sa vyskytovať solitárne alebo vytvárať systemizované bludy (majúci pre chorého logiku). Bludy so sexuálnym obsahom môžu byť hlavným príznakom ochorenia (primárny blud), vyskytujúcim sa v určitom štádiu (tranzitórny), kontinálny alebo periodický blud. (1)

Blud erotomaničný – pocit, že väčšinou významná osoba (politik, herec, športovec) je do neho zamilovaná, že sa o neho zaujímajú všetky ženy, že má významný pomer a pod. Postihnutý je presvedčený, že je objektom rôznych sexuálnych aktivít (obvykle spojené s halucinatórnym syndrómom). (1)

Blud žiarlivosti (emulačný) – nevyvrátiteľné presvedčenie o nevere partnera. Svoje presvedčenie odvodzuje od maličkostí (napr. túžobne sa pozrela na suseda, dáva signály pri vešaní bielizne... (1)

Indukované bludy – vznikajú u duševne zdravých jedincov, ktorí žijú s chorými v tesnom spoľžití. Majoritne ide o sociálne izolované dvojice, najčastejšie matku s dcérou, osamelých manželov a pod. Keď sa jedinci oddelia, u zdravého jednotlivca bludné presvedčenie vymizne bez potreby psychofarmakologickej liečby. (1,3)

Reziduálne bludy – opuzdrené poruchy myslenia, ktoré sa nepodarilo liečbou ovplyvniť. Ide o petrifikované bludy väčšinou v chronických štádiách procesuálneho ochorenia.

Určitá časť pacientov sexuálne bludy úspešne dissimuluje – netrvá na konfrontácii s okolím; napr. žena je presvedčená, že je milenkou štátnika, ale naďalej vykonáva skromné zamestnanie.

Veľmi často sa vyskytuje **halucinatórny syndróm**. Hlavným príznakom sú halucinácie, ktoré sa vyskytujú pri neporušenom vedomí. Ide o chorobné vnemy, ktoré vznikajú bez vonkajšieho podnetu a pre postihnutého predstavujú realitu. Halucinatórny syndróm so sexuálnymi obsahmi býva častou súčasťou duševných porúch. Podľa modalít ich delíme na zrakové, sluchové, čuchové, sluchové, telové a podobne. Vyskytujú sa v rámci porúch z okruhu schizofrénie (najmä paranoidná forma), delirantného syndrómu (delirium tremens, amentné stavy, intoxikačné a infekčné psychické poruchy, psychotické fenomény v rámci mánie, depresie, bipolárnej afektívnej poruchy, organické postihnutie CNS – kognitívne poruchy, demencie). (1)

Bludová porucha (Parafrénia, F22) – obvykle sa vyskytuje v zrelom veku. Má viacero foriem, erotomanická postihuje najmä ženy. Podľa literatúry majú pacientky niektoré spoločné rysy – sú menej atraktívne, slobodné, sociálne izolované, utiahnuté. Často sa manifestujú telové halucinácie viazané na genitálie – svrbenie, pálenie, elektrizovanie, ožarovanie, dotyky na diaľku a podobne. Muži trpiaci bludovou poruchou si môžu sexuálnu pozornosť vynucovať, a tak sa dostanú skôr do styku s políciou a súdnymi znalcami než s klinickým psychiaterom. (4). Ochorenie sa často nerozpozná v širšom okolí chorého, pretože aj pri chronickom priebehu nepostihuje intelektové funkcie. Problémom je rezistencia na liečbu, psychoterapia sa zameriava na sociálnu adaptáciu, bez ohľadu na pretrvávajúci blud. Pri pretrvávajúcich poruchách správania je indikované pozbavenie spôsobilosti na právne úkony a inštitucionalizácia.

F30 - F39 Afektívne poruchy

Podľa MKCH 10 sa sem zaraďuje: F30 Manická epizóda, F31 Bipolárna afektívna porucha, F32 Depresívne epizódy, F33 Recidivujúca depresívna porucha, F34 Pretrvávajúce afektívne poruchy, F38 Iné afektívne poruchy, F39 Nešpecifikované afektívne poruchy. (3)

Nosným symptómom je porucha nálady v zmysle depresie alebo mánie, ktoré sú sprevádzané zmenou psychomotoriky a celkovej úrovne aktivity.

Depresívny syndróm – charakterizuje sa triádou príznakov: smutná nálada, spomalené myslenie, utlmená psychomotorika. Klinický obraz môže mať rôznu intenzitu, od ľahkej depresie po psychotické formy. V sexuálnej oblasti býva znížená apetencia, poruchy erekcie, ejakulácie, frigidita. Depresívny syndróm sa popri emočných poruchách môže vyskytovať ako sekundárny prejav pri všetkých ostatných psychických poruchách, s výnimkou mánie. (1)

Manický syndróm – charakterizuje sa triádou opačného charakteru než depresívny syndróm: veselá povznesená nálada, zrýchlené psychomotorické tempo až myšlienkový trysk, veselá povznesená nálada. Ide o primárnu poruchu nálady. (1) Chorí bývajú vo zvýšenej miere podnikaví, sebavedomí, zvýšene aktívni, nadmerne požívajú alkoholické

nápoje. Sú viac promiskuitní, vyhľadávajú nebezpečné sexuálne aktivity, ich zábrany sú narušené. Ženy v produktívnom veku sú ľahko zneužiteľné, ohrozené neželaným tehotenstvom a STD. (4)

Pri psychotických formách mánie môže byť chorý sexuálne útočný. Syndróm sa vyskytuje pri manickej epizóde, bipolárnej afektívnej poruche, ale i organických poškodeniach mozgu rôznej etiológie, toxických poruchách (alkohol, psychoaktívne látky), pri schizofrénii a iných. (1)

F40 - F48 Neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy

Patria sem: F40 Fóbicko-anxiózne poruchy, F41 Iné úzkostné poruchy, F42 Obsesívno-kompulzívna porucha, F43 Reakcia na ťažký stres a adaptačné poruchy, F44 Disociačné (konverzné) poruchy, F45 Somatoformné poruchy, F48 Iné neurotické poruchy. (3)

Symptomatológia neurotických porúch je rozmanitá. Zahŕňa úzkosť, strach, fóbie, obsesie, neurasténiu, disociačné poruchy citlivosti, motoriky, depersonalizácie, derealizácie, telesné príznaky – vegetatívny diskomfort, psychogénnu bolesť, dušnosť, palpitácie a iné. (1)

Uvedené príznaky bývajú dôsledkom reaktívnych faktorov aj komplikovaných partnerských vzťahov. Postihnutí sa na odborníka obracajú v dôsledku sexuálnych dysfunkcií, partnerského sexuálneho nesúladu. Pacienti prejavujú menší záujem o sexuálny život. (1)

K etiopatogenetickým činiteľom posttraumatickej stresovej poruchy (F43.1) a akútnej reakcie na stres (F43.0) patrí sexuálna viktimizácia (sexuálne násilie – znásilnenie, sexuálne zneužívanie). (4)

Pri obsesívno-kompulzívnej poruche môžu mať vtieravé myšlienky sexuálny charakter. O konkrétnych obsahoch hovoríme vtedy, keď sú nezlučiteľné s presvedčením alebo svedomím postihnutého, napr. že boh je homosexuál.

F50 - F59 Poruchy správania spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi

Do šiestej kapitoly zaraďujeme: F50 Poruchy príjmu potravy (F50.0-F50.9), F51 Neorganické poruchy spánku, F52 Sexuálnu dysfunkciu nezavinenu organickou poruchou alebo chorobou, F53 Poruchy správania a psychiky v popôrodí nezatriedené inde, F54 Psychické faktory a faktory správania spojené s poruchami alebo chorobami nezatriedenými inde, F55 Abúzus látok, ktoré nevyvolávajú závislosť, F59 Nešpecifikované poruchy správania spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi. (3)

Sexuálne dysfunkcie nevyvolané organickou príčinou (F52) nie sú predmetom uvádzaného príspevku.

Pacienti v kategórii Porúch príjmu potravy (F50) majú často neuspokojivý sexuálny život, problémy v nadväzovaní a udržaní trvalého partnerského vzťa-

hu. Sexuálny pud a pud výživy spolu úzko súvisia. Okrem psychologických faktorov sa časom prejavujú endokrinné problémy – amenorea, poruchy menštruačného cyklu, neplodnosť. Sexuálna apetencia a frekvencia pohlavných stykov býva znížená, objavujú sa ťažkosti s dosahovaním orgazmu. Osobnostná štruktúra anorektičiek je abnormne štruktúrovaná, často s hraničnými rysmi, málo ovplyvniteľná psychoterapeuticky. Ženy sú postihnuté 10x častejšie než muži, v ich myslení dominuje telo a potrava. (4)

Neorganické poruchy spánku (F51) sú nesúrodou skupinou. Sexuálne ťažkosti, partnerský nesúlad či averzia voči sexuálnemu partnerovi sa môžu premietať do obsahu snov. Spánok môže byť narušený flashbackmi dôsledkom sexuálnej viktimizácie. (4)

Duševné poruchy spojené so šestonedelím (F53) sú vyhradené pre ochorenia špecifické pre popôrodné obdobie. Rizikovým je prekonaná depresívna epizóda v anamnéze, akcentovaná osobnostná výbava, nedostatočná podpora prostredia. (4) Okrem psychologických faktorov sa na vzniku porúch spolupodieľajú biologické faktory – hormonálne zmeny, nedostatok spánku, fyzické vyčerpanie, somatické komplikácie po pôrode. Dôsledkom býva zníženie sexuálnej apetencie, sexuálna averzia, dyspareunia, vaginizmus.

Sexuálne dysfunkcie nevyvolané organickou príčinou (F52) predstavujú rozsiahlu problematiku a nie sú predmetom uvádzaného príspevku.

F60 - F69 Poruchy osobnosti a správania dospelých

Táto kategória združuje poruchy, u ktorých sa predpokladá porucha osobnosti alebo sú v ich osobnosti prítomné dlhodobé poruchy správania: F60 Špecifické poruchy osobnosti, F61 Zmiešané a iné poruchy osobnosti, F62 Pretrvávajúce zmeny osobnosti nepripísateľné poškodeniu alebo chorobe mozgu, F63 Poruchy návykov a impulzov, F64 Poruchy sexuálnej identity, F65 Poruchy voľby sexuálneho objektu, F66 Poruchy psychiky a správania združené so sexuálnym vývinom a orientáciou, F68 iné poruchy správania dospelých, F69 Nešpecifikovaná porucha osobnosti a správanie dospelých. (3)

Osobnosť predstavuje individuálny súbor duševných a telesných vlastností človeka. Prejavujú sa v sociálnych vzťahoch a utvárajú sa v priebehu vývoja. Podľa Seifertovej (2) porucha osobnosti ako nosná diagnóza postihuje okolo 15 % psychiatrickej populácie a približne 3 % všeobecnej populácie.

Paranoidná poruchy osobnosti – vyznačuje sa nadmernou a neopodstatnenou podozriavavosťou, v sexuálnej oblasti žiarlivosťou a kontrolou. **Schizoidná** osobnosť je málo emočne vrelá, spoločensky izolovaná, prakticky nevhodná na partnerské spolužitie pre nízku schopnosť párovej väzby. **Disociálna** osobnosť je citovou tupá, neempatická, s nízkou toleranciou k agresívnym výbuchom. Ak sa kombinuje so sexuálnou deviáciou, predstavuje vysoké riziko sexuálnej delikvencie so závažnými dôsledkami

pre obeť. Viac než 90 % recidivistov nesie rysy disociačnej poruchy. **Emočne nestabilná** porucha osobnosti sa vyznačuje emočnou nestálosťou, impulzívnym konaním, môže dôjsť aj k sexuálnej viktimizácii. **Histriónska** osobnostná štruktúra je typická nadmerným vyjadrovaním emócií, ktoré sú nestále a povrchné. Vyskytuje sa častejšie u žien. Typická je sugestibilita, egocentrizmus, manipulácie voči partnerovi (aj v sexuálnej oblasti). Ako partnerky sú ženy konfliktné, v sexe nespokojné, často trpia poruchami orgazmu. **Anankastická** porucha osobnosti sa vyznačuje pedantériou, puntičkárstvom, za ktorým sa skrýva vnútorná neistota. Ide o osoby nespontánne, v citovej oblasti chladné s obmedzenými sociálnymi zručnosťami s premietaním do partnerského života. **Úzkostná** (vyhýbavá) osobnosť trpí vnútornou neistotou, úzkosťou, preceňuje riziko, je precitlivená na kritiku. **Závislá** porucha osobnosti podriaďuje svoje záujmy a oprávnené potreby prániam druhých ľudí, od ktorých je emočne závislá. Sú to pesimisticky založení jedinci, utrpení obavami že budú opustení, trpia pocitom bezcennosti, ťažko nesú partnerské nezhody. Ich povahová charakteristika sa premieta do sexuálneho spolužitia. **Narcistická** osobnosť je presvedčená o svojej nadradenosti a dôležitosti, zakladá si na svojej atraktivite, vyžaduje obdiv. V partnerskom živote hľadá dokonalosť, ktorá ho nakoniec aj tak neuspokojí. Je uväznená vo vnútornom žalári svojej povahy. Do partnerstva sa nehodí, hľadá dokonalého partnera. (4)

Z návykových a impulzívnych porúch (F63) je zo sexuologického hľadiska zaujímavá **pyrománia**, patologické zakladanie požiarov, často spojené so sexuálnym vzrušením a masturbáciou. Zvěřina (5) uvádza, že postihnutý sa môže uspokojiť náhradným konaním, napr. masturbuje nad sviečkou.

Poruchy sexuálnej identity F64 a Poruchy voľby sexuálneho objektu (F65) nie sú predmetom uvádzaného príspevku.

F70 - F79 Duševná zaostalosť – mentálna retardácia

Do poslednej vybranej kapitoly sú zaradené poruchy združené s vrozeným postihnutím intelektu: F70 Ľahká duševná zaostalosť, F71 Stredný stupeň duševnej zaostalosti, F72 Ťažká duševná zaostalosť, F73 Hlboká duševná zaostalosť, F78 Iná duševná zaostalosť, F79 Nešpecifikovaná duševná zaostalosť. (3)

Termín mentálna retardácia (MR) zastrešuje zastavený alebo neúplný psychický vývin. Podľa hĺbky postihnutia sa delí na niekoľko stupňov: ľahká, stredne ťažká, ťažká a hlboká MR.

Postihnutý s menej závažným stupňom MR si môžu nájsť partnera a viesť temer uspokojivý sexuálny život. U niektorých jedincov zostáva sexualita na infantilnej nerozvinutej úrovni. U ďalších pre obmedzenú schopnosť pochopiť a dodržať spoločenské normy dochádza k obnažovaniu, masturbácii na verejnosti. (4)

Infantilné postoje môžu byť v rozpore medzi sexuálnou apetenciou a možnosťou nájsť si

sexuálneho partnera. (4). Sexuálne pudenie môže mať agresívne prejavy a predstavovať nebezpečenstvo pre spoločnosť – vtedy sa liečba indikuje.

Ženy sú vystavené nebezpečenstvu sexuálneho násillia, resp. zneužívania. Dôležitou je sexuálna výchova primeraná mentálnym schopnostiam, **u žien fertillného veku** vhodná forma antikoncepcie.

Záver

Sexuálne poruchy a ich symptómy sú bohato zastúpené u psychiatrických pacientov. Vzhľadom na predlžujúci sa vek je rizikom vzniku duševnej poruchy ohrozená celá populácia. Včasnú rozpoznávanie a správne zaradenie jednotlivých symptómov má kľúčový význam v úspešnej liečbe a prognóze pacienta. Zhodnotenie sexuálnych funkcií a voľba vhodného terapeutického postupu s prihliadnutím na kvalitu života by malo byť samozrejmosťou.

Literatúra

1. Dušek, K., Večeřová – Procházková, A.: Diagnostika a terapie duševných poruch. Praha: Grada, 2010, 632s. ISBN 978-80-247-1620-6.
2. Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. 2. revidované vydání. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, 616 s. ISBN 80-86694-07-0.
3. Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika. Praha: Maxdorf, 1996, 504s. ISBN 80-85800-33-0.
4. Weiss, P. a kol.: Sexuologie. Praha: Grada, 2010, 744s. ISBN 978-80-247-2492-8.
5. Zvěřina, J.: Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: Akademické nakladatelství, 2003. 287s. ISBN 80-7204-264-5.

Kontaktná adresa:
dana.sediva@gmail.com

Správy



Béla Buda (1. 4. 1939 – † 7. 7. 2013), maďarský psychiater, je na Slovensku známy predovšetkým svojou publikáciou, ktorá bola vydaná vo viacerých jazykoch, v originálnom znení pod názvom *Moderná teória sexuality*, v slovenskej verzii ako *Neprebádané tabu* (Smena, 1978), a tiež publikáciou *Empatia* (Psychoprof, 1994).

Medicínu vyštudoval na Lekárskej fakulte v Budapešti. Jeho hlavnou špecializáciou boli psychiatricko-psychologické vedy, v rámci nich aj výskum správania a komunikácie. Vo svetovom meradle bol uznávaným odborníkom pre oblasť addiktológie, suicidológie a sexuológie. Redigoval viacero odborných časopisov, z knižných publikácií sa uvádza 18 ako najvýznamnejších. Vyznačoval sa mimoriadne širokým rozhľadom, o čom svedčia jeho publikácie týkajúce sa dejín vedy, komunikácie, jazykovedy, antropológie, sociológie, addiktológie, suicidológie, psychiatrie, psychológie, mentálnej hygieny či psychoterapie. Jeho znalosť jazykov bola priam geniálna – všetky odborné aj literárne texty čítal v ich pôvodnom jazyku a navyše mimoriadne rýchlo. Prednášal na rôznych renomovaných univerzitách po celom svete – stačilo mu určiť tému, trvanie prednášky a jazyk, v ktorom má hovoriť... Za svoj prínos pre vedu bol Béla Buda opätovne vyznamenaný najvyššími štátnymi poctami, naposledy cenou nadácie Prima primissima, ktorá vyznamenáva popredných domácich predstaviteľov vedy a kultúry bez politickej

príslušnosti.

S Bélom Budom som sa zoznámil v Prahe na schôdzi Academy of Sex reaserch v roku 1982, kde prednášal. Bol mimoriadne priateľský, v rozhovoroch sa rád podelil o svoje poznatky a odborné skúsenosti. Roky ma obdarúval množstvom odborných časopisov a kníh, ktoré sám napísal, ale aj tými, ktoré už prečítal, pretože ich už nepotreboval – dokázal ich však citovať vo svojich odborných publikáciách. Prekvapil ma aj svojím rýchlym čítaním – pri jednej príležitosti som mu na jeho požiadanie napísal asi 5-stranový elaborát o Slovenskej sexuologickej spoločnosti. Za mojej prítomnosti si ho v pravom zmysle slova prelistoval. Povedal som mu, nech si to pokojne prečíta a článok potom podľa jeho pripomienok doplním alebo upravím. Vysvitlo však, že on ho už mal prečítaný, čo mi aj dokázal svojimi vecnými, konkrétnymi pripomienkami k nemu, dokonca s názorom, že „na druhej strane predposledný odsek by si mohol doplniť...“.

Béla Buda bol nositeľom vedeckého pokroku, svoje názory presadzoval bez okolkov a stál si za tým, čo povedal. Pritom bol mimoriadne skromný, a to aj napriek tomu, že v oblastiach, ktorým sa venoval, dosahoval špičkové postavenie, čo sa odzrkadlilo aj faktom jeho členstva v redakčných radách dvadsiatich zahraničných časopisov. Bol vedúcim redaktorom piatich domácich odborných časopisov a svoju krajinu reprezentoval v dvadsiatich piatich odborných organizáciách po celom svete. K svojmu menu si nikdy nepísal titul.

S úctou a pokorou spomínam na svojho duchom veľkého priateľa a človeka s mimoriadnou charizmou, ktorý, slovami jeho manželky „zomrel tak, ako žil – s dôstojnosťou a skromnosťou...“.

Robert Máthé

Diagnostika a liečba erektilnej dysfunkcie (ED) v klinickej praxi

Danica Caisová

FAIRA – Neštátna psychiatrická a sexuologická ambulancia, Košice

Súhrn

Autorka vo svojom článku vyhodnocuje výsledky marketingového prieskumu, ktorý sa uskutočnil v priebehu roka 2012 na území Slovenskej republiky. Celkovo bolo administrovaných 303 dotazníkov lekármi so špecializáciou kardiológ, urológ, gynekológ a chirurg. Cieľom tohto prieskumu bolo vyhodnotiť diagnostiku a liečbu erektilnej dysfunkcie v klinickej praxi, ohotu pacientov zdôveriť sa lekárovi so svojím problémom, aktivitu lekárov pri vyhľadávaní pacientov s erektilnou dysfunkciou, informovanosť pacientov o možnostiach liečby či podiel partneriek na liečbe. Ukazuje sa, že postoj slovenských mužov k sexuálnemu zdraviu sa za posledné roky zmenil, sú lepšie informovaní a ochotnejší tento intímny problém riešiť v spolupráci s odborníkom.

Kľúčové slová: erektilná dysfunkcia, sexuálne zdravie, prieskum, možnosti liečby.

Summary

In her article, the author evaluates data of a 2012 marketing survey conducted in the Slovak Republic. A total of 303 questionnaires were submitted by doctors whose specialization was cardiology, urology, gynecology and surgery. The aim of the survey was to obtain more information about the diagnosis and treatment of erectile dysfunction in clinical practice, the willingness of patients to share details about their condition with the doctor, level of active involvement of doctors in search for patients with erectile dysfunction, awareness of patients about treatment possibilities, or the amount of contribution to the therapy by part of patient's partners. It seems, that over the past years the attitude of Slovak men towards sexual health has changed. Men are better informed and more willing to discuss and treat this sensitive problem with their doctors.

Keywords: erectile dysfunction, sexual health, survey, treatment possibility.

Úvod

Erektilná dysfunkcia (ED) je najčastejšou sexuálnou dysfunkciou v klinickej praxi. S týmto problémom sa väčšina mužov niekedy v živote stretne, avšak ojedinelé a situačné zlyhanie stoporenia nemôžeme ešte označovať za sexuálnu dysfunkciu. Ako klinicky relevantnú sexuálnu dysfunkciu hodnotíme vtedy, keď erekcia opakovane nedosahuje takú úroveň, ktorá by bola dostatočná na uspokojivé spojenie pohlavných orgánov. Výskyt porúch erekcie sa zvyšuje s vekom, zvlášť u mužov po štyridsiatke.

Tradičné chápanie sexuálnej výkonnosti kladie na muža vyššie požiadavky ako na ženu. Muž sa zameriava na svoju schopnosť dosiahnuť erekciu – považuje ju za prejav prirodzenej sily a mužnosti. Erekcia je spojená s emóciami. Erektilná dysfunkcia vedie k zníženiu sebahodnotenia, k pocitom viny, úzkosti, obavám pred zlyhaním, obavám zo straty partnerky, k depresiám. Vedie k partnerskému sexuálnemu nesúladiu, k frustrácii partnerky a k zhoršovaniu kvality života. Podľa zistení iba 15 % mužov navštívi odborníka v prvom roku erektilnej dysfunkcie.

Postoje mužov k erekcii sú rôzne. Muži o svojich sexuálnych schopnostiach (napr. kvalite erekcie) pochybujú častejšie než ženy. Erekcia sa nedá predstierať, nedá sa ovplyvniť vôľou. Mužská sexualita je zraniteľnejšia. Muž je sexuálne najaktívnejší vo veku od 15 - 55 rokov. Príležitostné zlyhanie je bežné a samozrejme.

Erektilná dysfunkcia je porucha základnej sexuálnej funkcie. Faktory, ktoré vplývajú na zhoršenie kvality erekcie, sú nasledovné:

- somatické ochorenia: kardiovaskulárne choroby, diabetes, ochorenia uropoetického aparátu, ochorenia chrbtice, úrazy, endokrinologické ochorenia,
- psychiatrické choroby,
- niektoré lieky,
- obavy, úzkosť, strach, ale aj snaha či vôľové úsilie, ktoré pôsobia tlmivo na sex. centrá,
- neúspech, rozladenosť spolu s pocitmi menejcennosti, ktoré stupňujú obavy pri ďalších pokusoch a vedú k opakovaným zlyhaniam,
- vysoká sexuálna apetencia u muža.

Erektilná dysfunkcia trápi 150 miliónov mužov na

celom svete. Priemerne každý 10. muž vo veku nad 21 rokov má problémy s erekciou. Erektálna dysfunkcia sa týka 40 % slovenských mužov od 35 do 65 rokov. Výskyt mužov s erektilnou dysfunkciou stúpa vekom.

Erektálna dysfunkcia v párovom spoložití

Následkom zhoršujúcej sa kvality erekcie dochádza k partnerskému sexuálnemu nesúladiu. Erektálna dysfunkcia je stresujúca najmä u partnerov, ktorí:

- majú limitovaný repertoár sexuálneho spoložitia,
- majú minimum variácií na dosiahnutie sexuálneho uspokojenia,
- majú zhoršenú kvalitu nesexuálneho vzťahu,
- nedostatočne komunikujú o svojich sexuálnych potrebách alebo nekomunikujú vôbec,
- majú nereálne očakávania od seba navzájom.

Dôsledky neriešenej erektilnej dysfunkcie vyvolávajú napätie a neistotu vo vzťahu, vedú k pocitom menejcennosti, zhoršujú sebavedomie muža, ale aj jeho partnerky, môžu zhoršovať pracovnú výkonnosť a možnosti sociálneho uplatnenia sa a potencionálne ohrozujú stabilitu vzťahu a rodiny. Partnerky mužov trpiacich erektilnou dysfunkciou si pripadajú neatraktívne, nepríťažlivé či málo vzrušujúce. Ženy dlhodobo nespokojné s partnerským sexuálnym životom v období pred vznikom ED berú tento fakt ako vhodný dôvod na ukončenie sexuálneho spoložitia. Nevhodný postoj partnerky, odmietanie komunikácie a bagatelizácia problému či poukazovanie na to, že je to výlučne problém muža, jej negatívny postoj k mužovi aj v mimosexuálnej oblasti spoločného života ovplyvňuje rozhodnutie muža, aby problém riešil. Nezanedbateľný je aj postoj ženy k liečbe erektilnej dysfunkcie, jej obavy z nadmernej aktivity muža pri úspechu liečby.

Komunikácia partnerov o intímnom probléme s erekciou je okrem adekvátnej a účinnej liečby jedným kľúčových faktorov úspešnosti. Dôležitá je ústretovosť, otvorenosť, schopnosť pomenovať problém, vcítenie, podpora partnerky, motivácia k liečbe, optimistický postoj.

Erektálna dysfunkcia v minulosti a teraz

V minulosti - nebolo mysliteľné, aby žena očakávala sexuálne uspokojenie, a tak sexuálne poruchy muža ostávali utajené.

V súčasnosti - spoločensky a ekonomicky nezávislé partnerky hľadajú v sexuálnom živote uspokojenie, radosť, sú aktívnejšie, o sexuálnych poruchách sa hovorí viac.

Celkovo sa predlžuje dĺžka aktívneho života, a tým aj obdobie sexuálnej aktivity.

Mužovi trvá priemerne viac než 36 mesiacov od objavenia príznakov erektilnej dysfunkcie, kým vyhľadá pomoc odborníka. Dôvodom je hanba, obava z bagatelizácie svojho problému, obava zo zosmiešnenia. Muži nevedia pomenovať svoje pohlavné orgány, poruchy erekтивности, zhoršovanie

tumescencie, pokles libida považujú za prirodzený prejav starnutia, erektilnú dysfunkciu považujú za dôsledok opotrebovanosti či stereotypnosti a nudy vo vzťahu, trpia niektorou z foriem nerozpoznannej depresie, očakávajú, že lekár sa iniciatívne opýta na ich pohlavný život, trpia niektorou parafíliou ako celoživotným iným zameraním sexuálneho pudu (napr. pedofíliou, homosexualitou, poruchami sexuálnej identity a pod.).

Predpokladom úspešnej liečby je motivácia muža a jeho partnerky, spolupráca pri liečbe, edukácia muža a jeho partnerky a schopnosť lekára hovoriť s pacientom otvorene o probléme a ponúknuť mu účinnú, bezpečnú a cenovo dostupnú liečbu.

Erektálnu dysfunkciu muži spájajú aj s týmito témami: vek, životospráva a životný štýl, choroby a zdravotné problémy, psychický stav, vnímavá a ústretová partnerka, lieky a prípravky, určitý pokles kvality erekcie vnímajú ako nevyhnutný jav.

Výsledky prieskumu

V tomto výskume sme sa zamerali na diagnostiku a liečbu erektilnej dysfunkcie. Výskumný súbor tvorili pacienti, ktorým bola diagnostikovaná ED. Lekári so špecializáciou kardiológ, urológ, gynekológ a chirurg na celom území SR administrovali v priebehu r. 2012 celkovo 303 dotazníkov. Každý lekár, ktorý sa zúčastnil hodnotenia, dostal dotazník, do ktorého zaznamenával údaje o počtoch pacientov. Vyplnené dotazníky sa odovzdali zástupcovi firmy Pfizer Luxembourg SARL na základe dohody.

Pri samotnom spracovaní údajov sa použili deskriptívne štatistické postupy a metódy, ktoré umožňujú triedenie spracovaných informácií pre čo najlepšiu interpretáciu a vizualizáciu výsledkov sledovania.

Pre možné príznaky ED vyšetřili lekáři v sledovanom období väčšinou 2 – 5 pacientov týždenne. Táto odpoveď bola zaznamenaná najčastejšie u 44,5 % lekárov, ktorí odpovedali na danú otázku. V priemere lekáři uvádzali 8 pacientov týždenne. Aktívne vyhľadali pomoc priemerne 4 pacienti týždenne. Lekári sa na príznaky ED pýtali v priemere 13 pacientov, a to aj v prípade, že prišli s iným problémom. Priamo si liečbu ED žiadalo v priemere 5 pacientov (tabuľka 1. 2). Konkrétny liek si pýtali 0 – 2 pacienti. Rozmedzie sa zaznamenalo u viac ako 81 % lekárov (presný údaj – 81,3%), ktorí odpovedali na danú otázku (tabuľka 1. 3). Pacienti si najčastejšie pýtali Viagra. Druhým najčastejším liekom bol Cialis. (tabuľka 1. 4). Medikamentóznou liečbu ponúkli lekáři v priemere 5 pacientom. (tabuľka 1. 5). Za sledovaný týždeň lekáři predpísali v priemere 4 pacientom originálny sildenafil, 2 pacientom generický sildenafil, 4 pacientom tadalafil a priemerne 4 pacientom vardenafil. Na rozdiel medzi originálnym liekom a generikom pri liečbe ED sa pýtali priemerne 4 pacienti (tabuľka 1. 6). Ak si pacient zakúpi najvýhodnejšie 8 tbl. balenie, 1 tbl. 100 mg Viagry ho vyjde od 10 do 15 €. Táto odpoveď sa zaznamenala u viac ako 52 % lekárov (52,6

%), ktorí odpovedali na danú otázku. Pre pacientov je akceptovateľná cena 5 – 10 €. Odpoveď uviedlo viac ako 70 % lekárov (70,1 %), ktorí odpovedali na danú otázku. Zmenu liečby žiadali v priemere len dvaja pacienti (tabuľka 1.7). Najčastejšie pacienti žiadali vymeniť Viagra za generický sildenafil, nebol uvedený názov lieku (tabuľka 1.13). Inú liečbu ako PDE5i odporučilo zo zaznamenaných odpovedí len 9,3 % lekárov. Najviac lekári uvádzali liečbu ICI (tabuľka 1.8). Informačný leták o ED poskytli lekári priemerne 13 pacientom (tabuľka 1.9). Priemerne len dvoch mužov sprevádza pri vyšetrení partnerka (tabuľka 1.10). Samotná partnerka sa prišla poradiť tiež v priemere len v dvoch prípadoch (tabuľka 1.11).

Do prieskumu bolo zapojených 40 lekárov. Najviac ich bolo z okresu Košice. Štúdia sa uskutočnila v 22 okresoch z celého územia Slovenskej republiky. Jeden lekár okres neuviedol.

Tabuľka 1.1 Koľko pacientov aktívne vyhľadalo pomoc pre ED?

Koľko pacientov aktívne vyhľadalo pomoc pre ED?	Počet odpovedí	v %
<2	106	35,3%
2 - 5	153	51,0%
6 -10	29	9,7%
>10	12	4,0%
neuvedené	3	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	4	-

Tabuľka 1.2 Koľko pacientov si priamo pýtalo liečbu ED?

Koľko pacientov si priamo pýtalo liečbu ED?	Počet odpovedí	v %
<2	146	51,4 %
2 - 5	105	37,0 %
6 -10	17	6,0 %
>10	16	5,6 %
Neuvedené	19	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	5	-

Tabuľka 1.3 Koľko pacientov z nich si pýtalo konkrétny liek?

Koľko pacientov z nich si pýtalo konkrétny liek	Počet odpovedí	v %
0 - 2	221	81,3 %
3 - 5	31	11,4 %
6 - 9	8	2,9 %
>9	12	4,4 %
Neuvedené	31	-
spolu	303	100,0 %
Ø počet pacientov	3	-

Tabuľka 1.4 Ktorý liek si pacienti pýtali najčastejšie?

Ktorý liek si pacienti pýtali najčastejšie?	Počet odpovedí	v %
Viagra	115	62,5 %
Cialis	37	20,1 %
generický sildenafil	26	14,1 %
originálny sildenafil	3	1,6 %
generický	1	0,5 %
Levitra	1	0,5 %
Vigrande	1	0,5 %
Spolu	184	100,0 %

Tabuľka 1.5 Koľkým pacientom lekári ponúkli možnosť medikamentóznej liečby?

Koľkým pacientom lekári ponúkli možnosť medikamentóznej liečby?	Počet odpovedí	v %
<2	76	27,9%
2 - 5	153	56,3%
6 -10	29	10,7%
>10	14	5,1%
neuvedené	31	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	5	-

Tabuľka 1.6 Koľko pacientov sa pýtalo na rozdiel medzi originálnym liekom a generikom pri liečbe ED?

Koľko pacientov sa pýtalo na rozdiel medzi originálnym liekom a generikom pri liečbe ED?	Počet odpovedí	v %
<2	127	47,9%
2 - 5	117	44,2%
6 -10	8	3,0%
>10	13	4,9%
neuvedené	38	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	4	-

Tabuľka 1.7 Koľko pacientov za posledný týždeň žiadalo zmenu liečby na iný liek?

Koľko pacientov za posledný týždeň žiadalo zmenu liečby na iný liek?	Počet odpovedí	v %
<2	167	86,1%
2 - 5	24	12,4%
6 - 9	2	1,0%
>10	1	0,5%
neuvedené	109	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	2	-

Tabuľka 1.8 Odporučili lekári pacientom aj inú možnosť liečby ako PDE5i?

Liečba	Počet
ICI	8
generikum	7
vákuová pumpa	7
Alprostadil	5
hormonálna liečba	2
psychologické vyšetrenie	2
aginín-mix	1

Tabuľka 1.9 Koľkým pacientom dali lekári informačný leták o ED?

Koľkým pacientom dali lekári informačný leták o ED?	Počet odpovedí	v %
0 - 4	158	57,0%
5 - 10	26	9,4%
11 - 19	15	5,4%
20 - 29	44	15,9%
>30	34	12,3%
neuveďené	26	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	13	-

Tabuľka 1.10 Koľko mužov sprevádzala pri vyšetrení partnerka?

Koľko mužov sprevádzala pri vyšetrení partnerka?	Počet odpovedí	v %
žiadny pacient	190	74,5%
1 pacient	33	12,9%
2 pacienti	27	10,6%
3 pacienti	3	1,2%
4 pacienti	2	0,8%
neuveďené	48	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	2	-

Tabuľka 1.11 V koľkých prípadoch sa prišla poradiť iba samotná partnerka?

V koľkých prípadoch sa prišla poradiť iba samotná partnerka?	Počet odpovedí	v %
0 - 1	247	96,1%
2 - 3	4	1,6%
4 - 6	6	2,3%
neuveďené	46	-
spolu	303	100,0%
Ø počet pacientov	2	-

Diskusia

Eretilná dysfunkcia je najčastejšou sexuálnou dysfunkciou v klinickej praxi. Je často prvým a jediným príznakom závažného somatického či psychického ochorenia. Ojedinelé a situačné zlyhanie stoporenia nemôžeme ešte označovať za sexuálnu dysfunkciu. V minulosti bolo zriedkavé, ak muž priznal problémy s erekciou, v súčasnosti je to už omnoho bežnejšie. Pri problémoch by muži podporili užívanie liekov, spofahli by sa na radu a odporúčanie lekára. Viac mužov má bezprostredné skúsenosti s liekmi na liečbu erektilnej dysfunkcie. Úspešnosť liečby závisí aj od postoja partnerky k problému, aj k liečbe.

V priebehu roka 2012 bolo odborníkmi administrovaných 303 dotazníkov týkajúcich sa diagnostiky a liečby erektilnej dysfunkcie. Výsledky prieskumu ukazujú na aktívny prístup kardiológov, urológov, gynekológov a chirurgov k tomuto problému. Týždenne vyhľadali pomoc pri ED štyria pacienti. Lekári sa iniciatívne pýtali pacientov na erekciu, ponúkli adekvátnu, ale aj alternatívnu liečbu. Muži si najčastejšie žiadali sildenafil. Pacienti aktívne spolupracovali pri liečbe, referovali o výsledkoch liečby, prípadne žiadali zmenu liečby. V priemere 4 pacienti týždenne sa lekára pýtajú na rozdiel medzi originálnym preparátom a generikom. Nezanedbateľným faktorom v liečbe je aj cena lieku. Lekári administrovali informačný leták priemerne 13 pacientom za týždeň. Negatívom je, že temer 75 % mužov prišlo na vyšetrenie bez partnerky. Priemerne dve ženy týždenne sa prišli poradiť samy, bez partnera.

Prieskum ukázal výrazný posun vo vnímaní erektilnej dysfunkcie. Kým v minulosti sa ED považovala za prejav starnutia a za prirodzený jav, prieskum z roku 2012 ukázal, že muži k riešeniu ED pristupujú zodpovednejšie a aktívnejšie. Zároveň ukázal väčšiu zainteresovanosť odborníkov k problematike erektilnej dysfunkcie. Dôležitá je aj potreba edukácie mužov, ale aj ich partneriek, ktorých podiel na úspešnosti liečby je nezanedbateľný.

Literatúra

Chrysant, S. G: Effectiveness and safety of phosphodiesterase 5 inhibitors in patients with cardiovascular disease and hypertension. *Curr hypertens rep.* 2013 Oct;15(5):475-83. doi: 10.1007/s11906-013-0377-9.

Kratochvíl, S.: Sexuální dysfunkce. 3., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 301s. ISBN 978-80-247-2476-8.

Porst, H., Buvat, J.: Standard Practice in Sexual Medicine. Published by Blackwell Publishing, Inc. 2006, 401s. ISBN-13:978-1-4051-5719-3.

Weiss, P., Zvěřina, J.: Sexuální chování v ČR – situace a trendy. Vyd.1., Praha: Portál, 2001, 160s., ISBN 80-7178-558-X.

Kontaktná adresa:
MUDr. Danica Caisová-Škultétyová
Ambulancia FAIRA, Kuzmányho 43, 040 00 Košice
ambulacia.faira@gmail.com

Naše skúsenosti s operačnou aspiráciou spermíí

Mária Mihaliková, Vladimír Mišanko, Igor Bartl

Urologické oddelenie, Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Ružinov

Súhrn

V posledných rokoch stúpa počet neplodných párov, a preto sa aj väčšia pozornosť upriamuje na riešenie neplodnosti. Príčiny sú rôznorodé. Mužský faktor infertility tvorí približne 50%. U pacientov s azoospermiou (neprítomnosť spermíí v ejakuláte) pri predpokladanej zachovanej spermiogenéze sa vykonáva operačná aspirácia spermíí. Ide o odber spermíí priamo zo semenníka alebo nadsemenníka. V laboratórnych podmienkach sa následne zisťuje prítomnosť spermíí. Na našom pracovisku sa od septembra 2008 do apríla 2012 vykonalo 36 odberov spermíí. Všetci pacienti mali azoospermiu. U 18 pacientov sa našli spermie. Negatívnym prediktorom prítomnosti spermíí je zvýšená hladina FSH (folikuly stimulujúci hormón) a veľkosť semenníkov.

Kľúčové slová: mužská neplodnosť, aspirácia spermíí, MESA, TESE.

Summary

In the last decade the number of infertile couples has increased, and therefore the professionals' focusing on this problem has increased, too. The causes of infertility are variable. Male infertility factor includes nearly 50%. In the patients with azoospermia (absence of sperms in the ejaculate), in cases we expect the normal spermatogenesis, the surgical sperm aspiration is performed. The aspiration is provided from the epididymis or testicle. The presence of sperms is then evaluated under laboratory conditions. On our department we performed 36 sperm aspirations from the September 2008 till April 2012. The all patients had azoospermia. 18 patients had positive result. The negative predictor of sperm presence was the elevated FSH blood level and the testicular size.

Keywords: male infertility, sperm aspiration, MESA, TESE.

Úvod

S narastajúcim počtom neplodných párov v posledných rokoch sa upriamuje stále väčšia pozornosť na profesionálnu pomoc týmto dvojiciam. Mužský faktor infertility dosahuje takmer 50 %. Okrem situácií, keď je možné odstrániť príčinu (napr. užívanie niektorých liekov, operačné riešenie varikokély, obštrukcie semenovodov a malignít ...), je u pacientov s azoospermiou (neprítomnosť spermíí v ejakuláte), u ktorých predpokladáme zachovanú spermiogenézu, metódou voľby operačná aspirácia spermíí.

Techniky aspirácie spermíí sú rôzne a líšia sa miestom odberu a invazivitou výkonu, čo následne súvisí s výberom vhodnej anestézy (lokálna, prípadne celková/spinálna). Odber vykonáva urológ, následnú extrakciu spermíí zo získaného materiálu realizuje molekulárny biológ, buď okamžite, event. po jeho transporte v inkubačnom médiu.

PESA (percutaneous epididymal sperm aspiration) je perkutánna aspirácia spermíí z nadsemenníka pomocou punkčnej ihly. Táto technika sa vykonáva v lokálnej anestéze.

TESA (testicular sperm aspiration) je rovnako perkutánna aspirácia spermíí naslepo priamo zo semenníka. Ihlou sa extrahuje malé množstvo tkaniva, v ktorom predpokladáme spermie.

Odber spermíí sa vykonáva v celkovej anestézii z nadsemenníka (MESA - microsurgical epididymal sperm aspiration) a semenníka (TESE - testicular sperm extraction); spermie sú schopné oplodniť vajíčko, aj keď neprešli cez nadsemenníky, vyžadujú si však asistované reprodukčné technológie.

TESE sa vykonáva buď punkčnou aspiráciou (bez evident. porušenia tunica albuginea), alebo z niekoľkých (3 - 4) miest po incízii tunica albuginea, pričom sa odoberie časť tkaniva. Použitím operačného mikroskopu sa priamo počas zákroku identifikujú intaktné seminiferné tubuly (sklerotizované tubuly spermie neobsahujú), z ktorých sa následne už v laboratórnych podmienkach extrahujú spermie.

MESA sa realizuje po incízii hlavy nadsemenníka aspiráciou spermatockej tekutiny. Použitím operačného mikroskopu sa identifikujú jednotlivé dukty, po aspirácii tekutiny sú následne mikrosuturované. Táto technika je časovo náročná a vyžaduje mikrochirurgické inštrumentárium, preto

sa zákrok realizuje aj bez jeho použitia (OFNA – open fine needle aspiration), pričom sa tekutina aspiruje po incízií nadsemenníka pod kontrolou zraku (event. aj z viacerých incízií). Pri náleze cysty nadsemenníka sa odporúča jej aspirácia vzhľadom na pravdepodobnosť prítomnosti spermií.

Použitie ultrazvuku pri odbere materiálu je vhodné na identifikáciu miesta s lepšou perfúziou, avšak výsledky naznačujú, že nezvyšuje štatisticky významne jeho úspešnosť. (1, 2)

Vo všeobecnosti sa odporúčajú otvorené techniky aspirácie, vzhľadom na predpoklad precíznejšieho odberu materiálu pod kontrolou zraku (event. použitím operačného mikroskopu), ale nie sú jednoznačne stanovené ideálne techniky, rovnako ani počet realizovaných punkcií, event. incízií počas jedného zákroku. Najdôležitejším faktorom je skúsenosť operátora. (3)

Pri opakovanom odbere tkaniva zo semenníka je nutný časový odstup minimálne 6 mesiacov, inak hrozí riziko atrofie (4).

Porovnanie techniky MESA a TESE u pacientov s obštrukčnou azoospermiou ukazuje, že schopnosť oplodnenia vajíčka a následnej gravidity je pri spermiách získaných oboma technikami porovnateľná, no riziko potratu je významne vyššie po použití testikulárnych spermatozoí (FR (fertilization rate) – 58,9% po MESA vs. 51,9% po TESE, PR (pregnancy rate) – 22,1 vs. 23,4%), MR (miscarriage rate) 12,5% vs. 35,7%). (5)

Pacienti s neobštrukčnou azoospermiou majú spermie so významne nižšou schopnosťou oplodnenia s následnou graviditou (FR a IR – implantation rate) v porovnaní s pacientmi s obštrukčnou azoospermiou. (6, 7)

Mutácia génu AURKC (Aurora kináza C proteín) v chromozóme 7 spôsobuje makrozoospermie (polyploidné spermatoidy s veľkou hlavičkou a viacerými bičíkmi), keďže bez produktu daného génu v spermatide neprebehne meióza. Výsledkom sú polyploidné spermatoidy, ktoré nie sú schopné oplodnenia. Khelifa a spol. sledoval dvoch bratov, ktorí boli homozygoti pre danú mutáciu. Z 88 odobratých spermií sa podarilo oplodniť 8 embryí, ani u jedného však nedošlo k nidácii a následnej gravidite. Príčinou mohla byť ťažká genetická alterácia embrya. Dané výsledky naznačujú, že u pacientov so zistenou mutáciou oboch alel génu AURKC je otáznym benefit pokusov o asistovanú reprodukciu. (8)

Materiál a metódy

V období od septembra 2008 do apríla 2012 bol vykonaný odber spermií u 36 pacientov technikou MESA - OFNA a TESE. Išlo sa o pacientov s azoospermie, ktorých priemerný vek bol 34,6 roka (24 – 69) (tab. č. 1, 2).

U všetkých pacientov boli realizované obe techniky súčasne na unilaterálnej strane (výber sa robil na základe fyzikálneho a USG vyšetrenia semenníkov).

Výkon sa realizoval v celkovej, event. spinálnej anestéze. Po otvorení hemiskróta a obalov semenníka sa vykonala incízia hlavy nadsemenníka, z ktorej sa aspirovala tekutina pomocou pipety napojenej na striekačku. Následne sa na niekoľkých kontralaterálnych miestach semenníka (3 – 4) vykonala incízia tunica albuginea s odobratím časti tkaniva. Materiál sa ihneď transportoval v inkubátore do laboratória, kde ho spracoval molekulárny biológ.

Na spracovanie výsledkov sme použili základné deskriptívne štatistické metódy, nepárový t-test, ANOVA (analýza rozptylu).

U všetkých pacientov boli pred odberom zaznamenané sledované parametre, a to vek, hladina folikuly stimulujúceho hormónu (FSH), luteinizačného hormónu (LH), prolaktínu a testosterónu, veľkosť semenníkov a prítomnosť duktov pri fyzikálnom vyšetrení.

Pacienti boli rozdelení do dvoch skupín na základe prítomnosti/absencie spermií. Každá skupina bola následne porovnávaná s jednotlivými parametrami, pričom sa vyhodnocovala ich súvislosť s pozitívnym nálezom spermií, a tiež ich štatistická významnosť.

Výsledky

Positívny výsledok sa objavil u 18 pacientov a získané spermie boli použité na oplodnenie vajíčka s následným úspešným otehotnením partnerky. V jednom prípade došlo k potratu, 8 žien donosilo zdravé deti, 1 dieťa malo nešpecifikované poškodenie obličiek. V 8 prípadoch údaj o ďalšom priebehu tehotnosti nebol dostupný.

Porovnanie výsledkov u pacientov s pozitívnym nálezom spermií ukázalo, že vysoká hladina FSH je prediktorom negatívneho nálezu spermioγένézy. Hodnoty testosterónu, luteinizačného hormónu a prolaktínu nie sú štatisticky významné, čo sa týka predpokladu úspešnosti MESA a TESE. (tab. č. 3)

V sledovanom súbore pacientov sa u 4 mužov zistila agénéza semenovodov. U všetkých pacientov s agénézou ductus deferens sa potvrdila spermioγένéza.

U dvoch pacientov sa predpokladala obštrukčná azoospermia podmienená traumou malej panvy, príp. iatrogénne. U oboch bol výsledok MESA a TESE pozitívny.

V 12 prípadoch sa zistila hypoplázia semenníkov, pričom spermioγένéza sa zistila len u dvoch z týchto mužov (tab. č. 4, graf č. 1).

V rámci urologického vyšetrenia pred odberom spermií sa zistil ako vedľajší nález tumor pravej obličky u jedného pacienta, rovnako jeden muž mal vrodenú agénézu ľavej obličky.

Tab. č. 1 Jednotlivé parametre u pacientov

Pacient	Vek	TST	prolaktín	FSH	LH	semenníky: 0 - normálne, 1 - hypoplastické	ductus deferens: 0 - prít., 1 - agenéza	MESA, TESE: 0 - negat., 1 - pozit.	Pôrod
1	36	10.370	9.620	30.300	8.450	1	0	0	
2	39	21.010	7.420	3.880	6.190	0	0	0	
3	35	15.620	10.680	3.570	7.410	1	1	1	+
4	30	32.150	11.790	4.300	3.740	0	0	1	+
5	42	12.590	5.540	4.920	4.230	0	0	1	?
6	36	19.340	6.170	4.260	6.060	0	0	1	+
7	35	15.570	14.270	2.400	6.150	0	0	1	?
8	35	14.500	14.860	26.610	12.410	1	0	0	
9	35	8.840	11.310	1.700	2.600	0	0	1	+
10	25	15.870	11.630	27.620	6.260	1	0	0	
11	33	21.570	8.040	22.490	8.300	0	0	0	
12	35	15.600	5.700	14.900	4.800	1	0	0	
13	35	11.230	3.350	3.660	3.000	0	0	1	A
14	37	14.170	7.300	14.640	7.060	1	0	0	
15	31	10.370	5.260	6.240	2.990	0	0	1	?
16	38	14.140	8.470	10.120	3.220	1	0	0	
17	24	19.700	4.600	4.730	4.260	0	1	1	+
18	38	16.500	10.800	6.900	3.400	0	0	1	?
19	33	12.090	9.050	1.570	1.840	0	0	1	?
20	34	11.640	7.250	8.780	5.200	1	0	1	?
21	33	10.650	7.980	23.550	4.750	1	0	0	
22	47	norma	norma	3.420	norma	0	0	0	
23	27	14.930	10.260	9.230	11.190	0	0	0	
24	31	10.300	8.200	35.800	7.900	1	0	0	
25	31	19.480	10.390	16.930	10.330	0	0	0	
26	39	16.270	8.510	7.970	3.730	0	0	1	+
27	38	11.340	25.220	9.550	norma	1	0	0	
28	35	9.540	11.040	6.790	3.110	0	1	1	?
29	36	5.810	5.880	3.190	1.560	0	0	1	+
30	69	5.250	7.010	2.480	0.740	0	0	1	+
31	26	20.360	18.800	0.300	0.100	1	0	0	
32	26	11.600	11.250	18.000	5.150	0	0	0	
33	30	8.280	42.000	1.820	3.030	0	0	1	+
34	32	32.780	3.230	18.020	6.050	0	0	0	
35	28	norma	norma	norma	norma	0	1	1	?
36	33	12.600	7.410	16.930	5.310	0	0	0	

A - potrat ? - údaj neznámy + - ukončená gravidita

Tab. č. 2 Deskriptívna štatistika hormonálneho profilu

	MESA, TESE	Počet	Priemer	Štd. odchýlka
Vek	pozit.	18	35,83	9,269
	negat.	18	33,44	5,522
TST	pozit.	17	13,57588	6,416737
	negat.	17	15,95706	5,726077
FSH	pozit.	17	4,42824	2,236273
	negat.	18	16,79389	9,757124
LH	pozit.	17	3,70882	1,733381
	negat.	16	6,71688	3,070530

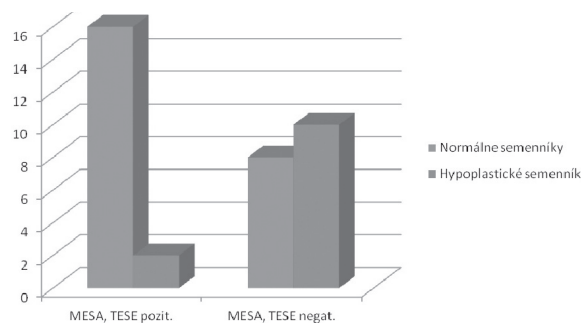
Pro-laktín	pozit.	17	10,26529	8,714753
	negat.	17	10,34000	5,207006

Tab. č. 3 Závislosť výsledku MESA a TESE od daných parametrov

Independent Samples Test	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
	F	Sig.	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
						Lower	Upper	
FSH	Equal variances assumed	9,639	,004	,003	-9,674130	2,971190	-15,719062	-3,629199
	Equal variances not assumed			,015	-9,674130	3,532533	-17,218942	-2,129319
vek	Equal variances assumed	1,074	,307	,564	1,583	2,719	-3,941	7,108
	Equal variances not assumed			,475	1,583	2,191	-2,869	6,036
Pro-laktín	Equal variances assumed	,002	,965	,548	-1,555530	2,561446	-6,773025	3,661964
	Equal variances not assumed			,511	-1,555530	2,338386	-6,338078	3,227018
TST	Equal variances assumed	5,321	,028	,466	1,627576	2,207696	-2,869353	6,124505
	Equal variances not assumed			,367	1,627576	1,777061	-1,999239	5,254391
LH	Equal variances assumed	,137	,713	,172	-1,461818	1,045320	-3,593763	,670127
	Equal variances not assumed			,205	-1,461818	1,108695	-3,797806	,874170

Tab. č. 4 Závislosť veľkosti semenníkov a výsledku MESA, TESE

	MESA, TESE		Spolu
	pozit.	negat.	
normálne semenníky	16	8	24
hypoplastické semenníky	2	10	12
spolu	18	18	



Graf č. 1 Závislosť veľkosti semenníkov a výsledku MESA, TESE

Záver

Pacienti s azoospermiou sú vhodnými kandidátmi na vykonanie operačnej aspirácie spermií, pričom ideálnou technikou je súčasný odber materiálu zo semenníka aj nadsemenníka. Úspešnosť je približne 50%. Pred odberom je nutné fyzikálne vyšetrenie pacienta (môže odhaliť anatomické anomálie - agenéza semenovodov, hypoplázia semenníkov) a hormonálny profil. Hladina FSH, hlavne jeho niekoľkonásobná elevácia nad normu, je štatisticky významným ukazovateľom absencie spermií. U pacientov s pozitívnym nálezom spermií je pomer normálnych a hypoplastických semenníkov 8:1, čo naznačuje, že nález normálnych semenníkov zvyšuje šancu pacienta na pozitívny výsledok aspirácie.

Literatúra:

1. Mihaliková, M., Mišanko, V., Bartl, I.: Mužský faktor infertility: manažment neplodného páru z pohľadu urológa. *Sexuológia*. 2010; 10 (1): 9 - 19.
2. Van Peperstraten, A., Proctor ML, Johnson, NP, Phillipson, G.: Techniques for surgical retrieval of sperm prior to intra-cytoplasmic sperm injection (ICSI) for

- azoospermia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 16 (2).
3. Shah, R.: Surgical sperm retrieval: Techniques and their indications. *Indian J Urol*. 2011; 27 (1): 102 - 109.
4. Kolletis, P.N.: The evaluation and management of the azoospermic patient. *J. Androl*. 2002; 23(3).
5. Buffat, C., Patrat, C., Merlet, F. et al.: ICSI outcomes in obstructive azoospermia: influence of the origin of surgically retrieved spermatozoa and the cause of obstruction. *Hum Reprod*. 2006; 21(4): 1018-1024.
6. Nicopullos, J.,D.,M., Gilling-Smith, C., Almeida, P.,A., Ramsay, J.,W.,A.: The results of 154 ICSI cycles using surgically retrieved sperm from azoospermic men. *Hum Reprod*. 2004; 19(3): 579-585.
7. Croo, I.,De., Van Der Elst, J., Everaert, K. et al. : Fertilization, pregnancy and embryo implantation rates after ICSI in cases of obstructive and non-obstructive azoospermia. *Hum Reprod*. 2000; 15(6): 1383-1388.
8. Khelifa, M.,B., Zouari, R., Harbuz, R. et al.: A new AURKC mutation causing macrozoospermia: implications for human spermatogenesis and clinical diagnosis. *Mol Hum Reprod*. 2011; 17 (12): 762-768.

Kontakná adresa:
maria.mihalikova@gmail.com

Recenzia

Lane, N. : *Síla, sexualita, sebevražda - mitochondrie a smysl života*. Academia, Praha 2012, 461 s.

Jeden z bestsellerů populárního britského biologa a popularizátora vědy vyšel ve velice dobrém českém překladu. Za roky, které uplynuly od jeho vydání (2005) neztratil nic na své aktuálnosti. Také proto, že pokroky v evoluční biologii jsou vpravdě evoluční a neubírají se překotnými skoky. Jak praví podtitul názvu, řeč je v knížce především o mitochondriích a jejich nenahraditelném významu pro existenci mnohobuněčných organismů včetně člověka. Pro čtenáře, který se zajímá zejména o sexualitu, je zde přehrášl informací se vztahem k pohlavnímu rozmnožování a k sexuálnímu chování organismů.

Velice poučné jsou kapitoly, které čtenáře zasvěcují do významu mitochondrií coby zdroje energie. Také coby specifických nosičů dědičné informace, která je nezávislá na genetickém materiálu jádra buněk. Při pohlavním rozmnožování se mitochondriální DNA předává výhradně po mateřské linii. Mitochondrie se také ukázaly být hlavními dirigenty procesu buněčné apoptózy, jakési „řízené sebevraždy buněk“, která se uplatňuje jak v procesu stárnutí, tak třeba při maligním bujení.

Vznik a evoluční motivace pohlavního rozmnožování nejsou dodnes zcela jednoznačně vysvětleny. Autor píše: „Je ironií osudu, že z dlouhých bojů mezi jednotlivými buňkami, z nichž povstali mnohobuněční jedinci, vyšel nakonec jako vítěz gen, který tam vklouzl jaksi zadními vrátky“... Při oplodnění pak přecházejí do nového jedince pouze mitochondriální geny samiččí, když ty samčí jsou důsledně metabolizovány.

V kapitole „Bitva mezi pohlavími“ autor stručně a zdařile popisuje složitosti pohlavní dvoutvárnosti vyšších organismů. Tak zvané „pohlavní chromosomy“ X a Y, které

u lidí a savců určují pohlaví, nemají vždy úplný patent na sexování jedince. Jsou známy případy intersexuality, kde se genetika jaksi mýlí. Naštěstí nepříliš časté případy. V určování pohlaví jiných organismů je ještě více genetických zajímavostí, které stojí za studium. „Radikální feministky a evolucionisté se shodují na tom, že samci jsou pro společnost velmi nákladní“. Dědění mitochondriálního genomu po mateřské linii bylo modifikováno jednou z technik asistované reprodukce. Při té se cytoplasma zdravé dárkyně vloží do oocyty neplodné ženy. Mitochondrie se tak promíchají a vzniká zcela neobvyklá situace. Děti, narození z těchto experimentů, vykazovaly prý vyšší výskyt genetických abnormit, a proto byla tato technika opuštěna. Některá onemocnění se šíří prostřednictvím mateřských mitochondrií. Zajímavé je, že prý také snížená pohyblivost spermií (asthenospermie) je v některých případech vrozená po mateřské linii. Jedna z autorech představených teorií o smyslu pohlavního rozmnožování praví, že „Dvojí pohlaví je třeba, protože systém dvou genomů vyžaduje těsnou shodu mezi mitochondriálními a jadernými geny“.

Závěr knížky je věnován úvahami nad stárnutím a možností jeho zpomalení. Zdá se, že některé případy dlouhověkosti souvisejí přímo s určitými mitochondriálními geny.

Poslání knížky shrnuje autor v doslovu takto: „Dá se tedy říci, že mitochondrie utvářely náš život a celý svět způsoby, jímž se mnohdy nechce ani věřit. Všechny tyto evoluční inovace vyplývají z několika pravidel, řídicích tok elektronů v dýchacím řetězci...“.

Knížka je místy hodně „učená“, jinde se však čte lehce, podobně jako dobrá detektivka. Jde o zdařilý popularizační text vzdělaného biologa. Mám jedinou výhradu, a to k ilustracím. Týká se nepříliš zdařilých pérovek, kterými autor doprovází své výklady.

Jaroslav Zvěřina

Kúpeľné lásky*

Anežka IMRIŠKOVÁ

Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

Súhrn

Autorka vo svojom príspevku opisuje odpozorované typy erotických a sexuálnych vzťahov mužov a žien vznikajúcich v podmienkach kúpeľnej liečby. Charakterizuje ich ako vzťah priateľský, eroticko – priateľský, sexuálny, ako zamilovanosť, vzťah medzi klientom a zamestnancom, perspektívny vzťah, ako aj vzťahy s „externými“ typmi kúpeľných hostí – „seladónmi“ a miestnymi mužmi. Hodnotí dosahy takýchto vzťahov hlavne z pohľadu ženy, zvažuje prevenciu nehôd z lásky.

Kľúčové slová: kúpeľná liečba, erotické a sexuálne vzťahy, charakteristika vzťahov počas kúpeľnej liečby, prevencia nehôd z lásky.

Summary

The author analyzes different types of erotic and sexual relationships which emerge in specific environment - in spa resorts. These relationships are described as friendship, erotic friendship, sexual, love, client-staff relationship, relationship with an outlook on future. The author further describes specific qualities of relationships with men outside the spa resorts. She analyzes these types of relationship from womens point of view and discusses the importance of safe sex.

Key words: spa treatment, erotic and sexual relationships, specific qualities of relationships during treatment in spa resort, safe sex.

Úvod

Uvedený príspevok vznikol na podnet redakcie časopisu *Báječná žena*, jedného z najčítanejších „ženských“ týždenníkov, s ktorým spolupracujem a v ktorom modifikovaná verzia tohto príspevku aj vyšla.

Motiváciou k predneseniu na tomto fóre bol pre mňa aj výrok známeho českého psychológa prof. Zdeňka Matějčka (*In. S. Hubálek: Zpovědník vrahů*): „publikujte, publikujte len tak sa môžu poznatky z psychológie dostať do spoločnosti. Ja som napísal množstvo kníh, ale väčší význam mal každý môj článok, ktorý vyšiel vo *Vlaste*“. (*známy český ženský časopis*)

Domnievam sa, že každá žena po štyridsiatke by mala chodiť do kúpeľov povinne. Máloktorá žena v tomto veku je už úplne zdravá, deti sú odrastené a babky ešte žijú a fungujú.

Treba si uvedomiť jednu zásadnú vec – kúpele sú často jediným miestom v živote bežnej slovenskej ženy, kde si môže naozaj odpočinúť. Sú často prvým miestom v živote ženy, kde sa nestará o niekoho ona, ale ostatní sa starajú o ňu. Bežná slovenská žena zažije ako prvú dovolenku materskú „dovolenku“. Každá žena, ktorá materskú dovolenku absolvovala, vie, že v žiadnom prípade nemožno hovoriť ako o dovolenke.

A po tejto „dovolenke“, prípadne dvoch či troch „dovolenkách“, sa žena plne venuje deťom, rodine a zamestnaniu. Dovolenky s deťmi sú radostné, ale rozhodne nie oddychové.

Dôvody, pre ktoré by žena do kúpeľov mala chodiť: „Len v kúpeľoch vás čaká ustlaná posteľ, len v kúpeľoch vám kedysi chybná (*upravená žena v tmavomodrej rovnošate s bielou zásterkou*) či dnes upratovacia služba (*ušťvaná, spotená, vystresovaná žena*) uprace, len v kúpeľoch vám čašníik prinesie jedlo, ktoré ste si vybrali, len v kúpeľoch vás masírujú, balia a elektrizujú, len v kúpeľoch máte čas na prechádzky, pokojné nákupy či kultúru. Len v kúpeľoch máte jedinú starosť – o seba – a jedinú povinnosť – trafiť v príslušnom čase do príslušných dverí.

V každej societe, kde sa vyskytujú ženy a muži spoločne, vznikajú medzi nimi vzťahy.

O kúpeľných vzťahoch kolujú rôzne legendy a množstvo vtipov.

Zasa len v kúpeľoch stretáva žena mužov v pohode, oholených, vyobliekaných, navoňaných, odpočinitých, zdanlivo bezstarostných a často gavalierov.

Takáto zostava mužov je v tvrdom kontraste s bežnou realitou ženy – ten „jej“ doma býva mrzutý, podráždený, unavený, neoholený, dávno zabudol na

*Príspevok prednesený na X. Lábadyho sexuologických dňoch konaných 26. – 28. 9. 2013 v hoteli Holiday Inn v Trnave

pozornosti, často sa pohádajú alebo nerozprávajú, často riešia existenčné starosti či starosti s deťmi, sexuálny život je značne zredukovaný.

Žena v kúpeľoch si musí uvedomiť, že chlap má v sebe vždy zakódované: každý záujem ženy o neho vníma ako záujem prinajmenšom erotický a poväčšine sexuálny. Muž má proste takéto prepojenie – ona ma chce, to znamená, že ma chce do postele.

V kúpeľoch platí „zásada erotizácie“ každého kontaktu muža a ženy.

Z osobných zážitkov môžem stručne opísať dva. V lete obvykle ležím na ležadle v bazéne a čítam – zrazu sa pri mne objavil muž s obrovskou kyticou a povedal, že mi to posielala Zdenka – čašníčka zo susedného hotela, moja bývalá pacientka. Nikto z osadenstva bazéna ani minútu nepochyboval, že je to „môj chlap“, hoci sme sa vôbec nepoznali.

Po rokoch chodenia do kúpeľov som priniesla fľašku koňaku šéfkuchárovi pánu Geschwandtnerovi, ktorého som v živote nevidela, ale ktorý varil úžasne; do tašky s fľaškou mi spadol kľúčik od izby, ktorý som mala na prste. Keď som zistila, kde som ho stratila a vrátila sa do kuchyne, jeho odovzdávanie sprevádzal hurónsky rehot osadenstva a komentár „pani doktorka priniesla šéfovi rovno kľúč od izby.“

V kúpeľoch vzniká niekoľko druhov vzťahov mužov a žien:

Vzťah priateľský – stretnú sa dvaja ľudia, ktorí stále majú o čom debatovať.

Vzťah sexuálny – obom stranám ide o jedno – pomilovať sa a s týmto zámerom aj do kúpeľov ídú. Väčšina mužov – ak sú takto zameraní – nemá v kúpeľoch problém mať sukcesívne po odchode jednej partnerky z kúpeľov inú partnerku, čo je pre ženu podstatne menej prijateľná verzia.

Vzťah eroticko-priateľský – je zriedkavejší, môže, a nemusí skončiť v posteli – ale poväčšine pretrváva roky a takáto dvojica sa v kúpeľoch stretáva pravidelne tak, že neohrozuje svoj manželský či iný partnerský vzťah.

Zamilovanosť – väčšinou jednostranná, keď sa žena po odchode z kúpeľov trápi a má tendenciu prolongovať kúpeľný vzťah, čo vždy skončí nejakými komplikáciami. Tragédiou je, keď ide o obojstrannú „zamilovanosť“ a zrelí partneri si rozbijú rodinu. Najväčším nešťastím je, ak sa takáto dvojica zoberie a nastane štandardná manželská realita – ona už nie je tá atraktívna, upravená a pohodová žena z kúpeľov v minisukni a on už nie je ten navoňaný gavalier, ale muž skresaný životom; obaja sú s predošlými rodinnými väzbami, deťmi, vnúčatami, majetkami..... nastáva vzájomné rozčarovanie a dôsledky sú nedozerné.

Vzťah perspektívny – stretnú sa partneri bez záväzkov, zoberú sa a žijú spokojne, čo je zriedkavá verzia.

„Kúpeľní seladóni“ – muži, ktorí sú stabilnou

zložkou kúpeľnej zostavy, nie sú pacientmi a chodia sa do kúpeľného baru zabaviť, zatancovať si a podľa reakcie ženy aj pokračovať v dôvernejších aktivitách. Nie sú naliehaví, ale vytrvalí a vždy nejaký objekt „ulovia“ už aj vzhľadom na prevahu žien v kúpeľnej zostave. Je to jedna z mála kategórií, keď muž tancuje s viacerými ženami prítomnými v bare.

Vzťah pacient – zamestnanec – pomerne zriedkavá situácia, náročná na diskretnosť, žena zamilovaná v takomto vzťahu je obvykle mimo partie, užije si podstatne menej zábavy.

Miestni muži – do kúpeľov sa chodia zabaviť miestni muži alebo muži z okolia. Sú rôzneho rangu a veku a svojím spôsobom sú optimálnymi spoločníkmi – prišli si vypiť, podebatovať, zatancovať, popflirtovať či pochváliť sa a nakoniec odchádzajú domov. Samozrejme, sexuálnou výzvou nepohrdnú, ale aj tak idú domov.

Každá žena, ktorá je v kúpeľoch, by mala byť veľmi opatrná, lebo kúpele majú svoje zákonitosti. Ak sa muž a žena stretnú opakovane a môže to byť aj pri všetkej počestnosti, sú „dvojicou“ so všetkými „náležitosťami“.

Žena si preto musí ujasniť, s akým cieľom do kúpeľov ide. Je dobré si uvedomiť, že kúpele slúžia na liečenie, relax a odpočinok. Ak žena dovoľí stretnutia s nejakým mužom vo dvojici, okrem iných dôsledkov si „uviaže na krk“ nejakého chlapa a počas celej liečby stráca vlastnú slobodu. Prestáva mať „svoj“ program, ale má „náš program“. Prestáva platiť tá najväčšia výhoda kúpeľov – idem kedy chcem a kam chcem a začne platiť „ideme vtedy a vtedy, tam a tam.“ Tým osobná sloboda mizne v nedohľadne.

Okrem straty slobody sa žena vystavuje niekorej z horeuvedených „nehôd z lásky“ alebo prinajmenšom označeniu „to je tá, čo s tým.“

Najlepšou prevenciou kúpeľných „nehôd z lásky“ – ak sa napríklad žena chce zabaviť, zatancovať si – je „partia“.

V kúpeľoch často vznikajú situačné partie – ľudia, ktorí sa denne stretávajú v jedálni, v bazéne, na procedúrach atď., sa dohodnú a chodia si spolu zatancovať, pričom klasické kúpeľné rozloženie je pomer mužov a žien asi 1:3, čo vôbec nie je prekážkou, lebo ženy často tancujú samy, avšak slovenskí muži nikdy.

Sú kúpeľné partie, ktoré spolu podnikajú cyklistické či turistické výlety, ktoré si radi spolu zaspievajú a podobne.

V kúpeľoch sa stretávajú aj dohodnuté a naplánované partie – manželské dvojice, rodinné dvojice, príbuzní - deti, vnúčatá alebo „stará partia“, ktorá vie, čo navzájom od seba môžu očakávať.

V partii – napr. žien z pracoviska -- často platí zásada, že ani jedna si nedá schôdzku s tanečníkom následne v dvojici – stretnúť sa môžu len s jej partiou.

S partiou je veselo a vytvárajú sa v nej dlhoročné priateľstvá, väčšinou „homosexuálne“ – teda žien so

ženami a mužov s mužmi, čo môže byť celoživotným kúpeľným bonusom.

Záver

Z našej odbornej praxe je dobre známe, že „zamilovanosť“ je vždy a v každom veku prechodný stav. (Zvěřina) Dôležitá je láska – tá môže trvať po celý život v najrozličnejších podobách a ktorú Miroslav Plzák výstižne nazýva „arborizovanou“, teda rozkošatenou (*lat. arbor-ós-és – strom*) láskou. Láskou viazanou nielen na partnera, na sex, ale aj na deti, na príbuzenstvo, na spoločné aj materiálne veci, zážitky, hodnoty či plány. A takáto láska prežije aj prípadnú kúpeľnú nehodu ako príjemné rozptýlenie, bez dosahu na životné istoty.

Samozrejme, „iné lásky“ ako trvalé sa v histórii ľudstva vždy vyskytovali a budú vyskytovať, rovnako ako radosti aj starosti s nimi spojené. Takí sme.

Literatúra

Plzák, M.: Poruchy manželského soužití. Praha: SPN, 1988, 157 str.

Zvěřina, J.: Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003, 288 str.

Hubálek, M.: Zpovědník vrahů. Praha: nakladatelství Daranus, 2012, 207 str.

Kontaktná adresa:

prim. MUDr. Anežka Imříšková
anezka.imriskova@pnvz.sk

Testování, homofobie a prevence (pokračování ze semináře v Berlíně)

Úvodem berlínského jednání o HIV prevenci v gay komunitě prezentovala Susanne Strömdahl připravovaný dokument Evropského centra pro kontrolu nemocí (ECDC) o komprehenzivním přístupu k prevenci u mužů majících sex s muži (MSM) v evropských zemích. Na projektu se kromě švédského Karolinského institutu podílí skupina behaviorálních odborníků britského projektu Sigma Research a Mezinárodní společnost pro výzkum sexuálně přenosných chorob (ISSTD). Účastníci jednání však s lítostí konstatovali, že jak muži mající sex s muži, tak i HIV pozitivní tvoří v týmu projektu menšinu. Navíc Světová zdravotnická organizace (WHO) v posledních pěti letech vydala k prevenci u mužů majících sex s muži dva dokumenty, z nichž jeden (poměrně obsáhlý) je zaměřen přímo na evropský region. Přínosem plánovaného dokumentu by snad mělo být větší zaměření na vyhodnocení účinnosti užívaných preventivních programů a také diskuse o možnostech většího využívání moderních preventivních technologií (léčba jako prevence, postexpoziční a preexpoziční profylaxe, komplexní prevence a léčba dalších sexuálně přenosných nemocí, sexuální role v závislosti na HIV stavu a virové náloži atd.). K vyhodnocení preventivních programů uvedl francouzský delegát, že nelze používat tradiční medicínské metody důkazů (evidence based medicine), ale spíše sociální přístup. Diskutováno bylo i téma komunitní virové nálože. Jde o problematický epidemiologický termín, který může mít efekt celospolečenský, ale pro individuální prevenci může vytvářet riskantní pocit falešného bezpečí. Zajímavý, ale možná kontraproduktivní je nápad německé AIDS Hlíře vyšetřovat virovou nálož u HIV pozitivních mužů k preventivním účelům.

Ani moderní preventivní technologie nezmění nejvýraznější překážky při uplatňování preventivních metod, kterými jsou homofobie a internalizovaná homofobie. Ty v řadě zemí dokonce v posledních letech narůstají.

Ruská psychiatrie odmítá akceptovat Mezinárodní klasifikaci nemocí a považuje za chybu, že homosexualita nepatří mezi sexuální deviace, které vyžadují léčení (obvykle ústavní). Podivnou vyšetřovací metodou, jak zjistit v Rusku homosexuální orientaci u mužů, je že pacient je požádán, aby zapísal na prsty. Pokud to neumí, tak je homosexuál a je odeslán na léčení. Ruský aktivista, který působí v prevenci asi deset let, řekl, že v důsledku obavy z reakcí okolí se dosud nevytoval ani ve své rodině. Řecký účastník, muž kolem 30 let, uvedl, že i on byl před několika lety hospitalizován na psychiatrii kvůli své orientaci. 4

Stupeň internalizované homofobie je obvykle mnohem vyšší než by odpovídalo stavu společnosti. Pokud třeba dvacet procent lékařů odmítá akceptovat gay pacienta, tak těch gayů, kteří se budou obávat lékaři svou orientaci přiznat, bude mnohem více než dvacet procent.

S homofobií souvisí i potíže při financování preventivních projektů. Východoevropské organizace jsou odkázány na financování z tzv. Globálního fondu, případně jiných západoevropských nadací. V řadě z nich tato podpora v brzké době končí. Nutno však říci, že zatím jim tyto prostředky umožňují vytvářet profesionální strukturu, o níž se nám, ze střední Evropy, ani nesní. S krácením zdrojů rezignovala velká rumunská organizace Accept na zdravotní prevenci. Zajímavá je zkušenost řecká, kde hlavní podpora gay preventivních organizací je z privátních zdrojů včetně komerčních sfér pocházející či patřící ke gay komunitě a také farmaceutických firem.

V části věnované komunitnímu testování byl představen evropský projekt HIV-Cobatest, mezi jehož osm řešitelů patří i český tým (Sexuologický ústav 1.LF UK a Česká společnost AIDS pomoc). Belgický zástupce z organizace Sensoa upozornil na to, že pravidelné HIV testování sice zamezí vzniku pozdních HIV diagnóz, ale nesnižuje počet nových infekcí. V jejich biobehaviorální studii jeden ze šesti gayů (přesněji MSM) nevěděl o své HIV infekci. Většina

z nich přitom byla jako negativní testována 6-12 měsíců před provedením studie. Otázkou je kvalita předtestového poradenství. Někdy negativní výsledek vytváří pocit falešného bezpečí. To platí zejména pro partnerské testování, kdy vzájemný negativní HIV test berou muži často jako důvod k nechráněným análním stykům v budoucnosti. Stálé partnerské vztahy s nechráněnými styky považuje za vysoce rizikové chování, protože monogamie je častěji deklarovaná než uskutečňovaná. Švédí doporučují, aby případný kontrakt partnerů o sexuální monogamii byl mnohem širší a směřoval k veřejnému se přihlášení k partnerovi (vodění za ruku, polibky na veřejnosti, otevřenost v zaměstnání a původní rodině). V této souvislosti jsem si vzpomněl na naše deset let staré zjištění, že muži, kteří měli stálého partnera, se při styku s náhodným partnerem (pokud ho měli) chovali rizikověji než muži bez partnerského vztahu. Jako vysvětlení mne tehdy napadlo, že už si v trvalém partnerství zvykli na nechráněný sex a nechtěli to měnit.

Bylo doporučeno zvýšit informovanost o projevech akutní HIV infekce (primoinfekce) v komunitě gayů, protože v důsledku velmi vysoké virové nálože je i nejvyšší infekčnost. Příznakem je hlavně několik dnů trvající horečka (nad 38 stupňů), která se objeví obvykle 2-4 týdny po nechráněném análním styku. Může být přítomno zduření mízních uzlin na různých místech těla a další chřipkové příznaky. Pokud má nějaký muž podezření na čerstvou nákazu, tak by se měl vždy vyvarovat rizikových styků.

Katalánský zástupce uvedl, že hlavním finančním limitem pro jejich poradnu je počet konfirmačních Western Blot testů, které jsou poměrně drahé a v případě anonymity je nehradí pojišťovny. Při množství 5000 otestovaných mužů majících sex s muži, mají kolem 100 nově zjištěných HIV pozitivních (což se příliš neliší od naší poradny, kde máme asi 20 pozitivních gayů na 1000 testovaných). V případě podezření na akutní HIV infekci doporučuje vyšetřovat raději PCR test, protože ten reaguje dříve než klasický konfirmační Western Blot.

Protože nárůst HIV infekce souvisí s šířením syfilis, tak se hovořilo o tom, jak časté testování na syfilis by u gayů mělo být doporučováno a jak časté je ekonomicky efektivní. Většina představitelů západních zemí byla překvapena, že u nás není možné anonymní a bezplatné testování na syfilis (alespoň pro gay komunitu). Na druhou stranu to není obvyklé ani v řadě dalších středoevropských zemí. Podobně byli často překvapeni, že není dostupné bezplatné očkování pro gaye proti žloutence typu B. Diskutována byla i možnost sexuálního přenosu žloutenky typu C. Dosud se věřilo, že je omezen na specifické aktivity jako zraňující sadomasochistické praktiky, anální fisting, soulož při menstruaci. Nárůst této nemoci u HIV pozitivních MSM (u nás až 10%), kteří nemají zkušenost s injekční aplikací drog či steroidů, ale vede k podezření, že může jít o dosud nerozpoznaný vyšší výskyt v gay komunitách. Epidemiologický projekt zaměřený na četnost hepatitidy C chystají v Dánsku.

V západní Evropě včetně Německa dochází ke

zvýšenému zneužívání návykových látek u gayů. Nezdá se, že by to souviselo s nárůstem homofobie (v minulosti bylo prokázáno, že problematické pití či užívání drog nejvíce souviselo s internalizovanou homofobií). Svou roli může hrát vliv americké komunity, kde abuzus drog u gayů byl vždy vyšší než v Evropě. Odráží to i nová ediční řada AIDS-Hilfe, která je zaměřena na sex a drogy.

Internetové poradenství se zaměřilo na aktivity Planet Romeo (též GayRomeo), největší gay seznamovací portál pro (nejen) německy mluvící země. Připomíná tedy náš iboys.cz, i když počet profilů je mnohonásobně větší. Existuje v něm síť poradců, kteří odpovídají na dotazy týkající se prevence. Všichni tuto činnost vykonávají jako dobrovolníci, i když někteří z nich pracují v AIDS-Hilfe a podobných sdruženích. Dotazy a odpovědi jsou ale jen individuální, nejsou přístupné pro ostatní čtenáře (ale zřejmě ani pro evaluaci). Pouze některé nejčastější jsou zařazeny do kategorie nejčastějších dotazů (FAQ). V plánu je rozšíření i poradců o vyslovené laiky (zkušení radí méně zkušeným), ale je obava, jak se udrží kvalita poradenství a zda budou čtenáři schopni rozlišit, kdy radí poradce s odborným zázemím a kdy laik. Internetové poradenství na Planet Romeo není exkluzivní. V Německu existují i další jeho formy, některé i v rámci chatu.

Poradci zásadně nevstupují do probíhající diskuse mezi potenciálními partnery na síti. Je to stejné, jako kdyby streetworker na holandě sledoval pár odcházející do křoví. Anebo kdybyste v dark roomu někoho oslovili s tím, že si budete povídat o sexu. Komunikace před sexem odráží často různé fantazie a nemusí být vždy realitou.

V Bělorusku se setkali s tím, že poradci zneužívali svou aktivitu k navazování osobních erotických vztahů. V Belgii podobný internetový projekt spustili se zaměřením na klienty z řad homosexuálních prostitutů.

Při internetových aktivitách je třeba oddělit osobní a preventivní aktivity, zejména na facebooku. Někteří mladí a vzdělaní aktivisté přeceňují význam prevence na internetu a nepovažují osobní práci během streetworku, letáky, brožury, postery a pohledy, prevenci v tištěných médiích za důležitou. I když gayové mají přístup k internetu častější než ostatní populace, tak by neměla prevence na internetu zůstat jedinou formou. Navíc internet obsahuje mnoho zavádějících a nepravdivých informací.

Také zazněla informace o nejbližší evropské akci. Europride se uskuteční ve francouzském Marseille (údajně nejvíce homofobní francouzský region) v červenci 2013. Jeho součástí má být třídní konference LGBT, human rights and health, preventivní stánek sdružení AIDES nabízející testování na HIV, syfilis, žloutenku typu C (na B jsou tam skoro všichni už očkováni) a postexpoziční profylaxi. Na plázech plánují terénní práci včetně testování rychlými testy.

MUDr. Ivo Procházka, CSc.
Česká společnost AIDS pomoc

Kondomy a lubrikanty v darkroomech

V říjnu se v Berlíně konalo setkání pracovníků v HIV prevenci pro gay muže (a ostatní muže mající sex s muži).

Pozornost se věnovala především možnostem komunitního HIV testování, prevenci na internetu a dostupnosti kondomů a lubrikantů v místech, kde je možné mít anonymní sex.

V tomto článku se věnujeme poslednímu bodu, tedy dostupnosti kondomů a lubrikantů v podnicích umožňujících anonymní sex. Prioritu má v tomto směru Dánsko, kde najdete kondomy i v ptačí budce na holandě v kodaňském Ørstedparku. Dodávku finančně zajišťuje místní radnice. Za pravidelné doplňování zodpovídá příslušný pracovník radnice pro gay a lesbickou komunitu.

Kontrakty. Ve většině západoevropských zemí existují kontrakty mezi komerčními podniky a gay nebo AIDS organizacemi. Organizace v nich podnikům garantují dodávku kondomů, naopak podniky zodpovídají za jejich všeobecnou dostupnost pro zákazníky. Díky tomu získávají od svých partnerů i certifikát potvrzující spolupráci. Ten je přihlášením se k místní gay scéně, což jim samozřejmě garantuje vyšší návštěvnost a uznání v gay komunitě.

Kdo to hraří? Kondomy i lubrikanty většinou platí komerční podniky. Pouze v Dánsku, Británii a spolkové zemi Hamburg jde úhrada z městských rozpočtů. Jeden z argumentů pro způsob financování z rozpočtu komerčních podniků porovnává provoz v klasické restauraci, kde majitel má zajistit na WC toaletní papír také ze svého rozpočtu. Pokud tedy provozujete sex klub či saunu, tak musí stejně tak zajistit dostatek kondomů a lubrikantů. Gay a AIDS organizace umožňují díky velkým nákupům dosáhnout přijatelnou cenu. Z velkých organizací relativně nejvíce platí za kondomy při nákupu od německé AIDS Hilfe – sedm eurocentů, nejméně pak od francouzské AIDES, kde se dostali až na cenu pod dva centy za kus.

Co je zdarma, to se zneužívá. Častá námitka proti volné distribuci je, že kondomy si lidé pak odnášejí domů. Snad s výjimkou speleologů, kteří kondom používají jako ochranu na baterku před vlhkem, lze předpokládat, že kondom nakonec přece jen splní svůj preventivní účel. Některé podniky to řeší tím, že kondom, případně lubrikant, u baru dostanete, ale musíte si o něj říci barmanovi. Ne vždy se to ale dozvíte, informace o tom leckdy chybí. Musíte se zkusit zeptat. Kondomy samozřejmě nemusí být všude. Stačí alespoň jedno místo, třeba právě u baru. Třeba v kolínské sauně to ale v prostoru kabinek nikde nemáte ke kondomu a dávkovači lubrikantů dál než

20 metrů. Nevím, jestli když přijdete během večera za barmanem se žádostí o kondom třeba posedmé, tak vzbudíte obdiv (případně pozvání od něj) nebo spíše podezření, že kondomy zneužíváte.

Lubrikanty. Nákladnější jsou lubrikanty. Německá AIDS Hilfe zakupuje zdravotnický lubrikant pro ultrazvuková vyšetření, který vyjde levněji než lubrikant pro sexuální účely. Svůj účel ale plní stejně. Ve většině západních saun i sex klubů najdete dávkovače lubrikantů. Hygienickým hitem do budoucna by měly být bezdotykové dávkovače. Naopak cena jednorázových sáčků s lubrikantem je poměrně vysoká, tuby zase nejsou obvykle moc praktické (i když umožňují doplnit lubrikant i během styku, ale to umožní i dávkovače). Přístup k lubrikantům je horší v zemích střední a východní Evropy. Snad to souvisí s tím, že v minulosti (ale to už je přes dvacet let!) nebyly dostupné vůbec. Ale nemají je obvykle k dispozici ani v Rakousku.

Přístup k této formě prevence odráží i **filozoficko-politické postoje**.

Jedním z nich je postoj, který bychom mohli označit jako **katolický**, to znamená, že problém se pokrytecky vytěšňuje a nepřiznává. Majitel sauny uvádí, že kabinky tam jsou jen pro individuální odpočinek (ostatně je tam přece lehátko jen pro jednu osobu). Vůbec tedy nepředpokládá, že by v jeho podniku k nějakým sexuálním stykům docházelo. Jindy majitel diskotéky netuší, proč někteří lidé chodí do temné místnosti, která mu slouží jen jako záložní sklad (proto se tam samozřejmě nesvítil). Podobným obcházením reality je postoj některých majitelů, kteří uvádějí, že do jejich podniku HIV pozitivní nechodí anebo je tam nepustí. Nepustí tam tedy možná to jedno procento, které znají, ale ostatních 99% se občas mezi jeho návštěvníky objeví. I když se zdá, že taková realita je z počátku devadesátých let, tak jeden pozitivní kamarád se s podobnou reakcí v jednom českém sex klubu setkal ne tak docela dávno.

Další postoj lze charakterizovat jako **ultraliberální**. Ať si každý dělá, co chce. Když si někdo přinese kondom z domova, je to jen jeho věc. Když ne, tak si ho může v podniku koupit. V nabídce je třeba Durex za 80 Kč. Ale především: do našeho podniku se lidi chodí bavit a nepřejí si být strašeni a obtěžováni nějakým rizikem HIV (a jiných chorob). Pokud chtějí mít anonymní sex, tak pak už vůbec nechtějí o HIV nic vědět, aby je to neznepokojovalo. Takoví majitelé obvykle odmítají i distribuci preventivních materiálů. Typickým příkladem jsou ruské podniky, které jsou ochotny s preventivními organizacemi spolupracovat,

jen když jim za to zaplatí (mají přece na svou činnost plno peněz z USA, tak ať trochu pomohou chudým „novým Rusům“). Pokud budou všichni jejich hosté HIV pozitivní, je to jen a jen jejich problém, který je nezajímá. Hlavně když se přijdou do podniku bavit. Sám jsem u nás v jednom podniku zaslechl barmana, kdy na žádost anglicky mluvícího hosta o kondom pronesl udivené Why?

Socialistický postoj je regulativní. Nepřátelé regulací to označují za sociální inženýrství a omezování svobody podnikání. Zdá se, že postkomunistické země často nejsou schopny najít přijatelnou míru regulace veřejného prostoru. Buď se zakazuje vše nebo se všechno povoluje. Bývalý manažer Národního AIDS programu souhlasil s dotacemi pro prevenci v gay komunitě jen tehdy, pokud si organizace v podnicích vynutí úplné uzavření všech darkroomů (naštěstí o nich nerozhodoval jen on). Na druhou stranu smysl má jen ta regulace, kterou lze i kontrolovat. Některé země nepovolují sex ve veřejném prostoru. Pokud tedy učiní výjimku, tak je to jen tehdy, když jsou vytvořeny podmínky pro snížení rizika přenosu HIV a pohlavních chorob. Provozovat sex klub, v němž distribuce kondomů (ale i lubrikantů!) chybí, je podobný přístup jako prodávat na baru kvalitní lihoviny od likérky Drak (i v tomto směru jsme byli původně dosti liberální, ale něco se poslední dobou změnilo). V Kolíně nad Rýnem místní hygienik zavřel darkroom, protože v baru nebyly volně dostupné kondomy.

Je to účinné? Problémem je málo validních důkazů, že bezplatná distribuce kondomů a lubrikantů vede ke snížení rizika přenosu HIV. Ostatně prokázat účinnost jakékoli prevence není jednoduché, takže není tak překvapivé, že jeden významný český hygienik a politik prohlásil, že prevence nefunguje. Existuje studie, která nepotvrdila žádný efekt volné distribuce kondomů a lubrikantů na snížení rizika přenosu HIV a ostatních nemocí. Francouzský aktivista, který o ní referoval, však svůj projev uzavřel slovy, že i tak to musíme dále dělat a spíše ještě zvýšit úsilí. Možná nás v budoucnu čeká jeden sociální pokus. Pokud se ve střední Evropě nic v dosavadním přístupu nezmění a české gay komunitě se podaří překročit nebo alespoň vyrovnat během dalších deseti let nárůst HIV v Paříži, Londýně a Berlíně (poslední čísla ukazují, že nejsme bez šancí☺), tak by to mohl být dosti důležitý důkaz, že rozdávaní kondomů a lubrikantů v sex klubech a saunách má opodstatnění. Malou praktickou studii udělali v Grazu. Před vstupem do darkroomu v některé dny rozdávali kondomy a v další ne. Po zavírací době porovnali počty použitých kondomů na podlaže. Rozdílly byly významné.

Rovněž studie o ekonomické výhodnosti prokázaly, že roční bezplatná distribuce kondomů (tam kde jsou placeny z veřejných rozpočtů) se z pohledu snížení nákladů na terapii vyplatí již tehdy, pokud zamezí vzniku jen tří nových HIV infekcí. Samozřejmě pomíjíme ochranu před dalšími chorobami a psychosociálními následky.

Cílová skupina: Ne každý gay má anonymní sex. Ale muži obecně (nejen gayové) k němu mají větší tendence. Ve výzkumech vychází, že během posledních dvanácti měsíců anonymní sex mělo přibližně 60% mužů, kteří mají sex s muži. Vše záleží na tom, jak je velká tzv. oportunní skupina, tedy ti, kteří kondom použijí, když mají možnost, ale když kondom nemají (ale někdy také pod vlivem vzrušení či alkoholu) kondom nepoužijí. Zdá, že je to skupina nemalá. Někteří pozitivní kamarádi říkají, že kondom svému partnerovi v podobné situaci vždy nabídnou. Ale když ho odmítne, tak s ním někdy mají rizikový sex. Jsou ale samozřejmě i takoví, kteří pak raději odmítnou anální sex vůbec. Skupina těch, kteří jdou do sex klubu vždy vybaveni dostatečným množstvím kondomů a lubrikantů je přece jen asi menší. Je třeba myslet na to, že když je někdo versatilní (a takových je většina), tak jeden kondom na jeden sex nemusí stačit. Podíl barebackerů (tedy těch, kteří plánovaně kondomy nikdy nepoužívají) bude jen několik procent.

Silnější nebo normální kondom? Řada zemí ustupuje od doporučování silnějších kondomů při análním sexu, které jsou přece jen dražší. Švýcaři uvedli, že existuje studie, která prokázala, že případné selhání kondomu souvisí zejména s dostatečným množstvím vhodného lubrikantu a šířka jeho stěny není tak důležitá.

Čeští zákazníci neumějí moc prosazovat svoje práva a požadavky. Platí vysoké bankovní poplatky, telefonní účty. Podobně čeští gay zákazníci, i když mají často zkušenosti ze západních zemí, nevidí v nedostatku kondomu a lubrikantů v českých sex klubech nic neobvyklého. Někteří se naučili kondomy a lubrikanty do sex klubů si nosit z domova. Ale jiní se tam vypraví impulzivně. Často si vůbec nepřipouští, že tam jsou kvůli sexu. Zeptejte se schválně kamaráda, když ho potkáte v sauně, jestli tam šel za sexem. Jen málokdo přizná, že ano. Ti pak často patří mezi ty, kteří kondom použijí, kdyby byl. Ale když není, tak co se dá dělat. Přece HIV (i syfilis) se dneska už dá léčit. I u nás ale existují čestné výjimky, třeba většina saun, kde kondomy lze zdarma obdržet. V některých klubech Vám kondom dají alespoň občas.

MUDr. Ivo Procházka, CSc.
Česká společnost AIDS pomoc

X. Lábadyho sexuologické dni – 26. 9. – 28. 9. 2013, Trnava

Konferencia sa konala v hoteli Holiday Inn po jej otvorení prezidentkou konferencie, MUDr. Danou Šedivou a predsedníčkou Slovenskej sexuologickej spoločnosti, MUDr. Danicou Caisovou.

Prednášky pozvaných hostí prebehli v dvoch blokoch – v prvom a v siedmom. V prvom bloku sme mali možnosť vypočuť si doc. J. Zvěřinu, predsedu Českej sexuologickej spoločnosti ktorý poukázal na sexuálne emócie, ako významný zdroj iracionálnej motivácie človeka. Po ňom nasledovalo druhé pokračovanie mýtov v sexe v podaní prof. P. Weissa a napokon prednáška známeho šíriteľa sexuálnej osvety, dr. R. Uzla, predsedu českej spoločnosti pre plánované rodičovstvo – Ekonomie sexu v proměnách času. V druhom bloku prednášok pozvaných hostí vystúpila dermatovenerologička A. Strehárová s témou vírusová hepatitída B a syfilis ako sexuálne prenosné ochorenia. Nemenej zaujímavá bola prehľadná prednáška prednostu psychiatrickej kliniky FNŠP na Mickiewiczovej ulici v Bratislave, doc. J. Pečeňáka o sexuálnych dysfunkciách u pacientov so schizofréniou. Dve po sebe nasledujúce prednášky Dr. P. Minárika, Sexuálne správanie – reč génov a Sexuálne správanie – reč mozgu, voľne nadväzujúce na prednášku z posledných košických sexuologických Tajomstvo sexepílu, nesporne opäť upúťali pozornosť poslucháčov najmä vzhľadom na zainteresovaný prednes exaktných faktov z aspektu biológia a propagátora evolučnej teórie sexuality.

Druhý blok prednášok bol zostavený z prezentácií, ktoré sa týkali hlavnej témy konferencie – Sexualita v ohrození. Dr. A. Imrišková predniesla, ako obvykle na našich konferenciách, zaujímavú úvahu, ktorá vzišla z jej vlastných pozorovaní, tentoraz o tzv. kúpeľných láskach. Dr. D. Caisová sa venovala problematike stratégie ľudského sexuálneho správania, vychádzajúc z evolučných poznatkov v danej súvislosti. Mimoriadnu pozornosť vzbudila starostlivo dokumentovaná prednáška Dr. Dany Šedivej na tému Sexuálne zneužívanie v katolíckej cirkvi. Poslednú prednášku tohto bloku, postavenú na psychoterapeutickej a súdnoznanleckej praxi, predniesol Dr. R. Máthé, poukazujúc na odopretý sex ako možný etiopatogenetický činiteľ.

Tretí blok prednášok sa týkal ženskej sexuality. Zo šiestich tematicky rôznorodých prednášok vzbudila zrejme najväčšiu pozornosť prednáška Dr. Kataríny Jandovej pod názvom Chceme svoju placentu! (... lebo ju chceme zjesť). Priblížila nám zaujímavý fenomén dneška, ktorý sa objavuje na gynekologicko-pôrodných pracoviskách. Nemej prekvapivé boli aj predmety nájdené v pošte, o ktorých referoval kolektív gynekológov – J. Štefániková, Ľ. Chovanová, Z. Havlíková, a M. Bučko. Dr. M. Patarák referoval o endokanabinoídoch a sexuálnom vzrušení ženy, Mgr. V. Lukáčová auditóriu priblížila sexualitu onkologických žien s titulom Ukradnutá ženskosť. V tomto bloku odznela tiež prezentácia pod názvom Vaginizmus – problém, ktorý sa dá riešiť autorky Dr. E. Bernátovej a práca Body image gravidných žien II v prednese Dr. M. Kozára.

Štvrtý blok prednášok bol venovaný sexuálnym dysfunkciám. V radoch prednášajúcich vystupovali urológovia, ktorí sa z rôznych aspektov venovali erektilnej dysfunkcii – doc. J. Marenčák predniesol prednášku pod názvom Erektálna dysfunkcia a syndróm nedostatku testosterónu, Dr. Hrivňák sa venoval EDSWT, s vyzdvihnutím šance na úplné vyliečenie pacientov s ED, Dr. Gergel oboznámil poslucháčov s aktuálnym stavom liečby ED rázovými vlnami v podmienkach Slovenska, a napokon Dr. I. Kubiš poukázal na nové možnosti v liečbe LUTS/BPH

a ED.

Piaty blok prednášok sa niesol v duchu sexuálnych úchyliet. Blok otvorila Dr. Danica Caisová poukazom na rôzne úskalia diagnostiky sexuálnych úchyliet, vyzdvihujúc užitočnosť aplikácie modelu sexuálne motivačných systémov známy v podaní Dr. A. Kolářského v danej súvislosti. V tomto bloku odznela prednáška Dr. P. Kluberta, týkala sa psychoterapeutickej práce s homosexuálne orientovaným kňazom (samozrejme nie, v zmysle terapie homosexuality) a Dr. Fúskovej v spoluautorstve s Dr. Klubertom pod názvom Konštrukt rodu u lesbických žien. Antropologička Dr. E. Jozífková aj tentoraz zaujala publikum svojim nevšedným prejavom na tému BDSM: Nové údaje a rozdiel medzi zdravým a vzťahom a násilím vo vzťahu a v sexe. Tento blok ukončila prednáška.

Šiesty blok sa týkal mužskej sexuality. Prezentácia Dr. M. Hrivňáka sa týkala štúdie IPASS – poskytujúcej nové poznatky o pozitívnom vplyve dlhodobej liečby testosterónom. Práca kolektívu lekárov M. Takácsovej, M. Prieložnej, P. Malovca a J. Barinku – Musculus cremaster: záruka plodnosti a erotiky muža, bola skôr anatomicko-fyziologicky orientovaná, kým práca Dr. A. Smetánku – Alternatívy liečby sexuálnych dysfunkcií u mužov, ako aj práca Dr. M. Pataráka – Efekty farmakologických manipulácií neurotransmitterových systémov na sexuálne správanie mužov a samcov hlodavcov boli farmakologicky orientované štúdie. Dr. L. Urban priblížil auditóriu sexuálny život pacientov s poruchami rytmu srdca.

V poslednom bloku prednášok, ako obvykle, odzneli prednášky na rôzne témy. Dr. D. Bodáková, anesteziologička, nám priblížila špecifiká tzv. frailty syndrómu, ako problému budúcnosti, s poukázaním na problematiku ľudí bez ohľadu na ich vek, odkázaných na dlhodobú zdravotnú starostlivosť s akcentom na elimináciu bolesti, aj z aspektu ich sexuality. Ďalšie tri prednášky sa týkali výskytu sexuálnych dysfunkcií v podaní Dr. D. Šedivej vo vzťahu k depresii, v prezentácii Dr. M. Chovanca a kolektívu autorov vo vzťahu k závislosti od alkoholu a v podaní autorov Dr. P. Lepieša a kolektívu vo vzťahu k homosexuálnej orientácii. Blok vári uzavrel svojou prednáškou na tému Kyselina hyalurónová v liečbe sexuologických pacientov, Dr. I. Bartl.

X. jubilejné Lábadyho sexuologické dni možno hodnotiť ako skutočne prínosné, s bohatými diskusnými príspevkami, ktoré doznievali v kuloároch. Spoločenský večer spríjemnila svojim vystúpením hviezda hereckého súboru Divadla Andreja Bagara v Nitre, Eva Pavlíková, Folklorný súbor Modrančanka a v neposlednom rade rockova skupina Uroband. Bolo nám tiež ctou zablahoželať doc. MUDr. Jaroslavovi Zvěřinovi, CsC., k jeho životnému jubileu, k 70. narodeninám. Za bezproblémový a spoločensky príjemný priebeh konferencie ďakujeme predovšetkým prezidentke konferencie, MUDr. Dany Šedivej, primárke psychiatrického oddelenia trnavskej Fakultnej nemocnice a ňou vedeného kolektívu pracovníkov oddelenia, MUDr. Danici Caisovej, predsedníčke SSS a členky organizačného výboru konferencie, Cestovnej kancelárii KAMI, ktorá už roky spoľahlivo a na stále vyššej úrovni zabezpečuje naše odborné podujatia a v neposlednom rade aj sponzorom konferencie, farmaceutickým firmám Pfizer, BAYER, IBSA, Lilly, CSC, ANGELINI, PRO.MED.CS, ZENTIVA, SERVIER a Lundbeck.

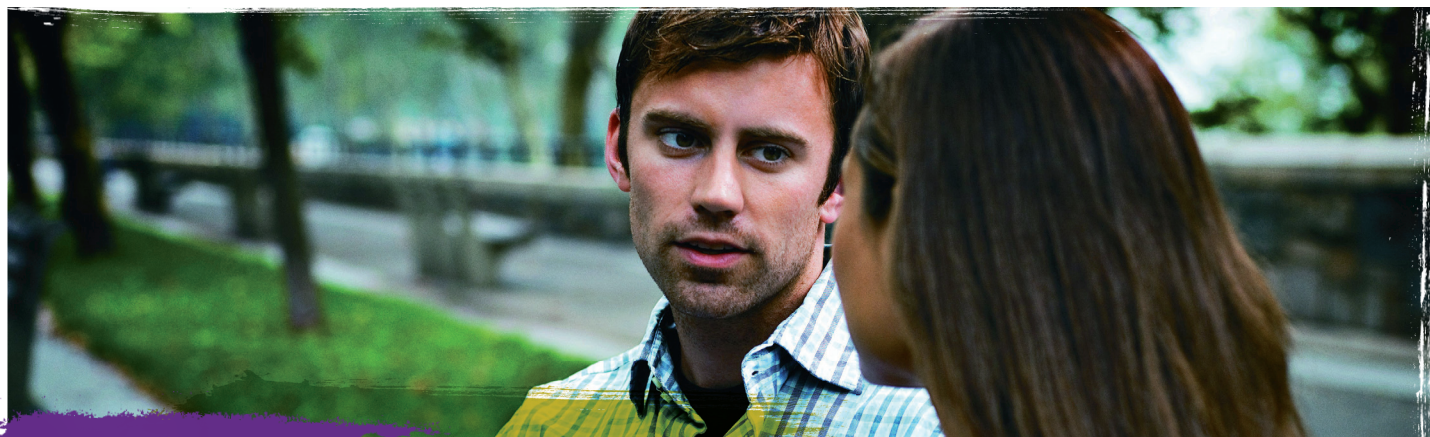
Robert Máthé

Depot s overenou účinnosťou olanzapínu^{1, 2, 3, 4}

Účinnosť
a tolerabilita
OLANZAPÍNU

ZYPAdhera
Olanzapín prášok a rozpúšťadlo na
injekčnú suspenziu s predĺženým uvoľňovaním

DEPOT
=
istota liečby



SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU:

ZYPADHERA 210 mg, 300 mg, 405 mg – prášok a rozpúšťadlo na injekčnú suspenziu s predĺženým uvoľňovaním. **Účinná látka:** Olanzapín. **Indikácie:** Udržiavacia liečba dospelých pacientov so schizofréniou dostatočne stabilizovaných počas akútnej liečby perorálnym olanzapínom. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na pomocné látky, známe riziko glaukómu so zatvoreným uhlom. **Osobitné upozornenia:** ZYPADHERA sa nemá použiť v akútnom agitovanom alebo závažnom psychotickom stave. Riziko post-injekčného syndrómu (príznaky: sedácia a/alebo delírium, extrapyramídové príznaky, dyzartria, ataxia, agresivita, závrat, slabosť, hypertenzia a kŕče) s nástupom vo väčšine prípadov v priebehu 1 hodiny po injekcii. ZYPADHERU má podávať iba vyškolený zdravotnícky pracovník, v zdravotníckom zariadení, kde je zaistené minimálne 3-hodinové sledovanie pacienta po podaní injekcie a prístup k lekárskej starostlivosti. Trojhodinové sledovanie sa má predĺžiť u pacientov, ktorí vykazujú znaky alebo príznaky zodpovedajúce predávkovaniu olanzapínom. Bezprostredne pred opustením zdravotníckeho zariadenia je potrebné sa uistiť, že pacient nemá žiadne príznaky predávkovania*. Pacient si má po zvyšok dňa všimnúť príznaky predávkovania a neviest' a neobsluhovať stroje. Pri olanzapíne p.o. sa vyskytli zriedkavé prípady neuroleptického malígneho syndrómu. Bola hlásená hyperglykémia a/alebo exacerbácia diabetu príležitostne spojená s ketoacidózou alebo kómou, v niekoľkých prípadoch až s úmrtím, a nežiaduce zmeny lipidov. Odporúča sa príslušné monitorovanie glykémie a hmotnosti, pravidelné sledovanie lipidov a liečba tak, ako je to klinicky vhodné. Opatrnosť u pacientov s hypertrofiou prostaty a paralytickým ileom, u pacientov so zvýšenými hodnotami ALT, AST, s poškodením pečene a pri liečbe potenciálne hepatotoxickými liekmi. U pacientov s hepatitídou sa musí liečba olanzapínom ukončiť. Opatrnosť u pacientov so zníženým počtom leukocytov a/alebo neutrofilov, s hypereozinofiliou alebo s myeloproliferatívnou chorobou a s liekmi spôsobujúcimi neutropéniu, pri predpisovaní s liekmi predlžujúcimi QT interval, najmä u rizikových pacientov. Brať do úvahy možné rizikové faktory venózneho tromboembolizmu a vykonať preventívne opatrenia. Opatrnosť u pacientov so záchvatmi v anamnéze alebo s rizikovými faktormi, pri súčasnom užívaní s inými centrálné pôsobiacimi liekmi či alkoholom ako aj pri obsluhu strojov a vedení motorových vozidiel. Zvážiť zníženie dávky alebo vysadenie pri objavení sa príznakov tardívnej dyskíniezy. U pacientov starších ako 65 rokov pravidelne merať krvný tlak (riziko posturálnej hypotenzie). Riziko najhľadnej smrti je porovnateľné s rizikom iných atypických antipsychotík. Neodporúča sa začať podávať ZYPADHERU pacientom nad 75 rokov.

Literatura: 1. SPC ZypAdhera

2. Kane JM, et al. Olanzapine Long-acting Injection: A 24-Week, Randomized, Double-Blind Trial of Maintenance Treatment in Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 181-189.
3. Citrome L. Patient perspectives in the development and use of long-acting antipsychotics in schizophrenia: focus on olanzapine long-acting injection. *Patient Preference and Adherence* 2009; 3: 345-355.
4. Lauriello J, et al. An 8-week, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study of Olanzapine Long-Acting Injection in Acutely Ill Patients with Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2008, 69 (5): 790-99.

Nežiaduce účinky: Post-injekčný syndróm zodpovedajúci predávkovaniu olanzapínom (u <0,1 % injekcií). Sedácia (4,7%), bolesť v mieste podania (5%). Najčastejšie nežiaduce reakcie spojené s užívaním olanzapínu: ospalosť, nárast telesnej hmotnosti, eozinofília, zvýšenie hladiny prolaktínu, cholesterolu, glukózy a triglyceridov, glukozúria, zvýšená chuť do jedla, závrat, akatízia, parkinsonizmus, leukopénia a neutropénia, dyskinéza, ortostatická hypotenzia, anticholinergné účinky, prechodné asymptomatické zvýšenie pečeňových aminotransferáz, vyrážka, asténia, únava, horúčka, artralgia, zvýšená hladina alkalickej fosfatázy, vysoká hladina gama glutamyltransferázy, vysoká hladina kyseliny močovej, vysoká hladina kreatín-fosfokinázy a edém. **Gravidita a laktácia:** Olanzapín podávať počas gravidity len ak potenciálny prínos pre matku prevyší možné riziko pre plod. Pacientky počas liečby olanzapínom nesmú dojčiť. **Liekové a iné interakcie:** Opatrnosť s liekmi vyvolávajúcimi hypotenziu alebo sedáciu. Fajčenie a karbamazepín môžu viesť k zníženiu koncentrácie olanzapínu. Pri užívaní inhibítorov CYP1A2 (napr. fluvoxamín, ciprofloxacín) zvážiť zníženie dávky olanzapínu. **Dostupné balenia:** Prášok 210 mg, 300 mg alebo 405 mg. Jedna škatuľa obsahuje jednu injekčnú liekovku prášku, jednu injekčnú liekovku rozpúšťadla, jednu striekačku s prednasadenou bezpečnostnou ihlou a 2 bezpečnostné ihly. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Len na hlboké intramuskulárne gluteálne podanie. Nepodávať intravenózne alebo subkutánne. Dávku upraviť v rozmedzí od 150 mg do 300 mg každé 2 týždne alebo 300 až 405 mg každé 4 týždne. Pacienti nad 65 rokov, pacienti s poškodením obličiek a/alebo pečene: zvážiť nižšiu počiatočnú dávku (150 mg každé 4 týždne). Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis a liek je hrađený z verejného zdravotného poistenia. **Registračné číslo 210 mg:** EMEA/H/C/890/001; **Registračné číslo 300 mg:** EMEA/H/C/890/002; **Registračné číslo 405 mg:** EMEA/H/C/890/003.

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1–5, NL–3991 RA Houten, Holandsko. **Dátum poslednej revízie textu:** August 2013.

Pred predpisovaním sa prosím zoznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku. Úplné informácie o lieku sú k dispozícii v príslušnom Súhrne charakteristických vlastností lieku alebo na adrese: Eli Lilly Slovakia, s.r.o., Panenská 6, 811 03 Bratislava, tel. 02/2066 3111, fax:02/2066 3119.

* Všimnite si prosím zmeny v informácii o lieku.



Existujú 2 spôsoby
ako očariť ženu.

Jedným z nich je diamant.

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU • VIAGRA 25 mg filmom obalené tablety; VIAGRA 50 mg filmom obalené tablety; VIAGRA 100 mg filmom obalené tablety. Lieková forma: filmom obalená tableta. **Indikácie:** Liečba erektilnej dysfunkcie u mužov. Aby bola VIAGRA účinná, je potrebná sexuálna stimulácia. **Dávkovanie:** Na perorálne použitie. Odporúčaná dávka je 50 mg podľa potreby (približne 1 hodinu pred sexuálnou aktivitou, maximálne 1× za 24 hodín). Maximálna odporúčaná dávka je 100 mg. U pacientov s poruchou funkcie pečene a ťažkou poruchou funkcie obličiek a u pacientov užívajúcich súčasne inhibítory CYP3A4 alebo alfablokátory sa má zväziť úvodná dávka 25 mg. VIAGRA nie je indikovaná u osôb mladších ako 18 rokov. **Kontraindikácie:** precitlivosť na sildenafil alebo niektorú z pomocných látok, súčasné podávanie s donormi oxidu dusnatého alebo nitrátmi, ochorenia, pri ktorých sa sexuálna aktivita neodporúča (nestabilná angina pectoris alebo ťažké srdcové zlyhávanie), ťažká porucha pečene, hypotenzia (< 90/50 mmHg), nedávno prekonaný infarkt myokardu alebo náhla cievna mozgová príhoda, hereditárne degeneratívne ochorenia retiny (retinis pigmentosa), strata videnia v jednom oku v dôsledku NAION. **Osobitné upozornenia:** Lekár musí zohľadniť kardiovaskulárny stav pacienta a posúdiť riziko podania vazodilatátorov. VIAGRA potencuje hypotenzívny účinok nitrátov. Opatrnosť sa odporúča pri podávaní pacientom užívajúcim alfablokátory a u pacientov s anatomicou deformáciou penisu, resp. s och-

reniami s rizikom vzniku priapizmu. U pacientov s hemoragickými poruchami alebo aktívnym peptickým vredom treba zväziť prínos a riziko liečby. VIAGRA nie je indikovaná u žien. **Interakcie:** Súčasné podávanie sildenafilu a ritonaviru sa neodporúča. Pri súčasnom podávaní s inhibítormi CYP3A4 (ketokonazol, erytromycín a cimetidín) sa odporúča zväziť úvodnú dávku 25 mg. U niektorých citlivých jedincov môže dôjsť pri súbežnom podávaní s alfablokátormi k symptomatickej hypotenzii. Nikorandil (vzhľadom na nitrátovú zložku) má potenciál pre závažné interakcie so sildenafilom. **Gravidita a laktácia:** VIAGRA nie je indikovaná u žien. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Keďže závrat a zmenené videnie boli hlásené v klinických štúdiách so sildenafilom, pacienti predtým, ako budú viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje, majú poznať, ako reagujú na podanie lieku VIAGRA. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: bolesť hlavy; časté: návaly, závrat, poruchy videnia, porucha farebného videnia, nazálna kongescia, dyspepsia. **Uchovávanie:** Uchovávať pri teplote neprevyšujúcej 30 °C, v pôvodnom balení na ochranu pred vlhkosťou. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred podaním lieku sa zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). **Dátum poslednej revízie textu:** Január 2013. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Veľká Británia. **Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii:** PFIZER Luxembourg SARL, o.z., tel.: +421 2 3355 5500



Pfizer Luxembourg SARL, Pribinova 25, 811 09 Bratislava
tel.: 02/3355 5500, fax.: 02/3355 5499, www.pfizer.sk



VIAGRA[®]
(sildenafil citrate) tablets