

# SEXUOLÓGIA

# SEXOLOGY



ČASOPIS SLOVENSKEJ SEXUOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI  
JOURNAL OF THE SLOVAK SOCIETY FOR SEXOLOGY

## Prehľadné štúdie

*Tajomstvo sexepílu*

Peter Minárik

*Ženská obrázka - kultura, náboženství,  
mýty a obavy*

Dita Pichlerová

*Sex, komunikácia a zdravotníctvo*

Michal Chovanec, Petr Weiss

## Pôvodné práce

*Priapizmus ako následok užívania trazodonu –  
Kazuistika*

Jozef Dúbravický, Štefan Vanko

*Vaginizmus – problém, ktorý sa dá riešiť*

Eva Bernátová, Danica Caisová

*Sadomasochistický sex: rozdiel medzi „zdravým“*

*BDSM a násilím v sexu a v partnerskom vzťahu*

Eva Jozífková

## Správy a informácie

## Recenzie

## Kalendár odborných podujatí



**Zvýšte šancu,  
že pacient bude  
s liečbou ED spokojný...  
...ponúknite mu  
Cialis.<sup>1, 2</sup>**

**Cialis**  
tadalafil



**Moderná liečba ED nie je len o návrate erekcie.  
Až 75% pacientov sa sťažuje, že krátko  
pôsobiace lieky im neumožňujú dostatok  
spontánnosti v sexuálnom živote.<sup>3</sup>**

**Cialis ponúka Vaším pacientom priestor pre prirodzený intímny život bez stresu z ubiehajúceho času.<sup>4</sup>**

**SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU CIALIS** **Názov lieku:** Cialis 5 mg filmom obalené tablety. **Zloženie:** 1 tableta obsahuje 5 mg tadalafilu. **Indikácie:** Liečba erektilnej dysfunkcie. Na dosiahnutie účinku tadalafilu, pri liečbe erektilnej dysfunkcie, je potrebná sexuálna stimulácia. Liečba znakov a príznakov benígnej hyperplázie prostaty u dospelých mužov. CIALIS nie je indikovaný na použitie u žien. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Erektilná dysfunkcia u dospelých mužov - Odporúčaná dávka CIALISU je 10 mg, podaná pred očakávanou pohlavnou aktivitou, bez ohľadu na príjem potravy. U pacientov, u ktorých tadalafil v dávke 10 mg nevedie k očakávanému účinku, sa môže použiť dávka 20 mg. Liek sa môže užiť aspoň 30 minút pred pohlavnou aktivitou. Maximálne dávkovanie je jedenkrát denne. U pacientov, u ktorých sa predpokladá časté užívanie CIALISU (t.j. aspoň dvakrát týždenne) možno bude vhodné zvážiť dávkovanie s najnižšou dávkou CIALISU jedenkrát denne, na základe rozhodnutia pacienta a zväzenia lekára. U týchto pacientov sa odporúča dávka 5 mg jedenkrát denne v približne rovnakom čase. Dávku je možné znížiť na 2,5 mg jedenkrát denne podľa znášanlivosti pacienta. Vhodnosť kontinuálneho používania jedenkrát denne sa má pravidelne prehodnocovať. Benígna hyperplázia prostaty u dospelých mužov - Odporúčaná dávka je 5 mg, ktorá sa má užívať denne v približne rovnakom čase s jedlom alebo bez jedla. Pre dospelých mužov liečených na obidve ochorenia – benígna hyperplázia prostaty aj erektilnú dysfunkciu je odporúčaná dávka takisto 5 mg a má sa užívať denne v približne rovnakom čase. Pacienti, ktorí nie sú schopní tolerovať tadalafil 5 mg na liečbu benígnej hyperplázie prostaty majú zvážiť alternatívnu liečbu, nakoľko účinnosť 2,5 mg tadalafilu pri liečbe benígnej hyperplázie prostaty nebola preukázaná. U starších pacientov ani u pacientov s ľahkou až stredne závažnou poruchou funkcie obličiek nie je potrebná žiadna úprava dávky. Dávkovanie tadalafilu 2,5 mg alebo 5 mg jedenkrát denne či už na liečbu erektilnej dysfunkcie alebo benígnej hyperplázie prostaty sa neodporúča u pacientov so závažnou poruchou funkcie obličiek. Pacientov, u ktorých trvá erekcia 4 hodiny a viac, je potrebné poučiť o nutnosti okamžitého vyhľadania lekára. Ak nedôjde k okamžitej liečbe priapizmu, môže dôjsť k poškodeniu tkaniva penisu a k trvalej strate potencie. CIALIS je potrebné užívať s opatnosťou u pacientov s anatomickými deformáciami penisu alebo u pacientov trpiacich ochoreniami, ktoré môžu predisponovať ku vzniku priapizmu. Opatnosť je potrebná pri predpisovaní CIALISU pacientom užívajúcim ritonavir, saquinavir, ketokonazol, itraconazol, erytromycín, klaritromycín a grapefruitovú šťavu, keďže bola v kombinácii s týmito liekmi pozorovaná zvýšená systémová expozícia tadalafilu. Bezpečnosť a účinnosť kombinovanej liečby CIALISOM a inými PDE5 inhibitorami alebo inými liekmi na liečbu erektilnej dysfunkcie nebola preskúmaná. Poučte pacientov, aby neužívali CIALIS v takýchto kombináciách. CIALIS obsahuje laktózu. Pacienti so zriedkavou dedičnou intoleranciou galaktózy, deficitom laktázy alebo glukózo-galaktózovou malabsorpciou nemajú užívať tento liek. Kombinácia tadalafilu s doxazosinom sa neodporúča. Pozornosť treba venovať pri používaní tadalafilu u pacientov liečených alfa-blokátormi a najmä u starších osôb. Liečbu treba začať s minimálnou dávkou a postupne upraviť. Pred vedením motorových vozidiel alebo používaním strojov by pacienti mali poznať svoju reakciu na CIALIS. **Gravidita a laktácia:** CIALIS nie je indikovaný na použitie u žien. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie hlásené nežiaduce účinky u pacientov užívajúcich CIALIS na liečbu erektilnej dysfunkcie alebo benígnej hyperplázie prostaty boli bolesť hlavy, dyspepsia, bolesť chrbta a myalgia. Hlásené nežiaduce účinky boli prechodné a zvyčajne mierne alebo stredne závažné. U pacientov liečených tadalafilom jedenkrát denne bol hlásený mierne zvýšený výskyt abnormalít EKG, najmä sinusovej bradykardie v porovnaní s placebom. Väčšina týchto abnormalít EKG nesúvisela s nežiaducimi účinkami. **Čas použiteľnosti, uchovávanie:** 3 roky. Uchovávajú sa v pôvodnom obale na ochranu pred vlhkosťou. Uchovávajú sa pri teplote neprevyšujúcej 30 °C. **Balenie:** blister obsahujúci 14 alebo 28 tabliet v balení. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Eli Lilly Nederland B.V. Grootslag 1-5, NL-3991 PA, Houten, Holandsko. **Registračné čísla:** EU/1/02/237/007-008. **Dátum poslednej revízie textu:** 24/10/2012. **Pred predpisáním sa prosím oboznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktoré môžete získať na webovej adrese VPOIS spol. Lilly:** <https://www.lilly.cz/info/default-page/vpois> alebo na adrese Eli Lilly Slovakia s.r.o., Panenská 6, 811 03 Bratislava, tel: 02 2066 3111, fax: 02 2066 3119. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis a nie je hrađený z verejného zdravotného poistenia.** Táto skrátená verzia SPC je platná ku dňu 26.11.2012.

1. Martin-Morales A, et al. Therapeutic Effectiveness and Patient Satisfaction after 6 Months of Treatment with Tadalafil, Sildenafil, and Vardenafil: Results from the Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) Eur Urol. 2007;51:541-550. 2. Lee J, et al. Physician-rated patient preference and patient- and partner-rated preference for tadalafil or sildenafil citrate: results from the Canadian 'Treatment of Erectile Dysfunction' observational study. BJU Int 2006; 98: 623-9. 3. Simonelli Ch. Men's Psychological Experience with Erectile Dysfunction. A Multi-Ethnic Survey. 2002. World Congress for Men's Health, (Vienna, 25-27 October). 4. Porst H. IC351 (tadalafil, Cialis): update on clinical experience. Int J Imp Res 2002; 14 (Suppl 1): S57-S64.

*Lilly*

Eli Lilly Slovakia s.r.o., Panenská 6, 811 03 Bratislava, tel: 02 2066 3111, fax: 02 2066 3119

# Obsah / Contents

**Úvodník – 5**

## **Prehľadné štúdie – Review Studies**

**Tajomstvo sexepilu – 6**

*The secret of sex appeal*

Peter Minárik

**Ženská obřízka - kultura, náboženství, mýty a obavy – 15**

*Female circumcision - culture, religion, myths and fears*

Dita Pichlerová

**Sex, komunikácia a zdravotníctvo – 18**

*Communication about sex in health care sector*

Michal Chovanec, Petr Weiss

## **Pôvodné práce – Original Articles**

**Priapizmus ako následok užívania trazodonu – kazuistika – 22**

*Priapism as a result of taking trazodone - A Case report*

Jozef Dúbravický, Štefan Vanko

**Vaginizmus – problém, ktorý sa dá riešiť – 26**

*Vaginismus – a problem that can be treated and solved*

Eva Bernátová, Danica Caisová

**Sadomasochistický sex: rozdiel medzi „zdravým“ BDSM a násilím v sexu a v partnerskom vzťahu – 29**

*Consensual Sadomasochism: The distinction between „healthy“ BDSM and violence in sex and relationship*

Eva Jozífková

## **Správy a informácie – Reports and Informations of Interest**

**100 let od narození Kurta Freunda (I. Procházka) – 21**

## **Recenzie – Book Reviews**

**S. Hubálek: Spovědník vrahů (D. Šedivá) – 25**

**J. Malina, J. Filipický, J. Pernica: Auto – erotika, aneb Kámasútra automobilového věku (J. Zvěřina) – 34**

## Sexuológia / Sexology

Časopis Slovenskej sexuologickej spoločnosti  
Slovenská lekárska spoločnosť





# Úvodník



Milé čitateľky, milí čitatelia,

týmto číslom uzatvárame rok 2013, i keď s malým oneskorením. Keďže prítomnosť sa nám neustále prelína s minulosťou, pokúsím sa zaspomínať na minulé časy, keď naša Sexuologická spoločnosť začínala svoje, teraz už tradičné odborné, podujatia Košickými sexuologickými dňami. Prvé boli

usporiadané v roku 1972, rok po založení Slovenskej sexuologickej spoločnosti, v košickom hoteli Slovan (teraz Hotel Doubletree by Hilton). Hlavnými organizátormi boli zakladatelia Slovenskej sexuologickej spoločnosti, najmä Košičania – doc. Andrej Stančák, prim. Safko, Dr. Kandráčová. Počnúc týmto rokom sa v pravidelných dvojročných intervaloch schádzali odborníci rôznych medicínskych i nemedicínskych špecializácií v záujme rozvíjania odboru sexuológie, čo evidentne vyplývalo z dopytu po riešení širokého spektra sexuologických problémov, ktoré prerastali rámec odborov ako gynekológia, urológia či psychiatria.

Košické sexuologické dni boli v podstate jediným podujatím na Slovensku, ktoré pravidelne navštevovali a navštevujú aj českí kolegovia, medzi nimi aj vo svete známe a vážené osobnosti českej sexuológie – profesor Raboch, doktor Mellan, doktor Madlafousek, doktor Kolařský, profesor Kratochvíl, docent Zvěřina, profesor Weiss... Medzinárodný charakter konferencie potvrdzujú aj účastníci z Poľska, Maďarska a iných krajín. Program tohto odborného podujatia bol a je zameraný tematicky, pričom súčasne poskytnutí priestoru aj pre iné príspevky popri hlavnej téme konferencie (Varia). Dva dni konferencie sú vždy plné odborných programov – mať prednášku na tomto podujatí bolo, a aj je, pre každého prednášajúceho čťou.

Veľký záujem odbornej verejnosti o sexuologickú problematiku viedol k rozšíreniu možností stretnutí aktívnych aj pasívnych záujemcov o sexuológiu o ďalšie podujatia – Lábadyho sexuologické dni (nazvané na počesť prvého predsedu Slovenskej sexuologickej spoločnosti, prim. Františka Lábadyho) – ktoré sa

konalí v období medzi Košickými sexuologickými dňami, t. j. každý druhý rok. Prvé Lábadyho sexuologické dni boli v rodisku prim. Lábadyho v Nových Zámkoch, v roku 1995. Stalo sa tradíciou, že toto podujatie bolo a je usporiadané vždy v inej oblasti Slovenska.

Časom sa ukázalo sa, že sexuologická problematika je natoľko široká a populárna, že uvedené dve podujatia boli po schválení návrhu MUDr. Dany Šedivej, primárky psychiatrického oddelenia FNŠP v Trnave, výborom Slovenskej sexuologickej spoločnosti rozšírené o tretie odborné sexuologické podujatie – o Vedecko-pracovnú schôdzu Slovenskej sexuologickej spoločnosti. Prvá pracovná schôdza bola v roku 2013 v Trnave, ktorá zatiaľ ostala miestom tohto odborného podujatia. Malo by sa organizovať raz ročne. Cieľom tohto podujatia je vniesť problematiku sexuológie medzi širšie vrstvy zdravotníckych pracovníkov, resp. podniktí aj aktivitu rôznych odborníkov v tejto oblasti.

Iným podujatím, ktoré organizuje Ústav výskumu sociálnej komunikácie Slovenskej akadémie vied pod vedením doc. Gabriely Bianchiho, je medzinárodná interdisciplinárna vedecká konferencia pod názvom SEXUALITY. Na jej organizácii participuje aj naša spoločnosť. Siedmy ročník konferencie sa konal v Bratislave.

Z iniciatívy najmä predsedníčky Slovenskej sexuologickej spoločnosti MUDr. Danici Caisovej sa problematika sexuológie dostáva aj do odborných programov iných spoločností, najmä psychiatrickej, neurologickej a urolologickej.

Sexualita sa stáva aj súčasťou vzdelávacích aktivít klinických psychológov v rámci ich špecializačného štúdia, pregraduálne sa vyučuje na katedrách psychológie v Bratislave, v Nitre, aj na Fakulte psychológie Paneurópskej vysokej školy v Bratislave.

Tak odborné podujatia, ako aj poskytované možnosti vzdelávania vo vzťahu k sexualite vytvárajú vhodné predpoklady na ďalší rozvoj sexuológie s perspektívnym stabilným etablovaním sexuológie ako interdisciplinárneho odboru. Zdá sa, že odborná verejnosť je takémuto trendu evidentne naklonená.

V našom časopise prinášame informácie, okrem iných, aj o všetkých zmienovaných odborných podujatiach, na ktorých ste všetci vrele vítaní!

Robert Máthé,  
vedúci redaktor

# Tajomstvo sexepílu

Peter Minárik

Zentiva, a. s., Bratislava

## Súhrn

Sexepíl môžeme definovať jednak ako kvalitou byť sexuálne atraktívny, jednak fyzicky atraktívny zvlášť pre príslušníkov opačného pohlavia. Vo všeobecnosti ľudská atraktívnosť alebo sexepíl sa javí ako signál genetickej kondície a zdravia. Sexepíl je založený na niektorých biologických parametroch, napr. na symetrii tváre, pomere obvodu pásu a bokov, pachu tela. Cesta vnímania atraktívnosti sa formuje evolučnou históriou. Evolučný prístup k sexepílu a k ľudskej atraktívnosti poskytuje nástroj na porozumenie preferencií pri výbere partnera a sexuálneho správania za účelom reprodukcie.

**Kľúčové slová:** sexepíl, symetria tváre, pomer obvodu pásu a bokov, pach tela, výber partnera, sexuálne správanie.

## Summary

Sex appeal is the quality of being sexually attractive or physical attractiveness especially for members of the opposite sex. In general, human attractiveness or sex appeal seems to signal genetic fitness and health. Sex appeal is based on some biological markers, e.g. symmetry of face, waist to hip ratio, body odor. The way of perceiving of attractiveness is shaped by evolutionary history. The evolutionary approach to sex appeal and human attractiveness provides a tool for understanding of mating preferences and sexual behaviour for the purpose of reproduction.

**Key words:** sex appeal, symmetry of face, waist to hip ratio, body odor, mating preferences, sexual behaviour.

## Úvod

Sexepíl ako fyzická príťažlivosť pre príslušníkov opačného pohlavia je večnou témou nielen pre básnikov, maliarov a umelcov vôbec, ale aj pre serióznu vedu. Už v minulosti vyvstávala otázka, či existujú objektívne kritériá sexepílu, príťažlivosti alebo ide len o „spoločenskú“ dohodu, ktorá sa mení v historickom kontexte. Výsledky empirických výskumov nám postupne ukazujú, že za sexepíлом, resp. fyzickou príťažlivosťou pre opačné pohlavie sa skrýva výpoveď o zdravotnom stave, genetickej výbave z pohľadu priviesť na svet zdravé potomstvo (Gazzaniga, 2008; Oberzaucher & Grammer, 2010).

### Biologické parametre sexepílu (atraktívnosti)

#### Atraktívnosť tváre

Počiatky poznania vzťahu medzi symetriou tváre a hodnotením atraktívnosti danej tváre pochádzajú už z konca predminulého storočia, keď Francis Galton sa snažil vytvoriť obraz tváre priemerného zločína prekrývaním fotografií usvedčených ťažkých zločincov. S prekvapením zistil, že takto vytvorená priemerná tvár je esteticky krajšia ako individuálne tváre, z ktorých vznikla. Dokonca, že takto vytvorená tvár je krajšia ako tváre osôb, ktoré nemali konflikt so zákonom. Prekrývanie fotografií vedie k nárastu symetrie tváre a zmene proporcií tváre (Galton, 1878). Na túto „pioniersku“ prácu postupne nadviazali ďalšie práce. Výsledky štúdií ukázali, že atraktívne tváre predstavujú priemernú tvár, ktorá vznikla prekrývaním istého počtu fotografií tvárí náhodne vybraných

jednotlivcov z populácie (Langlois & Roggman, 1990). Môžeme konštatovať, že vzťah medzi hodnotením atraktívnosti a tvarom tváre v zmysle symetrie (platí to aj o ľudskom tele) nie je lineárny, táto vlastnosť má však vzťah k priemerným hodnotám. Ľudia majú tendenciu vyhýbať sa extrémom, čo sa týka aj hodnotenia atraktívnosti nielen ľudskej tváre alebo postavy, ale aj veľkosti prs a pomere obvodu pásu a bokov (Grammer & Thornhill, 1994; Oberzaucher & Grammer, 2010).

Z pohľadu evolučnej teórie je symetrická tvár preto atraktívna, lebo svedčí o dobrom zdravotnom stave jedinca, teda ide o vyjadrenie kvality génov nositeľa danej atraktívnej tváre. Je to signál, pre jedinca opačného pohlavia, že ide o potenciálne vhodného partnera pre privedenie potomstva na svet (Johnston, 2006). Niektoré štúdie ukázali, že vzťah (korelácia) medzi hodnotením zdravotného stavu a symetriou tváre zobrazenej na fotografii je dokonca štatisticky oveľa významnejší ako vzťah (korelácia) medzi hodnotením atraktívnosti tváre a jej symetriou. Toto platí rovnako aj v prípade mužov hodnotiacich ženskú tvár a, naopak, žien hodnotiacich mužskú tvár (Zaidel et al., 2005).

Niektorí autori v minulosti namietali, že mimoriadne atraktívne tváre nepredstavujú priemernú tvár v danej populácii z hľadiska jej symetrie. Skôr naopak, v prípade mimoriadne atraktívnych tvárí pozorujeme istú odchýlku od priemernosti v symetrii (môžeme hovoriť o asymetrii), v prípade atraktívnych tvárí však platí pravidlo priemernosti z pohľadu symetrie. V dôsledku techniky prekrývania veľkého počtu fotografií rôznych tvárí z populácie dochádza k istému

skresľovaniu proporcií (napr. brada, pery), čo môže byť jednou z príčin (Alley & Cunningham, 1991; Perrett et al., 1991). Aj keď dnes skôr prevláda predstava, že aj mimoriadne atraktívne tváre sú rovnako priemerné, čo sa týka svojej symetrie (Gazzaniga, 2008). V snahe vyhnúť sa rôznym artefaktom pri vytváraní symetrických tvárí prekrytím fotografií sa dnes uprednostňuje použitie špeciálnych počítačových programov, ktoré vedia vhodne upraviť (modifikovať) daný fotografický portrét tváre. Použitie počítačových programov pri konštrukcii tvárí umožňuje eliminovať ďalšie faktory, ktoré by mohli ovplyvňovať hodnotenie atraktívnosti tváre; napr. ak chceme hodnotiť len vplyv symetrie tváre na hodnotenie atraktívnosti, pomocou počítačovej grafiky môžeme kontrolovať napr. parameter maskulinity tváre, farby kože, ktoré hrajú tiež svoju úlohu pri hodnotení atraktívnosti tváre (Perrett et al., 1999; Johnston, 2006; Yovel & Belin, 2013).

Inou námietkou je predpoklad, že preferencia pre symetrické tváre je založená na skutočnosti, že mozog ľahšie spracúva informácie o symetrických objektoch (Winkielman et al., 2006). Experimentálne poznatky naznačujú skôr možnosť existencie preferencie pre symetrickú tvár (hodnotenie atraktívnosti) v spojitosti s výpoveďou o zdravotnom stave ako s kognitívnou teóriou založenou na predpoklade ľahšieho spracovania informácií o symetrických objektoch v mozgu. Treba povedať, že táto odpoveď nie je stále definitívna (Little & Jones, 2003; Evans et al., 2012). Preferencia pre symetriu tváre alebo tela sa ukazuje ako všeobecnejší jav v živočíšnej ríši, o čom svedčia výsledky výskumu, napr. vtákov alebo širšie ponímaná metaanalýza (Müller & Thornhill, 1998).

V minulosti vznikol názor, že vnímanie krásy, resp. štandardy krásy sú vrodenými vlastnosťami. Vychádzalo sa z pozorovaní, že už dieťa vo veku 3 mesiacov venuje viac pozornosti atraktívnym tváram v porovnaní s neatraktívnymi, keď parameter atraktívnosti alebo neatraktívnosti hodnotíme z pohľadu dospelých osôb (Langlois et al., 1991). Novšie štúdie pomocou počítačovo upravených fotografií tvárí však ukazujú, že hodnotenie atraktívnosti tváre môže byť tiež ovplyvnené učením, teda nejde len o čisto vrodené správanie, ktoré môže zaručiť reprodukčný úspech (Principe & Langlois, 2012).

Ako ukazujú ďalšie štúdie, celkové hodnotenie atraktívnosti ľudskej tváre je komplexný proces. Ženy, ktoré častejšie dosahujú orgazmus pri masturbácii, napríklad hodnotia atraktívnosť tváre neznámych mužov nižšie ako v prípade žien dosahujúcich častejšie orgazmus pri súloží s partnerom. Uvedenú skutočnosť môže u týchto žien odrážať nižší záujem o sociálne interakcie. Zaujímavé je tiež, že ženy, ktoré so svojim stabilným mužským partnerom majú viac sexuálnych aktivít, nielen v zmysle vaginálnej súložie, hodnotia taktiež atraktívnosť tváre neznámych mužov nižšie. Môžeme sa domnievať, že tu ide o nejakú „ochranu“ vzťahu zabezpečujúceho reprodukčný úspech (Hess et al., 2007). Podobne aj v hodnotení žien sa potvrdzuje, že pri súloží s atraktívnym mužom majú častejšie orgazmus a v kratšom časovom intervale od začiatku súložie (Puts et al., 2012).

Atraktívnosť tváre a/alebo postavy je dôležitým faktorom z hľadiska nadväzovania vzťahov a ich udržania, aj keď táto problematika patrí do oblasti sexuálnych stratégií. Poznatky ukazujú, že priemerní muži (tvár a postava) majú viac krátkodobých sexuálnych partneriek a viac mimopartnerských súloží ako ich vrstovníci. Podobne aj maskulínni muži (tvár a postava) majú tiež viac krátkodobých sexuálnych partneriek. Ženy so symetrickou tvárou sú sexuálne aktívne v mladšom veku ako ich rovesníčky. Uvedená skutočnosť platí aj pre ženy s feminínnym vzhľadom (tvár) – v tejto skupine žien sa ešte zistila preferencia pre dlhodobé vzťahy so sexuálnymi partnermi (Rhodes et al., 2005). Podobný trend sa potvrdil aj z hľadiska atraktívnosti postavy u žien, keď u atraktívnych žien sa zistil väčší počet sexuálnych partnerov a väčšia heterogenita u sexuálnych partnerov z hľadiska sociálneho statusu (Perilloux et al., 2013).

Symetria tváre a jej vplyv na správanie príslušníkov opačného pohlavia môže aspoň čiastočne vysvetliť niektoré aspekty vplyvu konzumácie alkoholu na sexuálne správanie jednotlivcov. Výskum zameraný na vplyv alkoholu na vnímanie krásy totiž ukázal, že s rastúcou konzumáciou alkoholu klesajú preferencie pre vnímanie symetrických tvárí z pohľadu atraktívnosti. Tria účastníci pokusu (muži a ženy) preferovali symetrické tváre, s rastúcou konzumáciou alkoholu sa stieral rozdiel medzi symetrickými a menej symetrickými tvármi. S rastúcou konzumáciou alkoholu klesá schopnosť jedinca hodnotiť symetriu tváre, teda pravdepodobne klesá schopnosť hodnotiť atraktívnosť tváre opačného pohlavia na základe len jej symetrie. Ženy strácajú schopnosť vnímať symetriu tváre už pri menšej konzumácii alkoholu ako muži. Jedno z možných vysvetlení rozdielu medzi mužmi a ženami je v tom, že muži venujú viac pozornosti vizuálnym podnetom, preto sa viac sústreďujú na výzor budúcich možných potenciálnych partneriek, ale tiež je tu možný rôzny vplyv alkoholu na kognitívne schopnosti mužov a ženy (Halsey et al., 2010).

Samozrejme, pri hodnotení atraktívnosti daného jedinca podľa tváre vystupujú aj ďalšie faktory okrem symetrie, ako napr. maskulinita tváre mužov a feminínný vzhľad tváre u žien a naopak (Scheib et al., 1999). Ďalším príkladom môže byť brada, resp. strnisko na tvári u mužov. Mužských jedincov s plnou bradou ženy hodnotia ako maskulínnych, agresívnych, sociálne zrelých a starších. Muži s ľahkým strniskom sú, naopak, hodnotení ako dominantní a zároveň ako atraktívne typy v porovnaní s mužmi hladko oholenými, niekoľkodenným strniskom alebo s bradou. Vždy išlo o počítačom upravené fotografie mužov, aby sa zabránilo ovplyvneniu hodnotenia iným črtami tváre v hodnotiacej skupine žien (Neave & Shields, 2008).

V puberte, v dôsledku hormonálnych zmien dochádza k zásadným zmenám vo formovaní tváre a postavy vôbec. Maskulínná tvár u muža je spojená s vyššími koncentraciami hormónu testosterónu, ktorý podporuje informáciu o dobrej genetickej výbave – kvalitný imunitný systém, odolnosť voči parazitom (nezabúdajme, že v hygienicky čistejšej spoločnosti žijeme len od nedávna, o čom môže svedčiť

nárast ochorení, ako je diabetes mellitus 1. typu a astma). To predstavuje genetickú výhodu pre deti, na druhej strane vysoký testosterón zvyšuje riziko nevery (ľúbostných afér). Je zaujímavé, že ženy, ktoré sa považujú za atraktívne, skôr preferujú maskulínny typ mužov. Iná štúdia ukázala, že žena videná spolu s dominantným mužom je vyššie hodnotená z hľadiska atraktívnosti inými mužmi (Johnston, 2006).

Preferencia žien pre feminínnych mužov je vsadenie na istotu u partnera – stabilita a starostlivosť, hlavne o potomstvo z evolučného hľadiska. Väčšina žien preferuje skôr feminínny typ mužov z dlhodobého hľadiska spoločného súžitia a starostlivosti o potomstvo, lebo žena investuje do potomstva viac ako muž. Podobne ako u žien, muži, ktorí považujú seba samých za atraktívnych, preferujú skôr ženy s feminínnym typom tváre – malý nos, malá brada, veľké oči (veľké pery), čo sú indikátory fertility. Teda muži, ktorí cítia, že majú niečo výnimočné investovať do vzťahu, vyberajú si partnerku, ktorá môže úspešne preniesť ich gény na potomstvo (Johnston, 2006). Uvedené skutočnosti podporujú aj zistenia, že ženy počas ovariálneho cyklu preferujú rôzne tváre mužov. V plodných dňoch žena preferuje maskulinnú mužskú tvár, hľadá muža (dobré gény), čomu zodpovedá aj zmena v jej správaní – rastie jej sexepíl, viac vychádza von z domova, skôr nadviaže známosť s mužským partnerom, viac preferuje mejkap. Okrem plodných dní skôr preferuje feminínnych mužov – domáce typy, starostlivých rodičov (Penton-Vodak et al., 1999; Penton-Vodak et al., 2000).

Z hormonálneho hľadiska atraktívna tvár ženy vyjadruje vysokú koncentráciu estrogénov v puberte – plné pery a nízka koncentrácia androgénov – veľké oči, krátka úzka dolná časť brady. V puberte tiež dochádza k zmenám postavy – tvarovanie častí tela ako prsia, bedrá, zadok, stehná. Mladá žena získa v puberte v priemere 15,9 kg tuku v dôsledku hormonálnych zmien (Johnston, 2006).

Výzor muža sa tiež mení počas puberty v dôsledku zvýšenej koncentrácie androgénov a aromatizovaných androgénov cez mechanizmus účinku, ktorý je buď priamy, alebo nepriamy (cez rastový hormón), na kosti a svaly – dôsledkom je 1,5-násobný nárast masy svalov a kostí, a tiež dlhšia a širšia spodná časť brady než u žien (Johnston, 2006).

### Zlatý rez

Pri hodnotení atraktívnosti tváre nie je možné vyhnúť sa „bájnemu“ zlatému rezu. Cieľavedomé použitie zlatého rezu z hľadiska estetiky nachádzame už v antike, či už v sochárstve, architektúre, alebo hudbe. Jazykom geometrie môžeme povedať, že zlatý rez je pomer, ktorým rozdelíme úsečku AB na dve časti AC (dlhšia úsečka) a CB (kratšia úsečka) v takom pomere, aby pomer dĺžky pôvodnej úsečky AB k dlhšej úsečke AC bol rovnaký, ako je pomer dĺžok dlhšej úsečky AC ku kratšej CB vzniknutých po rozdelení pôvodnej úsečky AB.

Analýzy ukazujú, že pri hodnotení atraktívnosti tváre alebo postavy sme ovplyvnení istými pomermi častí tváre alebo tela. Táto skutočnosť zodpovedá poznatkom aj zo živočíšnej ríše. Dodržiavanie istej

proporcionálnosti je známe aj u zvierat, napríklad šimpanzy napadnú konkurenčnú skupinu iba v prípade, ak je ich minimálne 1,5-násobok v počte jednotlivcov. Mozog má zrejme systém hodnotenia proporcií viazaný na niektoré svoje štruktúry (napr. pravý intraparietálny sulkus), ktorý funguje nezávisle od jazyka a formátu, ktorým sú prezentované proporcie (zlomky) (Jacob et al., 2012). S významom proporcií (pomerov) istých častí tela v hodnotení atraktívnosti osoby sa stretáme aj v iných prípadoch, ako uvedieme ďalej. Na základe hodnotenia súboru fotografií sa vytvoril počítačový program, ktorý porovnáva rôzne miery tváre a hodnotí ich z pohľadu symetrie, hodnôt zlatého rezu. Je zaujímavé, že na rozdiel od populárnej literatúry sa v tomto prípade nepotvrdil vzťah medzi hodnotením atraktívnosti mužskej alebo ženskej tváre a hodnotami zlatého rezu počítanými pre rôzne kombinácie geometrických vzdialeností častí tváre (Schmid et al., 2006).

### Farba očí, vlasov a pier

Výskumy ukázali, že u partnera opačného pohlavia farba očí a farba vlasov zodpovedá uvedeným charakteristikám rodičov študovaného subjektu častejšie, ako by to bolo pri náhodných kombináciách. Väčší vplyv na partnera, bez ohľadu, či je to muž, alebo žena, má rodič opačného pohlavia. Je zaujímavé, že niečo podobné sledujeme aj v živočíšnej ríši. Môžeme teda hovoriť o istej forme rodičovského imprintingu, aj keď mechanizmus nám zostáva neznámy (Little et al., 2003a).

Pri úvahách o atraktívnosti jednotlivcov nie je možné vyhnúť sa otázke preferencií mužov pre blondíny. Starsie teórie predpokladali, že ide o akýsi „návrät“ do raného detstva. Tieto teórie vychádzali zo známych faktov, že koža a vlasy malých detí sú svetlejšie v porovnaní s jednotlivcami v staršom veku. Novšie poznatky skôr naznačujú oveľa pragmatickejší prístup. Jednoducho preferencie pre blondíny majú svoj pôvod v skutočnosti, že blondíny majú aj bledšiu kožu, a preto u nich muži môžu skôr spozorovať príznaky rôznych ochorení (napr. anémia, infekčné ochorenia), a tiež príznaky starnutia. Teda prejavy, ktoré môžu byť prekážkou privedenia zdravého potomstva na svet. Navyše tu pristupuje aj tretí faktor, a to prejavenie známk sexuálneho záujmu/vzrušenia (červenanie sa). Teda nejde o farbu vlasov, ale o farbu kože. Svetlejšia koža jasnejšie odráža zdravotný stav, vek a záujem o pohlavný styk než tmavá koža (Ramachandran, 1997).

Ženy alebo muži patriaci k blondínam alebo blondiakom predstavujú 2 % z celkovej populácie sveta. Na základe najnovších genetických výskumov sa genetická mutácia pre blond vlasy na území dnešnej Európy datuje 11 000 rokov dozadu, do doby ľadovej. Predtým mali „Európania“ tmavšie vlasy a oči, ktoré prevládajú v ostatných častiach sveta. V tejto súvislosti vzniká otázka, prečo majú niektoré európske národy vysoký počet blondín a blondiakov i veľký rozsah farby očí, pričom sa uvedené znaky v rámci dejín ľudstva vyvinulo pomerne nedávno. Predpokladá sa, že blondíny sa rozšírili relatívne rýchlo na konci doby ľadovej najmä vďaka sexuálnej selekcii. Podľa tejto teórie zabezpečoval severský vzhlad žene



s blond vlasmi a modrými očami výsostne postavenie medzi rivalkami v silnom boji o mužov, ktorí boli vtedy v menšine. Dominantnou formou obživy v severnej Európe boli putujúce stáda zvierat a ich lov predstavoval značné riziko, pri ktorom zahynulo množstvo mužov. To spôsobilo, že pomer žijúcich žien bol oveľa vyšší ako mužov. Ženy s blond vlasmi na základe vyššie uvedených predpokladov mali väčšiu šancu vytvárať s mužmi zväzky, čím sa prirodzene zvyšoval aj počet ich blond potomkov (Frost, 2006).

Preferencie u mužov z hľadiska atraktívnosti ženskej tváre sú významne ovplyvnené aj farbou ženských pier. Ukazuje sa silná preferencia pre červenú farbu (rúž) na perách. Červené pery zvyšujú atraktívnosť ženskej tváre. Preferencia pre červené pery môže byť daná tým, že ide o mimiku vazodilatácie spojenú so sexuálnym vzrušením. Je zaujímavé, že preferencia červených pier ide naprieč geograficky a kultúrne rozdielnym prostredím. U mužov opačne, menej intenzívna červená farba pier zvyšuje maskulinitu tváre. Červená farba pier u žien teda súvisí s perfúziou okysličenej krvi, čo súvisí s koncentráciou estrogénu, sexuálnym očarením a kardio-respiračným zdravím. Štúdia ukázala, že ak muži hodnotia atraktívnosť ženskej tváre na fotografii 10 sekúnd, 7,2 sekundy venujú červeným perám, ale len 6,7 sekundy ružovým perám; očiám (brána do duše) venujú „len“ 0,95 sekundy (Stephen & McKeegan, 2010).

### Neurovedy a atraktívnosť

Ľudia s atraktívnou tvárou majú ďalšiu výhodu aj v tom, že sú lepšie zapamätateľní. Štúdie s použitím moderných zobrazovacích techník (funkčná magnetická rezonancia (fMRI)) ukazujú, že existuje lineárny vzťah medzi hodnotením atraktívnosti tváre a aktivitou pravého orbitofrontálneho kortexu u pokusnej osoby. Podobne sa našiel vzťah medzi hodnotením atraktívnosti tváre a aktivitou ľavého hipokampu. Zapamätanie si atraktívnej tváre je teda funkciou prepojenia štruktúry, ktorá hrá dôležitú úlohu v systéme odmeny – orbitofrontálny kortex so štruktúrou spojenou s tvorbou pamäťových stôp – hipokampom. Čím je toto prepojenie silnejšie, tým je zapamätateľnosť lepšia. Táto korelácia medzi zvýšenou aktivitou orbitofrontálneho kortexu a hipokampu sa spozorovala len pri tvárach, ktoré pokusné osoby ženského pohlavia hodnotili ako atraktívne (Tsukiura & Cabeza, 2011).

Podobne ako v iných prípadoch, napr. preferencie pre maskulinitu mužskej tváre, aj aktivácia orbitofrontálneho kortexu u žien pri hodnotení atraktívnosti mužských tvárí sa mení v závislosti od fázy ovariálneho cyklu s maximom vo folikulárnej fáze. Podobné zmeny aktivity iných štruktúr mozgu v závislosti od fázy ovariálneho cyklu sa nezistili (Rupp et al., 2009).

Vzťah atraktívnosti tváre k štruktúram mozgu spojených s odmenou sa hodnotil vo viacerých štúdiách. Išlo o overenie hypotézy, či centrá mozgu spojené s identifikáciou hodnoty potencionálnej odmeny vonkajšieho stimulu sa aktivujú, keď muž vidí atraktívnu ženu a, naopak, keď žena vidí atraktívneho

muža. Výsledky ukázali na lineárnu závislosť aktivácie štruktúry mozgu nucleus accumbens v závislosti od hodnotenia atraktívnosti druhého pohlavia u mužov a rovnako aj u žien (Cloutier et al. 2008). Táto štúdia potvrdila už známe skutočnosti o vzťahu medzi aktiváciou nucleus accumbens a pasívnym sledovaním atraktívnych tvárí (Aharon et al., 2001).

Podobne aj v prípade orbitofrontálneho kortexu sa zistila lineárna závislosť medzi jeho aktiváciou a hodnotením atraktívnosti danej tváre. Zaujímavé je, že v prípade ďalšej štruktúry mozgu amygdaly tento vzťah nie je lineárny, ale má tvar U krivky, ak porovnáваме aktiváciu amygdaly pri sledovaní málo atraktívnych a veľmi atraktívnych tvárí v porovnaní s referenčnou skupinou priemerne atraktívnych tvárí. Uvedené zistenie môže odrážať úlohu amygdaly v hodnotení hodnoty sociálneho stimulu (Winston et al., 2007). Metaanalýza zobrazovacích štúdií mozgu vo vzťahu k hodnoteniu dôveryhodnosti a atraktívnosti osoby na základe tváre potvrdila úlohu amygdaly v týchto procesoch. Výsledky naznačujú, že od pôvodného chápania amygdaly len ako štruktúry spracovávajúcej negatívne emocionálne stimuly začíname spoznávať dôležitú úlohu amygdaly pri komplexnom spracovaní sociálnych stimulov. Dá sa uvažovať, že amygdala filtruje senzorické informácie s evolučne konzervatívnym významom, nielen klasické informácie typu „bojuj alebo uteč“, ale aj informácie spojené so sociálnym správaním s dlhodobými následkami, ako je hodnovernosť a atraktívnosť (Bzdok et al., 2011).

Úlohu mediálneho orbitofrontálneho kortexu pri hodnotení atraktívnosti sme už spomenuli a môže byť podstatne širšia, a to bez ohľadu na reprodukčný potenciál. Orbitofrontálny kortex hrá dôležitú úlohu pri rozhodovacích procesoch porovnávajúcich vynaložené úsilie k možnému dosiahnuteľnému výsledku. U heterosexuálnych žien a homosexuálnych mužov v prípade atraktívnych mužských tvárí došlo k vyššej aktivácii tejto štruktúry mozgu v porovnaní s atraktívnymi ženskými tvármi. Podobne aj u heterosexuálnych mužov a homosexuálnych žien sa zistila vyššia aktivácia mediálneho orbitofrontálneho kortexu v prípade atraktívnych ženských tvárí v porovnaní s atraktívnymi mužskými tvármi (Ishai, 2007).

V prípade orbitofrontálneho kortexu sa však ukázal rozdiel v zmenách aktivity pri hodnotení atraktívnych tvárí v porovnaní s tvármi hodnotenými ako neatraktívne len u mužov. U žien tento rozdiel nebol štatisticky významný (Cloutier et al. 2008). Zo štúdia primátov je známe, že aktivácia centier odmeny priamo súvisí s veľkosťou odmeny (napr. objemom ovocnej šťavy, ktorú dostanú za splnenie úlohy, počet kusov ovocia). Znamená to, že muži oceňujú atraktívnosť tváre ženy viac, ako je to u opačného pohlavia? Alebo alternatívne, muži viac hodnotia sexepíl, zatiaľ čo u žien dominuje estetická stránka? Do akej miery sú rozhodnutia žien v štúdiu ovplyvnené fázou ovariálneho cyklu, vyžaduje ďalšie skúmanie (Cloutier et al. 2008).

Ďalšou štruktúrou, ktorá zohráva špecifickú úlohu pri hodnotení atraktívnosti tváre je ventrálne

striatum. Ide o štruktúru mozgu hrajúcu dôležitú úlohu v predikcii odmeny. Aktivácia ventrálneho striata koreluje s hodnotením atraktívnosti tváre, ak pohľad tváre na fotografii smeruje k hodnotiacemu. Pri uprenom priamom pohľade sa zistila maximálna aktivácia ventrálneho striata a zároveň maximálne hodnotenie atraktívnosti. Naopak, pri pohľade do strany, čím je pohľad tváre na fotografii smerovaný viac nabok, dochádza k poklesu aktivity ventrálneho striata nepriamo úmerne s tým, ako je tvár na fotografii hodnotená z hľadiska atraktívnosti (Kampe et al., 2001).

V poslednom čase sa pozornosť sústredila tiež na fusiformný závit, pretože je známe, že uvedená štruktúra mozgu hrá dôležitú úlohu pri rozpoznávaní tvárí. Prvé poznatky boli získané u pacientov so získanou prosopagnóziou v dôsledku poškodenia fusiformného závitu v dôsledku úrazov hlavy. U zdravých jedincov sa tiež potvrdil vzťah medzi aktiváciou fusiformného závitu a explicitným hodnotením ľudských tvárí (Iaria et al., 2008). Stimulácia špecifickej časti fusiformného závitu elektródami u pokusnej osoby mala za následok, že táto osoba stratila schopnosť rozoznávať tváre známych osôb, pokusná osoba uvádzala deformáciu týchto tvárí. Toto ale neplatilo pri kontrolných objektoch – fotografie ľudských končatín, automobilov a budov, ktoré pokusná osoba rozoznávala bez problémov (Parvizi et al., 2012). Dnes sa ukazuje aj úloha génov pri rozoznávaní tvárí fusiformným závitom, zvláštna pozornosť sa venuje génu označovanému ako TMEM2012, pri ktorom sa predpokladá úloha pri vrodennom vnímaní architektúry tváre (Brown et al., 2012).

Metaanalýza môže pomôcť pri vytvorení všeobecnejších záverov, pretože za istých podmienok môže eliminovať vplyvy rôzneho dizajnu štúdií, resp. vzniknutých náhodných výsledkov, a taktiež môže zachytiť malé efekty unikajúce hodnoteniu jednotlivých štúdií. Na základe metaanalýzy zobrazovacích štúdií môžeme zhrnúť, že pri negatívnom hodnotení tvárí sú najviac konzistentné výsledky poukazujúce na aktiváciu amygdaly (bilaterálne). Pri pozitívnom hodnotení tvárí sa ako najviac konzistentné ukázali výsledky svedčiace o aktivácii prefrontálneho kortexu, predného cingulárneho kortexu, mediálneho orbitofrontálneho kortexu a nucleus accumbens. Pri hodnotení mimoriadne atraktívnych tvárí ide o aktiváciu mediálneho orbitofrontálneho kortexu a nucleus accumbens (Mende-Siedlecki et al., 2013). Neurovedy postupne rozkrývajú proces hodnotenia atraktívnosti opačného pohlavia. Je zrejme, že ide o proces veľmi komplexný.

#### Pomer obvodu pásu a bokov

Iným parametrom, ktorý má vzťah k sexepílu z pohľadu hodnotenia postavy, je pomer obvodu pásu a bokov (Waist to Hip Ratio (WHR)). Pred pubertou sexuálny dimorfizmus v distribúcii tuku nie je zjavný. Avšak u žien v postmenarché estrogén inhibuje ukladanie tuku okolo abdominálnych oblastí a tuk sa ukladá v gluteofemorálnej (stehná a zadku, bedier – gynoidná obezita, typ hruška) oblasti. Samozrejme,

aj tento parameter sa mení počas ovulácie – WHR sa znižuje, podobne ako napr. prsia sú viac symetrické.

Analýzy ukazujú, že z hľadiska zdravotného stavu sa u žien parameter WHR „optimálne“ pohybuje svojou hodnotou okolo 0,7. Našli sa pozitívne korelácie „optimálneho“ WHR ( $\approx 0,7$ ) s koncentráciou estradiolu a progesterónu, vyššou pravdepodobnosťou počatia, lepších kognitívnych schopností potomstva, a tiež negatívna korelácia s rizikom kardiovaskulárnych a onkologických ochorení (Cartwright, 2008; Platek & Singh, 2010).

Vyššie hodnoty WHR (s rastúcou odchýlkou smerom nahor od hodnoty 0,7) sú spojené s rizikom ochorenia diabetes mellitus 2. typu, karcinómom ovárií, prsníkov, a tiež s rizikom vzniku žlčových kameňov. Taktiež dnes je už známe, že pri hodnotách parametru WHR  $> 0,8$  je problematickejšie aj umelé oplodnenie (Cartwright, 2008; Platek & Singh, 2010).

Pre dnešnú kaukazoidnú rasu sa hodnoty WHR pohybujú v intervale pre typické ženy 0,67 - 0,80 a pre typických mužov 0,80 - 0,95 (Cartwright, 2008). Je zaujímavé, že preferencia pre isté hodnoty WHR z pohľadu hodnotenia atraktívnosti postavy ide naprieč kultúrami a časom, aj keď s istými možnými malými odchýlkami, a to platí už pre staroveké civilizácie, napr. Indiu, Egypt a Grécko (Singh, 2002). Tento poznatok môže byť do istej miery deformovaný, pretože v týchto historických dobách ako predloha sôch slúžili skôr príslušníci vyšších vrstiev. Staršie práce ukazujú, že ak zoberieme predindustriálne spoločnosti izolované alebo minimálne ovplyvnené západnou kultúrou, potom preferencia pre nízke hodnoty WHR nie je kultúrne univerzálna. Možnou príčinou uvedenej deformácie vedúcej k názoru o preferenciách nižších hodnôt WHR môže byť skutočnosť, že ani kultúry týkajúce sa napr. Afriky, ktoré sa študovali a najčastejšie porovnávali s mužskou populáciou v USA, boli už ovplyvnené vplyvom západnej kultúry (Yu & Shepard, 1998). Námietskou proti uvedenému tvrdeniu o vplyve západnej kultúry môže byť zistenie, že muži z týchto spoločností nepreferujú ženy s nízkymi hodnotami BMI (podváha) pri hodnotení atraktívnosti len na základe BMI. Novšie poznatky zo štúdií predindustriálnych a industriálnych spoločností z rôznych častí sveta ukazujú na jasné preferencie pre ženy s nízkymi hodnotami WHR z pohľadu hodnotenia ich atraktívnosti mužmi (Singh & Singh, 2011). Vo všeobecnejšej rovine naše predstavy o kráse/atraktívnosti môžu byť pravdepodobne určované tvarom a proporciami študovaného objektu ako všeobecného estetického princípu (Magro, 1999).

Niektoré práce dokonca naznačujú, že hodnotenie tvaru tela a pohybu môže byť kľúčovým faktorom pri hodnotení atraktívnosti danej osoby. Na základe počiatočného hodnotenia tvaru tela, pohybu (napr. pri pohľade na siluetu postavy) – ako zodpovedajú predstávam hodnotiaceho o mužovi alebo žene, maskulínnom alebo feminínnom type, – sa utvárajú prvotné predstavy o atraktívnosti danej osoby, čo následne môže ovplyvniť ďalšie hodnotenie atraktívnosti osoby (Johnson & Tassinari, 2007).

Hodnota parametra WHR ovplyvňuje aj sexuálne správanie u mužov. Muži hodnotení ako menej

fyzicky atraktívni vyššie hodnotia atraktivnosť žien s nízkymi hodnotami WHR ako muži hodnotení ako fyzicky atraktívni. Podobne aj muži menej aktívni v sexuálnych vzťahoch majú menšiu tendenciu osloviť ženy s nízkymi hodnotami WHR ako muži aktívnejší v tejto oblasti (Brase & Walker, 2004).

Významu parametru WHR v hodnotení atraktivnosti žien mužmi sa venovala sofistikovaná štúdia s využitím očnej kamery. Použila sa štandardizovaná figúra nahej ženy s hodnotou WHR 0,7 alebo 0,9 a veľkosťou prs 80 % originálnej veľkosti, 100 % originálnej veľkosti (nezmenené) 120 % originálnej veľkosti. Tak vzniklo 6 obrázkov. Ide o obrázky, ktoré sa v tomto type experimentov používajú štandardne.

Zo štúdií vieme, že pri hodnotení atraktivnosti opačného pohlavia hrá dôležitú úlohu WHR, veľkosť prs a tvár. Cieľom štúdie bolo odpovedať na otázku, ako muž hodnotí daný obrázok. Pri prvom pohľade (prvých 200 milisekúnd každý obrázok skúmaná osoba sledovala počas 5 sekúnd) sa pozornosť sústreďovala na prsia alebo pás. Tieto časti tela púťali väčšiu pozornosť ako iné časti tela, napr. tvár, ohanbie, nohy. Muži pozerali častejšie a dlhšie na prsia, bez ohľadu na WHR. Na druhej strane, muži preferenčne hodnotili atraktivnosť podľa WHR bez ohľadu na veľkosť prs. Táto skutočnosť poukazuje na fakt, že hodnotenie postavy ženy prebieha veľmi rýchlo. Muži vo všeobecnosti vizuálne uprednostňujú hornú časť tela ženy vrátane tváre, prs, bránice. Táto skutočnosť je zvlášť významná prvé 3 sekundy testu. V 4. a 5. sekunde testu muži venovali menej pozornosti celému telu.

Slabinou experimentu bola skutočnosť, že na modeloch bola vždy tá istá tvár. Vzhľad tváre, podobne ako WHR a tvar prs, závisí od estrogénov. Ženy s vyššou koncentráciou estrogénov sa hodnotia ako atraktívnejšie. Výsledky sú konzistentné aj s výsledkami iných štúdií, že muži venujú viac pozornosti telu ako tvári, či už v sexuálnych, alebo nesexuálnych obrázkoch (Dixon et al., 2011).

Pri použití zobrazovacích techník (funkčná magnetická rezonancia), podobne ako pri hodnotení atraktivnosti tváre, pozorujeme aktiváciu štruktúr mozgu spojených s odmenou aj v súvislosti s parametrom WHR. Štúdia ukázala, že pri pohľade na nahé ženské telá (upravené plastickou operáciou na WHR približne 0,7, avšak bez výraznej zmeny body – mass – indexu (parameter vzniknutý vydelením hmotnosti udanej v kilogramoch štvorcovým výšky udaným v metroch (kg/m<sup>2</sup>), BMI) sa aktivujú v mozgu centrá odmeny u mužov. V porovnaní aktivácie mozgu pri pohľade na telá pred chirurgickým zákrokom a po ňom výrazne došlo k nárastu mozgovej aktivity v oblasti prefrontálneho kortexu bilaterálne. Zmeny v BMI boli spojené s aktiváciou častí mozgu zodpovedných za spracovanie vizuálnej informácie. Naopak, zmeny WHR boli spojené výrazne hlavne s predným cingulárnym kortexom, štruktúrou mozgu spojenou s odmeňovacím systémom a rozhodovacími procesmi. Pri zohľadnení hodnotenia atraktivnosti sa dominantne aktivoval nucleus accumbens, štruktúra mozgu hrajúca dôležitú úlohu v odmeňovacích procesoch. Uvedené skutočnosti poukazujú na fakt,

že optimálny WHR aktivuje centrá odmeny v mozgu, ktoré nás motivujú k pozornosti k ženám, ktoré reprezentujú kvalitný reprodukčný potenciál. Teda WHR predstavuje jasný biologický signál o ženskej kvalite reprodukcie (Platek & Singh, 2010). Súhrnná analýza výsledkov štúdií tiež potvrdila, že v prípade žien parameter WHR (podobne aj hmotnosť) je veľmi silným prediktorom atraktivnosti, a tiež zdravotného stavu, dokonca môže byť podstatne významnejším ako symetria tváre alebo črty tváre dané vplyvom hormonálnych zmien počas puberty (Weeden & Sabini, 2005).

Uvedená práca zapadá do kontextu diskusie, čo je dôležitejšie pri hodnotení atraktivnosti – parameter WHR zastupujúci tvar tela alebo BMI. Iné práce naznačujú vyššiu preferenciu pre BMI v porovnaní s WHR pri hodnotení ženských postáv mužmi. Možným vysvetlením môže byť skutočnosť, že tvar ľudského tela je významným faktorom pri hodnotení atraktivnosti postavy, ale parameter WHR nemusí túto skutočnosť opisovať dostatočne komplexne, alebo inak povedané, WHR predstavuje značné zjednodušenie opisu tvaru ľudského tela (Tovée et al., 2002). Na druhej strane, novšie práce prinášajúce porovnanie preferencií z pohľadu hodnotenia atraktivnosti ženskej postavy potvrdzujú skutočnosť, že parameter WHR je nezávislý od parametru BMI, teda nejde o artefakt napríklad v dôsledku znižovania hmotnosti u hodnotených osôb (Singh & Singh, 2006).

Žena počas plodných dní (ovulácia) v rámci ovariálneho cyklu sa stáva atraktívnejšou, čoho dôkazom je pekná štúdia – príjem/prepitné tanečnic (lap dancers) v striptízových baroch v závislosti od fáz ovariálneho cyklu. Výskum sa teda nerobí len v akademických laboratóriách, ale aj priamo v praxi. Výsledky tohto poľného výskumu sú v súlade s výsledkami získanými v laboratóriách ohľadne hodnotenia atraktivnosti žien mužmi v závislosti od fáz ovariálneho cyklu. Zaujímavé je, že celkové prepitné nezávisí od dĺžky pracovnej zmeny. Počas plodných dní narastá symetria tváre, prs a WHR sa približuje k hodnote 0,7, preto je možné predpokladať, príjem tanečnic bude závisieť od fázy ovariálneho cyklu. Rozdiel v prepitnom bol štatisticky významný len počas ovulácie (plodné dni) oproti ostatným dňom. U tanečnic užívajúcich hormonálnu antikoncepciu sa nezistil žiadny rozdiel. Mužskí návštevníci podobných podnikov teda podvedome oceňujú atraktivnosť tanečnic (Miller et al., 2007).

#### Realita života a médiá

Pri vytváraní ideálu hlavne ženskej krásy hrajú dôležitú úlohu médiá, teda nielen centrá odmeny v našom mozgu, ktoré môžu byť nimi ovplyvnené. To otvára diskusiu už spomínanej skutočnosti, do akej miery učenie, resp. predchádzajúca skúsenosť, hrá úlohu v hodnotení atraktivnosti. Analýza údajov 240 žien (Playboy centerfolds) časopisu Playboy z rokov 1978 -1998 (priemerný vek 23 ± 3 rokov) podľa dnešných kritérií ukázala, že 70 % z nich malo nízku hmotnosť (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) a 77,5 % z nich bolo pod 85 % svojej ideálnej hmotnosti. Treba, ale dodať, že podľa názorov expertov nevyzerali klinicky

podvýživené, skôr ide o prezentáciu istého ideálu krásy. Priemerná hodnota BMI bola 18,1 ( $\pm$  0,8) kg/m<sup>2</sup> a WHR 0,68 ( $\pm$  0,03). Zaujímavé je, že počas celého sledovaného obdobia 20 rokov sa uvedený trend v priemerných hodnotách BMI a WHR zachovával (Katzmarzyk & Davis, 2001). Na porovnanie, v USA v rokoch 1988 - 1994 u žien vo veku 20 - 29 rokov podľa prieskumu NHANES III len 3,6 % žien malo BMI  $\leq$  18,5 kg/m<sup>2</sup> a 33,1 % malo BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup> (Kuczmarski et al., 1997). Môžeme teda hovoriť o istom diktáte krásy v praxi, vytváraní falošných obrazov alebo ide „len“ o tak často deklarovaný rozdiel medzi teóriou a praxou (Katzmarzyk & Davis, 2001; Gallup & Frederick, 2010).

Situácia pravdepodobne nie je taká jednoduchá, ako by mohla naznačovať predchádzajúca štúdia. Opäť analýza žien (Playboy Playmates of the Year) z časopisu Playboy z rokov 1960 - 2000 hodnotila množstvo fyzických parametrov, ako napr. výšku, plochu očí, BMI, WHR. Uvedené údaje sa analyzovali v závislosti od hodnôt parametru General Hard Times Measure (GHTM). Ide o agregovaný, štandardizovaný a globalizovaný údaj vychádzajúci z údajov o nezamestnanosti, o zmenách príjmov obyvateľstva, spotrebiteľských cenách, mortalite, počte novorodených detí, počte svadieb a rozvodov, suicidalite, domácom násilí v USA. Výsledky ukázali, že v období zhoršenej sociálnej a ekonomickej situácie sa mení aj vzhľad žien. V takomto období boli vybrané ženy zvyčajne staršie, s vyššou hmotnosťou, vyššie s väčšími pásom, menšími očami, väčším pomerom pás - boky (WHR), menším pomerom prsia - pás a menšou hodnotou BMI indexu. Tieto výsledky sú v súlade s hypotézou environmentálnej bezpečnosti, ktorá predpokladá, že muži v zlých časoch preferujú skôr ženy vhodné z pohľadu pracovnej výkonnosti - všeobecne staršie, vyššie, ťažšie, menej dobre stavané. Naopak, v dobrých časoch je skôr preferencia z pohľadu reprodukcie - všeobecne mladšie, nižšie, s menšou hmotnosťou, viac dobre stavané.

Podobné preferencie sa zistili aj pri analýze tváří populárnych amerických herečiek v rokoch 1932 - 1995. V rokoch ťažkých z hľadiska sociálnych a ekonomických podmienok sú preferované „zrelé“ tváre - malé oči, výrazná brada, chudé tváre. Zaujímavé je, že naopak to neplatí u mužov hercov a ich obdivovateľiek (Pettijohn & Jungeberg, 2004).

### Pach tela

Zatiaľ sme sa pri hodnotení sexepílu, resp. atraktívnosti zaoberali skôr vecami vizuálnymi, napr. symetriou tváre, tvarom postavy. Otázkou zostáva, do akej miery ostatné zmysly hrajú v tejto oblasti svoju úlohu. Prirodzeným kandidátom z ďalších zmyslov je čuch. O význame čuchu pre človeka sa vedie diskusia už dlhší čas. Napríklad sa ukázalo, že ženy v porovnaní s mužmi vedia lepšie identifikovať a rozlišovať pachy. Schopnosti žien ohľadne identifikácie a rozlišovania pachov sa však menia počas menštruačného cyklu (Derntl et al., 2013).

Dnes už klasické experimenty s prepotenými tričkami ukázali, že žena preferuje pach (prezentovaný prepoteným tričkom), ktorý zodpovedá HLA alelám donora (muža, ktorý nosil dané prepotené tričko),

ktoré sú identické s HLA alelami zdedenými od jej otca, ale nie od jej matky (Jacob et al., 2002). Na druhej strane iné práce ukazujú, že preferencia je ešte silnejšia, ak existuje navyše aj zhoda s HLA génmi zdedenými od matky (Ober et al., 1997).

Vplyv HLA (Human Leukocyte Antigen) alebo MHC (Major Histocompatibility Complex) génov na výber partnera bol opísaný u rôznych stavovcov (hlavne myší). Pach vypovedá o HLA imunitnom systéme. U ľudí táto otázka však zostáva stále diskutovanou. V súvislosti s hodnotením atraktívnosti tváre a HLA génov sa zákonite môžeme spýtať, či žena hodnotí atraktívnejšie tvár mužského jedinca, ktorý má podobné HLA alely ako hodnotiaca žena zdedila od svojho otca. Inak povedané, ako sa HLA genetika môže premietnuť priamo do hodnotenia vizuálnej atraktívnosti opačného pohlavia. Výsledky štúdií ukazujú rozporuplné výsledky a to, že pravdepodobne nie je vzťah medzi hodnotením atraktívnosti tváre muža na fotografii a stupňom zhody HLA génov daného muža a ženy, ktorá hodnotenie vykonáva. Možným vysvetlením uvedenej skutočnosti môže byť fakt, že výsledná voľba partnera je istou kombináciou preferencie pre atraktívnu tvár a preferencie pre HLA gény, aby sa tak zabezpečili optimálne podmienky na budúce potomstvo. Iným možným vysvetlením môže byť poznatok, že preferencie HLA génov dominujú len pri výbere partnera z pohľadu dlhodobého súžitia (Roberts et al., 2005). Zaujímavý je ale poznatok, že ženy s podobnými HLA alelami majú tendenciu hodnotiť tvár určitého muža na fotografii vyššie ako ženy s rozdielnymi HLA alelami (Roberts et al., 2005). Uvedené výsledky môžu byť do istej miery tiež ovplyvnené poznaním, že preferencie žien pre istý mužský pach sa môžu meniť počas ovariálneho cyklu a sú najvyššie počas plodných dní (ovulácia) (Thornhill & Gangestad, 1999).

Výber jednotlivca opačného pohlavia s rozdielnymi HLA génmi je pravdepodobne rozšírený vo veľkej časti živočíšnej ríše, nielen u ľudskej populácie. Príkladom môže byť celá skupina nehumanoidných primátov. Zabezpečenie genetickej rozmanitosti HLA systému zabezpečuje potomstvu lepšie prežívanie, napríklad získaním výhody v boji proti parazitom (Setchell & Huchard, 2010). Uvedená skutočnosť len podčiarkuje význam pre ženu získať sexuálneho partnera s kvalitnou genetickou výbavou. Musíme si znovu uvedomiť známu skutočnosť, že pre ženu je privedenie potomstva na svet a následná starostlivosť o potomstvo oveľa väčšou investíciou ako pre muža.

Napriek pokroku pri poznávaní ľudskeho genómu pretrvávajú diskusia, do akej miery gény (hlavne v oblasti HLA systému) ovplyvňujú výber partnera opačného pohlavia. Aj keď prevláda názor o vplyve HLA génov na výber partnera s cieľom zabezpečenia vyššej genetickej rozmanitosti pre potomstvo, objavili sa aj štúdie, ktoré nepotvrdili túto skutočnosť (Chaix et al., 2008; Derti et al., 2010; Laurent & Chaix, 2012). Vystáva otázka, či nepotvrdenie uvedeného vzťahu medzi HLA génmi a voľbou partnera je skôr artefakt daný metódou analýzy populačných vzoriek (Laurent & Chaix, 2012).

Ak ženy preferujú „dobré“ gény, prečo nevyzeráme



všetci rovnako? Spomeňme si na rozšírenie blondín v dobe ľadovej. Jedno z možných vysvetlení je v poznaní, že sexuálna selekcia môže ovplyvniť vznik nových mutácií. Preferencia žien pre „dobré“ gény môže znižovať variabilitu v mužskej populácii, pretože preferovaní jednotlivci majú vyšší reprodukčný potenciál – majú viac potomkov. Na druhej strane, takéto preferovanie istej skupiny partnerov pri reprodukcii môže mať za následok zvýšenie mutačnej rýchlosti. Zvýšenie kumulácie nových mutácií má aj svoje riziká v ohrození celkového zdravotného stavu populácie. Tieto riziká môžu byť kompenzované vznikom nových mutácií prinášajúcich výhody svojim nositeľom, čo ide proti trendu znižovania variability v mužskej populácii v dôsledku preferencie ženskej časti populácie pre „dobré“ gény (Petrie & Roberts, 2007).

### Záver

Napriek nespornému pokroku zostáva stále veľa otvorených až kontroverzných otázok ohľadne sexepílu, hodnotenia atraktívnosti partnera opačného pohlavia vo vzťahu k reprodukčnému procesu. Nástup techník založených na poznaní ľudského genómu, zobrazovacích techník (napr. fMRI) a moderných neurovied postupne rozkrýva aj toto tajomstvo. Môžeme povedať s istou dávkou umeleckej licencie, že do sveta, ktorý už od dávna bol vyhradený básnikom ospevujúcim ľudskú krásu/atraktívnosť, vstúpila veľmi razantne moderná veda. Otvárajú sa nám nové témy, resp. na už známe poznatky získavame postupne iný náhľad. Určite veľmi zaujímavou témou bude pohľad na atraktívnosť z hľadiska hodnotenia celej postavy, teda nielen jednotlivostí, ako je symetria tváre, pomer obvodu pásu a bokov atď. Ďalšou, určite zaujímavou, témou je úloha hlasu v hodnotení sexepílu. To sú už ale iné témy na iné kapitoly.

### Literatúra

Aharon, I. et al. (2001): Beautiful Faces Have Variable Reward Value: fMRI and Behavioral Evidence. *Neuron*, 32, 537 - 551.

Alley, T.R., Cunningham, M.R. (1991): Averaged Faces Are Attractive, But Very Attractive Faces Are Not Average. *Psychological. Sci.*, 2, 123 - 125.

Brase, G.L., Walker, G. (2004): Male Sexual Strategies Modify Ratings of Female Models With Specific Waist-to-Hip Ratios. *Hum. Nature*, 15, 209 - 224.

Brown, A.A. et al. (2012): Genetic variants affecting the neural processing of human facial expressions: evidence using a genome-wide functional imaging approach. *Transl. Psychiatry*, 2, e143.

Bzdok, D. et al. (2011): ALE meta-analysis on facial judgments of trustworthiness and attractiveness. *Brain Struct. Funct.*, 215, 209 - 223.

Cartwright, J. (2008): *Evolution and Human Behaviour. Darwinian Perspectives on Human Nature*, 2nd Edition, Palgrave Macmillan London, 247 - 270.

Cloutier, J. et al. (2008): Are Attractive People Rewarding? Sex Differences in the Neural Substrates of Facial Attractiveness. *J. Cogn. Neurosci.*, 20, 941 - 951.

Derntl, B. et al. (2013): Menstrual Cycle Phase and Duration of Oral Contraception Intake Affect Olfactory Perception. *Chem. Senses*, 38, 67 - 75.

Derti, A. et al. (2010): Absence of Evidence for MHC-Dependent Mate Selection within HapMap Populations. *PLoS Genet.*, 6, e1000925.

Dixon, B.J. et al. (2011): Eye-Tracking of Men's Preferences for Waist-to-Hip Ratio and Breast Size of Women. *Arch. Sex. Behav.*, 40, 43-50.

Evans, D.W. et al. (2012): Human Preferences for Symmetry: Subjective Experience, Cognitive Conflict and Cortical Brain Activity. *PLoS ONE*, 7, e38966.

Frost, P. (2006): European hair and eye color A case of frequency-dependent sexual selection? *Evol. Hum. Behav.*, 27, 85 - 103.

Gallup, Jr., G.G., Frederick, D.A. (2010): The Science of Sex Appeal: An Evolutionary Perspective. *Rev. Gen. Psychol.*, 14, 240 - 250.

Galton, F. (1878): Composite portraits. *J. Anthropol. Inst.*, 8, 132 - 144.

Grammer, K., Thornhill, R. (1994): Human (*Homo sapiens*) facial attractiveness and sexual selection: the role of symmetry and averageness. *J. Comp. Psychol.*, 108, 233 - 242.

Gazzaniga, M.S. (2008): *Human. The Science Behind What Makes Us Unique*. HarperCollins Publishers New York, 226 - 229.

Halsey, L.G. et al. (2010): An explanation for enhanced perceptions of attractiveness after alcohol consumption. *Alcohol*, 44, 307 - 313.

Hess, U. et al. (2007): Sexual activity is inversely related to women's perceptions of the facial attractiveness of unknown men. *Personal. Individ. Diff.*, 43, 1991-1997.

Chaix, R. et al. (2008): Is Mate Choice in Humans MHC-Dependent? *PLoS Genet.*, 4, e1000184.

Iaria, G. et al. (2008): The Contribution of the Fusiform Gyrus and Superior Temporal Sulcus in Processing Facial Attractiveness: Neuropsychological and Neuroimaging Evidence. *Neuroscience*, 155, 409 - 422.

Ishai, A. (2007): Sex, beauty and the orbitofrontal cortex. *Int. J. Psychophysiol.*, 63, 181 - 185.

Jacob, S. et al. (2002): Paternally inherited HLA alleles are associated with woman's choice of male odor. *Nature Genet.*, 30, 175 - 179.

Jacob, S.N. et al. (2012): Relating magnitudes: the brain's code for proportions. *Trends Cogn. Sci.*, 16, 157 - 166.

Johnson, K.L., Tassinary, L.G. (2007): Compatibility of basic social perceptions determines perceived attractiveness. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA*, 104, 5246 - 5251.

Johnston, V.S. (2006): Mate choice decisions: the role of facial beauty. *Trends Cogn. Sci.*, 10, 9-13.

Kampe, K.K.W. et al. (2001): Reward value of attractiveness and gaze. *Nature*, 413, 589.

Katzmarzyk, P.T., Davis, C. (2001): Thinness and body shape of Playboy centerfolds from 1978 to 1998. *Int. J. Obesity*, 25, 590 - 592.

Kuczmarski, R.J. et al. (1997): Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among US adults: NHANES III (1988 to 1994). *Obes. Res.*, 5, 542 - 548.

Langlois, J.H., Roggman, L.A. (1990): Attractive faces are only average. *Psychol. Sci.*, 1, 115 - 121.

Langlois, J.H. et al. (1991): Facial diversity and infant preferences for attractive faces. *Dev. Psychol.*,

27, 79 – 84.

Laurent, R., Chaix, R. (2012): MHC-dependent mate choice in humans: Why genomic patterns from the HapMap European American dataset support the hypothesis. *Bioessays*, 34, 267 – 271.

Little, A.C., Jones, B.C. (2003): Evidence against perceptual bias views for symmetry preferences in human faces. *Proc. R. Soc. Lond. B*, 270, 1759 – 1763.

Little, A.C. et al. (2003a): Investigating an imprinting-like phenomenon in humans partners and opposite-sex parents have similar hair and eye colour. *Evol. Hum. Behav.*, 24, 43 – 51.

Magro, A.M. (1999): Evolutionary-Derived Anatomical Characteristics and Universal Attractiveness. *Motor Skills*, 88, 147 – 166.

Mende-Siedlecki, P. et al. (2013): The social evaluation of faces: a meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 8, 285 – 299.

Miller, G. et al. (2007): Ovulatory cycle effects on tip earnings by lap dancers: economic evidence for human estrus? *Evol. Hum. Behav.*, 28, 375-381

Müller, A.P., Thornhill, R. (1998): Bilateral Symmetry and Sexual Selection: A Meta Analysis. *Am. Naturalist*, 151, 174 – 192.

Neave, N., Shields, K. (2008): The effects of facial hair manipulation on female perceptions of attractiveness, masculinity, and dominance in male faces. *Personal. Individ. Diff.*, 45, 373 – 377.

Ober, C. et al. (1997): HLA and Mate Choice in Humans. *Am. J. Human. Genet.*, 61, 497 – 504.

Oberzaucher, E., Grammer, K. (2010): Immune Reactivity and Attractiveness. *Gerontology*, 56, 521 – 524.

Parvizi, J. et al. (2012): Electrical Stimulation of Human Fusiform Face-Selective Regions Distorts Face Perception. *J. Neurosci.*, 32, 14915-14920.

Penton-Voak, I.S. et al. (1999): Menstrual cycle alters face preference. *Nature*, 399, 741 – 742.

Penton-Voak, I.S. et al. (2000): Female preference for male faces changes cyclically: Further evidence. *Evol. Hum. Behav.*, 21, 39 – 48.

Perilloux, C. et al. (2013): Women's physical attractiveness and short-term mating strategies. *Personal. Individ. Diff.*, 54, 490 – 495.

Perrett, D.I. et al. (1991): Facial shape and judgements of female attractiveness. *Nature*, 368, 239 – 242. Perrett, D.I. et al. (1999): Symmetry and Human Facial Attractiveness. *Evol. Hum. Behav.*, 20, 295 – 307.

Petrie, M., Roberts, G. (2007): Sexual selection and the evolution of evolvability. *Heredity*, 98, 198 – 205.

Pettijohn II, T.F., Jungeberg, B.J. (2004): Playboy Playmate Curves: Changes in Facial and Body Feature Preferences Across Social and Economic Conditions. *Pers. Soc. Psychol. Bull.*, 30, 1186 – 1197.

Platek, S.M., Singh, D. (2010): Optimal Waist-to-Hip ratios in Women Activate Neural Reward Centers in Men. *Plos One*, 5, e9042.

Principe, C.P., Langlois, J.H. (2012): Shifting the Prototype: Experience with Faces Influences Affective and Attractiveness Preferences. *Soc. Cogn.*, 30, 109 – 120.

Puts, D.A. et al. (2012): Men's masculinity and attractiveness predict their female partners' reported orgasm frequency and timing. *Evol. Hum. Behav.*, 33, 1 – 9.

Ramachandran, V.S. (1997): Why do gentlemen prefer blondes? *Med. Hypotheses*, 48, 19 – 20.

Rhodes, G. et al. (2005): Attractiveness and sexual behavior: Does attractiveness enhance mating success? *Evol. Hum. Behav.*, 26, 186 – 201.

Roberts, S.C. et al. (2005): MHC-assortative facial preferences in humans. *Biol. Lett.*, 1, 400 – 403.

Rupp, H.A. et al. (2009): Neural activation in the orbitofrontal cortex in response to male faces increases during the follicular phase. *Horm. Behav.*, 56, 66 – 72.

Setchell, J.M., Huchard, E. (2010): The hidden benefits of sex: Evidence for MHC-associated mate choice in primate societies. *Bioessays*, 32, 940 – 948.

Scheib, J.E. et al. (1999): Facial attractiveness, symmetry and cues of good genes. *Proc. R. Soc. Lond. B*, 266, 1913 – 1917.

Schmid, K. et al. (2006): Computation of a face attractiveness index based on neoclassical canons, symmetry, and golden ratios. Department of Statistics Technical Reports, University of Nebraska Lincoln.

Singh, D. (2002): Female Mate Value at a Glance: Relationship of Waist-to-Hip Ratio to Health, Fecundity and Attractiveness. *Neuroendocrinology Lett.*, 23 (Suppl. 4), 81 – 91.

Singh, D., Singh, D. (2006): Role of Body Fat and Body Shape on Judgment of Female Health and Attractiveness: An Evolutionary Perspective. *Psychological Topics*, 15, 331 – 350.

Singh, D., Singh, D. (2011): Shape and Significance of Feminine Beauty: An Evolutionary Perspective. *Sex. Roles*, 64, 723 – 731.

Stephen, I.D., McKeegan, A.M. (2010): Lip colour affects perceived sex typicality and attractiveness of human faces. *Perception*, 39, 1104 – 1110.

Thornhill, R., Gangestad, S.W. (1999): The Scent of Symmetry: A Human Sex Pheromone that Signals Fitness? *Evol. Hum. Behav.*, 20, 175 – 201.

Tovée, M.J. et al. (2002): Human female attractiveness: waveform analysis of body shape. *Proc. R. Soc. Lond. B*, 269, 2205 – 2213.

Tsukiura, T., Cabeza, R. (2011): Remembering beauty: Roles of orbitofrontal and hippocampal regions in successful memory encoding of attractive faces. *NeuroImage*, 54, 653 – 660.

Weeden, J., Sabini, J. (2005): Physical Attractiveness and Health in Western Societies:

A Review. *Psychol. Bull.*, 131, 635 – 653.

Winkielman, P. et al. (2006) Prototypes are attractive because they are easy on the mind. *Psychol. Sci.*, 17, 799 – 806.

Winston, J.S. et al. (2007): Brain systems for assessing facial attractiveness. *Neuropsychologia*, 45, 195 – 206.

Yovel, G., Belin, P. (2013): A unified coding strategy for processing faces and voices. *Trends Cogn. Sci.*, 17, 263 – 271.

Yu, D.W., Shepard, Jr., G.H. (1998): Is beauty in the eye of the beholder? *Nature*, 396, 321 – 322.

Zaidel, D.W. et al. (2005): Appearance of symmetry, beauty, and health in human faces. *Brain and Cognition*, 57, 261 – 263.

Kontaktná adresa: peter.minarik@sanofi.com

# Ženská obřízka - kultura, náboženství, mýty a obavy

**Dita Pichlerová**

OB klinika Praha

## Souhrn

Ženská obřízka je označení pro radikální amputaci vnějších částí ženských pohlavních orgánů, kterou podstupují nezletilé dívky z donucení a která má silně tradiční a rituální charakter. Rozšířena je zejména na severu Afriky. Je spojena s mnoha závažnými doživotními následky, jak organickými tak psychickými.

**Klíčová slova:** ženská obřízka, klitoridektomie, infibulace, rituál, sex po infibulaci.

## Úvod

Ženská obřízka, **female genital mutilation (FGM)** je amputace (odstranění) některých částí vnějších pohlavních orgánů ženy.

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) se jedná o zákroky, „při kterých dojde k částečnému nebo úplnému odstranění ženských pohlavních orgánů (genitálií), nebo jinému poškození ženských pohlavních orgánů z jiných než zdravotních důvodů“ [1]. Tento úkon bývá často **spojen s rituálem**. Provádí se především v afrických zemích. Podle odhadu WHO žije s následky procedury asi **140 milionů žen a dívek** po celém světě, z toho asi 92 milionů v Africe [1].

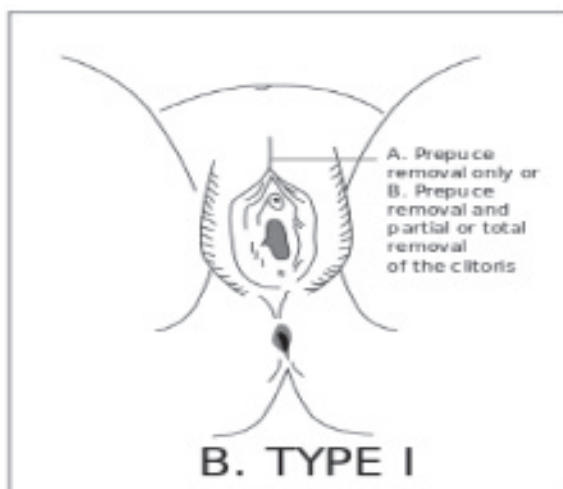
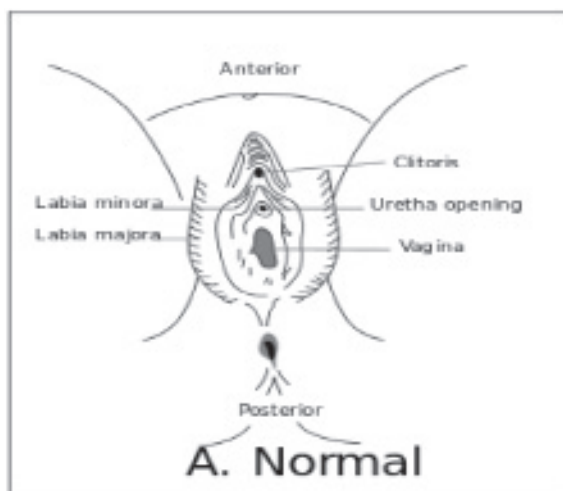
Existuje **několik typů** ženských obřízek. WHO uvádí čtyři typy [Fig. 1]:

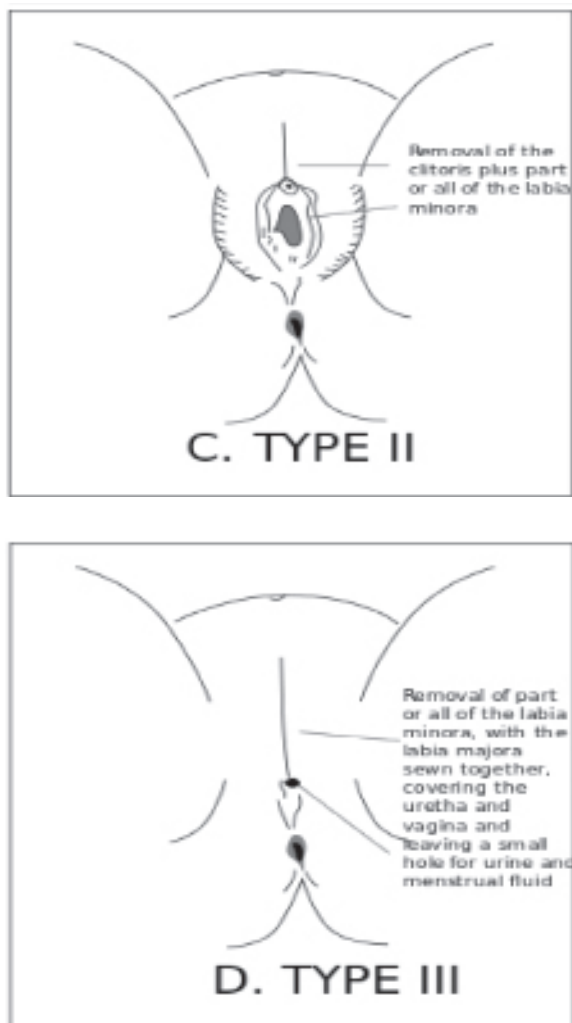
- **Typ I**, klitoridektomie: částečné nebo úplné **odstranění poštváčku**, výjimečně jen jeho předkožky.
- **Typ II**, excize: částečné nebo **úplné odstranění poštváčku a malých stydkých pysků**, jen někdy též odstranění velkých stydkých pysků.
- **Typ III**, infibulace: **zúžení poševního otvoru** vytvořením krycího uzávěru tím, že se nařízou a přemístí velké nebo malé stydké pysky, někdy doprovázené odstraněním klitorisu.
- **Typ IV**, další: všechny ostatní škodlivé zásahy do ženských pohlavních orgánů: propichování, piercing, nařezávání a vyškrabování, rovněž kauterizaci ženských rodidel.

## Summary

Female circumcision is a denomination for the radical amputation of the external parts of female genitalia, which under-age girls undergo by coercion and which has a strong tradition and ritual character. It is expanded mainly in the north of Africa. It is associated with many serious lifelong consequences, organic as well as psychological.

**Key words:** female circumcision, clitoridectomy, infibulation, ritual, sex after infibulation.





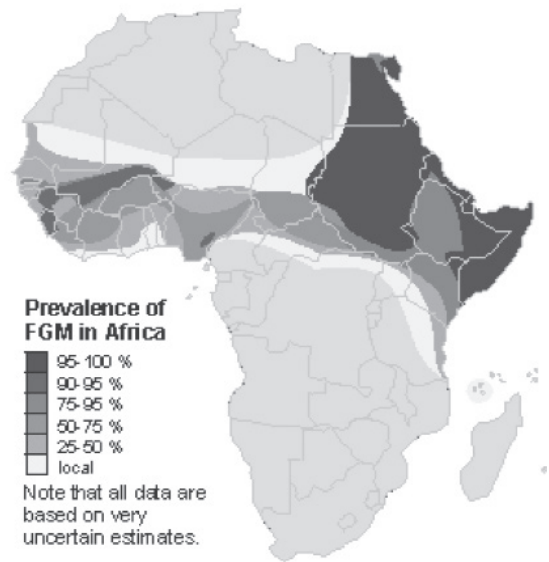
[Fig. 1]

Další klasifikace:

- **Sunna cirkumcize** odstranění předkožky klitorisu. Většinou však při tomto zákroku dojde i k odstranění špičky (glans) klitorisu.
- **Klitoridektomie** při tomto zákroku dochází k odstranění klitorisu a někdy i malých stydkých pysků.
- **Faraonská obřízka** při tomto zákroku dochází k odstranění malých i velkých stydkých pysků a klitorisu. Rána je pak sešita tak, že po odhojení zůstane jen malý otvor pro močení a menstruační krev.

FGM se praktikuje zejména v Africe [Fig.2]. Nejvyšší výskyt je tradičně v pásnu, které se táhne **od Senegalu po Somálsko, a od Egypta po Tanzanii**. V těchto oblastech se odhaduje, že tento zákrok podstoupilo více než **95 % všech žen** [2]. Je také praktikována na Arabském poloostrově, např. v **Jemenu (20 %)**. Dále se FGM částečně vyskytuje v **Saudské Arábii**, severním **Jordánsku** a **Iráku**, dále v **Sýrii**, západním **Íranu** a v **Izraeli**. Mylně se traduje, že ženská obřízka je spojena s muslimskou vírou, ale ve většině muslimských zemí se tento zákrok neprotikuje. V Egyptě je ženská obřízka od června 2008 zakázána zákonem.

[Fig.2]



**Tradicie ženské obřízky** je poprvé zmiňována ve **starém Egyptě**, kde se obřízkou odlišovaly ženy z urozených kruhů od neobřezaných otrokyň a prostitutek [3]. Obřízka **nená oporu ve věrouce** kteréhokoliv náboženství. Teologové všech tří významných náboženství ji zakazují [4]. V muslimské věrouce je to např. výrok Mohameda: „Neobřezávej krutě, tak je to lepší pro ženu a žádoucnější pro jejího manžela,“ [5].

Obřízka se objevuje ovšem i **v Evropě**. Tyto operace se až do roku 1950 prováděly na anglosaských klinikách jako prostředek léčby **hysterie, epilepsie, bolestí hlavy nebo dětské masturbace**. Mezi lety 1850 a 1867 prováděl amputace klitorisu v Británii Dr. Isaac Baker Brown [6], především jako **prevenci masturbace**, která mohla dle jeho přesvědčení vést až k smrti. Mezi lety 1915 a 1950 byla ženská obřízka ve formě klitoridektomie používána jako léčba **novorozeneckých kolik a opožděného vývoje batolat**, nebo třeba i **epilepsie** nebo „**nymfomanie**“. Naprostá většina „pacientek“ byla ve věku mezi dvěma a deseti lety [6].

Okolo ženské obřízky panuje **množství mýtů a pověr**. Amputace částí ženských genitálií má **zabránit masturbaci** u žen a tak zajistit jejich **duchovní čistotu** [7]. Na Mali například věří, že novorozeňata jsou částečně **oboupohlavní** a obřízkou je odstraněn prvek pohlaví druhého (u mužů je za ženský prvek pokládána předkožka, u žen klitoris) [8]. Podle kurdské tradice znamená ženská obřízka očistění ženy, sekret z klitorisu může partnera dokonce zabít. Odstraněním klitorisu a/nebo malých stydkých pysků se **zvýšuje ženina plodnost**, usnadňuje **udržování čistoty** a předchází se výskytu nádorů [9]. Neobřezané ženě by se narodily **postížené děti**, muž, který by se jakoukoli částí těla dotkl klitorisu, zemře. Nigerijští Ibové obřezávají mrtvé, pokud zjistí, že nebyli obřezáni zaživa.



Neobřezaná žena **nesmí vařit**, neboť je považována za rituálně nečistou [9]. Faraonská obřízka má snižovat nadměrnou vzrušivost a sexuální puzení, má zabránit znásilnění a je prevencí ohromného **zbytnění klitorisu**, který by jinak ženě dosahoval až mezi stehna.

Důležitou roli hrají i obavy žen z neobřezání. Obřízka vyplývá z místních tradic a má význam ženského **iniciačního rituálu**. „Neupravené“ ženské genitálie jsou mnohde považovány za ošklivé, obřízka je nezbytnou podmínkou sňatku, bez obřízky je dívka **nečistá a neprovdatelná**. Nepokládá se za skutečnou ženu, je sociálně vyloučena [10,11]. Den obřízky je považován za nejdůležitější den v životě ženy, daleko důležitější, než je svatba. Dívky mají obavy, že bez obřízky se **nestanou ženou**, obávají se, že jim naroste penis.

FGM má **závažné zdravotní doživotní následky** [4,9,11]. Výkony jsou prováděny u dívek mezi 4 a 8 lety věku, bez anestézie, dítě je často jen znehybněno. Při provedení dochází často k masivnímu krvácení, s následnou tvorbou keloidní jizvy a s nimi spojené obtíže při sexu a/nebo porodu. Časté jsou infekce urogenitálního traktu nebo dokonce nákaza virem HIV či hepatitida B. Později se objevuje anorgasmie, poruchy odchodu moči. Výkon je vždy provázen vysokou psychickou traumatizací, která je celoživotní. S tím souvisí i vysoký výskyt depresí.

Obtížný je samozřejmě **sex po infibulaci** [10,11]. Penetrace nevěsty trvá od tří dnů do několika měsíců; někteří muži (podle průzkumu víc než 15%) nejsou schopni do manželky proniknout ani s pomocí nožičku [12]. Súdánská nevěsta zakouší o svatební noci znovu obrovskou bolest a další trauma. Přesto většina žen vzpomíná na své manžely jako na chápající a citlivé během celého procesu a prohlašuje je za něžné milence. Jen malé procento žen si stěžovalo na brutalitu. Súdánské páry jsou i přes svatební trauma spojeny silným poutem; většina žen je na své manžely velmi hrdá a často vyjadřuje spokojenost se svým manželstvím a životem. Nicméně, tázány, zda by nebyly raději muži, odpovídají, že kdyby si mohly vybrat, raději by se narodily v mužském těle. 90% dotazovaných žen, že v manželství zažívají nebo alespoň někdy zažily orgasmus, od slabého a obtížně dosahovaného až po mnohonásobné [12]. Súdánští muži, kteří mohou porovnávat styk s neobřezanými cizinkami a se Súdánkami, se shodují v názoru,

že orgasmy u súdánských žen jsou slabší a delší dobu trvá, než je tyto ženy dosáhnou [12]. Duševní a emocionální faktory hrají v dosahování orgasmu u infibulovaných žen klíčovou roli. Podle studií WHO pro 90% obřezaných žen je každý sexuální styk utrpením [1].

#### Závěr

Obřízka je silně tradiční rituál, který není možné obhájit z hlediska moderní medicíny. Z pohledu žen se ovšem může jednat o jedinou možnost, jak nebýt vyřazena ze společnosti a jak najít manžela, což je v afrických a arabských zemích hlavním a často jediným smyslem života ženy.

#### Zdroje

- [1] Female genital mutilation, Ženeva: Světová zdravotnická organizace, rev. 2/2013, [www.who.int](http://www.who.int)
- [2] Female genital mutilation, National Health Service, rev. 2012-06-25, [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)
- [3] Vachala B., Obřízka ve starém Egyptě, časopis Vesmír 2007/10, str. 660-664, [www.vesmir.cz](http://www.vesmir.cz)
- [4] Female Circumcision, N Engl J Med 1995; 332:188-190, January 19, 1995
- [5] Female genital mutilation, [http://www.religioustolerance.org/fem\\_cirm.htm](http://www.religioustolerance.org/fem_cirm.htm)
- [6] Circumcision of females: Cultural and medical rationales, <http://www.historyofcircumcision.net>
- [7] Estabrooks E.A., Female genital mutilation, <http://www.munfw.org/archive/50th/who2.htm>
- [8] Mali: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC), 1 June 2001, <http://www.refworld.org>
- [9] Strickland J., Female Circumcision/Female Genital Mutilation. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. srpen 2001, roč. 14, čís. 3, s. 109-112.
- [10] Torome J., The Secret World of Female Circumcision, <http://www.project-syndicate.org>
- [11] Roztočil A., Peschout R., Genitální mutilace afrických žen, [www.levret.cz](http://www.levret.cz)
- [12] Lightfoot-Klein H., The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in The Sudan, The Journal of Sex Research Vol.26, No.3., 375-392, August 1989

Kontaktná adresa: [dita.pichlerova@seznam.cz](mailto:dita.pichlerova@seznam.cz)

## Konference SPRSV o sexuální výchově, 18. 9. 2014 - 19. 9. 2014 - Pardubice

Stát: Česká republika

Pořadatel: Sexuologická společnost ČLS JEP

Jednací jazyk: čeština



## Sex, komunikácia a zdravotníctvo

**Michal Chovanec<sup>1</sup>, Petr Weiss<sup>2</sup>**

FF UK Praha, Psychiatrická nemocnica Hronovce<sup>1</sup>,  
Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha<sup>2</sup>

### Súhrn

V príspevku autori vychádzajú zo zahraničných výskumov a poukazujú na dôležitosť komunikácie o sexe v zdravotníctve. Prinášajú informácie o typoch pacienta a spôsobe iniciácie rozhovoru o sexuálnom živote pacienta.

**Kľúčové slová:** komunikácia o sexe, problémy v komunikácii o sexe, sex. lekár, pacient, zdravotníctvo.

### Summary

Based on international surveys, the authors indicate in the article the importance of communication about sex in health care sector. The authors inform the reader about the types of patients and the ways of initiating a conversation about their sexual life.

**Keywords:** communication about sex, problems in the communication about sex, sex. doctor, patient, health care.

### Úvod

Komunikácia je všade okolo nás, sprevádza nás na každom kroku a je s nami od začiatku života každého človeka až po jeho koniec. Jej silu si v každodennom kolobehu ani neuvedomujeme. Častokrát si ju uvedomíme až vtedy, keď už je neskoro alebo keď sa vyskytne šum a nám uniknú podstatné informácie.

Proces komunikácie sa uskutočňuje aj v zdravotníctve. Správne vedená komunikácia medzi lekárom a pacientom je neoddeliteľnou súčasťou profesie, pretože lekár je najvýznamnejším liečebným prostriedkom. A že tomu tak nemusí vždy byť, si teraz ukážeme.

Janáčková (3) vo svojom výskume uvádza, že 40,7 % pacientov je nespokojných s celkovou komunikáciou lekára a ostatných zdravotníkov. V medzinárodnom výskume (1) sa ukázalo, že iba 10 % lekárov má aktívny záujem o pacientovo sexuálne zdravie. Z uvedených výskumov sa vynára otázka, prečo je tomu tak. Odpovede môžu byť rôzne, výrazne subjektívne zafarbené, podporované ego-obrannými mechanizmami alebo sa môžu opierať o kvázi eticko-subjektívne zdôvodnenia. Odpovedí a zdôvodnení môže byť veľa. Pritom sa však zabúda na to najpodstatnejšie – na pacienta.

Weiss a Zvěřina (10) sa v roku 2002 zaoberali problematikou komunikácie o erektilnej dysfunkcii medzi lekárom a pacientom. Výsledky poukázali, že 80,9 % erektilne dysfunkčných pacientov mužov z 93 respondentov, ktorí svoj problém preberali s odborníkom, väčšinou začali o svojom probléme

rozprávať sami. Iba v 19,1 % prípadov bol iniciátorom rozhovoru lekár. Ak sa pýtali všetkých 2505 respondentov, a nie iba erektilne dysfunkčných, tak 43,6 % mužov by nemalo nič proti tomu, aby sa lekár sám aktívne pýtal na problémy s erekciou. Takúto iniciatívu lekára by ocenilo rovných 28 %. Autori celkovo konštatovali, že u 71,8 % mužov by otvorenosť lekára nevyvolala nepríjemné pocity. Ako ďalej z výskumu vyplýva, 14,8 % respondentov by sa pri iniciatíve lekára cítilo najprv trápne, avšak aj napriek tomu by takýto aktívny prístup svojho lekára ocenilo. Tých, ktorí si myslia, že lekár by sa na tému erektilnej dysfunkcie nemal pýtať, pokiaľ sa pacient sám nespýta, bolo 13,6 %. Uvedené zistenia naznačujú veľmi citlivú a empatickú komunikáciu a prispôbenie sa ich schopnostiam na tému erektilnej dysfunkcie u 28,4 % respondentov. Pasivita lekára sa v oblasti komunikácie o probléme erektilnej dysfunkcie v uvedenej štúdii hlbšie prejavila v konfrontácii so zistením, že 40 % respondentov z 1827 uviedlo najpreferovanejší zdroj získavania informácií ohľadom erektilnej dysfunkcie práve lekárov. Za nimi nasledovali zdroje ďalších informácií: časopisy 10 %, informačné letáky v ambulancii lekára 10 %, televízia 9 % a iné. Zo záveru výskumu Weiss a Zvěřina (10) vyplýva, že až 85 % mužov s erektilnou dysfunkciou nemá žiaden záujem konzultovať svoj problém s odborníkom. Príčinami sú: pasívne prijatie dysfunkcie a hanba. Druhým, ale nie menej podstatným faktorom je skutočnosť o drviwej väčšine, ktorá by uvítala aktívnejší prístup lekára.

V staršom výskume zrealizovanom vo Veľkej Británii Osbornom a kol. (8), na ktorom sa zúčastnilo

436 žien, sa zistili zaujímavé výsledky. Vyplynulo z nich, že 142 respondentiek malo nasledovné sexuálne dysfunkcie: poruchy apetencie, lubrikácie, vzrušivosti a dyspareunie. Zaujímavejšie však bolo, že zo 142 respondentiek si 42 bolo vedomých svojho sexuálneho problému a len 16 sa chcelo v budúcnosti liečiť. Realita však bola taká, že sa liečila len 1 respondentka.

Medzinárodný výskum SHOW (2) (Sexual Health and overall wellness) sa uskutočnil v krajinách: Slovensko, Česko, Poľsko, Maďarsko, Ukrajina, Turecko, Rusko, Rumunsko a Izrael. Spolu sa na ňom zúčastnilo 3780 participantov a participantiek. Jeho účelom bolo zistiť, či lepšie sexuálne zdravie súvisí so zvýšeným celkovým zdravím a pohodou, milujúcim (milovaným) a intímny vzťahom a pozitívnejším pohľadom na svet. Z výsledkov, ktoré sme sa rozhodli použiť v našom príspevku, vyplynulo, že sex patrí medzi najdôležitejšie životné priority pre obe pohlavia (67% muži, 55% ženy). Ako však ďalej z výsledkov vyplynulo, až 58% mužov a 64% žien nie je úplne spokojných so svojim sexuálnym životom. Jednou z otázok v anonymných dotazníkoch bola aj otázka, či spokojnosť so sexom súvisí s pozitívnym pohľadom na život. Výskum odhalil, že z mužov, ktorí sú spokojní so svojim sexuálnym životom, je až polovica takých, ktorí sú radi v spoločnosti a cítia sa vo svojom vzťahu dobre, zatiaľ čo z mužov, ktorí nie sú spokojní so svojim sexuálnym životom, je rado v spoločnosti iba 34% a 14% sa vo svojom vzťahu necíti dobre. U žien boli výsledky podobné. Zo žien, ktoré sú spokojné so svojim sexuálnym životom, je 57% rado v spoločnosti a 53% sa cíti byť spokojných vo svojom partnerskom vzťahu, zatiaľ čo zo žien, ktoré nie sú spokojné so svojim sexuálnym životom, 40% je rado v spoločnosti druhých ľudí a 8% sa necíti dobre vo svojom vzťahu. Na základe výsledkov môžeme konštatovať, ako väčšina mužov a žien prejavuje záujem o zvýšenie ich sexuálnych skúseností (87% muži a 77% ženy). Poslednú otázku, ktorú sme si vybrali, bola otázka iniciácie rozhovoru o sexuálnom zdraví alebo erektilnej funkcii. Výsledky ukázali, že iba 3 z 10 lekárov sú iniciátormi takéhoto rozhovoru.

Ako vidno, nielen vyššie spomenuté skutočnosti dokazujú, že komunikácia medzi lekárom (nemáme na mysli špecialistu alebo sexuológa) a pacientom o pacientovom sexuálnom zdraví nie je zbytočná. Práve naopak. Mnohokrát môže pomôcť predísť problémom od tých najjednoduchších až po tie najzložitejšie vrátane možných trvalých následkov. Napríklad pacient so skrytými srdcovými problémami začne mať najprv problémy s erekciou (5, 11). Problémy organického charakteru sa môžu objaviť aj u ľudí s diabetes mellitus, a to u približne 50% (5, 11), hoci to nemusí byť vždy pravidlom. Výsledky z výskumu (10) naznačujú, že najväčší podiel konzultácie má klient s erektilnou dysfunkciou s praktickým lekárom (30,6%) a najmenší so psychiatrom (6,5%). Ďalšie uvedené profesie, s ktorými pacienti konzultovali svoju erektilnú dysfunkciu, sú zobrazené v tab. 1.

Komunikácia má minimálne dvoch účastníkov – komunikátora a recipienta. Doteraz sme si z prevažnej časti hovorili o komunikátorovi (lekár). Na to,

Tab. 1 Konzultácia erektilnej dysfunkcie s odborníkom (možnosť viacerých odpovedí) podľa Weiss a Zvěřinu, 2002.

| Špecializácia   | % podiel |
|-----------------|----------|
| praktický lekár | 30,6     |
| uroológ         | 22,6     |
| sexuológ        | 14,5     |
| psychológ       | 12,1     |
| diabetológ      | 10,5     |
| psychiater      | 6,5      |
| iné             | 8,8      |

aby sme vedeli, ako komunikovať s pacientom na tému sexuality, je dôležité poznať typy pacientov, s ktorými sa môžeme stretnúť v praxi. Uvádzané tri typy pacientov nie je problém od seba oddiferencovať.

Prvý typ - tichý, resp. mlčanlivý. Vyznačuje sa tým, že na tému sex, sexualita alebo všetko, čo s tým súvisí, sa nechce, nebude a odmieta zhovárať alebo sa tvári, ako keby ste ich „rezali“, resp. im nejako inak ubližovali. Ak pridete do kontaktu s takýmto typom pacienta, komunikácia s ním o jeho sexuálnom živote bude veľmi zložitá. Preto odporúčame vrátiť sa k všeobecným témam a možno sa raz niekedy sám odhodlá rozprávať. Podstatné je, že ste mu pootvorili dvere aj do takejto problematiky a niekedy v budúcnosti s ňou začne sám. Tento typ pacienta problémy v sexuálnom živote buď nemá, alebo za nijakých okolností nebude s vami o nich hovoriť. Mohli by sme ho priradiť k 13,6% (10) tým, podľa ktorých lekár nemá o sexe hovoriť a téma má byť aj naďalej tabu.

Druhý typ - hanblivý. Tento typ možno priradiť k 14,8% (10), ktorý má počas komunikácie s lekárom trápne pocity, ale aj napriek tomu by takýto aktívny prístup svojho lekára ocenil. Títo pacienti nevyzerajú na to, že by mohli mať nejaké problémy so sexualitou. V problematike sexu sú dobre zorientovaní a majú o nej dobré vedomosti. Za krátky čas sa rozrozprávajú o svojom sexuálnom probléme.

Posledný typ môžeme priradiť k 71,6% (10), teda k tým, ktorí iniciatívu lekára oceňujú a nič proti nej nemajú. Uvedený typ pacienta veľmi presne vie, čo chce. Otázky kladie cielene a svoje sexuálne problémy chce riešiť princípom tu a teraz.

Okrem typov pacientov je dobré zo strany lekára v rámci komunikácie o sexe s pacientom poznať aj situácie, pri ktorých je vhodné začať rozhovor. Pastor (9) uvádza 6 situácií:

1. V rámci preventívnych prehliadok: v týchto situáciách by to malo byť bežné a je možné nadviazať napr. na vek a s tým spojené možné riziká. Ak sa vyskytne problém, rozhovor treba ďalej rozvíjať.
2. Pri komentovaní výsledkov vyšetrenia: nie je to nutné, ale je to jedna z možností, ako sa k téme sexuality a problémom s ňou spojených dostať; môžeme nadviazať na výsledky (cholesterol, váha a iné), a ak sú odchýlky od normy, potom muži sú náchylnejší na problémy s nedostatočnou erekciou. V takýchto prípadoch sa dá priamo

spýtať pacienta, či spozoroval v poslednom čase nejaké zmeny (zníženie libida, slabšia alebo takmer žiadna erekcia).

3. Pri stanovení diagnózy: primárne začíname hovoriť o danej diagnóze, a až sekundárne o možných dosahoch na pacientovu sexualitu; ak sa u pacienta zistí napr. diabetes mellitus, tak je potrebné upozorniť ho na liečbu, a aj na možné komplikácie v sexuálnej oblasti.
4. Počas predpisovania liekov a komentovania ich nežiaducich účinkov: pacienta by sme mali upozorniť na to, že indikovaný liek môže mať negatívne následky na jeho sexualitu; často ide o lieky proti depresii.
5. Pri komentovaní nadváhy, zlozvykov a pri nielen chronickom porušovaní životosprávy: je vhodné upozorniť pacienta na eventuálne riziká a komplikácie v sexuálnom živote plynúce z nezdravého životného štýlu; napr. upozorníme na nadváhu, nedostatočný pohyb, abúzus alkoholu a drog a iné.
6. Počas kontrolných vyšetrení: môžeme nadviazať na predchádzajúcu sexuálnu tému; ak pacient spomínal nejaký problém (erekcia, znížená chuť na sex a iné), spýtame sa ho, či nastali nejaké zmeny.

Na záver uvádzame „Desatore praktického lekára“ (9), podľa ktorého by sa mal riadiť každý lekár alebo aj iný zdravotnícky pracovník, ktorému ide o dobro svojich pacientov:

1. S pacientom sa rozprávame o sexe iba vtedy, ak si to sám praje.
2. Základná sexuálna anamnéza neznamená zásadné zdržanie pri práci.
3. Rozhovor o sexe začíname všeobecnou, skôr neutrálnou otázkou (máte nejaké problémy vo vašom sexuálnom živote a pod.).
4. Kladieme otázky, na ktoré sa dá jednoducho odpovedať a formulujeme ich tak, ako keby išlo o úplne prirodzenú vec (ako často sa u vás objavujú poruchy erekcie).
5. S pacientom nikdy nehovoríme o sexe v prítomnosti iného pacienta.
6. Počas rozhovoru nepoužívame odborné výrazy, ktorým by pacient nemusel rozumieť.
7. Pacienta necháme rozprávať vlastnými slovami.
8. Nenecháme sa vtiahnuť do žoviálnosti alebo vulgárnosti; používame zrozumiteľné a všeobecne známe pojmy.
9. V prípade, že pacient používa nesprávne výrazy, taktne ho opravíme.
10. Každého pacienta sa pýtame na jeho sexuálny život - nečakáme, že začne on sám.

Pri komunikácii o sexualite medzi pacientom a lekárom sa predovšetkým uplatňuje dialóg. Ten je založený na dôveryhodnosti pacienta a úprimnosti a pochopenia lekára. Komunikačný proces by sa mal za najideálnejších podmienok odohrávať iba v diadickej interakcii. Pravidlo diády je uvedené v „Desatore praktického lekára“ v bode 5. Tu je potrebné poznamenať, že nie každý lekár má možnosti diadickej

interakcie, a preto sa z nej razom stáva triadická interakcia, teda je prítomná aj sestrička lekára. Daná skutočnosť môže až fatálne narušiť intimitu dialógu. V takýchto prípadoch je na získavanie informácií vhodné siahnuť po neverbálnych technikách získavania sexuologických informácií. Takýto spôsob má nesporne svoje výhody. Medzi výhody patrí prekonávanie bariér v rámci komunikovania o problémoch, napr. pre druhý alebo aj tretí typ pacientov spomínaných vyššie v príspevku a rýchla orientácia v problematike sexuálnej poruchy. Dotazníkov je veľké množstvo a snažia sa postihovať celú oblasť sexuálneho správania oboch pohlaví. Ich rozvoj súvisí s rozšírením terapeutických možností a nutnosťou sledovania úspešnosti terapie. S rozvojom farmakoterapie súvisí aj problematika nežiaducich účinkov, ktorá sa často premieta najmä v sexuálnej oblasti.

Zo širokého spektra môžeme spomenúť a stručne opísať dotazníky (4): IIEF, GRISS, ASEX a SFM/K. ASEX (The Arizona Sexual Experience Scale) – vhodný pre psychiatrických pacientov. Postihuje základné zložky sexuálneho responzívneho cyklu – túžba, vzrušenie, schopnosť vzrušiť sa, schopnosť dosiahnuť orgazmus a satisfakcia. Administrácia a vyhodnocovanie sú jednoduché a otázky sú zrozumiteľné. GRISS (The Golombok – Rust Inventory of Sexual Satisfaction) – ide o multidimenzionálny inventár a je zameraný na skúmanie individuálnej i párovej spokojnosti v jednotlivých faktoroch sexuálneho života. Administrácia a vyhodnocovanie sú časovo náročnejšie, použitie v klinickej i poradenskej praxi. Výhoda je párová analýza a je iba pre heterosexuálnych jedincov. IIEF (The International Index for Erectile Function) – jedna z najrozšírenejších viacdimenzionálnych škál na stanovenie erektilnej dysfunkcie s 15 -timi otázkami. Je validizovaný v 10 jazykoch. Obsahuje všetky relevantné domény mužského pohlavného života – túžbu, erektilnú a orgazmickú funkciu, spokojnosť s pohlavným stykom a celkovú spokojnosť s realizáciou pohlavného života. Je vhodný na výskum i klinickú prax. SFM/K – sexuálne funkcie muža – Kroměřížská verzia, 21-položkový dotazník sa používa v Čechách a na Slovensku. Nevýhodou je predpoklad partnerského sexuálneho súžitia, čo sa pri hodnotení celkového skóre prejaví ako patologická hodnota (napr. v hodnotení autoerotických praktík, niektoré položky ako častotť pohlavných stykov a pod., ktoré sa potom skórujú nulou).

### Záver

Problematika komunikácie o sexe medzi lekárom a pacientom v súčasnosti zaostáva za zvyškom komunikácie. Dôkazy o tom nám poskytli jednotlivé výskumy (Janáčková, Osborn a kol. a iní). Nevyvrátiteľným dôkazom o tom je aj fakt, v ktorom by väčšina mužov uvítala aktívnejší prístup lekára pri sexuálnych dysfunkciách (napr. erektilnej). Preto považujeme za potrebné pýtať sa na základnú sexuálnu anamnézu, ale nie v zmysle: počet detí, rodinný stav a iné. Základná sexuálna anamnéza môže pomôcť pacientovi otvoriť sa a tiež prispieť k rýchlejšiemu uzdraveniu.



## Literatúra

1. BROCK, G., NICOLOSI, A., GLASSER, DB., et al. 2002. Sexual problems in mature men and women: Results of global study. *Int J Import Res* 14 (Suppl 3): p. 57 – 58.
2. DEAN, J., SHECHTER, A., VERTKIN, A., WEISS, P., YAMAN, O., HODIK, M., GINOVKER, A. 2013. Sexual Health and Overall Wellness (SHOW) survey in men and women in selected European and Middle Eastern Countries [online]. In: *Journal of International Medical Research*. The last modified on 15. April 2013. [cit. 2013-05-11]. Dostupné na: <http://imr.sagepub.com/content/early/2013/02/14/0300060513476429.full.pdf>
3. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. 2008. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
4. KEŠICKÝ, D., KEŠICKÁ, M., NOVOTNÝ, V. Sexuálne správanie a psychodiagnostika sexuálnych funkcií u depresívnych pacientov. In: *Sexuológia* 2/2010, ročník 10. ISSN 1335-8820.
5. KRATOCHVÍL, S. 2008. Sexuální dysfunkce. Praha : Grada Publishing, 3. doplnkové vyd. s. 304. ISBN 978-80-247-2476-8.
6. MANDZÁKOVÁ, S., MARKOVÁ, D. 2012. Obsahovo-formálne a metodologické aspekty záverečných a kvalifikačných prác : Metodika písania bakalárskych, diplomových, dizertačných, rigorózných, atestačných a seminárnych prác. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2012. s. 188. ISBN 978-80-555-0525-1.
7. MARKOVÁ, D. 2012. O sexualite, sexuálnej morálke a súčasných partnerských vzťahoch. Nitra : Garmond, 2012, s. 262. ISBN 978-80-89148-76-9.
8. OSBORN, M., HAWTON, K., GATH, D. 1988. Sexual dysfunctions among middle age women in the community. *Br. Med. J* 296, p. 959 – 962.
9. PASTOR, Z. Jak a proč mluvit s pacientem o SEXU – brožúrka pre pacienta. Praha : Soukromé sexuologické centrum GONA s. r. o.
10. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2002. Komunikace lékaře s pacientem s ED. *Pkaktický lékař* 82, s. 276 – 279.
11. WEISS, P., a kol. 2010. Sexuologie. Praha: Grada Publishing, vyd. 1. s. 724. ISBN 978-80-247-2492-8.

Kontakt na autora: PhDr. Michal Chovanec  
michal.chovanec@gmail.com

## Správy



### 100 let od narození Kurta Freunda

Kurt Freund byl významný psychiatr (sexuologie tehdy ještě jako oficiální obor medicíny neexistovala), který se narodil 17. ledna 1914 ve východočeské Chrudimi v židovské rodině. Během nacistické okupace se rozvedl, aby svou nežidovskou manželku a dceru uchránil před pronásledováním. Holocaustu se však nevyhnuli jeho rodiče a bratr, kteří se stali jeho obětmi. Po válce se se svou ženou znovu oženil a měli ještě syna.

Svou vědeckou kariéru věnoval především studiu homosexuality a sexuálních deviací. V padesátých letech, kdy byla homosexualita u nás ještě trestná, se pokoušel různými metodami o její léčbu.

Známy je úsměvný příběh z té doby, když se snažil změnit sexuální orientaci averzivní terapií, tedy negativním podmiňováním spojujícím preferované erotické objekty s nepříjemnými podněty. Říkalo se, že po této terapii se jeho pacientům sice dále líbili muži, ale zvraceli, když přišel jejich ošetřující lékař na vizitu.

Snažil se také určit, jak objektivní metodou zjistit sexuální orientaci a vynalezl přístroj falopletysmograf. Požadavek vzešel především od armády, která homosexuální brance považovala za neschopné vojenské služby, ale obávala se, že by se tak mohli vojně chtít vyhnout i jiní muži. Falopletysmograf dokázal na základě drobných změn v prokrvení penisu po vizuálních

stimulech odlišit sexuální preferenci vyšetřovaného objektu. Později tento přístroj dále zdokonaloval a rozšířil jeho použití i při studiu sexuálních deviací, zejména pedofilie.

Freund se nakonec přiklonil k názoru, že změna sexuální orientace není možná, jakoukoliv léčbu homosexuálů odmítal, a souhlasné sexuální chování dvou dospělých osob nepovažoval za společensky nebezpečné. Spolu se sexuologem dr. Nedomou prosadili zrušení trestnosti homosexuality v roce 1961. Tehdejší Československo tak učinilo jako jedno z prvních v poválečné historii, tedy například dříve než v Německu nebo Anglii. Někteří pamětníci uvádějí, že jeho odborný zájem směřoval k odrestnění homosexuality od počátku, což se v tehdejší komunitě vědělo, a proto pacienti ochotně spolupracovali na výzkumech. Svou práci prý chtěl pro prosazení svého cíle získat odborné argumenty. Svá vědecká zjištění publikoval o rok později v knize *Homosexualita u muže*, která byla přeložena do mnoha jazyků a dodnes je jednou z neúspěšnějších českých sexuologických publikací.

V roce 1968 po srpnové okupaci odešel do Kanady, kde působil dlouhá léta v Torontu v Clarkově institutu v laboratoři, která nesla jeho jméno. Prý odmítl nabídku práce v USA, protože byla podmíněna politickou spoluprací. Ještě po politické změně v roce 1989 navštívil v polovině devadesátých let v rodných Čechách zasedání odborné společnosti International Academy of Sex Research. Kurt Freund zemřel v Torontu ve věku 82 let. Jeho tělo bylo spáleno (což není u Židů běžný způsob pohřbu) a popel byl rozptýlen na trávníky Clarkova ústavu v Torontu i Psychiatrické léčebny Bohnice v Praze.

MUDr. Ivo Procházka, CSc.

# Priapizmus ako následok užívania trazodonu – kazuistika

MUDr. Jozef Dúbravický<sup>1</sup>, Mgr. Štefan Vanko<sup>2</sup>

UN Bratislava, Kramáre, Urologická klinika<sup>1</sup>, UN Bratislava, Petržalka, Psychiatrické oddelenie<sup>2</sup>

## Súhrn

Priapizmus je urologická porucha a mimoriadne naliehavá medicínska udalosť, ktorá má širokú škálu príčin vrátane užívania psychofarmák. Prezentujeme prípad priapizmu, ktorý nastal ako následok užívania antidepresíva trazodonu u 36-ročného muža. Opisujeme príčiny a následky priapizmu v súvislosti s užívaním trazodonu. Preto by mali byť urológovia a aj sexuológovia oboznámení s možnými vedľajšími účinkami antidepresív (trazodonu) a ich rizikom ako aj podielom na vzniku priapizmu.

**Kľúčové slová:** priapizmus, trazodon, antidepresíva.

## Summary

Priapism is a urological disorder and extraordinary medical emergency. It has a wide variety of causes, including the use of psychotropic medication. We present a case of priapism, which occurred as a result of taking antidepressant trazodone by the 36 year old man. We describe the causes and consequences of priapism associated with the use of trazodone. Urologists and sexologist should be aware of the possible side effects of antidepressants / trazodone / and the risk of priapism.

**Key words:** priapism, trazodone, antidepressants.

## Úvod

Priapizmus je patologická pretrvávajúca erekcia bez pohlavného podráždenia, libidózných pocitov alebo predstáv, ktorá je bolestivá a postihuje corpora cavernosa, a nepostihuje spongiózne teleso. Nie je spojená s orgastickými zážitkami ani ukončená ejakuláciou, i keď jej vzniku môže predchádzať pohlavný styk. Slovo priapizmus je odvodené z mena gréckeho boha plodnosti Priapa, ktorého symbolom bol erigovaný falus. Vyžaduje si okamžitú liečbu na predídenie komplikáciám. Jej výskyt je relatívne vzácny stav – 1 prípad na 100 000 mužov za rok. Ešte vzácnejší je výskyt u žien (klitoriálny priapizmus). Ak nie je liečená, vedie k ireverzibilnej neschopnosti erekcie. (3) Približne u 40-50 % pacientov sa napriek chirurgickému zákroku vyvinula erektilná dysfunkcia a impotencia. (1)

Priapizmus vzniká z nemožnosti ochabnutia erekcie následkom trvalého zvýšenia arteriálneho prítoku alebo dlhodobým zabránením venózneho odtoku z kavernózných telies. Už po 4 - 6 hodinách trvania dochádza k hypoxii, hyperkapnii a acidóze ako sprievodným znakom stagnácie. Tie zvyšujú viskozitu krvi a vedú k edému trabekúl. Elektronmikroskopicky sa dajú pozorovať už po 12 hod trvania dokázateľné zmeny buniek hladkého svalstva trabekul a po 24 hod nekroza trabekulárnych priestorov vystielajúceho endotelu. Tie potom trombotizujú, fibrózna pre- stavba trombu a uzáver aa. helicinae vyústi do trvalej neschopnosti erekcie.

Príčina priapizmu je nejasná v 50 % prípadov. Známu príčinou môže byť (tzv. sekundárny priapizmus) intrakavernózna aplikácia liekov používaná pri liečbe erektilnej dysfunkcie, užitie niektorých liekov (psychofarmaká, antikoagulanciá, antihypertenzíva, androgény...), alkohol, drogy, hematologické ochorenia, úrazy kavernózných telies alebo perinea. Z celkového počtu prípadov je liekmi indukovaný priapizmus zastúpený v 20-40 %, z toho najčastejšie vplyvom 3 skupín – neuroleptík (v zahraničnej literatúre sú opisované prípady priapizmu v spojení s chlorpromazinom, levopromazinom, thioridazinom, risperidonom, olanzapinom, klozapinom a aj haloperidolom (4), antidepresíva a antihypertenzíva. V tabuľke I. sa uvádzajú najčastejšie príčiny priapizmu. (8)

Tabuľka I.

| PRÍČINY PRIAPIZMU      |   |
|------------------------|---|
| Typické antipsychotiká | Fenotiazíny<br>– chlorpromazin,<br>thioridazin,<br>levopromazín,<br>flupentixol,<br>perfenazín<br>Butyrofenóny<br>– haloperidol,<br>zukupenthixol |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Atypické antipsychotiká</b> | <i>klozapín,<br/>risperidon,<br/>olanzapín,<br/>aripiprazol,<br/>quetiapín</i>   |
| <b>Antihypertenzíva</b>        | <i>terazosín,<br/>tamsulosín,<br/>alfuzosín,<br/>prazosín,<br/>hydalazín</i>   |
| <b>Antidepresíva</b>           | <i>trazodon,<br/>nefadozon,<br/>fluoxetín,<br/>bupropion,<br/>citalopram,<br/>sertralín,<br/>venlafaxín</i>  |
| <b>Axiolytiká</b>              | <i>buspiron,<br/>hydroxyzín</i>  |
| <b>Psychoaktívne látky</b>     | <i>alkohol, kokain,<br/>extáza, cannabis</i>   |
| <b>Antikoagulanciá</b>         | <i>heparín, warfarín,<br/>acenocumorol</i>   |
| <b>Hematologické poruchy</b>   | <i>kosáčikovitá<br/>anémia,<br/>leukémia,<br/>tromboembolická<br/>choroba...</i>   |
| <b>Inhibitory PDE-5</b>        | <i>tadalafil, sildenafil</i>   |
| <b>Iné</b>                     | <i>malignity,<br/>perineálne<br/>traumy,<br/>vancomycin,<br/>testosteron,<br/>androstendion,<br/>tamoxifén, GR H/<br/>gonadoliberín/<br/>propofol, jed<br/>škorpióna, jed<br/>pavúka Čiernej<br/>vďovy, lokálne<br/>afrodiziaká,<br/>syndróm<br/>kaudy, stenóza<br/>spinálneho<br/>kanálu, meningo-<br/>encefalitída,<br/>tumor uretry,<br/>penisu a perinea</i> |

Z antidepresív, ako príčiny priapizmu, sa najčastejšie uvádza trazodon, nefadozon a niektoré SSRI antidepresíva. Výskyt priapizmu asociovaný s užívaním trazodonu sa pohybuje v rozmedzí 1 z 1000 až 1 z 10 000 a nesúvisí s veľkosťou dávky. Riziko sa výrazne zvyšuje hlavne pri kombinácií trazodonu a abúsom alkoholu alebo iných drog (hlavne kokain,

extáza) (1).

Trazodon je triazolopyridinový derivát vyvinutý ako antidepresívum zo skupiny SARI. Kombinuje antagonizmus serotonínových receptorov typu 5-HT<sub>2</sub>, blokuje spätné vychytávanie serotonínu a je slabý blokátor alfa 2 adrenergických receptorov a silný antagonist postsynaptických alfa 1 receptorov. Pravdepodobne posledne menovaný účinok trazodonu je zodpovedný za vedľajší efekt v podobe priapizmu, ktorý je spájaný s alfa 1 adrenergickou blokádou a narušenou sympatikovou kontrolou detumescencie penisu. Detumescencia je riadená sympatikom a antagonizmus alfa 1 adrenergických receptorov (v rámci corpora cavernosa) inhibuje detumescenciu. (7)

V zahraničnej literatúre sme sa stretli s viacerými prezentovanými kazuistikami priapizmu následkom trazodonu. V našej domácej literatúre sme neobjavili podobný prípad, preto sme sa rozhodli prezentovať nasledujúcu kazuistiku a z nej vyplývajúce odporúčame pre prax.

#### Kazuistika

Na Kliniku urológie UNB Kramáre bol prijatý 36 ročný muž s priapizmom trvajúcim 33 hodín. Pri odoberaní anamnézy neboli zo začiatku zistené žiadne príčiny, ktoré mohli mať vplyv na jeho vznik. Pacient negoval použitie podporných prostriedkov a drog, neliečil sa na žiadne ochorenie, neuzíval trvalo alebo pravidelne žiadne lieky, alergiu negoval. Udal len spining (jazda na stacionárnom bicykli), pár dní pred vznikom, inak bez úrazov panvy a genitálu. Pri podrobnejšej anamnéze sme prišli na to, že pacient užíval trazodon, inak bol bez medikácie. Opisoval prítomnosť zdravotných problémov v podobe nespavosti cca 1 rok, ktorá sa mu zhoršovala, pokiaľ nespál len 2 - 3 hod. denne. Nebol schopný fungovať v každodennom živote (v práci, v osobnom živote), mal problémy s pamäťou, objavila sa nechúť do jedla, schudol 20kg. Vyhľadal lekársku pomoc v neurologickej ambulancii, kde mu bol naordinovaný hypnogen, ktorý ale nemal u neho takmer žiadny účinok. Namiesto hypnogenu dostal trazodon. Užíval ho cca 3 mesiace. Počiatočná dávka bola 150 mg, neskôr bola dávka znížená na 100 mg. Tabletky brával pred spaním a účinok sa dostavil v priebehu pár dní. Bol veľmi spokojný, cítil sa výborne a nespavosť sa úplne vytratila. Po čase si všimol, že **ranná erekcia bola o niečo výraznejšia ako v minulosti**, nepripisoval tomu žiaden význam, nakoľko erekcia odznela v normálnom čase (cca 15 min). Raz sa mu **objavila erekcia aj počas dňa**, tá bola o niečo dlhšia, ale taktiež odznela v priebehu krátko času. Netušil, čo ju spôsobilo a nedával si to do spojitosti s trazodonom. Nemal žiadne negatívne príznaky, cítil sa dobre, športoval. Pred 33 hod. približne o polnoci u neho nastala erekcia bez akýchkoľvek súvisiacich príčin. Snažil sa tomu nevenovať pozornosť, ale keď ani na druhý deň erekcia neustúpila a bolesti sa zvýraznili, vyhľadal lekársku pomoc na našej klinike. Klinickým vyšetrením sme zistili rigiditu kavernózných telies a prázdne corpus spongiosum; pacient močil bez výraznejších ťažkostí. Objektívne sme zhodnotili prítomnosť priapizmu penisu, semenníky bez patologického nálezu. Boli vyšetrené odbery krvného obrazu, hemokoagulačných faktorov, základná biochémia a aspirácia krvi z kavernózných telies na vyšetrenie acidobázickej rovnováhy. Po zhodnotení stavu bola nasadená

antikoagulačná liečba, aplikované preplachy kavernózných telies fraxiparinom a bikarbonátom, následne realizovaná chirurgická liečba priapizmu v podobe Winterovho shuntu (obr. č.1). Postupne dochádzalo k detumescencii kavernózných telies, následne boli do terapie pridané celkové analgetiká a antibiotiká. Priapizmus odoznel, zostali hematómy, opuch penisu. Pacient bol po 2 dňoch v relatívne dobrom stave prepustený do domáceho ošetrovania.



Obr. č. 1 Chirurgická liečba priapizmu v podobe Winterovho shuntu

#### Subjektívne zhodnotenie pacienta

*Pretrvávajúca bolestivá erekcia u mňa nastala v máji, teda asi po 3. mesačnom užívaní Trittica. Erekcia sa objavila náhle a ani po viacerých hodinách neustupovala. Začal som cítiť bolesti, penisu som sa nemohol ani dotknúť. Bol naliaty krvou a na dotyk bolestivý. Nevedel som čo sa deje, skúšal som studenú vodu, nepomáhalo, išiel som aj spať v domnení, že keď sa zobudím, tak problém zmizne. Na druhý deň erekcia neustúpila, nepríjemné pocity a bolesti sa zvýraznili. Vtedy som svoj problém identifikoval prostredníctvom dostupných informácií z internetu a následne som cielene vyhľadal lekársku pomoc. Moje zážitky z nemocnice, tú bolesť, pichanie injekciou a odpúšťanie krvi boli strašné a cítil som strašný strach pred každým zákrokom.*

*Na záver môžem uviesť, že som presvedčený, že lieky som mal vysadiť okamžite po prvej výraznejšej rannej erekcii. Avšak tento príznak nie je dostatočne zvýraznený v príbalovom letáku. V súčasnosti zažívam veľmi zlé obdobie a nerobím nič iné, len sa snažím vyrovnať nejakým spôsobom so zdravotným problémom, ktorý ma vtedy postihol. Netušil som, že niekedy v živote zažijem takú bezdradnosť, akú mi to spôsobilo. Mám erektilnú dysfunkciu a naozaj neviem, či sa to dá aspoň čiastočne do poriadku.*

#### Diskusia

Táto kazuistika poukazuje na riziko vedľajšieho účinku, ktorý je síce uvedený v príbalovom letáku lieku, ale v odbornej literatúre najmä domácej proveniencie sa spomína minimálne. Udávané informácie (5) sa týkajú incidencie, ktorá sa pohybuje cca 1 prípad na 35 000, t. j. 21 prípadov v rokoch od 1995 – 2000. Zahranické zdroje poukazujú na vyššiu incidenciu. (4,6) Z hľadiska intervalu od začatia

užívania trazodonu a následnej príhody priapizmu je široké rozpätie. Americký úrad US FDA predpokladá, že táto komplikácia nastáva najčastejšie v rámci prvých 28 dní od začiatku užívania, veľkosť dávky alebo presný časový rámec je ale stále nejasný. Vo väčšine prípadov sa udáva výskyt v rámci prvých 2 mesiacov. Veľkosť dávky je tiež pomerne variabilná, udáva sa možný výskyt pri dávkach od 50 mg do 400mg denne. Boli ale zaznamenané prípady priapizmu, ktoré nasledovali po jednej dávke 100 mg trazodonu (6).

Vysvetlenie príčin tohto nežiaduceho účinku sa dáva do súvislosti s alfa 1 adrenergou blokadou a následne narušenou sympatikovou kontrolou detumescencie penisu. Ďalšie výskumy ukázali, že trazodon zvyšuje intervaly nočnej erekcie počas REM fázy a predlžuje detumescenčnú fázu erekcie až 2,4-krát oproti placebo. Predpokladá sa, že toto predĺženie nočných erekcií napomáha zvýšenie krvného prítoku a dodanie zvýšeného množstva trazodonu priamo do kavernózneho tkaniva, a tým zvyšuje riziko priapizmu.

V kazuistike demonštrujeme možnosť výskytu priapizmu aj po bezproblémovom začiatku užívania a minimálnych vedľajších účinkoch. Dokonca sa v priebehu 3 mesiacov dávka znižovala. Dôležitým faktom, ktorý tiež treba brať do úvahy, je aj výskyt ojedinelých prolongovaných ranných a denných erekcií, ktoré dovtedy neboli u pacienta prítomné. Chceme tým poukázať na možné riziko užívania trazodonu, ktoré treba brať do úvahy pri jeho preskripcii. Vhodnými otázkami cielenými na tieto spomínané príznaky sa môžu zodpovedne vystopovať. Potom je potrebné na základe týchto vedľajších príznakov upraviť liečbu primárneho problému (v tejto kazuistike nespavosť s následnými poruchami nálady) inými vhodnými antidepresívami.

Z tohto prípadu, podľa nás, vyplývajú nasledujúce konzekvencie. Lekári by mali upozorniť a edukovať pacienta na možné prodrómy (predĺžené nočné a ranné erekcie, náhle denné erekcie) a vedľajšie účinky /prolongované erekcie, resp. priapizmus/ a nutnosť vyhľadania urýchlenej urologickej intervencie v prípade ich výskytu. Po 2 hod. prolongovanej erekcie by už mal pacient vyhľadať lekársku pomoc, lebo po 4 hod trvania je často zaznamenávaná ako nežiaduci následok dlhodobá erektilná dysfunkcia až impotencia. Adekvátnou liečbou je možné týmto následkom predísť. Dôležité je aj všímanie si prítomnosti prolongovanej erekcie a predchádzajúcich príhod priapizmu v anamnéze (etiológia nie je dôležitá), čo by mala byť kontraindikácia prekripcie trazodonu. Predchádzajúcu históriu prolongovanej erekcie malo až 50 % pacientov s prejavovým priapizmom počas liečby psychofarmakami (1). Pacientova edukácia je dôležitá pri znižovaní rizika dlhodobých komplikácií, ako je erektilná dysfunkcia, impotencia a penilná gangréna. U pacientov zneužívajúcich alkohol, drogy (hlavne kokaín, extázu), v niektorých prípadoch aj SSRI, je predispozícia ku komplikáciám pri užívaní trazodonu a mala by sa zväziť alternatívna liečba resp. nemal by sa v ich liečbe vôbec indikovať.



## Záver

Priapizmus opísaný v našej kazuistike poukazuje na dôležitosť odoberania poctivej anamnézy a upozorňuje na riziko priapizmu následkom užívania antidepresív a neuroleptík. Riziko je hlavne v prvých 2 mesiacoch od začiatku užívania alebo pri náhlej zmene dávky. Ďalším rizikom je predpisovanie a užívanie antidepresív a neuroleptík u pacientov s históriou priapizmu a prolongovanej erekcie v anamnéze. Je dôležité monitorovať vedľajšie účinky v podobe prolongácie nočných a ranných erekcií a aj prítomnosť náhlych denných erekcií. Dôsledná edukácia o riziku vývinu priapizmu môže pacientovi pomôcť zvýšiť uvedomovanie si neobvyklých vedľajších príznakov liečby. Týmto sa umožní predchádzanie a redukcia dlhodobých následkov priapizmu, ako je erektilná dysfunkcia, impotencia a penilná gangréna.

## Odporúčanie pre prax

Odporúčania pre pacientov, u ktorých sa medikuje trazodon:

- Informovať pacienta o možnosti výskytu priapizmu a jeho dôsledkoch.
- Upozorniť pacientov, aby v prípade výskytu priapizmu okamžite vyhľadali odbornú pomoc.
- Trazodon môže spôsobiť priapizmus hlavne v prvých 2 mesiacoch užívania a pri zmenách dávkovania (zvýšené sledovanie pacientov v tomto čase).
- Zvážiť iné antidepresívum ako trazodon u pacientov s predchádzajúcou históriou prolongovanej erekcie alebo priapizmu.

- Zvážiť iné antidepresívum ako trazodon u pacientov s abúзом drog a alkoholu.
- Otvorene a priamo sa pýtať na prip. problémy v sexuálnej oblasti – sledovať výskyt náhlych denných erekcií a predĺžených nočných aj ranných erekcií.

## Literatúra

1. Padder, T., Skodnek, K., Mayans, J., Castellon, R., Jaghab, K.: Priapism following Trazodone use in a patient using drugs and alcohol: A case study. In: The internet Journal of mental health: Volume 3 Number 1.
2. Skalka, R.: Příklad dlouhotrvajícího priapizmu. In: Urologie pro praxi, 2009, 10(6), s. 343.
3. Reif, R.: Priapizmus. In: Urologie pro praxi, 2001/3, s.122-125.
4. The American journal of psychiatry – 2000 - 2008
5. Češková, E.: Trazodon v léčbě deprese s úzkostí a nespavostí. In: Psychiatrie pro prax, 2006, 3, s. 139-141.
6. Jayaram, G., Pravin, R.: Safety of trazodone as a sleep agent for inpatients. In: Psychosomatics, 2005, 46, 4, s. 367-369.
7. Compton, MT, Miller, AH: Priapism associated with conventional and atypical antipsychotics: a review. J Clin Psychiatry 2001; 62: s.362-366.
8. Sood, S., James, W. and Bailon, MJ.: Priapism associated with atypical antipsychotic medications: a review. International Clinical Psychopharmacology: January 2008 - Volume 23 - Issue 1 - pp 9-17.



## Recenzia

### Slavomil Hubálek: Zpovědník vrahů.

Príběhy zločinů, života a smrti očima psychologa

Praha: Daranus, 2012, 207 strán, ISBN 978-80-87423-35-6.

Slavomil Hubálek bol známy psychológ, psychoterapeut, sexuológ, súdny znalec,

pedagóg, autor precíznych psychologických expertíz. Ale bol aj manžel, otec, starý otec a slušný človek...

Jeho memoáre sa odvíjajú na pozadí príbehov sexuálnych deviantov, vrahov a ich obetí, drobných kriminálnikov aj organizovaných zločincov. Okrem osobných spomienok predstavujú sondu do sociálnej psychológie spoločnosti.

Keďže autor patril k najznámejším súdnym znalcom a posudzoval viac ako 120 vrahov, jeho pamäti sú príťažlivé autentickosťou. Na jeho stôl sa dostali najzávažnejšie prípady z celej republiky.

Výšetrovanie mnohých, bolo pre mimoriadnu brutalitu medializované, a tak sa čitateľ dostáva k rozboru osobnosti a motivácie páchatel'ov. Príkladom je aj heparínový vrah či vrah Anny Janatkovej – 12-ročného dievčatka, ktoré zmizlo v r. 2008 v Pražskej Tróji. O prípade informovali aj slovenské médiá.

Prostredníctvom autorových spomienok sa dostávame do sveta sexuálnych úchyliet, pretože jeho prvým pôsobiskom bola Psychiatrická léčebna Horní Bečkovice, kde spolu s primárkou Zímanovou zaviedli a rozpracovali skupinovú psychoterapiu sexuálnych deviantov. Keďže 90 %-ná recidivita páchatel'ov bola realitou, ako mladý absolvent mal dovolené skúsiť čokoľvek. Rozrozprávaním deviantov sa po roku dostavili také unikátne výsledky (bez recidívy), že ich nebolo možné publikovať. Následne podľa modelu „skupinového bonzáctví“ vznikali v Čechách ďalšie sexuologické oddelenia.

Po Horních Bečkoviciach pôsobil v Sexuologickom ústave v Prahe, kde viedol psychoterapeutické skupiny mladých homosexuálov a exhibicionistov. Zaslúžil sa o humanizáciu vyšetrovania detských obetí sexuálneho zneužívania. S úctou spomína na strategické rozhodnutia profesora Hynieho, nestora českej sexuológie, pretože po Hitlerovi chceli ústav zrušiť aj komunisti. **(pokračovanie na str. 28)**

# Vaginizmus - problém, ktorý sa dá riešiť/liečiť

**Eva Bernátová, Danica Caisová**

Psychiatrická a sexuologická ambulancia FAIRA, Košice

## Súhrn

Vaginizmus je sexuálna dysfunkcia, pri ktorej nie je možný pohlavný styk, alebo jeho vykonávanie je bolestivé a obťažné. U žien dochádza k spasmu svalov pošvového vchodu. Vniknutie penisu do pošvy je bolestivé, ťažké a niekedy až priam nemožné. Vaginizmus má charakter obranného reflexu.

V súčasnosti evidujeme v našej ambulancii nárast žien začínajúcich so sexuálnym životom, ktorý nie je uspokojivý. Ich problém spočíva práve v mimovoľnom stiahnutí svalov panvového dna. V ambulancii sa venujeme týmto ženám a poskytujeme im terapiu, ktorá spočíva v slede cvičení, ktoré vykonávajú so svojím partnerom. Samotnej terapii predchádza dôkladná anamnéza a nácvik autogénneho tréningu v spojení s nácvikom stahovania svalov panvového dna. Autogénny tréning a svalové cvičenie sa nám osvedčili ako veľmi dobrá predpríprava samotnej terapie a sú dôležitým krokom k úspešnej terapii vaginizmu.

Súčasťou príspevku je oboznámenie sa s témou vaginizmu, prehľad jednotlivých krokov v terapii, kazuistika pacientky v priebehu liečby a po nej, výsledky liečby a odporúčania.

**Kľúčové slová:** vaginizmus, sexuálna dysfunkcia, terapia sexuálnych dysfunkcií.

## Úvod

Medzi najčastejšie sexuálne dysfunkcie v oblasti ženskej sexuality patrí nedostatok sexuálnej túžby a dysfunkčný orgazmus. V súčasnosti sa však častejšie objavuje problém, ktorý trápia najmä dievčatá a mladé ženy, ktoré začínajú so sexuálnym životom alebo v minulosti viedli uspokojivý pohlavný styk, no v súčasnosti tak tomu nie je.

Vaginizmus je sexuálna dysfunkcia, ktorá je v MKCH 10 evidovaná ako F 52.5. Vaginizmus je reflexné, kŕčovité stiahnutie svalstva pošvového vchodu a ďalších cirkumvaginálnych svalov panvového dna, ktoré následne znemožňuje preniknutie penisu do pošvy. Má charakter obranného reflexu, ktorý je vyvolaný reálnym, očakávaným alebo predstavovaným pokusom o penetráciu. (3)

Vaginizmus rozlišujeme z dvoch hľadísk: primárny a sekundárny vaginizmus a tiež generalizovaný a prekoitálny. Primárny značí, že vaginizmus trvá od

## Summary

Vaginism is a sexual dysfunction, where intercourse is not possible or its execution is painful and difficult. Women experience a muscle spasm of vaginal opening. The intrusion of the penis into the vagina is painful, difficult, and sometimes downright impossible. Vaginism has the character of the defensive reflex.

In our clinic we currently register an increased number of women starting with their sexual life that is not satisfactory. Their problem clearly comes from the involuntary contraction of the pelvic floor muscles. Our clinic is devoted to these women and provides a therapy which consists of a series of exercises carried out with their partner. Therapy itself is preceded by a medical history and practice of autogenous training in connection with training of the pelvic floor muscle contraction. Autogenous training and muscle exercises proved to be very good pre-therapy treatment and are an important step to successful vaginism treatment.

This article contains the familiarity with the topic of vaginism, an overview of different steps in therapy, case study of a patient during and after treatment, treatment outcomes and recommendations.

**Keywords:** vaginism, sexual dysfunction, therapy of sexual dysfunctions.

prvých pokusov o pohlavný styk, zatiaľ čo sekundárny znamená, že styk bol spočiatku možný. Generalizovaný vaginizmus sa vyskytuje reflexne tak pri gynekologickom vyšetrení, ako aj pri pokuse o pohlavný styk. Pri prekoitálnom sa spasmus a obranné reakcie objavujú len pri pokusoch o penetráciu, zatiaľ čo gynekologické vyšetrenie je do istej miery možné. Rozlišujeme 4 stupne vaginizmu: 1. v najťažšom stupni nie je možné bez narkózy ani vaginálne vyšetrenie, 2. ťažších prípadoch nie je bežne možné zavedenie prstov do pošvy, 3. menej ťažkých prípadoch je možné zaviesť prsty, ale nie penis, 4. ľahkom stupni je zavedenie penisu aspoň niekedy možné, ale je vždy spojené s bolesťou. (1)

## Vaginizmus

Etiológia vaginizmu je veľmi rozmanitá. Príčiny funkčného vaginizmu sú väčšinou psychogénne. Dôvodom pre rozvoj vaginizmu môže byť nedostatočne

účinná stimulácia, rušivé podnety, prežitky a psychické stavy, vplyvy minulosti, akými sú psychotraumatický alebo bolestivý pokus o súlož, rodinné prostredie, ktoré zahŕňa vzťah rodičov, rozprávanie o sexe v rodine či náboženské smerovanie. Určitou mierou prispievajú aj partnerské vzťahy v minulosti. Veľký vplyv majú aj osobnostné rysy, neuroticizmus a poruchy osobnosti. Vaginismus tak najčastejšie vzniká vzájomnou kombináciou týchto etiologických faktorov.

Vaginismus je potrebné diferenciálne diagnosticky odlišiť od prostého fóbického vyhýbania sa súloži, pri ktorom spasmus svalov nie je prítomný, ale tiež od špecifických somatických ochorení či anomálií, ktoré sťažujú preniknutie do pošvy, akými sú príliš rigidný hymen alebo iné morfológické prekážky, a tiež zápalové procesy vo vagíne, ktoré robia styk bolestivým. V týchto prípadoch hovoríme o organickom vaginizme a jeho liečba je v rukách gynekológa. (4)

## Terapia

Terapia vaginizmu je možná z viacerých hľadísk. Opiera sa o racionálnu psychoterapiu v spojení s gynekologickým vyšetrením. (Psychológ, eventuálne aj gynekológ môže poskytnúť výklad reflexného mechanizmu, poukázať na anatomické schémy - to všetko je účinné najmä v začiatkoch, keď porucha ešte nie je príliš fixovaná, najčastejšie v prípadoch, kde rolu hraje doposiaľ neprekonaná hanba či nerozvinuté sexuálne cítenie) Dynamická psychoterapia sa opiera o skúmanie pocitov vo vzťahu k mužom, k sexu, k vlastnej ženskej role. Systematická desenzibilizácia využíva relaxáciu a riadené imaginácie k odstraňovaniu fóbii. V relaxovanom stave si žena predstavuje rôzne fázy prípravy k penetrácii. Systematická desenzibilizácia je tak vhodným prípravným krokom. (2) Funkcionálny tréning predstavuje postupný nácvik spojený s postupným rozťahovaním pošvového vchodu a zavedením prstov alebo predmetu (dilatátora) do pošvy. Súčasťou je tiež skúmanie vlastných genitálií v zrkadle. Potom nasledujú úlohy pre domáce cvičenia. Niekedy liečbu podporujú aj anxiolytiká, SSRI, masti na znecitlivenie či rôzne lubrikanciá. V terapii ženských sexuálnych dysfunkcií vo všeobecnosti, sa skôr než s predpisom liekov musíme vyrovnáť s problémami, ako sú rozdielne očakávania, sklamanie, nepriemeraná komunikácia, rôzne napätia a nálady a v neposlednom rade tiež nemedicínsky a nemedikalizovateľný faktor, akým je láska. Účinná terapia potom musí nutne zasiahnuť aj do mimo sexuálnej oblasti a vyžaduje komplexný psychoterapeutický prístup.

Predpokladom úspešnosti terapie je predovšetkým dobrý vzťah dvojice, vzájomná telesná príťažlivosť partnerov, ich motivácia k terapii a následne aj spolupráca pri cvičeniach. Úspešnosť terapie sa do istej miery vylučuje s prítomnosťou psychiatrického ochorenia. (1)

Pri samotnej terapii sa často stretávame s problémami, ktoré môžu celý proces spomaliť, obmedziť a niekedy aj zastaviť. Najčastejšie sú to pocity hanby a rôzne zábrany u žien. Často sa stáva,

že pacientky majú problémy s rozprávaním o intímnych témach pred terapeutom a svojim partnerom a pri samotných cvičeniach prežívajú pocity hanby z obnažovania sa pred partnermi. Veľkou prekážkou v terapii je zameriavanie sa na podanie výkonu, teda samotného vniknutia penisu do pošvy namiesto zamerania sa na príjemné pocity z dotykov. U partnerov často vzniká pocit mechanickosti nácviku, pretože nácvik pokladajú za úlohy, ktoré treba splniť. Do samotnej terapie vstupujú mnohokrát aj bežné nezhody a hádky, ktoré na ňu negatívne vplyvajú. V týchto prípadoch je postup terapie sťažený a je potrebné vysvetlenie potreby spontánnosti a trepezlivosti.

V našej ambulancii preferujeme postup, na začiatku ktorého je dôkladná anamnéza pacientky pri spoločnom rozhovore. V prípade motivovaného a ochotného partnera následne realizujeme aj rozhovor s ním. Pacientka sa v úvodných, ešte individuálnych stretnutiach oboznamuje s nácvikom autogénneho tréningu a tiež sa postupne učí aj cvičeniam uvoľňovania a sťahovania svalstva panvového dna. Tretie, prípadne štvrté stretnutie sa už začína realizovať spoločne s partnerom, keď im postupne zadávame jednotlivé úlohy v písomnej forme na kartičkách, ktoré následne realizujú ako domáce cvičenia. Na každom ďalšom stretnutí v úvode zreferujú ako sa im darilo cvičenie plniť. V prípade, ak sa im to podarilo úspešne, prechádzajú k ďalšiemu cvičeniu. Ak realizácia nebola úspešná, opakujú cvičenie do nasledujúceho stretnutia, pričom sa rozprávame o eventuálnych príčinách neúspešnosti realizácie cvičenia, o rôznych možnostiach a variáciách, o tom, ako cvičenie prispôbiť vlastným predstavám a potrebám. Ale tiež o tom, aké pocity v nich neúspešné prevedenie cvičenia vyvolalo. Vďaka tomu často prichádzame na rôzne partnerské konflikty, ktoré nie sú až tak uvedomované a vyriešené.

## Kazuistika

Uvedieme kazuistiku pacientky, ktorá terapiu vaginizmu začala a ktorá bola úspešná. Našu ambulanciu navštívila 24-ročná študentka VŠ. Táto pacientka opisovala v anamnéze harmonické vzťahy v rodine, usporiadané manželstvo jej rodičov a neprítomnosť psychického a sexuálneho ochorenia v rodine. Vo veku 16 rokov sa rozhodla navštíviť gynekológa, pretože pociťovala pálenie a svrbenie v pošve, pričom si spomína, že táto prvá návšteva u nej doteraz spôsobuje traumou a anticipačnú úzkosť pred ďalšou návštevou. Gynekológ podľa jej slov k nej nebol príliš citlivý, necitlivo hovoril o tom, aby sa uvoľnila, že v budúcnosti raz bude chcieť rodiť a že všetky ženy podstupujú takéto vyšetrenie, tak aby to nedramatizovala. Toto stretnutie podľa jej slov vyvolalo u nej strach a pocit hanby. Pacientka má stáleho priateľa, s ktorým sa pokúšala o pohlavný styk, ale vniknutie penisu do pošvy u nej spôsobovalo veľké bolesti, pričom mala pocit, že ten veľký penis sa do nej nevojde. Pacientka má informácie o tom, ako sa pohlavný styk vykonáva, ale kamarátky jej vraveli,

že to bude veľmi bolieť a že bude krváčať. Pacientka neužíva hygienické tampóny, má k nim doslova odpor a v spoločných ženských priestoroch, napr. na plavárni sa nevyzlieka, lebo sa hanbí odhaľovať pred inými ženami a vlastnou matkou.

Terapia tejto sexuálnej dysfunkcie trvala 4 mesiace. Stretávali sme sa raz týždenne, sedenie trvalo 50 minút. Prvé až tretie stretnutie sme venovali anamnéze, genéze problému, nácviku AT a cvičení svalstva panvového dna. Pri treťom stretnutí prišla pacientka prvýkrát s partnerom, s ktorým som rozprávala najskôr samostatne a neskôr v prítomnosti partnerky. Partner pristupoval po prvotných rozpakoch k terapii ochotne, bol motivovaný a podporujúci. Štvrté až 13. stretnutie sme venovali nácviku úloh, ktoré dostali na kartičke, na každom stretnutí sme na začiatku zhodnotili nácvik cvičenia v domácom prostredí. Rozprávali sme sa o pocitoch z cvičenia, o aktivite, frekvencii, čase, ktorý cvičeniu venovali, o tom, či boli spokojní. Ak splnili cvičenie úspešne, sami z neho prežívali dobrý pocit a boli ochotní pokračovať v ďalšom cvičení, tak sme v terapii pokračovali. Keď sme mali pocit, že nácvik cvičení ustrnul, alebo do toho vkročili nezhody, tak sme si eventuálne problémy a prekážky prediskutovali a následne pokračovali v terapii. Na 14. stretnutí nám partneri oznámili, že sú schopní pohlavného styku, ktorý sa im podaril s úplným vniknutím penisu do pošvy. Liečbu sme po zhodnotení ukončili a partneri sa dostavili na stretnutie po 10 mesiacoch, keď po úvodnom rozhovore vyplnili katamnestický dotazník. V závere dotazníka pacientka uviedla: „*Pri sexe potrebujem dlhšiu predohru, poriadne sa uvoľniť. Orgazmus počas styku neprežívam, iba pri orálnom uspokojení. Myslím si, že mi najviac pomohlo rozprávanie o probléme a to, že v tom nie som sama. Pomohol mi nácvik relaxácie, a tiež tolerančný partner. Liečba mala významný a snáď aj trvalý vplyv na môj sexuálny život. Zvládam aj návštevu gynekológa, ktorému som vysvetlila svoj problém a pri vyšetrení sa už viem uvoľniť...*“

Z hľadiska prognózy má vaginizmus výraznú šancu na úspešnú terapiu a liečbu. Je však potrebný komplexný prístup nielen psychológa – terapeuta, ale aj gynekológa. To, že úloha gynekológa zohráva podstatnú rolu v celom procese vaginizmu ako

problému, nám dosvedčili samotné pacientky, ktoré navštívili našu ambulanciu a sťažovali sa hlavne na chabú informovanosť ohľadom svojho problému. Pacientky najčastejšie pociťovali, že oni ani nevedeli, že niečo také ako vaginizmus existuje. Opisovali, že sa cítili iné, istým spôsobom „nenormálne“, choré. V škole sa o vaginizme a sexuálnych dysfunkciách nedozvedeli. S rodičmi a s kamarátkami sa o tom nerozprávali, pretože sa hanbili priznať. Prvé, po čom siahli, bol internet, kde dostali obmedzené a podľa ich údajov skreslené a skôr odstrašujúce informácie na rôznych diskusiách. Keď sa rozhodli navštíviť svojho obvodného lekára, ten ich odporúčal na gynekologické vyšetrenie, ktoré samotné u nich spôsobovalo veľké obavy a ťažkosti. V nezriedkavých prípadoch sa stretli pre nich s negatívnym prístupom.

### Záver

Hoci je vaginizmus relatívne zriedkavé ochorenie, ide o problém, ktorý je potrebné riešiť v čo najkratšom čase vzhľadom na to, že v priebehu jeho vývoja sa môže tento problém komplikovať a prehlbovať. Pri správnej kooperácii s inými odborníkmi – gynekológmi, psychiatrami, všeobecnými lekármi má liečba vaginizmus výraznú šancu na úspešnú liečbu. Dôležitým faktorom je však v neposlednom rade aj samotný vzťah dvojice, ich pozitívne nastavenie na terapiu a trpezlivosť, ktorá je pri tejto terapii zvlášť potrebná. Naším cieľom by malo byť okrem samotnej terapie tejto sexuálnej dysfunkcie aj vytvorenie preventívnych opatrení a zvýšenie informovanosti o tom, že vaginizmus je problém, ktorý sa dá riešiť a liečiť.

### Literatúra

1. Kratochvíl, S.: Sex jako obohacení života. Praha: Grada, 2012.
2. Kratochvíl, S.: Psychoterapie. Praha: Avicenum 1987
3. Kratochvíl, S.: Sexuální dysfunkce. Praha: Grada, 2008
4. Zvěřina, J.: Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: Cerm, 2003

Kontaktná adresa: ewwkab@gmail.com

**(dokončenie zo s. 25)** „Nežná“ revolúcia v roku 1989 prešla z počiatočnej eufórie do všedných dní, a ako podotýka, „na ohromnou zmenu poměrů nebyli naši lidé připraveni a pokud někdo ano, byli to mnohdy spíš ti špatní kluci než ti dobří“. Sloboda dala voľnosť špekulantom, ekonomickým podvodníkom - všetko sa začalo nevyplatenými faktúrami a končilo nájomnými vraždami. Zamýšľa sa nad príčinami zlyhania štátnej kontroly, korupciou na vysokých miestach.

V prelomových rokoch pôsobil ako tajomník a hovorca ministra zdravotníctva, neskôr krátkodobo v nadácii Olgy Havlovej. Po osobnom sklamaní, keď po odchode z ministerstva nebol v sexuologickom ústave vítaný, založil firmu pre psychologické a personálne poradenstvo, ktorá sa venovala najmä testovaniu uchádzačov o pracovnú pozíciu.

Autor nám prostredníctvom spomienok otvoril cestu do svojho vnútra, prežívania a postojov k zložitým spoločenským javom, akým bol napr. rozpad Československa, ekonomické kauzy, divoká privatizácia a iné.

V záverečnej kapitole s príznačným názvom *Hlas rozumu je tichý* sa vyznáva: „Beru svůj život za střípek našich dějin, mám ho už z velké části za sebou, ale rád bych se ještě dost dlouho procházel po světě.“...

Slavomil Hubálek náhle zomrel 12. marca 2013 vo veku 65 rokov, iba niekoľko mesiacov po vydaní knihy. Češť jeho pamiatke!

MUDr. Dana Šedivá



# Sadomasochistický sex: rozdíl mezi „zdravým“ BDSM a násilím v sexu a v partnerském vztahu

**Eva Jozífková**

Katedra biologie, Přírodovědecká fakulta, Univerzita J. E. Purkyně  
v Ústí nad Labem

## Abstrakt

Konsenzuální sadomasochistický sex (BDSM) začíná být více akceptován jako alternativní forma sexuality. V následujícím textu jsem se pokusila shrnout konkrétní prvky chování, které by mohly pomoci posoudit, zda A) se jedná o konsenzuální BDSM sex nebo násilí či zda B) se ve vztahu BDSM zaměřených osob objevuje partnerské či domácí násilí nebo je BDSM v tomto vztahu zaměřováno s násilím.

**Klíčová slova:** sadismus; masochismus; sadomasochismus; BDSM; bondage; submisivita; dominance; násilí, partnerské násilí, domácí násilí; zneužívání; sexuální útok; sexuální praktiky; menšina; parafilie; hierarchie; sociální hierarchie; nerovnost; evoluční biologie; psychologie

## Abstract

Consensual sadomasochistic sex (BDSM) is increasingly accepted as an alternative sexuality. Here I provide behavioral markers to draw the distinction between 1) violence and consensual BDSM sex, and 2) domestic violence, intimate partner violence, abusive BDSM relationship and healthy BDSM relationship.

**Key words:** sadism; masochism; sadomasochism; BDSM; bondage; dominance; submissiveness; violence; intimate partner violence; domestic violence; abuse; sexual assault; minority; sexual practices; paraphilia; DSM-V; hierarchy; social hierarchy; disparity; evolutionary biology; psychology

## Úvod

Pojem konsenzuální sadomasochistický sex ([1] in [2]) či partnerský sadomasochismus [3] je stále častěji i v odborné literatuře nahrazován pojmem BDSM. BDSM zahrnuje tři podskupiny sexuálních preferencí, které se mohou překrývat. Jsou to dominance a submisivita v sexu (prožitek hierarchické nerovnosti), sadismus a masochismus (aktivity zahrnující silné fyzické vjemy) a bondage (svazování)[4–9]. Pojem BDSM je používán pro konsenzuální sexuální aktivity [10].

Na BDSM sex je nyní nahlíženo jako na alternativní sexuální zaměření již ve čtyřech evropských zemích (diagnóza F65 (WHO, ICD-10) byla zrušena v Dánsku r. 1995, Švédsku r. 2009, Norsku r. 2010, Finsku r. 2012 [11]). Americká Psychologická Asociace v novém diagnostickém manuálu (DSM-V, platnost od května 2013) změnila diagnózu Sexual Masochism, Sexual Sadism na Sexual Masochism Disorder, Sexual Sadism Disorder [12], aby „bylo možné rozlišovat mezi tímto chováním a poruchou“ [13] a „jedinci, kteří se účastní netypického konsenzuálního chování, nebyli označováni jako jedinci s duševní poruchou“ [13].

Ani ložská studie z Holandska nenasvědčuje tomu, že by osoby s BDSM preferencí trpěly duševní poruchou. Celkem 902 respondentů s BDSM zaměřením (51,3 %

mužů; 48,6 % žen) a 434 kontrolních respondentů vyplnilo dotazníky Big Five, Rejection Sensitivity Q a WHO Five Well-being Index. Respondenti s BDSM zaměřením oslovení prostřednictvím webových stránek o BDSM byli méně neurotičtí, více extrovertní, otevřenější novým zkušenostem, svědomitější, méně citliví na odmítnutí, vykazovali lepší well-being, ale byli méně vstřícní než respondenti kontrolního vzorku kontaktovaní prostřednictvím časopisu pro ženy, stránek univerzity a webových stránek, na kterých osoby zveřejňují svá osobní tajemství [14].

Pravděpodobně bude na BDSM nahlíženo jako na alternativní sexuální chování postupně i v dalších zemích. V této souvislosti Bezreh et al. (2012) zdůrazňuje nutnost učit o BDSM obdobně jako o homosexualitě [8], neboť nedostatek informací může vést k zbytečnému utrpení. Autoři zároveň poskytují návod, jak postupovat. Na základě analýzy internetových diskusí a životních příběhů jsem se pokusila nastínit problémy osob s BDSM preferencí, které jsou často zmiňovány a řešeny například v prostředí subkomunit, ale téměř se neobjevují v odborné literatuře, a možné biologické kořeny tohoto chování (viz. [15]). Výchozím bodem při konfrontaci s touto sexuální preferencí je rozpoznat, kdy se jedná o konsenzuální BDSM a kdy nikoliv.

Na některé prvky BDSM sexu by se řada z nás nechtěla dívat, ani kdyby měla jistotu, že se jedná o herce a nic tedy není doopravdy. Ve skutečném životě může být velmi těžké určit, kdy se ještě jedná o chování ritualizované, které zúčastnění v daném okamžiku považují za žádoucí a kdy míra aktivit přesáhla tyto hranice. Navíc sexuální preference typu BDSM nechrání svého nositele před násilím ve vztahu, partnerským násilím nebo domácím násilím. V následujícím textu jsem se pokusila vytyčit konkrétní prvky chování, které by mohly pomoci posoudit, zda A) se jedná o konsensuální sex nebo násilí či zda B) se ve vztahu BDSM zaměřených osob objevuje partnerské či domácí násilí nebo je BDSM zaměřováno s násilím.

#### A. Konsensuální BDSM kontra sexuální útok/ sexuální násilí

Konsensuální BDSM sex se od sexuálního útoku a sexuálního násilí liší tím, že 1) v konsensuálního BDSM sexu se osoby účastní takových aktivit dobrovolně a to 2) po celou dobu, co tyto aktivity probíhají.

V konsensuálním BDSM sexu na rozdíl od sexuálního násilí:

1. osoby sdělují své sexuální preference partnerům
2. opakovaně se ujišťují, zda jejich partneři s konkrétním sexuálním chováním souhlasí, a dávají najevo svůj souhlas s aktivitou
3. domlouvají se před sexuální interakcí („scénkou“), jakým způsobem bude probíhat,
4. domlouvají se na safeword („stopka“, je to slovo nebo gesto, kterým partner signalizuje, že si přeje aktivitu ukončit), při aktivitách „stopku“ respektují, umí „stopku“ použít
5. používají kondom, jsou ochotné použít kondom, nebojí se partnera požádat o použití kondomu či jinou formu ochrany
6. jedinci mají o BDSM sexu pravdivé informace, získávají informace o BDSM z více zdrojů, jeden partner nebo jedna skupina pro ně nejsou jediným zdrojem informací
7. dobrovolnost není podmíněna obavou nebo strachem například ze ztráty partnera, ze ztráty možnosti mít BDSM sex, nebo strachem z nepřijetí komunitou. Není podmíněna vírou, že BDSM zahrnuje utrpení. Jedinec není k BDSM sexu manipulován. [15]

Použití tzv. stopky je dovednost, kterou se osoby musí učit obdobně, jako se učí jednotlivé sexuální praktiky. Problém tedy mohou mít osoby nezkušené. Podle zjištění Nordlinga et. al. (2000) mohou mít problém stopku včas použít také osoby týrané a zneužívané [16]. Chybovat mohou také ti, kdo si neuvědomují své sexuální preference, mají málo informací o praktikování BDSM nebo jsou sexuálně nevybití. Situaci by se měla zlepšit po zlepšení komunikace mezi partnery. Nedostatek komunikace, nerespektování partnera a/nebo opakované neres-

pektování stopky signalizují, že BDSM sex začal jako konsensuální aktivita, ale pokračoval jako násilí [15].

Stopku nepoužívají jen osoby na pozici masochisty nebo submisiva (tj. ti „dole“). Ti „nahore“ (dominant, sadista) by ji měli používat rovněž, například v momentě, kdy po nich protějšek žádá důraznější (tvrdší) praktiky, než jaké preferují [17]. Stopka bývá používána nejen z důvodů fyzických (příliš silný podnět, praktika přestává být vzrušující), ale také z důvodů psychických (partner se začal cítit unaven, sexuální praktika nemá požadovaný efekt atd.) [17]. Lidé praktikující BDSM sex někdy rozeznávají tzv. „hard“ a „soft limits“ [18]. Hard limit je hranice, která nesmí být překročena, zatímco hranice soft limit může být jemně posunuta v takzvané edge play (hře na hraně) [8]. Posouvání limitů během sexuální interakce je riskantní a proto by jej měli provádět jen partneři, kteří spolu delší dobu BDSM sex praktikují [15]. Samozřejmě ani toto chování není přípustné bez předchozí dohody partnerů.

První čtyři uvedené body patří ke „klasické“ charakteristice konsensuálního BDSM sexu (viz. [19]). Neochota použít kondom jako signál možného násilí vychází ze zjištění Neighorse et al. (1999), kteří srovnávali reakci mužů na žádost partnerky o kondom [20]. Roli může hrát i další jev. Podle Moskowitz et al. (2011) submisivní gayové nežádali své dominantní protějšky o použití kondomu a ponechávali toto rozhodnutí na nich. Tzv. leathermen (gayové s preferencí pro „leathersex“, leathersex je erotizace mužného zjevu typu „macho“ [9]) z nichž velká část praktikovala BDSM sex, přitom byli s vyšší pravdivostí HIV pozitivní (o 61 % více) než gayové, kteří se jako leathermen neoznačili [21]. Proto je jistě vhodné podpořit osoby praktikující BDSM na pozici „dole“ (masochista nebo submisiv) v tom, aby neváhali požádat partnera o použití kondomu [15].

Osoby mohou překračovat hranice mezi dobrovolností a násilím kvůli nedostatku informací, například proto, že si nejsou vědomy své orientace nebo mají o BDSM zkrleslé představy. Ten, kdo může čerpat informace z více zdrojů a není odkázán jen na svého partnera nebo jednu skupinu praktikujících, s vyšší pravděpodobností rozpozná skreslené informace a má větší šanci vyhnout se manipulacím i případnému nátlaku jedince nebo skupiny. Partner, který je jediným zdrojem informací pro méně zkušenou osobu, může snadno situace zneužít. I v této oblasti může docházet k situaci, kdy zkušená osoba nabídne podporu a získá důvěru, a následně na dotyčného vyvíjí tlak nebo ho manipuluje za účelem finančního zisku nebo sexuálního vyžití (tzv. grooming). [15] Cílem manipulace nebo nátlaku nemusí být jen jedinec na pozici masochisty nebo submisiva (tj. ten „dole“). Některé osoby mohou mít potěšení z poskytování zavádějících informací těm „nahore“ (dominantům, sadistům), například protože je baví představa, že někdo na základě těchto informací někomu jinému ublíží.

Skutečnou otázkou je tedy míra dobrovolnosti. Lidé mohou být někdy přesvědčeni, že musí snášet aktivity, které je nevzrušují a nejsou jim příjemné, protože je to správný způsob, jak praktikovat BDSM sex nebo protože je to jediný způsob, jak lze praktikovat BDSM sex. Mohou být přesvědčeni, že musí snášet některé aktivity, protože je pro ně těžké najít vhodnějšího partnera. Mohou se snažit „vydržet“ určitou sexuální praktiku například kvůli strachu ze ztráty partnera, ze strachu z odmítnutí partnerem nebo skupinou, z nedostatku jiné realizace sexuálních aktivit., se snahy být přijat subkomunitou, nebo být správný dominant či submisiv. Jejich chování je v takovém případě řízeno mnohem spíše než svobodnou vůlí mylnými představami a strachem. [15]

Při zvažování dobrovolnosti je třeba přihlídnout ještě k jednomu aspektu. Lidé mají přirozenou tendenci řídit se názory či postoji jedinců výše postavených v sociální hierarchii a souhlasit s nimi [22-24]. Submisivní lidé tedy mohou být snadno ovlivněni dominantnějším partnerem. Pro značnou část osob praktikujících BDSM sex hraje zdůraznění hierarchického rozdílu mezi partnery v sexu a někdy i v partnerském vztahu zásadní roli a rozdělení rolí při BDSM může přirozené tendence v chování prohlubovat. Toho by si měli být praktikující osoby i terapeuti vědomi. Submisivní osoby by měly být podporovány v tom, aby neopomíjely své vlastní zájmy a potřeby. [15]

#### B. Domácí násilí, partnerské násilí, „nezdravé“ BDSM vztahy kontra „zdravé“ BDSM vztahy.

Pro řadu psychologů může znít spojení „zdravý vztah“ a BDSM sex přinejmenším neovykle. Výsledky studií však nenasvědčují tomu, že by jedinci s BDSM preferencí neměli být schopni mít kvalitní partnerské vztahy (viz. [14,25,26]). Nicméně ani vztahům osob s BDSM preferencí se nevyhýbá domácí či partnerské násilí a může být problém včas rozeznat násilí ve vztahu, kde spolu partneři praktikují BDSM sex. Vztahy, které obsahují násilí či vztahy k násilí směřující (domácí násilí, partnerské násilí u osob bez BDSM orientace a vztahy obsahující domácí, partnerské nebo sexuální násilí u osob s BDSM zaměřením nebo u osob praktikujících BDSM sex) „se liší od vztahů, kde nejsou osoby vystavené násilí (dále „zdravých“ BDSM vztahů) následovně:

- 1) Osoba ohrožená násilím:
  - má strach z partnera [27]
  - pocit strachu časem vzrůstá [27]
  - cítí, že domov není bezpečné místo [27]
  - cítí se bezcenná
  - obviňuje se za to, jak se k ní partner chová
  - stydí se za to, jak se k ní partner chová.

Ve „zdravém“ BDSM vztahu se praktikující cítí bezpečněji, sebejistěji, více normální. Nemají pocity viny, neschopnosti, bezcennosti. [15,19,27]

- 2) Ve zdravém BDSM vztahu na rozdíl od vztahu obsahujícího násilí
  - jsou osoby schopny použít safeword, „stopku“ partnera respektují [19]
  - jasně rozlišují mezi BDSM „scénkou“ (BDSM sexuální interakcí) a běžným životem
  - sexuální praktiky nejsou trestem za události v běžném životě [15]
  - slovní ponižování 1) jen ve scénce 2) jen když všichni chtějí [15]
  - v každodenním životě se neobjevuje: destruktivní kritika, nátlak, manipulace, hrozby [27]

Pro slovní ponižování ve scénce je typické, že se děje přehrávanou, teatrální formou a má pro zúčastněné sexuální podtext. Takzvané „mind games“ a formy emocionální manipulace při scénce jsou považovány za riziko [28]. Manipulace by se neměly objevovat ve vztahu ani ve „scénce“ neboť poškozují psychiku (devastující vliv má například manipulace formou vědomých nebo podprahových příkazů typu nemysli/nepocituj, kdy je jedinci určováno, co si má a nemá myslet a jaké má a nemá mít pocity (více viz. [29])).

- 3) Osoba ohrožená násilím je izolovaná od příbuzných, přátel, kolegů a má omezený přístup k financím. Původce násilí je krutý k jiným členům rodiny, zvířatům, apod. a snaží se mít pod kontrolou každodenní život oběti. [19,30-33]  
Ve „zdravém“ BDSM vztahu není dominance vynucována agresivitou. [15]
- 4) Domácí násilí často probíhá v typickém opakujícím se cyklu. Po eskalaci násilí následuje fáze „líbánek“, kdy původce násilí lituje svého činu a oběť doufá ve zlepšení vztahu [34]. Ve zdravém BDSM vztahu se takový vzorec chování nevyskytuje [15]. Po „scénce“ v BDSM často následuje tzv. aftercare (viz. [35]), kdy se partneři mazlí a objímají, ale na rozdíl od fáze „líbánek“ v partnerském násilí nenásleduje změna chování po několik dní nebo týdnů. Partner ve zdravém BDSM vztahu nedoufá, že se ten druhý „změní“. [15]  
Osoba ve zdravém BDSM vztahu se na „scénku“ a sexuální praktiky těší. Osoba ohrožená násilím nikoliv [19], nebo má nebo smíšené pocity [15].  
Láska, péče a laskavost nejsou ve zdravém BDSM vztahu kompenzací nebo formou náhrady za drsné či bolestivé sexuální praktiky [15]!
- 5) V sociální hierarchii mezi partnery lze zaznamenat hierarchický rozdíl (jeden z partnerů je nadřazený druhému) jak ve vztazích obsahujících partnerské či domácí násilí, tak v části zdravých BDSM vztahů [15,30,31].

Ukazatelem je míra hierarchického rozdílu mezi partnery v každodenním životě. Ve zdravém fungujícím vztahu je tento rozdíl velmi malý. Dobrým měřítkem rozdílu může být komunikace mezi partnery. Při malém hierarchickém rozdílu funguje komunikace mezi partnery, kdy se níže postavený nebojí sdělovat své názory, pocity a potřeby, a výše postavený plně (nikoliv jen na oko) tyto názory, pocity a potřeby respektuje. Nerespektování přání a potřeb partnera nebo jen předstíraná vstřícnost signalizuje posun k násilí. [15]

Zdůrazňování hierarchického rozdílu mezi partnery, často teatrálně přeháněné, se v BDSM vztazích může objevovat během flirtování, a/nebo ve fázi dvoření. Zdůrazňování hierarchického rozdílu působí na část osob takto zaměřených eroticky. Hierarchický rozdíl mezi partnery je největší během „scénky“ a po „scénce“ se hierarchický rozdíl zmenšuje během fáze aftercare (mazlení po sexu). Nezkušeným nebo sexuálně nevybitým jedincům se nemusí podařit hierarchický rozdíl mezi partnery zmenšit. [15]

Část osob může v rámci BDSM preferovat životní styl 24/7 (tj. hierarchický rozdíl mezi partnery stále, 24 hodin denně a 7 dní v týdnu). Ačkoliv bývá hierarchická nerovnost zdůrazňována například přehnaným oslovováním (pán/otrok), ve skutečnosti je u funkčních vztahů tohoto typu nerovnost obdobná jako v manželstvích první poloviny minulého století, tedy jenom mírná [25]. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že vztahy typu 24/7 mohou mít tendenci směřovat k násilí a postupnému rozpadu vztahu. Děje se to například v situaci, kdy jeden z partnerů trvá na „skutečném otroctví“ nebo „dokonalé submisivitě“. Partneri opomíjejí fázi snížení hierarchického rozdílu a naopak tento rozdíl postupně prohlubují [15]. Zdá se, že obdobný vývoj mohou mít i virtuální vztahy (vztahy v prostředí internetu).

Ve zdravém vztahu funguje komunikace. Při velkém hierarchickém rozdílu může dojít k situaci, kdy si níže postavený jedinec netroufá partnera o něco požádat nebo mu určité informace sdělit. Jedinec se také může obávat vyjádřit své skutečné pocity, názory a potřeby, pokud se domnívá, že nejsou v souladu s tím, co od něj jeho partner očekává, nebo s tím, co se od něj očekává v rámci konkrétní BDSM identity (např. jako od otrocka). Výše postavený partner může pocity a potřeby níže postaveného partnera ignorovat nebo jim nepřikládá velký význam. Takové chování zamezuje komunikaci mezi partnery. [15] Toto chování vychází z přirozených tendencí, které se objevují v chování lidí obecně, při „hrách“ s posouváním hierarchického postavení však může mít rychlejší a výraznější dopad.

Změny v sociální hierarchii jsou spojeny s výraznými změnami hladin hormonů (např. testosteron, kortizol, oxytocin [36–38]). Posun hierarchického postavení je následován změnou hladin hormonů, které dále ovlivňují chování jedince, tj. jedinec se může následně chovat více dominantně nebo více submisivně. Sagarin

et al. (2009) zaznamenali změny hladin hormonů po BDSM scénce [35] a lze tedy očekávat, že na základě tohoto jevu může jedinec na určitou dobu změnit své chování k partnerovi i k dalším osobám. Jedinci praktikující BDSM by se například měli vyhnout bezprostředně po scénce situacím, jako je zkouška na univerzitě, obchodní jednání, či závažné rozhodnutí, neboť by mohli na základě prožitku reagovat příliš submisivně nebo příliš dominantně a nikoliv v souladu se svými zájmy, v dané oblasti. Osoby, které praktikují BDSM delší dobu a mají více zkušeností, se pravděpodobně umí lépe vrátit po „scénce“ zpátky do reality. Méně zkušené praktikující by si pak měli být vědomi tohoto fenoménu. [15]

Nemusí se jednat jen změnu chování vůči třetím osobám. Ovlivněny mohou být i vnitřní pocity jedince. Například osoby s vyšším hierarchickým postavením mají tendenci obviňovat druhé, zatímco osoby níže postavené v sociální hierarchii viní samy sebe [39]. BDSM praktikující, kteří prožili hlubokou submisivitu, tak mohou bez snížení či vyrovnání hierarchického rozdílu ve fázi aftercare čelit vlně vnitřních negativních pocitů [15].

Dalším aspektem je možný vliv prožitku dominance a submisivity na sílu vazby mezi osobami. Gayové, kteří preferovali prožitek dominance a submisivity v sexu, považovali komunitu za důležitější než gayové, kteří takové preference neměli [21]. Podle další studie respondenti po společné BDSM scéně, pokud se povedla, uváděli vzájemnou vyšší blízkost [35]. Nestor české etologie prof. Veselovský definoval sociální hierarchii jako mechanismus, který udržuje organizaci uzavřené sociální skupiny [40]. Prožitek dominance či submisivity vůči někomu by tedy v rámci přirozeného chování člověka mohl souviset s pocitem náležitosti k někomu.

### Závěr

Kolmes et al. (2006) uvádějí, že terapeuté by si měli uvědomovat složitost BDSM her a svým klientům by měli pomoci zjistit, zda používají BDSM ve svém životě příznivým způsobem [6]. To je nelehký úkol, jehož základem je rozpoznat násilí od konsensuálního sexu. O rozdílu mezi konsensuálním BDSM a násilím mohou vypovídat výše popsané prvky chování, které lze relativně snadno vyzorovat nebo se na ně doptat. Při řešení životních situací klientů a jejich partnerských problémů může být velmi prospěšné mít na paměti i zmiňované mechanismy přirozeného chování, které by se mohly na některých jevech podílet.

### Literatura

1. Townsend, L. (1983) *The leatherman's handbook*. New York: Modernismo Publications.
2. Sandhabba NK, Santtila P, Alison L, Nordling N (2002) Demographic, sexual behaviour, family background and abuse experiences of practitioners of sadomasochistic sex: a review of recent research. *Sexual and Relationship Therapy* 17: 39-55.



3. Weiss, P. (2002) *Sexualni deviace*. Praha: Portal.
4. Ernulf KE, Innala SM (1995) Sexual Bondage - A Review and Unobtrusive Investigation. *Archives of Sexual Behavior* 24: 631-654.
5. Cross PA, Matheson K (2006) Understanding sadomasochism: An empirical examination of four perspectives. *Journal of Homosexuality* 50: 133-166.
6. Kolmes K, Stock W, Moser C (2006) Investigating bias in psychotherapy with BDSM clients. *Journal of Homosexuality* 50: 301-324.
7. Richters J, Grulich AE, de Vieser RO, Smith AMA, Rissel CE (2003) Sex in Australia: Autoerotic, esoteric and other sexual practices engaged in by a representative sample of adults. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health* 27: 180-190.
8. Bezreh T, Weinberg TS, Eedgar T (2012) BDSM Disclosure and Stigma Management: Identifying Opportunities for Sex Education. *American Journal of Sexuality Education* 7: 37-61.
9. Weinberg TS (2006) Sadomasochism and the social sciences: A review of the sociological and social psychological literature. *Journal of Homosexuality* 50: 17-40.
10. Weinberg MS, Wiliams CJ, Moser C (1984) The Social Constituents of Sadomasochism. *Social problems* 31: 379-389.
11. Revise F65 (2009) ICD Revision White Paper. <http://www.revisef65.org/violence.html> Získáno 4. 6. 2013.
12. American Psychiatric Association (2013 June) Paraphilic Disorders DSM-5 Fact Sheet. <http://www.psychiatry.org/dsm5> Získáno 3. 6. 2013.
13. Moran M (2013) DSM to Distinguish Paraphilias From Paraphilic Disorders. *Psychiatric news* 48: 261.
14. Wismeijer AA, an Assen MA (2013) Psychological Characteristics of BDSM Practitioners. *Journal of Sexual Medicine* 10: 1943-1952.
15. Jozífkova E (2013) Consensual Sadomasochistic Sex (BDSM): The Roots, the Risks, and the Distinctions Between BDSM and Violence. *Current Psychiatry Reports* 15: 392.
16. Nordling N, Sandnabba NK, Santilla P V (2000) The Prevalence and Effects on Self-Reported Childhood Sexula Abuse Among Sadomasochistically Oriented Males and Females. *Journal of Child Sexual Abuse* 9.
17. Jozífkova E (2008) BDSM, SM, D/s v otázkach a odpovedich 2008. <http://www.en-k.net/questions/> Získáno 18. 2. 2014.
18. Newmahr S (2010) Rethinking Kink: Sadomasochism as Serious Leisure. *Qualitative Sociology* 33: 313-331.
19. Revise F65 (2013) SM versus abuse. <http://www.revisef65.org/violence.html> Získáno 4. 6. 2013.
20. Neighbors CJ, O'Leary A, Labouvie E (1999) Domestically violent and nonviolent male inmates' responses to their partners' requests for condom use: Testing a social-information processing model. *Health Psychology* 18: 427-431.
21. Moskowitz DA, Seal DW, Rintamaki L, Rieger G (2011) HIV in the Leather Community: Rates and Risk-Related Behaviors. *Aids and Behavior* 15: 557-564.
22. Allan S, Gilbert P (1997) Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology* 36: 467-488.
23. Klofstad CA, Anderson RC, Peters S (2012) Sounds like a winner: voice pitch influences perception of leadership capacity in both men and women. *Proceedings of the Royal Society B-Biological Sciences* 279: 2698-2704.
24. Buss DM, Craik KH (1980) The Frequency Concept of Disposition - Dominance and Prototypically Dominant Acts. *Journal of Personality* 48: 379-392.
25. Dancer PL, Kleinplatz PJ, Moser C (2006) 24/7 SM slavery. *Journal of Homosexuality* 50: 81-101.
26. Connolly PH, Haley H, Gendelman J, Miller J (2006) Psychological functioning of bondage/domination/sado-masochism (BDSM) practitioners. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 18: 79-120.
27. Women's Aid (2009) Domestic Violence: Frequently Asked Questions Factsheet 2009. <http://www.womensaid.org.uk/> Získáno 23. 6. 2013.
28. Wikipedia (2013) Dominance and submission. Safety. [http://en.wikipedia.org/wiki/Domination\\_%26\\_submission\\_%28BDSM%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Domination_%26_submission_%28BDSM%29) Získáno 14. 6. 2013.
29. Rohr, H. P. (2001) *Narcismus - vnitřní žalář*. Praha: Portál s.r.o.
30. Carrington K, Phillips J (2007) Domestic Violence in Australia an Overview of the Issues. [http://www.aph.gov.au/About\\_Parliament/Parliamentary\\_Departments/Parliamentary\\_Library/Publications\\_Archive/archive/Domviolence](http://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/Publications_Archive/archive/Domviolence) Získáno 18. 6. 2013.
31. National Center on Domestic and Sexual Violence (2002) Power and Control Wheel. [http://www.ncdsv.org/images/Power\\_and\\_Control\\_wheel\\_NCDSV.pdf](http://www.ncdsv.org/images/Power_and_Control_wheel_NCDSV.pdf) Získáno 18. 6. 2013.
32. Tiplady CM, Walsh DB, Phillips CJC (2012) Intimate partner violence and companion animal welfare. *Australian Veterinary Journal* 90: 48-53.
33. Krienert JL, Walsh JA, Matthews K, McConkey K (2012) Examining the Nexus Between Domestic Violence and Animal Abuse in a National Sample of Service Providers. *Violence and Victims* 27: 280-295.
34. Wikipedia (2013) Cycle of Abuse. [http://en.wikipedia.org/wiki/Cycle\\_of\\_abuse#cite\\_ref-Walker\\_1-1](http://en.wikipedia.org/wiki/Cycle_of_abuse#cite_ref-Walker_1-1) Získáno 18. 6. 2013.
35. Sagarin BJ, Cutler B, Cutler N, Lawler-Sagarin KA, Matuszewich L (2009) Hormonal Changes and Couple Bonding in Consensual Sadomasochistic Activity. *Archives of Sexual Behavior* 38: 186-200.
36. Maner JK, Miller SL, Schmidt NB, Eckel LA (2008) Submitting to defeat - Social anxiety, dominance threat, and decrements in testosterone.

- Psychological Science 19: 764-768.
37. Mehta PH, Josephs RA (2010) Testosterone and cortisol jointly regulate dominance: Evidence for a dual-hormone hypothesis. *Hormones and Behavior* 58: 898-906.
38. Timmer M, Cordero MI, Sevelinges Y, Sandi C (2011) Evidence for a Role of Oxytocin Receptors in the Long-Term Establishment of Dominance Hierarchies. *Neuropsychopharmacology* 36: 2349-2356.
39. Gilbert P, Miles JNV (2000) Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences* 29: 757-774.
40. Veselovský, Z. (2005) *Etologie*. Prague: Academia.

Doc. RNDr. Eva Jozífková, Ph.D.

Kontaktná adresa: eva.jozifkova@ujep.cz

## Recenzia

Malina, J., Filipický, J., Pernica, J.: **Auto – erotika, aneb Kámasútra automobilového věku.**

Akademické nakladatelství CERM, Brno 2013, 418 s., ISBN 978-80-7204-753-6.

Tvořivý a produktivní duch profesora Jaroslava Maliny se zdá být v posledních letech významně osloven antropologickými a to zejména erotickými a partnerskými aspekty automobilu. Tedy dopravního prostředku, který je nepochybně výrazným symbolem moderní doby. Výsledkem jeho zamýšlení na „auto-erotikou“ je pak tato reprezentativní publikace, kterou vytvořil se svými spolupracovníky.

Není zajisté tajemstvím, že mnohé erotické vazby a jejich konzumace mají cosi společného s automobilem. V této publikaci ovšem automobil velmi správně není jen jakýsi anonymní dopravní stroj. Publikace se zabývá celou řadou konkrétních automobilových značek. Z jejich skutečných i domnělých vlastností čerpají poetické i prozaické texty publikace.

Tak o svém Rolls-Royce praví muž:

„Můj Rolls-Royce je jedinečný,  
fascinuje sexy slečny.  
Diamant mezi vozidly -  
stříbro, zlato, ušlechtilé dřevo,  
sedadla z kůže alpských býků,  
můj R-R nemá protivníků.“

Naproti tomu u značky Velorex najdeme tyto verše:

„Zakoupil jsem si hadrolet,  
a kočku, co jsem měl v očku,  
jsem pozval na výlet.  
Sotva zhlédla limusinu,  
lekla se a byla v dýmu.“

Protože pojednaných automobilových značek je mnoho, je v knížce nespočet vesměs velmi duchaplných poetických charakteristik různých „přibližovadel“. Dominantním přístupem je důraz na erotické a sexuální konotace automobilů, tedy na v názvu zmíněnou „auto-erotiku“.

Součástí publikace je „Auto-encyklopedie“, která na více než 170 stránkách podává základní data o značkách automobilů. Mimo jiné je zde zajímavý esej o etymologii slova „automobil“ a to v různých kulturách. Tak v hindštině je výrazem pro automobil slovo „hávágárí“, tedy cosi jako „větrný vůz“. V čínštině pak výraz „čchi“ můžeme též přeložit jako sentinel, tedy parou hnaný prostředek.

Publikace je provázena mnoha zajímavými ilustracemi celé řady výtvarníků. Výraznější erotické prvky zde nacházíme u Stáni B. Bártové, Tomáše Čermáka, Zdeňka Čížka, a samozřejmě u Zdeňka Macháčka, jehož „Erotický volant“ nemá chybu.

Knížka je nezpochybnitelnou ozdobou knihovny každého automobilového fanouška, jakož i milovníka kultivované erotiky.

Jaroslav Zvěřina

## Odborné podujatia Českej sexuologickej spoločnosti a Slovenskej sexuologickej spoločnosti

### XXVI. Bohnické sexuologické dny 27. a 28. 2. 2014

Téma: Parafílie. Sexuální poruchy. Duchovní rozměr lidské sexuality

### Pracovní schůze Sexuologické společnosti v PN Dobruška 24.-25. 4. 2014

Téma: ochranné léčby sexuologické

### Společná schůze Sexuologické společnosti se Společností pro sexuální medicínu

Český Krumlov (květen 2014)

### Vedecko pracovná schôdza Slovenskej sexuologickej spoločnosti

Téma: Varia

9. apríl 2014, hotel Holiday Inn\*\*\*\*, Trnava, so začiatkom o 13.50

### XXII. Košícké sexuologické dni

Téma: Sexuológia v praxi

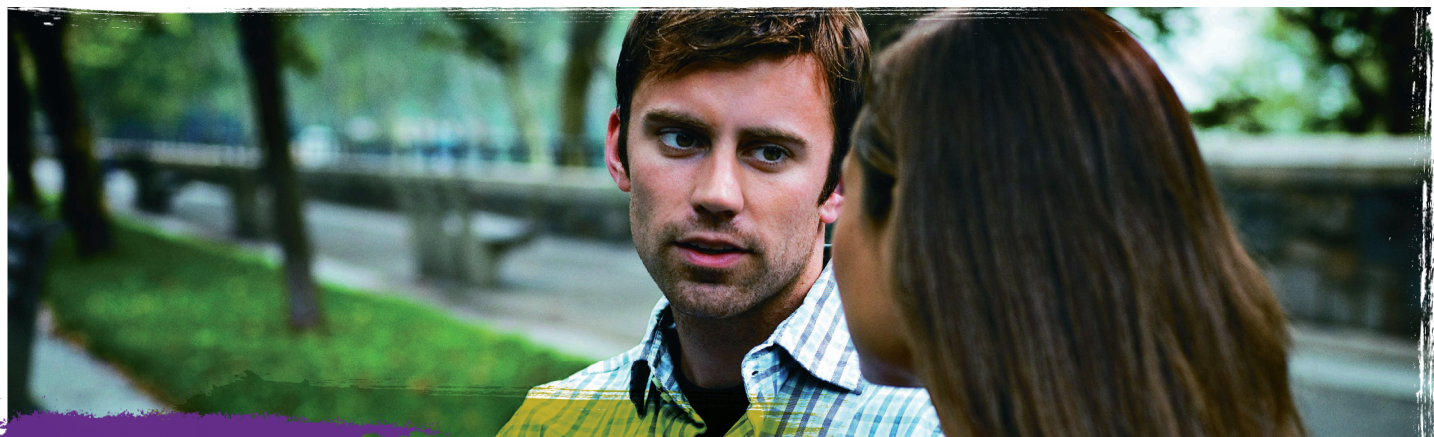
25. - 27. september 2014, hotel Doubletree By Hilton Košice

# Depot s overenou účinnosťou olanzapínu<sup>1, 2, 3, 4</sup>

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 dyskínezy. U pacientov starších ako 65 rokov pravidelne merať krvný tlak (riziko posturálnej hypotenzie). Riziko náhlejšej srdcovej 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 dojiť. **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-krát 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 zväčšiť úvodná dávka 25 mg. VIAGRA nie je indikovaná u osôb mladších ako 18 rokov. **Kontraindikácie:** precitlivenosť na sildenafilil 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 zlyhávajúce), 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 ochoreniami s rizikom vzniku priapizmu. Kombinácia s inými PDE-5 inhibítormi alebo liekmi na liečbu PAH obsahujúcimi sildenafilil sa neodporúča. U pacientov s hemoragickými poruchami alebo aktívnym peptickým vredom treba zväčšiť prínos a riziko liečby. Filmový obal tablety obsahuje laktózu. VIAGRA nie je

indikovaná u žien. **Interakcie:** Súčasné podávanie sildenafilu a ritonavirusa neodporúča. Pri súčasnom podávaní s inhibítormi CYP3A4 (ketokonazol, erytromycín a cimetidín) sa odporúča zväčšiť 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 2014.

#### **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

