

SEXUOLÓGIA

SEXOLOGY



ČASOPIS SLOVENSKEJ SEXUOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI
JOURNAL OF THE SLOVAK SOCIETY FOR SEXOLOGY

Prehľadné štúdie

Erotika a pornografie v USA

Jaroslav Zvěřina, Jirí Křížek

Schizofrénia a sexuálne dysfunkcie

Ján Pečeňák, Ivan André, Barbora Vašečková

Zdravotne znevýhodnené osoby – sex a mýty

Michal Chovanec, Petr Weiss

Dostupná data o prevalenci genderové dysforie

Jaroslav Zvěřina

Pôvodné práce

Vek žien a anorgazmia

Antónia Solárová

Vyjednávání českých mužů o metodě kontracepce

Adéla Čápková

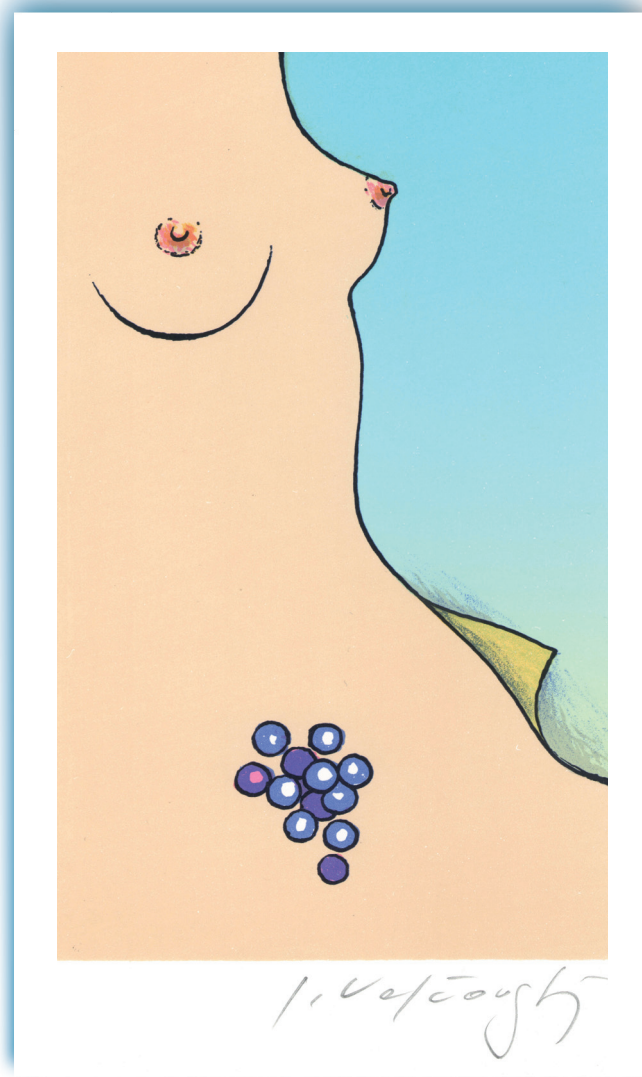
Erektální dysfunkce u chronických uživatelů marihuany

Alexandra Doležalová Hrouzková, Petr Weiss

Správy a informácie

Recenzie

Kalendár odborných podujatí



Nemá váš pacient s ED tiež symptómy LUTS-BPH?



2 problémy 1 riešenie

Cialis 5mg denne je jediný liek schválený k liečbe ED a LUTS-BPH.¹

Prvá kombinovaná liečba ED a LUTS-BPH v jednom¹

- Preverená účinnosť a bezpečnosť²
- Pri dennom užívaní môžu mať muži sex kedykoľvek, keď príde tá správna chvíľa.³

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. Dávkovanie CIALISU jedenkrát denne či už na liečbu erektilnej dysfunkcie alebo benígnej hyperplázie prostaty sa nehodnotilo u pacientov s poruchou funkcie pečene, preto v prípade predpisania lieku, musí lekár individuálne a dôsledne zvážiť pomer prospechu a rizika. U mužov s diabetom nie je potrebná žiadna úprava dávky. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Súčasné použitie s organickými nitrátmi v akejkoľvek forme. U pacientov s ochorením srdca, pre ktorých nie je sexuálna aktivita vhodná. Infarkt myokardu počas posledných 90 dní, nestabilná angína pectoris, zlyhanie srdca (NYHA 2 a závažnejšie) počas posledných 6 mesiacov, neliečené poruchy rytmu, hypotenzia (< 90/50 mm Hg), alebo neliečená hypertenzia, cievná mozgová príhoda počas uplynulých 6 mesiacov, strata zraku na jednom oku v dôsledku NAION. **Klinicky významné upozornenia:** Pri diagnostike erektilnej dysfunkcie alebo benígnej hyperplázie prostaty je potrebné pred zväžením farmakologickej liečby zohľadniť anamnézu a výsledky lekárskej prehliadky a určiť potenciálne skryté príčiny. Pred začatím akejkoľvek liečby erektilnej dysfunkcie by lekár mal zvážiť kardiovaskulárny stav pacienta. Skôr ako začnete liečbu benígnej hyperplázie prostaty tadalafilom, pacient má byť vyšetrený, aby sa vylúčila prítomnosť karcinómu prostaty a má sa dôkladne posúdiť jeho kardiovaskulárny stav. **Interakcie:** Pacienti užívajúci antihypertenzíva by mali byť upozornení na možné mierne zníženie krvného tlaku. Na začiatku liečby tadalafilom jedenkrát denne je potrebné klinické zväzenie prípadnej úpravy dávky antihypertenzívnej terapie. U pacientov užívajúcich alfa1 blokátory môže súčasné podanie CIALISU viesť u niektorých pacientov k symptomatickej hypotenzii. Pacientov, u ktorých trvá erekcia 4 hodiny a viac, je potrebné poučiť o nutnosti okamžitého vyhľadania lekára. Ak nedôjde k okamžitej liečbe príapizmu, 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 príapizmu. Opatnosť je potrebná pri predpisovaní CIALISU pacientom užívajúcimi 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 inhibítormi 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 Lapp laktázy alebo glukózo-galaktóзовou malabsorpciou nemajú užívať tento liek. Kombinácia tadalafilu s doxazosínom 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 sínusovej bradykardie v porovnaní s placebom. Väčšina týchto abnormalít EKG nesúvisela s nežiaducimi účinkami. **Čas použiteľnosti, uchovávanie:** 3 roky. Uchovávať v pôvodnom obale na ochranu pred vlhkosťou. Uchovávať 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 RA, Houten, Holandsko. **Registračné čísla:** EU/11/02/237/007-008. **Dátum poslednej revízie textu:** 14. 2. 2014. **Pred predpísaním 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 lekárske predpis a nie je hrađený z verejného zdravotného poistenia.** Táto skrátená verzia SPC je platná ku dňu 14. 2. 2014.

 **2v1** ✓
Cialis 1 x DENNE
tadalafil 5 mg

SKCLS00106

Literatúra: 1. SPC Cialis 5mg 2013. 2. Wrishko R et al. Safety, efficacy and pharmacokinetic overview of low-dose daily administration of tadalafil. J Sex Med 2009; 6:2039–2048. 3. Costa P et al. Tadalafil once daily in the management of erectile dysfunction: patient and partner perspectives. Patient Preference and Adherence 2009; 3: 105–111.



Obsah / Contents

Úvodník – 5

Prehľadné štúdie – Review Studies

Erotika a pornografie v historické reminiscenci – 6

Erotica and pornography – a historical reminiscences

Jaroslav Zvěřina, Jiří Křížek

Schizofrénia a sexuálne dysfunkcie – 10

Schizophrenia and sexual dysfunctions

Ján Pečeňák, Ivan André, Barbora Vašečková

Zdravotne znevýhodnené osoby – sex a mýty – 14

Sexuality of disabled persons - facts and myths

Michal Chovanec, Petr Weiss

Dostupná data o prevalenci genderové dysforie – 17

Accessible data about a gender dysphoria prevalence

Jaroslav Zvěřina

Pôvodné práce – Original Articles

Vek žien a anorgazmia – 19

The age of women and anorgasmia

Antónia Solárová

Vyjednávání českých mužů o metodě kontracepce – 23

Czech Men Negotiate the use of Contraception Method

Adéla Cápová

Erektilní dysfunkce u chronických uživatelů marihuany – 28

Erectile dysfunction among chronic marijuana users

Alexandra Doležalová Hrouzková, Petr Weiss

Správy a informácie – Reports and Informations of Interest

Významné jubileum prof. MUDr. Alexandry Žourkové, CSc. (J. Zvěřina) – 13

XI. Slovenský psychiatrický zjazd (R. Máthé) – 18

ESSM – Syllabus... (J. Zvěřina) – 27

Vedecko pracovná schôdza Slovenskej sexuologickej spoločnosti (R. Máthé) – 35

doc. PhDr. Andrej Stančák, CSc. – nekrológ (R. Máthé) – 36

Recenzie – Book Reviews

A. Heretik: Humor je vážna vec (R. Máthé) – 34

Sexuológia / Sexology

Časopis Slovenskej sexuologickej spoločnosti
Slovenská lekárska spoločnosť



VEDÚCI REDAKTOR: PhDr. Robert Máthé, PhD.

REDAKČNÁ RADA:

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

JAZYKOVÁ ÚPRAVA: Dr. Eva Hrdličková

TITULNÁ STRANA: grafika akademického maliara Josefa Velčovského

PERIODIKUM: Sexuológia/Sexology vychádza 2-krát ročne

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

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

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

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

ISSN 1335-8820

Úvodník



Vážení čitatelia,
na úvod dovoľte čítanie
z dávno minulých čias.

„Veľactný doktor
Magnus Hirschfeld, som
hlboko sklamaný, ba
až otrasený tým, že vy,
veľactný doktor, ste sa
znížili k tomu, aby ste
verejne obhajovali sexuálne
menšiny. Všetko, čo ste
v elitnom lekárskom časo-
pise uverejnili, sú obyčaj-
né bludy. Píšete, že homo-
sexualita je vrodená, že
muži a možno aj ženy

za ňu nemôžu a domáhate sa, aby bol paragraf 175 zrušený. Nehanbíte sa takto verejne obhajovať homosexualitu a jej beztretnosť? Ide predsa o nechutnú zvrátenosť, ktorú treba trestať a možno aj liečiť. Dúfam, že si tieto pomýlené názory uvedomíte a verejne svoje tvrdenia odvoláte.“

Tieto slová napísal viac než pred 100 rokmi iný veľavážený lekár sexuológ Richard von Kraft-Ebbing. Čo mu odpísal veľactný Hirschfeld, nie je známe, ale vieme, že svojich zámerov sa nikdy nevzdal, a do konca svojho života bojoval za zrovnoprávnenie menšín, najmä homosexuálnej menšiny. Či Kraft-Ebbing vedel, že sám Hirschfeld bol homosexuál, nevedno, možno by vo svojich vyjadreniach bol ešte ostrejší, ale, na druhej strane, možno by Hirschfelda lepšie chápal.

Zdá sa, že dávny boj dvoch významných sexuológov z pohľadu dnešného moderného sveta je neaktuálny.

Je však neaktuálny aj pre Slovensko? Postoj väčšiny Slovákov k minoritám vo všeobecnosti by som nazvala waitful watching – vyčkávanie. Slováci nemajú žiadne

vážne výhrady voči minoritám, prekážajú im však jednotlivci, ktorí menšinám robia zlé meno. Postoj často závisí od osobných skúseností, výchovy, politického postoja či svetonázoru. Avšak verejné vystúpenia niektorých politikov, klerikov či jednotlivcov stavajú Slovensko a Slovákov do nelichotivého svetla zadubených tmárov žijúcich niekedy v období Kraft-Ebbinga. Naozaj sa za 100 rokov nepodarilo v myšliach ľudí zmeniť predstavu, že byť príslušníkom sexuálnej menšiny je len akási zábavka, kapric, výsledok zlého rodinného prostredia či zvedenie, alebo nebudaj výchova k homosexualite? Napriek tomu, že moderná sexuológia učí, že príslušníci sexuálnych menšín si svoju orientáciu či preferenciu nevybrali, že sa s ňou narodili a musia sa naučiť s ňou žiť v medziach zákona? Ešte stále existujú jedinci, ktorí sa domáhajú izolácie takýchto ľudí či ich liečenia s jediným cieľom – premenou na heterosexuálneho jedinca a podľa možnosti s celoživotnou preferenciou jednej osoby. Sú hluchí na akékoľvek argumenty a ich demagogická ideológia a argumenty sú nevyvrátiteľné. A ostatní? Pre väčšinu je to okrajová záležitosť, skrátka, je im jedno, či bude, alebo nebude zákon o registrovaných partnerstvách, majú dosť vlastných starostí a problémov.

Vážení čitatelia, držíte v rukách ďalšie číslo nášho odborného časopisu. Nájdete v ňom príspevky, ktoré by mali, ako dúfame, obohatiť a rozšíriť Vaše vedomosti a poznatky. Verím, že väčšina z Vás má na sexualitu, či už väčšinovú, alebo menšinovú, triezvy, reálny, medicínsky a vedecky fundovaný postoj.

Prajem Vám príjemné čítanie.
Danica Caisová

Erotika a pornografie v historickej reminiscenci

Jaroslav Zvěřina¹, Jiří Křížek²

¹Sexuologický ústav 1.lékařské fakulty UK, Praha

²M. J. Bernstein Institute, New York

Nedávno jsem dostal od kolegy lékaře, psychiatra, zajímavý dopis a text. Kolega žije ve Spojených státech od roku 1969. Krátce po emigraci sepsal zajímavou úvahu o erotických materiálech a pornografii, tak jak tyto fenomény poznal na počátku svého amerického pobytu. Z důvodů pochopitelných nebyl ten text tehdy v Československu publikovatelný, a to přesto, že měl souhlas hlavního psychiatra (tehdy prof. A. Janík). Z dopisu, kterým kolega text doprovodil, cituji:

„Napsal jsem to hned na samém počátku své americké emigrace v r. 1969. Bylo to určeno pro Čs. Psychiatrii, a doporučil to k uveřejnění prof. MUDr. Aloiz Janík, DrSc., příští Hlavní psychiatr ČSSR, (co recenzent). Bylo to v době, kdy jsem stále předstíral, že můj „studijní pobyt“ v USA je legální, což se mi po jistou dobu dařilo. Pak vše prasklo a článek nesměl být uveřejněn. Dnes by se článek mohl jmenovat „Názory na pornografii a její místo v americké společnosti před 45 lety“, nebo: „Pornografie v USA, jak ji viděl čerstvě přišedší emigrant – český psychiatr, před 45 roky – v r. 1969“.

Byl to tedy jistě trochu naivní, pohled „zelenáče“ z Prahy, sestavený ze všech možných zdrojů v New Yorku (časopisy, denní tisk, lékařské časopisy, televize, nejrůznější ústní podání a j.), zachycující, jistě naivně, místní „genius loci et temporis“. Z dnešního hlediska jistě „k smíchu“, ale jsou v tom mnohá tehdejší fakta“.

Mám zato, že pro čtenáře Sexuologie může být četba tohoto historického textu zajímavým zdrojem informací a inspirace. Třeba kdysi populární „peep-show“ jsou dnes na vymření, když je nahradila široce dostupná erotika na internetu a audiovizuální programy na elektronických nosičích. Také kdysi pornografická velmoc, kterou tehdy bylo Dánsko již dávno ztratila svoji výjimečnost. Zato Spojené státy jsou přes svoji oficiální prudérnost nepochybně významnou pornografickou velmocí. Doporučuji redakci ponechat text bez jazykové úpravy, protože jak „anglismy“, tak historická gramatika stojí za pozornost.

NÁSTUP PORNOGRAFIE VE SVĚTĚ, A CO S TÍM SOUVISÍ

MUDr. Jiří Křížek

t.č. M. J. Bernstein Institute, New York

„Pornograf“ dob minulých, nechtěl li se omezit na psané slovo, pracně vymodelovával erotické motivy na hliněných kahancích (Pompeje), vyrýval je do keramiky (Skytské vázy), vytepával je z kovu, či později, ve středověku, tyto umně vytesával z pískovcových patek konzolí gotických chrámů a mostních věží. Pornograf současný má díky vyspělosti sdělovací techniky možnosti daleko větší. Dnes slouží k těmto účelům knihtisk, černobílá i barevná fotografie, kinematografie, gramofon, divadlo, a v širší souvislosti i výroba nejrůznějších, často elektricky poháněných surrogátů genitálií, masturbačních to nástrojů (v USA běžný termín „dildo“ odpovídá evropskému „olisbos“). Nejednou se raději užívá širšího pojmu „erotica“ namísto úžeji vymezujícího termínu pornografie.

Tak jako starořecký Hermes byl poslem bohů, těmto sloužil, ale zároveň jim též škodil různými zlomyslnostmi, i pornografie je „poslem“ hlavně prostituce, které ale též škodí, neboť odvádí pozornost od reálného sexu k „show-sexu“, sexu fantazijnímu a pasívně prožívanému.

V našem sdělení se chceme zabývat erotiky z hlediska psychiatrického, seznámit čtenáře s nejrůznějšími aspekty tohoto tématu, s jevy zápornými, jakož i nadhodit ev. jejich využití při terapii indikovaných případů sexuálních deviací.

Produkce erotik ve světě se řídí poptávkou. Za největšího producenta dnes platí Skandinávie, hlavně Dánsko, za konzumenty západní Evropa, v největší míře však USA. Udává se, že tzv. „sexuální revoluce“ v severní Americe, zemi stále považované za puritánskou, kráčí cestou menšího odporu, t.j. přes sex pasivní. 75% severoamerické populace se staví proti legalizaci pornografie. Zákony jsou ovšem v jednotlivých státech USA naprosto odlišné, a např. filmy zakázané ve státě New Jersey jsou dovoleny v sousedním státě New York. V různých obměnách toto platí i pro posuzování kupř. sexuální delikvence, a j.

Vedení USA legalizaci pornografie nepřeje, zejména prezident Nixon je tvrdě proti, a dokonce odmítl i výsledky své vlastní komise expertů, která tento problém studovala po mnoho měsíců, aby se nakonec vyslovila dosti benevolentně. V konkrétních případech však často ani soudy problém nezvládnou. Film, který je pozastaven soudem nižší instance,

je po odvolání se posuzován soudem vyšším. Pakli jej i tento shledá závadným, producenti se odvolají k soudu nejvyššímu, který již jejich tlaku obyčejně neodolá a nakonec barevný film, neobsahující nic jiného než záběry fellace, cunnilinctu, análního coitu a ejakulací, je shledán nezavadným. Někteří tvrdí, že v tom hraje roli i oněch pět set miliónů až dva bilióny dolarů, které se ročně na pornografii v USA vydělávají.

Mravokárci, kněží, bijí na poplach: Lékaři poukazují na to, že průměrně každé 2 minuty dojde k venerické nákaze. Nic však nemůže zastavit šíření moru oplzlosti. Jen v NYC je přes 200 obchodů, prodávajících „hard core pornography“, t.j. pornografii „tvrdého jádra“, jinak zvanou též „smut“, „candy“ a „obscenity“. Zmíněné obchody, zvané „adult bookstores“, tedy obchody pro dospělé, obsluhují krom tiskovin také kukátkové biografy, zvané „peep show“, což lze přeložit jako podívaná klíčovou dírkou či špehýrkou. Po vhození 25 centů běží asi 1-2 minuty trvající film, pozorovatelný jen pro toho, kdo si zaplatil. Přilepeny na tato kukátka stojí smutné postavy voyerů, někdy jen poloskrutě masturbujících.

Jak uvedeno, je hlavním producentem pornografie Dánsko, kde od července 1969 byla pornografie legalizována, a její prodej je zakázán pouze osobám mladším 16 let. I když příjmy z vývozu pornografie dle většiny pozorovatelů nepřevyšují příjmy z dánského porcelánu, stříbra, nábytku a mléčných výrobků, pomáhají významně v boji proti schodku. V USA se ovšem také vyrábí pornografie všeho druhu. Ženských modelů je nadbytek. Nebývají to ani tak prostitutky, jak prý tomu bylo téměř výlučně asi před 20 roky, nýbrž spíše tulačky, často schizoidní psychopatie a schizofreničky, zejména však dívky tak líné, že i život normální prostitutky by pro ně byl přílišným vypětím. Špičkové modely dostávají i 50 – 150 dolarů za hodinu, po kterou jsou zcela k dispozici fotografům, filmařům i osobám, které tito přivedou.

Je zřejmé, že ne všichni konzumenti erotik vyžadují fotografie zcela nahých modelů, které pak již neponechávají žádného místa fantazii pozorovatele. Stále existují záplavy časopisů s obrázky žen a mužů polozakrytých. Tyto časopisy by ihned zkrachovaly, kdyby také nešly na odbyt. Analogický problém vyvstává v oblasti amerického hračkářství. Dětem jsou nabízeny tak dokonale mechanizované hračky, že dítě místo manipulace a konkrétního styku s hračkou se vlastně stává jen pasivním divákem, vynalézavost a fantazie se neuplatní.

Vedle toho stále kvete pornografie psaná. Najdeme povídky a romány sadomasochistické, homosexuální, voyerské, incestuózní, zoofilní, každý aberant najde své. Vydavatelé dostávají asi desetkrát více rukopisů, než mohou použít. Standartní novela tohoto druhu má kol 50.000 slov, autor je hodnocen jedním až dvěma centy za slovo. Autory bývají např. filmoví a televizní tvůrci – začátečníci, učitelé, pojišťovací agenti, aspirující novelisté. Někdy to jsou ale i autoři seriózních děl, kteří si pornografií vydělávají na živobytí a na to, aby se pak mohli věnovat vážnější tvorbě (tedy, v našem pojetí, žádná Dobříš bez práce). Řada

nyňějších význačných producentů erotik se původně pokoušela věnovat ušlechtlejší umělecké činnosti, při které ale neměla úspěch, a přešla na pornografii z existenční tísně.

Standardním konzumentem erotik je v USA muž středního věku, převážně příslušník tzv. „middle class“. Dle některých údajů, značný zájem projevují i dentisté, lékaři, farmaceuti. Mládež svým chováním výrobce a obchodníky s pornografií spíše znervozňuje, neboť dává přednost sexu skutečnému a pornografii se vysmívá. To někteří považují za předzvěst jejího úpadku v příštích letech, i když jiní opět podotýkají, že v pátém deceniu se z řady „dřívějších herců stanou také diváci“. Podobná je situace v Dánsku, kde děti i adolescenti jsou již znuděni výlohami plnými erotik. Tyto krámky musí dokonce často zavřít na podzim, kdy opadává příliv zahraničních turistů.

Je to tedy příslušník severoamerické „middle class“, jehož sexuální problém je zde exploitován. Těžce pracující, ve stresu a nejistotě žijící člověk, spoutaný zároveň četnými zábrany a tabu, indoktrinovaný spoustou polovičatě pochopených psychoanalytických pojmů, jimiž se hemží tisk. Osobní, rodinný, pracovní úspěch je u něj výrazem dostatečné či nedostatečné masculinity. Neúspěch vyvolává, ve zdejší terminologii, oživení kastračních obav, kastračního komplexu. Pocit nedostatku vlastní mužnosti, pocit být příliš manipulován a kontrolován, vede k obavě, zdali vlastně postižený není sám latentně homosexuální.

Vynořuje se pseudohomosexuální úzkost, pocit vykořeněnosti zvláštní životní role, tzv. „role confusion“, pocit krize vlastní identity („identity crisis“). Jejich manželky, pokud jsou dostatečně „sophisticated“ (t.j. zmožděné, vzdělané, zasvěcené, na výši, informované – nemá to žádný vztah k našemu pojmu „sofisma“) pak mají sklon každé manželovo funkční selhání při sexu vykládat na bázi latentní homosexuality, což uzavírá bludný kruh.

Analyticky orientovaný psychoterapeut může snadno navázat na hypochondrickou pohotovost exhaustivní neurózy. V pacientově anamnéze jsou hledány prvky akutní homosexuální paniky, stopuje se, zdali ji již tehdy a tehdy vlastně neprodělal. Léčba se vleče.

Postižený si potřebuje dokázat návrat své pravé masculinity. Nachází poučení v literatuře, která se mu nabízí a vnucuje. Shledává, že vlastně vůbec pořádně pohlavně nežil, neboť byl spoután četnými zábrany a tabu. Jeho vlastní nejistota se přenáší na členy rodiny, není li naopak jejich produktem. Viděl jsem případ, kdy si manželka stěžovala na manželovo počínání. Manžel si koupil knížku, návod k pestrému pohlavnímu soužití. Postupoval přesně podle ní, a vždy si tužkou zatrhával, co již absolvovali. V poslední době setrval při čichání k manželčině vulvě za současné masturbace. V této fázi se přišla léčit k psychiatrovi manželka.

Sexus se nezdá být tak velkým problémem v ostatních vrstvách severoamerické společnosti, t.j. jak v tzv. „upper class“ či „rich“, tak v tzv. „lower class“ či „poor“. Pro první platí tatáž privilegia, jako kdysi

pro šlechtu, v druhé nejednou není rodina nahlížena jako pevná instituce. V této souvislosti jsem slyšel, že i psychoterapeutické školy se do jisté míry diferencují v přístupu k společenským vrstvám. Pro tzv. upper class prý vyhovuje terapie ve smyslu C.G. Junga, pro nejpočetnější tzv. middle class různé obměny S. Freuda, kdežto pro tzv. lower class je vhodné učení Adlerovo.

Na okraji společnosti, ale i uvnitř, se objevují různé extrémy. Organizují se jedinci či páry, též manželské, provozující kult skupinového sexu, skupinové promiskuity (cynicky často hovořeno o „group sex session“), m.j. tzv. „wife swapping“, t.j. výměna manželek. O svá práva někdy velmi okázalým až zarážejícím způsobem se hlásí homosexuálové. Tisícové zástupy homosexuálů oběho pohlaví, většinou vyzývavě nepěstěného zevnějšku, občas demonstrují v nejnižších newyorských ulicích, tvoříce tzv. „Gay Liberation Front“. „Gay“ (čti gej) je kromě „Fag“, „Faggot“ a „Queer“ nejběžnější název pro mužského homosexuála (nezaměňovat a guy – čti gay, což znamená chlap, chlapík).

Radikální homosexuálové, titulující heterosexuály přízviskem „straight“, t.j. rovný, přímý ve smyslu společenské konformity, diskutují často bouřlivě na psychiatrických a psychologických schůzích a sjezdech, kam vcházejí nejednou bez pozvání, a mnohdy znemožní původní program. Řada z nich je identická či má velmi blízko ke známým Hippies, a též tzv. „Yippies“ (jakási samozvaná „Youth International Party“).

Právě popsané jevy však přesevšechno zůstávají spíše vyjímečnými. Většina společnosti žije konformním způsobem, jedinec splývá s anonymním celkem své vrstvy, v čemž je jeho pocit bezpečí, má tendenci perpetuovat vzorce chování, jejichž je sám produktem. Dle některých psychiatrů největší ohrožení stability individua spočívá v pokusu vymanit se z životního stylu své společenské vrstvy, řekli bychom „chtít přeskočit svůj stín“. Změna stylu pohlavního života, překročení tabu, vyvolává pocit viny, hrozí dekompenzací osobnosti. (Zdůrazňuji, že pro názornost a ilustraci operuji úmyslně ve zdejší terminologii, bez ohledu na vlastní stanoviska).

Psychika bílého Severoameričana, který je po předcích evropského původu, je jiná než psychika Evropana. Více ústupnosti, tolerance, důvěřivosti, snad i naivnosti. Na druhé straně pocit anonymity, odcizenosti, nedostatek pocitu občanské sounáležitosti až lhostejnost k osudu souseda. Neexistuje národ v našem smyslu s vědomím biologické spřízněnosti. Ctí se vlajka, ne tolik země, chybí podvědomé citění mythologické zakořeněnosti.

Vyskytují se psychologové, ba i psychiatři, stavící osobní kariéru na tom, že mladý vrah pod jejich vedením, během doby strávené ve vězení, vystudoval ten či onen obor, či dokonce získal doktorát (na státní útraty). Tito lidé se však nestarají, ani necítí potřebu starat se o to, zda děti člověka tímto inteligentním vrahem zabitého a zbavené živitele budou někdy mít dosti prostředků na jakékoli vlastní vzdělání. Jde hlavně

o to, vrahu neublížit, oběti nikoho nezajímají. Vrah pózuje před televizními kamerami, občas milostivě udělí interview žurnalistovi, občas plivne na soudce či dá někomu kolem sebe facku. Noviny mají o čem psát.

I např. verbální agresivita Severoameričana je jiného rázu. V rozzlobenosti posílá do pekla, nikoli jinam, anus není předmětem žádných výzev a hrozeb, a faeces nejsou obsahem žádných hodnotících soudů či výroků. Za to velmi rozrušený Severoameričan praví „fuck you“, přičemž to „fuck“ (čti fak) je vulgární výraz pro kohabitování, ale přesto společensky daleko únosnější, než naše ekvivalenty. Na toaletách ani jinde nenacházíme v Evropě ubikviterní kosočtverce, které jsou zde zcela neznámé co symbol vulvy.

Psychiatr obyčejně dělí pornografii na aberantní a neaberantní. Prvou pak považuje za zvláště škodlivou pro mládež. Aberantní filmy, jaké lze shlédnout např. v New York City, mají na svém počátku často zaklínací formulí, znějící: „Tento film nesmí shlédnout nikdo, kdo je v psychiatrickém léčení“. Sám jsem byl svědkem toho, jak během promítání sadistického filmu jeden divák začal škrtit svého souseda.

Některé z filmů se halí do roušky filmů mentálně hygienických a osvětových. Vystupuje v nich např. pohledný muž, představující lékaře, jakousi kombinaci psychiatra, sexuologa a gynekologa, který osobně prakticky zasvěcuje mladou ženu do všech detailů coitu. Jiné filmy tohoto druhu jsou navíc skombinovány s výkladem o prevenci venerických chorob, takže jim nelze upřít jistého významu. Zaskakují vlastně diváka, který sem přišel z jiného důvodu. Vyznívá to ovšem komicky tam, kde je zároveň několika špinavými hippies předváděn sex skupinový.

Dánské údaje tvrdí, že zpřístupnění pornografie ubírá na její atraktivitě, neboť nejde více o zakázané ovoce. Je hovořeno o přesycení tímto tématem. Od r. 1969 prý v Dánsku ubylo sexuálních deliktů, zejména sadistických vražd. Severoamerické výzkumy Dr. Goldsteina u UCLA se zdají nasvědčovat tomu, že sexuálně agresivní psychopaté byli v době své adolescence vystaveni v daleko menší míře vlivu pornografie, jednak než aberanti jiného typu, jednak než tzv. normální jedinci.

Vynořují se behavioristicky orientované terapeutické školy, pokoušející se léčit různé sexuální deviace odpodmiňováním a desenzitivizací za použití erotik. Je též snaha odvést např. reálnou sexuální agresivitu na slepou, fantazijní kolej, expozice fotografií sadistického obsahu má umožnit dosažení ventilovaného, společensky neškodného orgasmu. Je jisté předčasné hovořit o výsledcích, a asi nebude radno se omezit jen na tuto léčbu bez kombinace s terapií hormonální, psychofarmakologickou, neurochirurgickou a chirurgickou (kastrace).

Významnou se zdá být skutečnost, že opětovná expozice pornografických filmů vede ke ztrátě fyziologické reaktivity na tato stimulantia, až postupně k vyslovené nudě a spontánnímu vyhledávání jiného objektu pozornosti. Dr. D. L. Mosher, profesor psychologie na University of Connecticut, vystavil pokusný soubor 194 mužů a 183 žen, studentů koleje,

dvěma pornografickým filmům. Obsahem prvního byl normální coitus ve „face-to-face position“ (tzv. misionářská poloha), druhý předváděl orogenitální styk téhož heterosexuálního páru. Studenti obého pohlaví sdělili, že byli „mírně vzrušeni“ během promítání filmů. Muži pak byli více vzrušeni filmem druhým, zatímco ženy byly pohledem na orogenitální styk spíše disgustovány. V bezprostředně následujících dnech, dle údajů pokusných osob, u nich nedošlo v žádné formě k vystupňování sexuální aktivity.

Jiný pokus provedl psycholog L. Jakobovits z McGill University v Montrealu. Vystavil soubor složený z příslušníků obou pohlaví čtveřičkou typů erotické beletrie. První druh sestával z 10 povídek z kategorie tzv. „erotického realismu“ typu Henriho Millera nebo D. H. Lawrence. Druhý tvořilo 10 povídek typu „hard core“ pornografie od anonymních autorů. Ukázalo se, že muže vzrušoval více první, zatímco ženy více druhý typ literatury. (Zpráva, odvolávající se na tento pokus konaný v r. 1965, bohužel neuvádí velikost souboru, ani věk a povolání pokusných osob).

Dr. J. L. Howard, assistant professor psychiatrie na University of North Carolina prováděl výzkum na souboru 83 mužských dobrovolníků ve věku 21 – 23 let, studentů, které vybral ze 70 uchazečů. Každý jednotlivec byl postupně vystaven patnácti 90 minut trvajícím expozicím pornografických filmů, během pokusu byl sám v místnosti, ale byl pozorován jednocestným zrcadlem. Byla registrována řada vegetativních hodnot včetně změn phaloplethysmografických. Po skončení každého dílčího sezení byla zkontrolována hladina kyselého fosfatázy v moči. Jako nejcitlivější ukazatel byla sledována phaloplethysmografie, registrující většinou během několika vteřin se dostavivší erekci. Již ale při druhé expozici byla erekce méně konstantní a později nastupující. Druhým nejcitlivějším ukazatelem byla kyselá fosfatáza, která také postupně klesala při dalších expozicích. Devět týdnů po skončení série pokusů sdělily pokusné osoby, že jsou znuděny již jen pomyslením na pornografii a většina odmítala možnost nadále erotica spatřit.

Vidíme tedy, že erotiky i erotikou se v USA zabývá celá řada jak výdělečných, tak výzkumných činitelů, jejichž kompetence a zájmy se různě překrývají, a kteří si též konkurují. Jsou např. výhradně k lékařským účelům vydávána fotografická alba detailní techniky nejrůznějšího sexu. Zájem o ně je ovšem všestranný. Hlasy z řad gynekologů občas závistivě konstatují, že barevné snímky vulvy v erotických časopisech se svou kvalitou a detailností nejdnou rovnají, ne-li předčí podobná zobrazení v učebnicích gynekologie.

Je proto i z našeho hlediska méně prejudikující užívat raději termínu erotica, což lze snadněji sladit s jejich terapeutickým užitím v indikovaných případech sexuálních deviací. Potvrdí-li se údaje, že některé deviace, zejména sexuální agresivita, jsou v nějaké souvislosti s nedostatečnou či žádnou expozicí neaberantnímu erotickému materiálu v adolescenci, nebo že naopak expozice aberantního, či jinak

atypického materiálu mechanismem „imprinting“, resp. „Prägung“ jsou relativní nejen u nižších, ale i u nejvyššího stupně formy života na Zemi, tedy u člověka, pak „res ipsa loquitur“. Je jistě obtížné rozhodnout, co je propter hoc a co post hoc. Praeformacionisté správně mohou namítnout, že jak sadisté, tak nesadisté se zřejmě od nepaměti rodili v poměrně stejném vzájemném poměru, a to v dobách, kdy ani ti, ani oni neměli možnost být v adolescenci vystaveni žádným zprostředkovaným erotickým signálům, kromě vjemů přirozených. Přihlížení dříve veřejným popravám mohlo eroticky stimulovat jen již existující sadisty.

Musíme stůj co stůj diferencovat mezi biickým a patickým přístupem k erotikům, jakož i mezi erotiky aberantními a neaberantními a v tomto smyslu usměrňovat edukci mladých generací. Z tohoto hlediska zejména Vondráček varuje před obsahem některých zdánlivě zcela neškodných dětských pohádek, které se skutečnosti obsahují prvky kanibalistické, sadomasochistické, nekrofilní a zoofilní.

Většina sexuologů a psychiatrů asi neodsoudí léčebné metody nového druhu dříve, nežli se přesvědčí o jejich výsledcích. Sexuologové Masters a Johnson, kromě jiných technik, léčí funkční mužské sexuální poruchy, např. pomocí tzv. surrogátů manželek, které pouze nepřátelé těchto léčebných metod označují za prostitutky. V tomto případě by jistě věci samé neposloužilo bazírovat na terminologii, hledat názvy jiné (např. sexuální pracovnice) apod. Je zajímavé, že jmenování autoři neradí k analogické terapii žen, kde předpokládají neúnosně silnou citovou vazbu pacientek na surrogáty manželů. Druhým důvodem ovšem je, že k těmto účelům lze jen obtížně opatřit kvalitnější muže.

Tolik asi o tématu, které je celkem choulostivé, obtížně podatelné a pro stránky našich lékařských časopisů, u srovnání se zahraničními, stále poměrně nezvyklé. Nevím, jak jsem se jej zhostil, neboť materiálu by bylo dost na celou knihu. Každá forma takového poloreportážního informačního pokusu může být snadno napadnuta z různých pozic a může jí být vytýkána povrchnost a senzacnost. Mně šlo ale záměrně o nakumulování co nejvíce informací a seznámení čtenáře s terminologií, kterou jinde nenalezne. Z prostorových důvodů jsem omezil citace pramenů jednotlivých dílčích sdělení. Nesnažil jsem se také násilně uvádět všechny zde podané informace na společného jmenovatele, nebo všude připojovat svoje vlastní hledisko. Jde mi spíše o shrnutí materiálu, který zavádá podnět k dalším úvahám, nežli o kompromis s každým z potencionálních čtenářů.

Kontaktná adresa:
George O. Křížek, M.D.
2111 Bancroft Place, N.W.
Washington, D.C. 2008

Schizofrénia a sexuálne dysfunkcie

Ján Pečeňák, Ivan André, Barbora Vašečková

Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Súhrn

Schizofrénia ako ochorenie s multifaktoriálnou etiológiou, rozmanitým, v čase premenlivým klinickým obrazom a dosahom na všetky aspekty života ovplyvňuje podobne komplexnú oblasť sexuality. Tento vplyv sa rôzni v závislosti od fázy schizofrénneho ochorenia – iný je v čase prodromálneho obdobia, iný v obdobiach jasných psychotických príznakov či pri chronickej fáze s dominujúcimi negatívnymi symptómami. Významnou modifikujúcou premennou je aj dlhodobá liečba antipsychotikami, ktorej častým dôsledkom býva práve liekom podmienená sexuálna dysfunkcia. V článku sa na psychopatologickej a neurobiologickej úrovni rozoberajú niektoré aspekty týchto vzťahov s prihliadnutím na fázu schizofrénneho ochorenia.

Kľúčové slová: schizofrénia, sexuálna dysfunkcia, sexuálne nežiaduce účinky antipsychotík.

Summary

Schizophrenia with its multifactorial etiology, various and alternating clinical picture, and influence on all aspects of patient's life interferes with the alike comprehensive area of sexuality. This mutual connection differs depending on the stage of schizophrenic disorder, altering during the prodromal phase, clear psychotic symptoms or over the period with dominant negative symptoms and chronicity. Within this context, long-term antipsychotic treatment is an important modifying factor, with medication related sexual dysfunction as its common consequence. Arising from psychopathological and neurobiological basis, some of these mutual aspects with respect to particular phase of schizophrenic disorder are discussed in the article.

Keywords: schizophrenia, sexual dysfunction, sexual side effects of antipsychotics.

Úvod

Schizofrénia „je ochorenie charakterizované širokým spektrom symptómov... tak rozdielných, že pokrývajú celý rozsah ľudského myslenia, emócií a správania“ (Andreasen a Black, 2001) a je zrejmé, že zasahuje aj do takých komplexných stavov a dejov, ktoré predstavuje sexualita a sexuálne fungovanie.

Problematika sexuality pri schizofrénii, podobne ako pri iných psychických poruchách, hlavne depresii, má dve základné roviny. Prvou je priamy vzťah poruchy k sexuálnemu fungovaniu, druhou dimenziou je vplyv liečby na sexualitu. V článku sa venujeme obom pohľadom.

Predchorobie

Schizofrénia sa vyskytuje v rôznych populáciách s prevalenciou približne 1%. Diagnóza býva stanovená u mužov skôr ako u žien, s vrcholom približne vo veku 25 rokov. V období stanovenia diagnózy sa však schizofrénia nezačína. Podľa súčasných poznatkov a konceptu schizofrénie ako neurovývinového ochorenia sú rizikové faktory pre schizofréniu prítomné už pri narodení alebo vo včasnom vývinovom období. Kombinácia vnútorných faktorov (dospievanie, dozrievanie štruktúr CNS)

a faktorov prostredia (stres, psychotropné látky) vedie k plnému symptomatickému vzplanutiu, k zmene v správaní, osobnosti a následne k diagnostike. Priemerné trvanie prodromálnych príznakov, keď sú už identifikovateľné osobnostné zmeny (veľmi často označované ako zlom v životnej línii), je u veľkej časti pacientov až päť rokov (Häfner a Heiden, 1997). Pri spätnej analýze a vzácnych prospektívnych štúdiách sa dajú zistiť odchýlky vo vývine (nešpecifické behaviorálne odlišnosti, kognitívne dysfunkcie) už v detstve. Z priebehu vývinu ochorenia sa dá odvodiť, že tieto procesy musia zasahovať do fyziologických, na vek viazaných procesov, ktoré nakoniec konštituuju plne rozvinutú sexualitu. Tento predpoklad potvrdzuje napríklad práca Marqueza a kol. (Marquez a kol., 2012). Porovnali vysokorizikových (UHR – Ultra High Risk) jedincov pre rozvoj psychotického ochorenia s pacientmi s diagnostikovanou prvou epizódou schizofrénie a kontrolnou skupinou. V skupinách boli približne rovnako zastúpené obe pohlavia. Na zistenie výskytu problémov v sexuálnej oblasti použili sebaopisovací dotazník Sexual Function Questionnaire (SFQ), ktorý má 30 položiek a pokrýva oblasti libida, fyzického vzrušenia, erektilnú funkciu, masturbáciu, orgazmus a ejakuláciu. Najvyššiu mieru dysfunkcie našli

u pacientov s prvou epizódou schizofrénie. Keďže mali možnosť dlhodobo sledovať jedincov zo skupiny UHR, spätným vyhodnotením zistili, že práve u tých UHR jedincov, ktorí neskôr „konvertovali“ (technický termín používaný autormi) do psychózy, bola miera sexuálnej dysfunkcie najvýraznejšia.

V súvislosti s časovými paralelami medzi sexuálnym dozrievaním, nástupom pohlavnej zrelosti a obdobím prepuknutia schizofrénie sa viacerí autori zamerali na sledovanie zmien hladín pohlavných hormónov u pacientov s prvými epizódami schizofrénie pred započatím liečby antipsychotikami. Tieto zistenia zhrňajú autori Kelly a Conley (Kelly a Conley, 2004). Opakovane sa dokázali zníženia hladín estrogénov u žien a zníženia hladín testosterónu u mužov v čase nástupu ochorenia, teda pred nasadením medicíny, ako aj zvýšenia hladín luteinizačného hormónu, ktoré sa dávajú do súvisu so sexuálnymi funkciami. Je teda možné, že k rozvoju sexuálnej dysfunkcie pri schizofrénii môže predisponovať aj preexistujúca hormonálna dysbalancia, ktorá je zároveň aj ďalším dôkazom komplexnosti etiológie.

Symptómy schizofrénie a sexualita

Klinický obraz schizofrénie je veľmi rôznorodý a zdá sa, že veľmi ťažko zatriediteľný do podskupín. Svedčí o tom aj skutočnosť, že novovydaná, piata revízia Diagnostického a štatistického manuálu Americkéj psychiatrickej spoločnosti (APA, 2013) i pripravovaná jedenásta revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb vypúšťajú klasické podtypy schizofrénie. V súčasnosti sa pri schizofrénii rozlišuje niekoľko symptómových okruhov. Sú to pozitívne, negatívne, kognitívne a depresívne symptómy či syndrómy (Pečeňák, 2014).

Pozitívne symptómy tvoria halucinácie, bludy a dezorganizácia (reč, myslenie, konanie). U pacientov so schizofréniou sa zriedka stretáme so sexuálnym či erotickým obsahom halucinácií a bludov. Aj Bleuler (Bleuler, 1983) konštatoval, že schizofrenické psychózy spôsobujú pravú deviáciu pohlavného pudu len zriedkavo. Zvýšené sexuálne dráždenie sa však vyskytuje, býva spojené s excesívnou masturbáciou, tak u mužov, ako aj u žien. Sexuálne predstavy, o ktorých sa ale dozvieme ťažko, mávajú tajomný, autistický nádych. Nie zriedkavé sú sexuálne obsahy v myslení, ktoré môžu pripomínať témy jedincov so skutočnou deviáciou, zvyknú sa však vyskytovať intermitentne, v súvislosti s kolísaním základného ochorenia (Sims, 2003). Ide najmä o bludné obsahy týkajúce sa pohlavnej identity (blud homosexuality), ale aj iné bludy s bizarným sexuálnym obsahom. Chorí sú napr. presvedčení (a chorobne vnímajú), že sú pohlavne zneužívaní, že cez noc majú pohlavný styk s desiatimi osobami a pod. V minulosti sa takéto stavy väčšinou diagnostikovali ako parafrénia, dnes sa hodnotia ako schizofrénia s neskorším začiatkom.

Senzitívny blud vzťahovosti, ktorý opísal Kretschmer (Kretschmer, 1918), sa rozlišoval na dve formy – erotický paranoidný blud „starých dievok“ a jeho mužský variant – masturbačný blud. V centre

patogenézy ženskej formy stojí pocit morálnej nedostatočnosti po zahanbujúcej erotickej skúsenosti. Status starnúcej, osamelej ženy spolu s permanentným sexuálnym konfliktom tvorí pôdu pre rozvoj paranoidného bludu. V prípade masturbačného bludu sa na pôde autoakuzácie prežívanej masturbácie rozvíja paranoidný blud, často aj s hypochondrickými bludnými myšlienkami.

Dnes sa senzitívny blud vzťahovosti chápe ako syndróm, ktorý má spravidla schizofrenický základ, resp. sa poníma v širšom zmysle ako porucha z tzv. schizofrenického spektra (bludová porucha, pôvodne paranoja). Podobné postavenie má aj pseudocyéza, blud gravidity. Zaujímavosťou je, že sa môže vyskytnúť aj u mužov. Pri emulačnej (žiarliveckej) forme paranoje dôkaz nevery chorý vidí napr. v tom, že manželka sa dlhšie maľuje, opravár na streche susedného domu jej dáva znamenia, nachádza stopy na bielizni a pod. Zriedkavejšími formami sú erotomanická forma (bludné presvedčenie o priazni inej osoby druhého pohlavia). V starších učebniciach sa uvádza religiózna forma paranoje, pri ktorej sa opisovalo intenzívne až extatické sexuálne dráždenie choreho, spojené so silnými náboženskými predstavami.

Negatívne symptómy v sebe zahrnujú hypobúliu, sociálnu stiahnutosť, nedostatok záujmov, zanedbávanie bežných povinností, chudobnosť rečového prejavu. Celý tento komplex príznakov akoby reprezentoval obraz niekoho, kto „by si nemal nájsť“ alebo nedokázal nájsť partnera, najmä ak sa objavia v období, keď sa partnerské zväzky vytvárajú. Tento fakt dokresľujú aj výsledky štúdií. V slovenskej časti štúdie SOHO (Pečeňák, 2008) bolo z 285 zaradených pacientov s priemerným vekom 39 rokov ženatých/vydatých len 37,2% subjektov. Nie je to len špecifickosť Slovenska. V spracovaní SOHO štúdie z rôznych krajín a geografických oblastí s počtom vyše 17 000 pacientov bolo v partnerskom zväzku 32,1% pacientov – najviac vo východnej Ázii – 47,4% a najmenej v južnej Európe – 25,1%. To je pohľad sociálnopsychologický, v pozadí sú však aj biologické mechanizmy súvisiace s motiváciou, hedóniou a odmeňovaním, ktoré sa vzťahujú predovšetkým na dopamínový systém. Práve tento neurotransmiterový systém je primárnym cieľom pôsobenia antipsychotík, ktoré v súčinnosti s potrebou dlhodobej liečby môžu uvedené príznaky v niektorých prípadoch ďalej prehľbovať.

Kognitívne symptómy sa považujú za najdôležitejšie z pohľadu funkčného vyústenia pacientov so schizofréniou (Marder, 2006). Sú zadefinované rôzne, pričom v širšom ponímaní k nim môže byť priradená aj sociálna a emocionálna kognícia. U pacientov so schizofréniou (ale nielen u nich, pretože prejavy porúch sociálneho kontaktu sú časté aj pri detskom autizme či Aspergerovom syndróme) často pozorujeme rôzne vyjadrenú neprimeranosť v prejavovaní náklonnosti, vyznaní (napr. pri vizite, kontrole) či neprimerané návrhy alebo iné spoločensky neprimerané správanie sa.

Farmakologická liečba schizofrénie a sexuálne dysfunkcie

Primárna liečba schizofrénie je liečba antipsychotikami, a to nielen v akútnej fáze poruchy, ale aj ako udržiavacia liečba na zabránenie relapsov. Odporúčané trvanie medikácie je dva roky po prvej epizóde, veľmi často priebeh poruchy vedie k potrebe celoživotnej liečby. V ideálnom prípade by mali antipsychotiká pozitívne ovplyvniť celé spektrum príznakov schizofrénie, najhoršie ovplyvniteľné sú však negatívne a kognitívne príznaky. Do patofyziológie schizofrénie i do mechanizmu účinku antipsychotík sú zahrnuté i ďalšie systémy (Pečeňák, 2005), avšak dopamínový transmisný systém je pre modelovanie patofyziologických mechanizmov i liečby najdôležitejší. Základný mechanizmus všetkých antipsychotík je blokáda dopamínových receptorov (hlavne podtyp receptorov D2). Dopamínový systém v mozgu má štyri základné projekcie. Predpokladá sa, že blokáda transmie v dráhe z ventrálnej tegmentálnej oblasti (VTA) do limbických štruktúr je podstatou antipsychotického účinku. Ak však dôjde k blokáde transmie z VTA do prefrontálneho kortexu, môžu sa prehĺbiť negatívne a kognitívne príznaky, ktoré sú jadrovými príznakmi schizofrénie. Blokáda nigrostriátovej transmie je rizikom pre rozvoj extrapyramídového syndrómu a blokáda dopamínovej transmie v tuberoinfundibulárnej dráhe môže viesť k zvýšeniu hladiny prolaktínu.

Antipsychotiká, resp. nežiaduce účinky antipsychotík, môžu prispievať k poruchám sexuálnych funkcií dvoma základnými mechanizmami.

Prvým z nich je stav, ktorý sa zvykne označovať ako „neuroleptikami navodený deficitný syndróm“ (Schooler, 1994) a súvisí s už spomínanou blokádou dopamínovej transmie v oblastiach, ktoré modulujú hedonické prežívanie a emocionálnu reaktivitu. Klinicky je často náročné oddiferencovať možné nežiaduce účinky od negatívnych príznakov, prípadne od extrapyramídových prejavov. V takejto situácii je namieste zmena dávkovania, prípadne zmena antipsychotika. Preferujú sa atypické antipsychotiká, tie sa však nedajú považovať ako homogénna skupina, individuálna reaktivita je veľmi variabilná.

Druhým mechanizmom je zvýšenie hladiny prolaktínu, čo je spôsobené blokádou dopamínových D2 receptorov na laktotrofných bunkách adenohipofýzy. Agonizmus D2 receptorov má v tomto systéme inhibičný efekt na vylučovanie prolaktínu, ich blokáda teda vedie k zvýšenému vylučovaniu prolaktínu (Ben-Jonathan a kol., 2008). Prolaktín je pleiotropný hormón. Je zapojený do vlastnej spätoväzbovej regulácie prostredníctvom tuberoinfundibulárnych (TIDA) neurónov, ovplyvňuje dopaminergickú transmisiu, laktáciu, fertilitu, materské správanie. Najväčším stimulom pre vyplavovanie prolaktínu je sanie mlieka pri dojčení. Zvýšenie hladiny sa môže prejaviť napr. v prejavoch gynekomastie, galaktoroie, zvažuje sa vplyv na kostnú denzitu a vzťah k rakovine prsníka (Grattan a Kokay, 2008). V súvislosti s témou je najdôležitejší vplyv na sexuálne a reprodukčné funkcie. U žien môže dochádzať k poruchám menštruačného

cyklu a poruchám fertility, u oboch pohlaví k sexuálnym dysfunkciám svplyvom na všetky fázy sexuálneho cyklu. Zvyšovanie prolaktínu je zapríčinené tak typickými, ako aj niektorými atypickými antipsychotikami. K antipsychotikám s najväčším vplyvom na zvyšovanie hladín prolaktínu patria napr. haloperidol, risperidón, sulpirid a amisulprid. Medzi tzv. prolaktín šetriace antipsychotiká patria predovšetkým antipsychotiká s nižšou afinitou k D2 receptorom, resp. s rýchlym uvoľňovaním z receptora – klozapín a kvetiapín. Zvláštne postavenie má aripiprazol, ktorý je parciálnym agonistom dopamínových receptorov a po jeho podávaní sa prolaktín zníži až pod bazálne hodnoty, resp. pod hodnoty v porovnaní s placebo (Peuskens a kol., 2014). Vzťah medzi hladinou prolaktínu a sexuálnymi dysfunkciami však nie je lineárny a v niektorých prípadoch sa nenašla priamo úmerná závislosť (Johnsen a kol., 2011).

Antipsychotiká a iné psychofarmaká môžu spôsobovať sexuálne dysfunkcie aj inými ako dopaminergickými mechanizmami. Tieto mechanizmy sa uplatňujú aj na periférii – napr. ovplyvnením alfa-noradrenergických receptorov alebo syntetázy oxidu dusného (NOS), čo má vzťah k erektilnej dysfunkcii u mužov (Zhang a kol., 2010).

Zhrnutie

Sexuálne dysfunkcie pri schizofrénii môžu byť viazané priamo na prejavy ochorenia, a tiež môžu byť výsledkom nežiaducich účinkov liečby, hlavne liečby antipsychotikami. Ovplyvnené sú všetky fázy sexuálneho cyklu. Poznatky, ktoré sú dostupné, umožňujú niektoré z týchto prejavov ovplyvniť. Vyžaduje si to však proaktívny prístup v identifikácii, diagnostike a opatreniach, ktoré pri individualizovanej starostlivosti môžu zlepšiť kvalitu života u pacientov so schizofréniou.

Literatúra

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5 (5th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.

American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. Washington, APA, 2000. 370 s.

Andreasen NC, Black DW. Introductory Textbook of Psychiatry, Third Edition. American Psychiatric Publishing, 2001. p. 212 – 213.

Ben-Jonathan N, LaPensee CR, LaPensee EW. What can we learn from rodents about prolactin in humans? *Endocr Rev.* 2008 Feb;29(1):1-41.

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 15 Aufl., neubearbeitet von Bleuler M., Berlin, Heidelberg, New York, Springer V. 1983, 719 s.

Grattan DR, Kokay IC. Prolactin: a pleiotropic neuroendocrine hormone. *J Neuroendocrinol.* 2008 Jun;20(6):752-63.

Häfner H, Heiden W. Epidemiology of Schizophrenia. *Can J Psychiatry,* 42: 139 – 151.

Johnsen E, Kroken R, Lfberg EM, Kjølby E, Jørgensen

HA. Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in male psychotic inpatients: a cross-sectional study. *Adv Urol.* 2011;2011:686924.

Karagianis J, Novick D, Pecenek J, Haro JM, Dossenbach M, Treuer T, Montgomery W, Walton R, Lowry AJ. Worldwide-Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO): baseline characteristics of pan-regional observational data from more than 17,000 patients. *Int J Clin Pract.* 2009 Nov;63(11):1578-88.

Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):767-79.

Kretschmer, E.: *Der sensitive Beziehungswahn.* Verlag von Julius Springer, 1918, 166s.

Marder SR. Drug initiatives to improve cognitive function. *J Clin Psychiatry.* 67, Suppl 9, 2006, s. 31-35.

Marques TR, Smith S, Bonaccorso S, Gaughran F, Kolliakou A, Dazzan P, Mondelli V, Taylor H, Diforti M, McGuire PK, Murray RM, Howes OD. Sexual dysfunction in people with prodromal or first-episode psychosis. *Br J Psychiatry.* 2012 Aug;201:131-6.

Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov 10. revízia. 1. diel. Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. *Obzor,* 1994; 821 s.

Pečeňák J.: K patofyziológii schizofrénie. In: Pečeňák J. a kol. Kapitoly o schizofrénii. *Martin, Osveta,* 2005. s. 72 – 94.

Pečeňák J.: Štúdiá IC-SOHO – vybrané výsledky v českej a slovenskej republike. *Psychiatrie pro praxi,* 9, Suppl. 1, 2008, s. 10 – 14.

Peuskens J, Pani L, Detraux J, De Hert M. The effects of novel and newly approved antipsychotics on serum prolactin levels: a comprehensive review. *CNS Drugs.* 2014 May;28(5):421-53.

Schooler NR. Deficit symptoms in schizophrenia: negative symptoms versus neuroleptic-induced deficits. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;380:21-6.

Sims, A.: *Symptoms in the Mind.* Third Edition, *Elsevier,* 2003, 451 s.

Kontaktná adresa:
jan.pecenak@sm.unb.sk

Správy



Významné jubileum prof. MUDr. Alexandry Žourkové, CSc.

Nedávno jsme oslavili životní jubileum velmi známé a oblíbené brněnské kolegyně, která se po celý svůj klinický život věnuje psychiatrii a sexuologii. Profesorka Žourková promovala na Lékařské fakultě MU v Brně v roce 1977.

Od roku 1978 pracovala na Psychiatrické klinice své mateřské lékařské fakulty, kde je aktivní dodnes. Začala pracovat v týmu výzkumu psychofarmak prof. Švestky a prof. Čేశkové, považuje se za jejich žákyňu. Složila obě atestace z psychiatrie a následně též ze sexuologie.

Od roku 1982 pracovala v Sexuologické ambulanci kliniky pod vedením MUDr. Dagmar Bártové a tuto ambulanci od roku 2003 vede. Již v roce 1991 obhájila vědeckou kandidaturu, když tématem její kandidátské práce byla medikamentózní terapie sexuálních deviantů. V roce 2002 habilitovala a v roce 2007 se stala profesorkou pro obor psychiatrie.

Profesorka Žourková se velmi aktivně věnuje pedagogické práci a patří k oblíbeným členům kliniky, natočila 5 výukových filmů. Je vědecky neobyčejně produktivní. Publikovala více než 200 odborných sdělení. Řada jejích prací vyšla v zahraničních odborných periodících. Již dvakrát obdržela cenu

Josefa Hynieho za nejlepší práci v oboru sexuologie, a to za publikace v prestižních zahraničních časopisech. V roce 2010 napsala kapitolu o sexuálních problémech psychiatricky nemocných do kolektivní sexuologické monografie.

Vědecké práce jubilatky jsou věnovány zejména psychofarmakoterapii a farmakogenetice z různých aspektů. S přihlédnutím ke své sexuologické specializaci se Alexandra Žourková intenzivně věnovala vlivu psychofarmak na sexualitu. Její práce o terapii lithiem a depotními antipsychotiky jsou často citovány tuzemskými i zahraničními autory. Přednáší na odborných akcích tuzemských i zahraničních.

Jubilantka se po celou svoji medicínskou kariéru pilně věnuje nejen psychiatrii, ale též sexuologii. Ve šlépějích svého otce, primáře MUDr. Jiřího Šráčka, kráčela, když se věnovala sexuální výchově a výchově k plánovanému rodičovství. Sepsala řadu odborných a popularizačních textů o antikoncepci a výchově k manželství a rodičovství.

Profesorka Žourková je odpovědnou a pečlivou matkou svých dětí. Nenechala se zlomit ani opakovanými svízelnými nemocemi a zůstává aktivní členkou Psychiatrické kliniky v Brně. Nedávno obdržela ke svému jubileu čestné členství Sexuologické společnosti ČLS a čestné členství Psychiatrické společnosti ČLS. Přejeme jí ještě řadu produktivních let v práci pro studenty, své kolegy i pacienty.

prof. MUDr. Jaromír Švestka, DrSc.
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
předseda Sexuologické společnosti ČLS

Zdravotne znevýhodnené osoby, sex a mýty

Michal Chovanec¹, Petr Weiss²

FF UK Praha, Psychiatrická nemocnica Hronovce¹,
Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha²

Súhrn

Príspevok sa zaoberá mýtmi v sexe u zdravotne znevýhodnených osôb. Prostredníctvom výskumov alebo literatúry sa pokúša zmeniť pohľad na sexualitu postihnutých.

Kľúčové slová: zdravotne znevýhodnené osoby, mýty v sexe, sex.

Summary

The aim of this article is bring to the viewer information about myths by disabled people, thought researches and literature we are trying to change the view of sexuality of disabled people.

Keywords: disabled people. myths in sex, sex.

Úvod

Rôzne povery a mýty sprevádzajú človeka na jeho každodennej púti od kolisky až po smrť. Stačí si spomenúť, ako nás rodičia, starí rodičia alebo iní ľudia v našom okolí strašili pri vykonávaní potreby v nočníku, aby sme sa nedotýkali pohlavného orgánu, pretože môžeme z toho ochorieť alebo nám nebudaj môže až ruka odpadnúť. Uvedená skutočnosť je realitou takmer u každého jedinca, a to bez ohľadu na to, či je, alebo nie je znevýhodnený. U znevýhodnených osôb je to ešte komplikovanejšie. Pritom práve mnohé mýty v oblasti sexuality sú v pozadí porušovania práv v oblasti sexuality u týchto osôb. Marková a Kocina (2013) uvádzajú, že sexuálne a reprodukčné práva osôb s mentálnym postihnutím sú na Slovensku porušované a tento fakt predstavuje porušenie práv všetkých ľudí čo sa týka rovnosti, dôstojnosti a zdravia, ako aj ich práv na ochranu pred neľudským a ponižujúcim zaobchádzaním. Práve preto sa v príspevku budeme venovať niektorým mýtom v sexe u nich.

Mýty o sexe u osôb s postihnutím

O sexe existuje veľa mýtov – niektoré z nich uvedieme. Tieto mýty prostredníctvom poznatkov z praxe, výskumov a dostupnej literatúry budeme jednotlivito falzifikovať a vnášať tak väčšie svetlo do problematiky sexuality u zdravotne znevýhodnených osôb, ktorej sa v súčasnosti na Slovensku nevenuje dostatočná pozornosť. Zvolili sme nasledujúce mýty.

1. Ľudia s telesným znevýhodnením a chronickou chorobou nežijú sexuálnym životom.

Relevantnosť mýtu je nulová a primárnym dôvodom je skutočnosť, ako všetci ľudia majú potenciál k sexuálnej aktivite, a to bez ohľadu na to, ako vyjadrujú svoju sexualitu. Na základe toho

môžeme konštatovať, ako sú ľuďom s postihnutím (intelektuálne, fyzické alebo kombinácie oboch) upierané ich sexuálne práva v porovnaní s intaktnou populáciou. Jedným z možných vysvetlení je, že ľudia s postihnutím (znevýhodnením) sa považujú za deti a u detí je vysokoppravdepodobný predpoklad, že nebudú praktizovať žiadne sexuálne aktivity, a tak nemajú ani žiadne sexuálne práva.

Realita je taká, že ľudia s určitým druhom postihnutia majú sexuálne túžby rovnako ako zdravá populácia a svoju sexualitu vyjadrujú rôznymi spôsobmi. Spôsoby vyjadrovania sú od jednotlivca k jednotlivcovi rôzne. Negatívom je, že v porovnaní so zdravou populáciou máme o nich menej informácií. Je to spôsobené tvorbou a konzumáciou z drvivej väčšiny „normálne“ sexuálne explicitných materiálov, resp. pornografie.

Mandzáková (2013) hovorí o vysokom výskyt názoru, podľa ktorého sa osoby s mentálnym postihnutím vyznačujú hypersexualitou. Hneď však dodáva, že takýto názor je úplne mylný, a preto je to iba mýtus. Dôkazom sú výsledky výskumu (Mandzáková, 2011; Marková a Mandzáková, 2011; Marková a Lištiak, Mandzáková, 2013), v ktorých väčšina opýtaných považuje sexuálnu motiváciu osôb s ťažším mentálnym postihnutím za rovnakú ako u osôb bez postihnutia. Pri kvantitatívnej analýze sa autorka stretáva s konštatovaním, že sexuálny pud je u týchto osôb znížený, resp. zvýšený.

Nespochybniteľným dôkazom o nepravdivosti tohto mýtu je výskum Ideho a kol. (2004 podľa Šrámková, 2010), ktorí sa prostredníctvom dotazníkov pýtali 85 osôb po amputácii končatín na ich sexuálnu aktivitu. Výsledky ukázali, že až 60 % respondentov realizovali kointálne aktivity, u 43,5 % bola sexualita bežnou súčasťou dňa a prítomnosť partnera bola pozitívnym faktorom, ktorý prispieval k spokojnosti so sexuálnym životom.

2. Ľudia s telesným znevýhodnením a chronickou chorobou nemôžu prežiť „skutočný sex“.

Tento mýtus explicitne hovorí o existencii „správnej“ cesty (návodu), ako mať „správny“ sex. Na druhej strane hneď automaticky diskriminuje jednotlivcov, ktorí nemôžu dosiahnuť alebo najst „správnu“ cestu, a tak automaticky v žiadnom prípade nemôžu zažiť „pravý, nefalšovaný, a najmä skutočný“ sex.

Je pravdou, že nie všetci z nás majú možnosť vybehnúť na pláž, vyblázniť sa v piesku s hudbou v pozadí a sexuálne harašiť. Na druhej strane nie všetci to chcú urobiť. Väčšina z nás má „trápny“ (nemotorný, nepodarený, nepohodlný) sex, väčšina z nás masturbuje častejšie, než má súlož s partnerom či partnerkou a väčšina z nás o sexe ani nerozpráva. A tak predstierame, že praktizujeme skutočný sex, a ak nie sme účastníkmi predstierania, tak nemôžeme zažívať „skutočný“ sex. Je to jednoduché, ale zároveň klamlivé.

Dôkazom klamlivosti uvedeného mýtu je existencia a lokalizácia erotogénnych zón. Z opakovaných výskumov vieme, že erotogénne zóny sú u každého jednotlivca diferenciálne. Prítom nájdenie erotogénnych zón a ich stimulovanie je predpokladom uspokojivých sexuálnych zážitkov. K tomu sa pridáva aj fakt, že napr. ženy môžu dosahovať vaginálny (vnútorný) orgazmus s jedným partnerom, ale s druhým to už nie je možné.

Výskumy preukázali, ako napríklad u paraplegikov alebo u ľudí s ťažkou spasticitou, že je možné prostredníctvom stimulácie týchto erotogénnych zón často dosiahnuť eroticko-sexuálne zážitky.

A koniec koncov, ani autostimulácia nie je nič nenormálne (samozrejme, pokiaľ to zdravotný stav dovoľuje, resp. je jej postihnutý schopný sám). Našťastie, doba Tissota je už dávno preč – vtedy sa masturbácia považovala za jednu z ciest k psychickým a psychiatrickým ochoreniam alebo až k odumieraniu či odpadávaniu končatín, ktoré takýto „ohavný“ čin vykonávali. Masturbácia nie je kontraindikovaná. Aj pri nej sa však ešte stále objavuje opona, ktorá ju posúva do autu, a pritom sa zabúda na to, že takýto rigidný pohľad patrí do minulosti.

Masturbácia je všeobecne samozrejماً záležitosť a za predpokladu, že je citlivo a humánne (zaručenie súkromia a ľudskej dôstojnosti) zakomponovaná do režimu dňa, môže byť prostriedkom terapie = katarzie (psychika, ktorá bola doteraz blokovaná nemožnosťou sexuálnej ventilácie, sa uvoľní). Katarzia má následne pozitívny efekt na osobnostný rozvoj, objavuje sa ústretovosť voči vonkajším a vnútorným podnetom a celkovo sa kvalita života prežíva lepšie. (Novosad, 2002)

3. Ľudia s postihnutím sú nesprávnou voľbou pre romantické vzťahy.

Vzťah muža a ženy je prapôvodný a nespochybniteľne má významný sociálny, kultúrno-spoločenský a psychologický kontext. Subjektívna potreba postihnutého jednotlivca nadviazať partnerský vzťah je reálna a rovnaká ako u ľudí bez znevýhodnenia.

Partnerské vzťahy sú zložité a plné kompromisov,

čo je tisícročiami overené. Ľudia, ktorí majú partnera/ku s postihnutím, často hovoria, akí sú si vzácní. Život s postihnutím neznamená menšie prispievanie od vzťahu. Môžete urobiť menej o zdvíhanie ťažkých bremien, ale otázka znie: Ako je to dôležité pre vzťah? Zložitosť problému bola aj stále je v tom, že človek s postihnutím je obmedzovaný negatívnym postojom spoločnosti k medziľudským vzťahom medzi postihnutými ľuďmi. Jasným príkladom je sexuálny život osôb s postihnutím, ktorý sa považuje za nežiaduci a už vopred sa očakáva asexuálnosť takýchto ľudí. To však nie je možné, pretože všetky ľudské bytosti sú sexuálne bytosti.

Pravdou však je, ako konštatuje Mellan (2004), že iba jednej tretine vozičkárov zostáva partnerka z čias pred úrazom. Tu sa natíska otázka, na čom je založený vzťah.

4. Ľudia s postihnutím nie sú sexuálne dobrodružní.

Život s postihnutím nemusí nutne ovplyvniť sexuálny apetít a preferencie (aj keď môže ovplyvniť, s kým máte sex). Predpokladá sa, že ľudia s postihnutím sú sexuálne pasívni a nie sú iniciátormi sexuálnych aktivít. Ľudia neveria, že niekto, kto používa napr. invalidný vozík, chce byť zväzovaný (bondage) alebo dostať výprask (slapping), obliecť sa ako balerína a podobne. Ide o falošné predsudky, ktoré aj napriek tomu zapadajú do vzorca uvedeného mýtu. Mýtus kopíruje súčasnú mylnú realitu spoločnosti, v ktorej majorita ľudí chce byť smerodajná, čo zjednodušené znamená, že ak je človek iný ako majorita, tak musí byť sexuálne konzervatívny. Ale tento pohľad je úplne nesprávny!

V literatúre venujúcej sa problematike hendikepovaných ľudí nájdeme informáciu, že z hľadiska sexuality človek s ľahkým mentálnym postihnutím disponuje totožnými potrebami ako intaktný jedinec. Zvolský (podľa: Valenta, Müllner, 2003) hovorí, že koitálnym aktivitám sa človek s ľahkým mentálnym postihnutím odovzdáva rovnako často v porovnaní s rovesníkmi z intaktnej populácie.

5. Ľudia v ústavoch by nemali mať sex.

Jednou z najväčších prekážok rozvoja uspokojivého sexu je nedostatok intimity. Nikde to nie je zreteľnejšie ako v zariadeniach, ako sú napr.: rehabilitačné nemocnice, hospice či opatrovateľské domy. Väčšina inštitúcií systematicky popiera svojim obyvateľom ľudskú prirodzenosť a právo na sexuálne aktivity. Dvere bez zámok, resp. nemožnosti uzamknutia sa, žiadna intimita, právo pracovníkov zaobchádzať s ľuďmi ako s predmetmi sú iba niektoré zo spôsobov, ako inštitúcie dávajú explicitne najavo, že sexualita v nich nie je akceptovateľná. Sexuálne práva sú ľudskými právami a ľudia žijúci v inštitúciách majú právo správať sa sexuálne (žiť sexuálnym životom).

6. Ľudia s postihnutím sa nestávajú sexuálnymi obeťami.

Z logického hľadiska by to mohla byť pravda. Ved' ak nie som považovaný/á za sexuálne atraktívneho/u, tak by som nemal/a byť ani napadnutý/á. Skutočnosť je úplne iná. Ľudia s telesným postihnutím majú väčšiu pravdepodobnosť stať sa obeťou sexuálneho násillia.

Štatistika naznačuje 2 – 10-násobne vyššiu pravdepodobnosť v porovnaní s bežnou populáciou. Riziko je vyššie, pretože v ústavoch a v iných špecializovaných zariadeniach dochádza k porušovaniu práv pacientov (umiestnených ľudí) personálom či inými zdravotníckymi pracovníkmi. Explicitným dôkazom je skutočnosť, že dievčatá s ľahkým mentálnym postihnutím sú častejšie obeť incestu, znásilnenia alebo zvedenia. (Zvolský, podľa: Valenta, Müllner, 2003)

7. Ľudia s postihnutím nepotrebujú sexuálne vzdelanie.

Tak ako je v legislatívne zakotvená povinná školská dochádzka s predpokladom vštepenia si čo najväčšieho množstva základných vzdelávacích informácií o svete, tak aj vzdelávanie v oblasti sexu a sexuálnej výchovy je nemenej dôležitou oblasťou. Súčasná situácia však svedčí o niečom úplne inom.

Sexuálna nevedomosť je obrovská prekážka pre nás všetkých, ktorí sa snažíme vylepšiť subjektívny sexuálny život. Situácia sa bude zhoršovať dovtedy, kým si systematicky budeme zamietat prístup k sexuálnej výchove. Dôkazom sú výsledky nereprezentatívneho výskumu (Chovanec, Weiss, Regász, 2012), ktoré naznačili neznalosť u referenčnej populácie respondentiek v oblasti hĺbky vagíny, keď iba 16,17 % respondentiek uviedlo správnu odpoveď – asi 10 cm; 95,38 % respondentiek bolo presvedčených o skutočnosti, ako poznanie vlastného genitálu môže zvýšiť sexuálne uspokojenie (tamtiež).

Niektorí ľudia hovoria, že dôvod, prečo osobám so zdravotným postihnutím znemožňujú prístup k sexuálnej výchove, je ten, že veria, že týmto sa bude podporovať chuť na sex, a že v konečnom dôsledku pôjde o otvorenie Pandorinej skrinky v zmysle, že chuť bude potencovaná, ale možnosť a schopnosť ju uspokojovať bude menej úspešná, resp. neúspešná.

Úlohou všetkých špecialistov, ale aj sexuológov je sprostredkovať informácie hendikepovaným, viesť ich k sexuálnej adaptácii, informovať ich o možnostiach liečby sexuálnych porúch, o možnostiach genetického poradenstva, asistovanej reprodukcie a i. Primárnym cieľom je, aby aj postihnutí mohli žiť podľa vlastných predstáv, možností a rovnako tak, ako to robia ich nehendikepovaní vrstovníci. V skratke – prežiť aktívny sexuálny život a mať vlastné deti a rodinu. (Šrámková, 2010)

Záver

Mýty majú v spoločnosti dlhodobú tradíciu a ich preformulovanie je behom na dlhé trate. Môžeme ich považovať za barometer spoločnosti o dôležitosti sexuálnej výchovy a vzdelávania ľudí bez rozdielu na postihnutie. Je to možnosť, ako eliminovať komplikácie, napr.: v zmysle predčasného začiatku sexuálneho života, gravidity a pod. Masturbácia je najbežnejšia forma pohlavného uspokojenia medzi osobami s mentálnym postihnutím, a preto by o jej neškodnosti mali byť informovaní všetci, ktorí s nimi robia.

Použitá literatúra

CHOVANEC, M., WEISS, P., REGÁSZ, I. Ženská sexualita. In: Sexuológia 1/2012, ročník 12. ISSN

1335-8820.

MANDZÁKOVÁ, S., HORŇÁK, L. 2009. Sexuálna výchova a príprava na partnerstvo osôb s mentálnym postihnutím. Vydala Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, vyd. 1., Prešov. s. 307. ISBN 978-80-8068-935-3.

MANDZÁKOVÁ, S. 2011. Zvyšovanie kvality sexuálneho a partnerského života osôb s ťažkým mentálnym postihnutím. Prešov: PF PU, 2011. 291 s. ISBN 978-80-555-0455-1.

LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. (2013). Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013, 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

MARKOVÁ, D. – MANDZÁKOVÁ, S. 2011. Postihnutá sexualita alebo ľudské sexuálne príbehy? : O sexualite a sexuálnej výchove osôb s mentálnym postihnutím. Nitra: Garmond, 2011. ISBN 978-80-89148-72-1.

MARKOVÁ, D. – LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. 2013. Morálne postoje k reprodukcií mužova žien s mentálnym postihnutím - etické a špeciálnopedagogické kontexty. In: LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. – MARKOVÁ, D. – HORŇÁK, L. (Ed.). Sexualita a postihnutie. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2013, s. 307- 341. ISBN 978-80-555-0981-5.

MARKOVÁ, D. – KOCINA, P. 2013. Medzi morálkou a právom : O etických diskurzoch sexuálnych a reprodukčných práv osôb s mentálnym postihnutím. In: LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. – MARKOVÁ, D. – HORŇÁK, L. (Ed.). Sexualita a postihnutie. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2013, s. 277-306. ISBN 978-80-555-0981-5.

MELLAN, J. 2004. Biologické hlediská sexuality mentálně postižených osob: Somatopsychické základy sexuality. In: Sexualita mentálně postižených: Sborník materiálů z celostátní konference. Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. s. 10 – 16. ISBN 1335-8197.

NOVOSAD, L. 2002. Problematika zdravotního znevýhodnění či postižení v oblasti sexuálního života a zaměření preventivně-výchovných aktivit. In: Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužíváním: Zdravotně výchovná publikace. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2002. s. 25 – 31.

ŠRÁMKOVÁ, T. Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba. 2013. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 216. ISBN 978-80-247-4453-7.

ŠRÁMKOVÁ, T. Sexualita handicapovaných In: Sexuologie, 2010. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 387 - 416. ISBN 978-80-247-2492-8.

VALENTA, M. MÜLLNER, O. 2003. Psychopedie, teoretické základy metodika. Praha: Parta, 2003, ISBN 80-7320-039-2.

SILVERBERG, C. Sexuality and Disability Myths and Facts [online]. The last modified on 15. December 2006. [cit. 2013-10-22]. Dostupné na: http://sexuality.about.com/od/disability/p/disability_sex1.htm

WEISS, P. a kol. 2010. Sexuologie. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8.

Kontaktná adresa: PhDr. Michal Chovanec
michal.chovanec@gmail.com

Dostupná data o prevalenci genderové dysforie

Jaroslav Zvěřina

Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty UK, Praha

Souhrn

Přehled dostupných dat o prevalenci genderové dysforie v populaci. Data o výskytu poruch sexuální identity se vyznačují značnou variabilitou a liší se v různých kulturních formacích. Je zřejmé, že se zde uplatňují psychosociální a kulturní vlivy.

Klíčová slova: genderová dysforie, transsexualismus, prevalence

Summary

Overview of the accessible data about prevalence of the gender dysphoria within a general population. Figures from different countries are variable, depending to a sociocultural diversity.

Key words: gender dysphoria, transsexualism, prevalence.

Úvod

Již po celá desetiletí sledujeme někdy hodně rozdílná data o prevalenci genderové dysforie v obecné populaci. Pokud moje paměť sahá, byl to nizozemský L. Gooren (2), kdo koncem osmdesátých let poukázal na rozdíly nikoliv v prevalenci samotné poruchy sexuální identity, nýbrž na rozdílný poměr transsexuálních žen vůči mužům mezi klinickými případy. Zatímco v USA a Nizozemí byl zjišťován poměr 1:4, respektive 1:3, údaje z Polska a Československa tehdy vykazovaly poměr až 5,5 : 1. Obecně se tyto rozdíly vysvětlují odlišnými sociálními a kulturními poměry v různých zemích. Olsson a Möller (7) ve Švédsku zjistili že se u léčených transsexuálů poměr mezi muži a ženami změnil z 1 : 1 v roce 1960 na 2 : 1 v roce 1990. Soudí, že to souvisí zejména s dostupností specializované terapie.

Recentně se epidemiologickým aspektům transsexuality věnovali L. Kuypervová a C. Wijzen (4). Na souboru 8.046 respondentů (věk 15-70 r.) zjišťovali nizozemští sociologové různé problémy se sexuální identitou:

- „Ambivalentní gender identita“ byla zjištěna u 4,6% „natal men“ a 3,2% „natal women“.
- „Incongruent gender identity“ u 1,1% mužů a 0,8% žen.
- Nespokojenost se svým pohlavím s přáním po hormonální léčbě případně chirurgických výkonech uvedlo 0,6% mužů a 0,2% žen po změně pohlaví.

Autoři soudí, že pokud prevalenci genderové dysforie omezíme jen na jedince, kteří vyhledali lékařskou pomoc, vede to k podcenění jejich výskytu v populaci. O případné léčbě hormony či chirurgií

ve studii uvažuje jen asi polovina se svým pohlavím nespokojených mužů a 28% se svým pohlavím nespokojených žen. Souvisí to s tolerancí společnosti vůči genderově neurčitým jedincům. Tolerance vůči maskulinním ženám bývá prý v různých kulturách vyšší, než tolerance vůči feminním mužům. Slabinou této statistiky je skutečnost, že zmíněných více než osm tisíc respondentů je pouhá pětina velkého souboru, který byl vyšetřován anonymně v různých aspektech psychického zdraví. Dotazy na genderovou dysforii měly revertenci pouhých 20% z původního souboru více než 40 000 respondentů. Zastoupení mužů a žen v hodnoceném vzorku bylo zhruba vyrovnané.

H. Meyer-Bahlburg v roce 1994 (6) uvádí prevalenci transsexualismu v obecné populaci ve Spojených státech na 1 : 30 000 u mužů a 1 : 110 000 u žen. Z jeho dat je evidentní, že podstatně vyšší prevalenci genderové dysforie je možné očekávat u intersexuálních jedinců s hormonálními poruchami.

V roce 1996 uvádějí P. Kesteren se spolupracovníky (3) u souboru 1285 transsexuálních jedinců, kteří byli pro tuto poruchu sexuální identity léčeni, poměr mužů k ženám 3 : 1, jak už dříve bylo z Nizozemí referováno. Prevalenci v obecné populaci odhadují tito autoři u mužů na 1 : 11900, u žen pak na 1 : 30400.

Snad nejvíce povoláný je údaj ze standardů společnosti pro „transgender“ (WPAT – World Association for Transgender Health, dříve Společnost Harry Benjamin), která uvádějí prevalenci transsexuality u mužů 1 : 11900 – 45000, a u žen pak 1 : 30400 – 200000. Jsou to data z mnoha různých průzkumů (1).

Taiwanský dotazníkový průzkum na několikatisícovém souboru studentů s průměrným věkem 19,6 r. (5) přinesl zjištění prevalence genderové dysforie u 7,3% žen a 1,9% mužů. Tato čísla autoři hodnotí jako překvapivě vysoká, avšak ve srovnání se shora uvedenými daty Kuiperové a Wijnsena nejsou až tak dramaticky odlišná. Zejména když uvážíme, že spíše menší část těch, kteří v podobných průzkumech odpovídají na otázku po genderové dysforii kladně, vyhledává reálně odbornou lékařskou péči. To také vysvětluje poměrně veliké, někdy opravdu zásadní rozdíly v publikovaných prevalencích genderových problémů. Je zřejmé, že se zde uplatňují faktory psychosociální a kulturní.

Literatura:

Coleman, E. et al.: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender- Nonconforming People. Version 7. Int.J.Transgenderism 2011, 13: 165 - 232

Gooren, L.: Letter to Editor. Arch. Sex. Behav. 1989, 18/6: 537-538

Kesteren,P.J., Gooren,L.J., Megens,J.A.: An Epidemiological and Demographic Study of Transsexuals in the Netherlands. Arch.Sex.Behav. 1996, 25/6: 589-600

Kuyper, L., Wijnsen,C.: Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. Arch.Sex. Behav. 2014, 43/2:377-385

Meng-Chuan,L., Yen-Nan,Ch., Gadov,K.D., Shur-Ten,G.S., Hai-Gwo,H.: Correlates of Gender Dysphoria in Taiwanese University Students. Arch. Sex. Behav. 2010, 39/3_ 1415 - 1428

Meyer-Bahlburg, H.F.L.: Intersexuality and the Diagnosis of Gender Identity Disorder. Arch.Sex. Behav. 1994, 23/1: 21 - 40

Olsson, S. E., Möller, A. R.: On the Incidence a Sex Ratio of Transsexualism in Sweden. Arch.Sex.Behav. 2003, 32/4: 381 - 386

Kontaktná adresa:
jaroslav.zverina@vfn.cz

Správy

XI. Slovenský psychiatrický zjazd. 12. – 14. Jún 2014, Bratislava

Miestom konania Slovenského psychiatrického zjazdu bol tohto roku Radisson BLU Carlton Hotel v Bratislave. Zjazd organizuje Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS a Slovenská lekárska spoločnosť s podporou vyše desiatich farmaceutických firiem.

Bohatý program zjazdu, ktorý prebiehal v dvoch paralelných sekciách, končil sexuologickou sekciou, paralelnou s blokom Informačné technológie a psychiatria. Štyri prednášky sexuologickej sekcie napriek neskorým popoludňajším hodinám v sobotu, v posledný deň Zjazdu, prilákali značný počet poslucháčov. Sekcii predsedali členovia výboru Slovenskej sexuologickej spoločnosti, MUDr. Dana Šedivá a PhDr. Robert Máthé, PhD.

Prezentácia Dr. Dany Šedivej, primárky Psychiatrického oddelenia NsP v Trnave, pod názvom Pohľady na sexuálne zneužívanie v katolíckej cirkvi, vzhľadom na aktuálnosť témy vzbudila veľký záujem poslucháčov, ktorý sa prejavil aj bohatou diskusiou k uvedenej téme. Pohľad na problematiku sexuálneho zneužívania v súčasnej katolíckej cirkvi podala autorka aj z historického aspektu na množstve príkladov poukazujúc tak na neprirodenosť celibátu, ako aj na faktory zvyšujúce riziko sexuálnej kriminality duchovných.

Autori Robert Máthé a Jana Štefániková z Katedry psychológie FF UK v Bratislave vo svojej prednáške Sexuálna frustrácia ako maligný motivačný činiteľ špecifikovali pohľad na možné dôsledky neuspokojenej sexuálnej potreby na kazuistike žiadateľa o zbrojný preukaz s viacnásobným trestným činom vraždy v anamnéze, ktorý bol motivovaný najmä jeho sexuál-

nou frustráciou. Autori na tomto prípade poukázali na potrebu skutočne komplexného diagnostického prístupu pri hodnotení psychickej spôsobilosti k držbe zbraní a streliva, neopomínajúc ani sexualitu žiadateľov, keďže v pozadí extrémne agresívneho správania držiteľa zbrane môže byť aj hyperkompenzácia nedostatočne saturovanej, problematickej sexuality. Autori poukázali aj na symbolický význam strelnej zbrane vo vzťahu k sexualite.

Svojou prednáškou nazvanou Couvade syndróm alebo „solidárne tehotný muž“ už tradične zaujala Dr. Katarína Jandová, psychologička gynekologicko-pôrodníckej kliniky UNB a SZU v Bratislave. Autorka previedla poslucháčov históriou tohto fenoménu, ktorý vzhľadom na fakt „tehotenských“ ťažkostí nastávajúceho otca počas tehotenstva svojej partnerky vzbudzuje predovšetkým úsmevné prekvapenie, na strane druhej sa však stáva problémom so svojimi rizikovými faktormi a s rôznymi dôsledkami. Autorka sa dotkla aj problémov týkajúcich sa prítomnosti partnera pri pôrode.

Posledná prednáška trojice autorov – Dr. Michal Chovanec (FF UK, Praha), Dr. Dagmar Marková (KVAE FF UKF Nitra) a prof. P. Weiss (Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha), sa týkala Sexuálnych dysfunkcií u závislých. Autori referovali o výskyte sexuálnych dysfunkcií u látkovo závislých pacientov pri nástupe na liečbu v PN Hronovce. Výskum bol postavený na analýze anonymne vyplnených dotazníkov – dotazník na zistenie sociodemografických pomerov, ASEX, GRISS a IIEF – 143 závislými participantmi. Najčastejšou poruchou v tomto súbore bola problematická sexuálna apetencia a schopnosť dosiahnuť a udržať erekciu.

Analogická téma – Sexuálne dysfunkcie u pacientov pri vstupe do liečby závislostí bola prezentovaná v rámci posterovej sekcie autormi Z. Alexanderčíková, Ľ. Okruhlica a E. Kováčsová (*pokračovanie na str. 36*)

Vek žien a anorgazmia

Antónia Solárová

Psychosociálne centrum, Košice

Súhrn

Výskumná práca objasňuje úlohu vybraných faktorov ovplyvňujúcich pohlavný život ženy. Konkrétne skúma vzťah medzi vekom žien a výskytom ich sexuálnej dysfunkcie – anorgazmie. Údaje boli získané nenáhodným príležitostným výberom, administrovaním Dotazníka sexuálnej spokojnosti GRISS (Rust, Golomboková, 1999) 162 ženám (priemerný vek 35,28 rokov). Analýza výsledkov subskály „anorgazmia“ nepreukázala signifikantný kladný vzťah medzi vekom žien a výskytom anorgazmie. Z výsledkov tiež vyplynulo, že staršie ženy (nad 33.83 rokov) dosahujú približne rovnakú úroveň prežívania orgazmu v porovnaní s mladšími ženami (do 33,83 rokov).

Kľúčové slová: sexuálne dysfunkcie, anorgazmia, vek.

1. Problém

V predkladanom príspevku sú sexuálne dysfunkcie prezentované ako „nedostatky v ľudskom pohlavnom správaní a prežívaní sprevádzané neúplnou či neobvyklou fyziologickou odpoveďou na účinnú sexuálnu stimuláciu“ (Höschl et al., 2002, s. 594). Nie sú vyvolané organickou poruchou, chorobou a znemožňujú účasť na sexuálnom vzťahu tak, ako by si jedinec prial. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN 10, 1996) je klasifikácia ženských sexuálnych dysfunkcií rozdelená do siedmich hlavných kategórií: nedostatok alebo strata sexuálnej túžby, odpor k sexu a nedostatok sexuálnej slasti, zlyhanie genitálnej odpovede, dysfunkčný orgazmus, neorganický vaginizmus, neorganická dyspareunia a hypersexualita (Höschl et al., 2002).

Anorgazmiou sa označuje neschopnosť dosiahnuť orgazmus počas vedomej sexuálnej aktivity, chýbanie pocitového vyvrcholenia. Žena síce pociťuje sexuálnu apetenciu, je sexuálne vzrušivá a prežíva príjemné pocity pred koitálnou aktivitou i po nej, avšak jej vzrušenie plynulo odznie bez orgazmu. Následkom toho u nej pretrváva nepríjemné citové ladenie, vyskytujú sa bolesti v podbrušku, bolesti hlavy, pocity psychického napätia, podráždenosti a úzkosti s tendenciou vyhýbať sa pohlavnému styku. Anorgazmia sa u žien častejšie vyskytuje najmä na začiatku sexuálneho života, pretože prežitie

Summary

This study explains the role of selected factors affecting female sexual life. Specifically, the study examines the relation between age of women and incidence their sexual dysfunction - anorgasmia. Data were obtained by accidental sampling. The Index of Sexual Satisfaction GRISS (Rust, Golombok, 1999) was administered to the 162 women (average age 35.28 year). The obtained data from the subscale Anorgasmia didn't show a significant positive relation between the age of women and incidence of anorgasmia. The results has also proved that older women (above 33.83 year) obtain approximately the same level of orgasm sensation as younger women (up to the age of 33.83 year).

Key words: sexual dysfunctions, anorgasmia, age.

orgazmu pre ženu nie je taký jednoznačný zážitok ako pre muža a potrebuje si osvojiť, predovšetkým podľa svojich subjektívnych skúseností, čo tento pocit vlastne je a čo ho vyvoláva. Niekoľko prvých pohlavných stykov na začiatku jej pohlavného života sa preto v tomto ohľade nemusí vydať. V pozadí anorgazmie u stabilných sexuálnych partnerov bývajú niekedy odlišné potreby frekvencie sexuálnych stykov. Zapríčinená môže byť i nevhodnou technikou styku, strachom z tehotenstva, nedostatočnou intimitou dvojice, poruchami sexuálnej funkcie partnera, morálnymi či náboženskými zábranami (Capponi et al., 1994). Anorgazmia má nepochybne multifaktoriálnu etiológiu, preto jej kvalitná diagnostika a liečba vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu. Psychologická pomoc by sa nemala týkať iba ženy, ale jej párového vzťahu.

Prvotnou podmienkou na diagnostikovanie akejkoľvek z vyššie uvedených sexuálnych dysfunkcií je to, že s danou skutočnosťou samotná žena nie je spokojná. Niektorým ženám totiž neprežívanie orgazmu pri pohlavnom styku celkovo neprekáža. Napríklad v skúmaníach sexuálnej spokojnosti ju vyjadrilo 83,0% orgastických a prekvapujúco 82,8 % anorgastických žien, čo potvrdzuje teoretické predpoklady (Weiss, Zvěřina, 1999).

Rozlišuje sa anorgazmia primárna, trvajúca od začiatku sexuálneho života, a sekundárna, ktorá

nastane až po určitom období normálnej funkcie. Höschl et al. (2002) sa domnievajú, že generalizovaná anorgazmia sa vzťahuje skôr na individuálny vysoký senzorický prah a za dôkaz svedčiaci v prospech ich tvrdenia považujú objavovaný nedostatok neuro-mediátorov na synapsiách reflexného oblúku u takýchto žien. Weiss v tejto súvislosti ďalej opisuje ženy koitálne anorgastické, ktoré potenciálne orgastické sú, ale nedosahujú vyvrcholenie napríklad kvôli nevhodnej technike milovania, kedy ich súlož dostatočne nevzrušuje, zatiaľ čo pri masturbácii ho dosahujú (Weiss, 2000).

Znalosti o vzťahu veku žien a sexuálnych dysfunkcií žien nie sú jednoznačné. Hoci predpoklady na dosiahnutie orgazmu sa po tridsiatke začínajú znižovať, tento pokles je nepatrný, trvá dve desiatky rokov a súvisí s poklesom tvorby estrogénov pred klimaktériom. U ženy postupne pošva stráca elastické tkanivo, niekedy pri styku dochádza k nepríjemným pocitom, k bolesti pri klitoridálnom dráždení alebo k bolestivým sťahom maternice pri orgazme. Fáza orgazmu môže byť kratšia a zase fáza uvoľnenia prichádza veľmi rýchlo, avšak podstatná sexuálna kapacita včítane schopnosti dosiahnuť opakované orgazmy v období klimaktéria zostáva u ženy nezmenená (Uzel, 1991). S pokračujúcou involúciou pohlavných orgánov dochádza u ženy k vaginálnemu stenčovaniu, skrakovaniu dĺžky vagíny a vaginálnemu suchu (Fadem, 2005). Pocitové prežívanie sa síce ochudobňuje, možnosť dosiahnuť orgazmus, hoci aj v menšej miere, však zostáva po klimaktériu stále zachovaná. Nie je preto adekvátne predpokladať jednoznačne vyšší výskyt anorgazmie u starších žien. Rust a Golomboková (1999) v tejto výskumnej oblasti tiež dospeli k názoru, že s pribúdajúcim vekom sa sexuálne problémy znižujú. U ženy teoreticky neexistuje hranica, ktorá by ukončila jej sexuálnu reaktivitu a ako rozhodujúce tu pôsobia vzorce sexuálneho správania z mladších rokov (Borneman, 1990). Čím sú uskutočňované sexuálne aktivity (včítane masturbácie) častejšie a bez dlhodobého prerušenia v mladšom veku, tým sú vytvorené priaznivejšie predpoklady na zachovanie sexuálnej aktivity do neskoršej staroby (Uzel, 1991). S vekom síce narastá frekvencia niektorých fyziologických porúch, ale psychické, sociálne a kultúrne faktory sú často významnejšie determinanty sexuálneho života (Fadem, 2005).

Avšak pre porovnanie, Levine et al. (2003) zistili, že sexuálne dysfunkcie boli signifikantne asociované so zvyšovaním veku, súčasne aj s psychiatrickou poruchou, neuroticizmom a manželskou disharmóniou. Podobne Porst a Buvat (2006) zistili, že ženské sexuálne problémy súvisia s vekom, pričom tretina až polovica žien s týmito problémami ich pokladá za obťažujúce. Podľa ich štúdií bola sexuálna porucha asociovaná s nízkou kvalitou života, nižším vnímaním subjektívnej pohody, nižšou sebaúctou, defektným sebaobrazom, slabou kvalitou partnerského vzťahu a úzkosťou.

Problematika anorgazmie ako sexuálnej dysfunkcie ženy potvrdzuje, ako je ženská sexualita

vo svojej behaviorálnej zložke komplikovaná a aké množstvo rozličných (a nemenej významných) psychosociálnych prvkov ju determinuje. Keďže teoretickou analýzou uvedenej problematiky sa zistila rôznorodosť odborných názorov k otázke vzťahu veku žien a sexuálnej dysfunkcie – anorgazmie, k jej teoretickému a empirickému objasneniu prispievať predkladaná výskumná práca. Má za cieľ overiť, či existuje kladný vzťah medzi vekom žien a výskytom anorgazmie (H1) a či existujú rozdiely v úrovni anorgazmie medzi vekovými kategóriami žien (H2). Závislú premennú tvorilo skóre subškály „anorgazmia“ (GRISS), nezávislé premenné predstavovali vek ako spojená premenná a vekové kategórie.

2. Metóda

2.1 Výskumný súbor

Tohto výskumu sa dobrovoľne zúčastnilo 162 žien vo veku strednej dospelosti (22 – 50 rokov), ktoré spĺňali podmienku mať heterosexuálny partnerský vzťah spojený so sexuálnou aktivitou minimálne za posledný mesiac. Ich celkový priemerný vek bol 35.28 rokov. Čo sa týka ich rodinného stavu, vydatých z nich bolo 121, rozvedených 9 a slobodných 30 žien. Približne polovicu reprezentovali zamestnané ženy s ukončeným stredoškolským vzdelaním s maturitou alebo bez nej, zvyšnú časť študentky dennej alebo externej formy vysokoškolského štúdia. Pochádzali prevažne z Prešovského a Trenčianskeho kraja (70 %), z okresu Bratislava, Liptovský Mikuláš a Ružomberok (30 %). Predpokladanou cieľovou populáciou pre generalizáciu výsledkov by mohli byť slovenské ženy. Za účelom podrobnejšej analýzy získaných údajov boli podľa zistenej kumulatívnej početnosti pre vek vytvorené 2 približne rovnako veľké vekové kategórie účastníčok výskumu (do 33.83 rokov, nad 33.83 rokov). Deskriptívnu charakteristiku takto rozčlenenej výskumnej vzorky znázorňuje tabuľka č. 1.

Tabuľka 1

Výskumný súbor skupín žien podľa vekových kategórií (N= 162)

	N	%
Vek		
do 33.83 rokov	82	50.6
nad 33.83 rokov	80	49.4

2.2 Priebeh výskumu, výskumné nástroje

Na účely kvantitatívneho skúmania sexuálnych dysfunkcií bol príležitostným výberom a za štandardizovaných podmienok viacnásobného hromadného testovania administrovaný výskumný nástroj Dotazník sexuálnej spokojnosti GRISS (Rust, Golomboková, 1999). Ide o nástroj konštruovaný podľa klasickej testovej teórie, ktorý pozostáva z 28 položiek pre ženy. Respondentka v ňom odpovedá na päťbodovej škále podľa toho, ako často sa u nej daná reakcia objavuje. Autori pomocou faktorovej analýzy demonštrovali jeho sedem subškál (frekvencia, komu-

nikácia, nespokojnosť žien, vyhýbanie sa ženami, absencia zmyselnosti u žien, vaginizmus, anorgazmia). Konkrétne v nami využitej subškále „anorgazmia“ (sexuálna dysfunkcia) možno dosiahnuť nasledovné celkové hrubé skóre: minimum = 0, maximum = 16. Prevodom pomocou transformačnej tabuľky možno získať celkové transformované skóre (minimum = 1, maximum = 9). Čím je vyššie transformované skóre subškály, tým závažnejšia je sexuálna dysfunkcia.

3. Výsledky

Výpočty realizoval a vyhodnocoval štatistický program SPSS 14.

Deskriptívne charakteristiky získaných údajov pre vybranú škálu výskumného nástroja uvádza tabuľka č. 2.

Tabuľka 2

Skóre subškály „anorgazmia“ (N=162)

	vek (rokov)	
	do 33,83 (N = 82)	nad 33,83 (N = 80)
anorgazmia		
AM	3.8738	4.4250
SD	2.3852	2.4843

Vzťah medzi skúmanými premennými sa zisťoval použitím korelačnej techniky (Spearmanov koeficient). Získané výsledky sú v tabuľke č. 3.

Tabuľka 3

Korelácia a deskriptívne štatistiky skúmaných premenných (N=162)

scale	AM	SD	Vek
vek	35.2761	7.9554	
anorgazmia	4.1460	2.4427	.166*

vysvetlivky: * = $p < .05$

Vek žien síce významne koreluje so subškálou anorgazmia, avšak veľmi slabo a zanedbateľne ($r = .166, p = .035$). Možno konštatovať, že sa nepreukázala kladná súvislosť medzi výskytom anorgazmie a vekom u žien.

Následne analýzou variancie (Univariate ANOVA) sa porovnávali skupiny žien v závislosti od veku v subškále „anorgazmia“. Tabuľka č. 4 prezentuje tieto výsledky.

Tabuľka 4

Výsledky analýzy variancie pre vek žien ako nezávislú premennú a subškálu „anorgazmia“ ako závislú premennú

Zdroj variancie	Suma štvorcov	Df	F	signifikantnosť
anorgazmia	12.304	1	2.076	.152
error	948.366	160		
total	3745.323	162		

V subškále „anorgazmia“ sa nezistili signifikantné rozdiely medzi mladšími (do 33.83 rokov) a staršími ženami (nad 33.83 rokov), t. j. u týchto žien sa zaznamenal takmer rovnaký výskyt sexuálnej dysfunkcie – anorgazmie, resp. dosahujú približne rovnakú úroveň prežívania orgazmu.

4. Diskusia a hodnotenie výsledkov

Keďže cieľom tohto výskumu bolo objasniť, aký je vzťah medzi vekom žien a sexuálnou dysfunkciou – anorgazmiou, jeho splnenie spočíva v zodpovedaní stanovených výskumných hypotéz.

Nepotvrdil sa kladný vzťah medzi vekom žien a výskytom anorgazmie (H1), zároveň sa nezistila signifikantná odlišnosť v úrovni anorgazmie u mladších a starších žien (H2). Z analýzy výsledkov vyplynulo, že výskyt tejto sexuálnej dysfunkcie sa s vekom významne nezvyšuje. Zároveň možno konštatovať, že naše mladšie aj staršie respondentky udali približne rovnakú úroveň dosahovania orgazmu.

Práve za účelom vyhnúť sa biologickým faktorom, ktoré determinujú negatívne sexuálne fungovanie ženy v období klimaktéria, bol vekový priemer našej skúmanej vzorky 35.28 rokov. Je preto možné, že výber vekového rozpätia nezachytil dostatočne prítomnosť anorgazmie, ktorej výskyt, ako i výskyt ostatných sexuálnych dysfunkcií v najväčšej miere zaznamenali napríklad Máthé a Ritomský (2005) vo vekovej kategórii 50- až 59-ročných slovenských žien. Zároveň však nami skúmané vekové rozpätie (22 – 50 rokov) nepochybne obsiahlo s vekom súvisiace fyziologické odlišnosti mladších a starších žien, a keďže neboli preukázané významné rozdiely medzi vekovými kategóriami, možno tieto výsledky interpretovať i nasledovne: vyšší vek neznamená jednoznačne väčší výskyt sexuálnych dysfunkcií. Hoci s vekom narastá frekvencia niektorých fyziologických porúch, sexualita žien je multifaktoriálna a viac závisí od psychických faktorov (pozri: Kratochvíl, 2003; Fadem, 2005; Pastor, 2005; Porst, Buvat, 2006).

Väčší výskyt sexuálnych dysfunkcií u starších žien v porovnaní s mladšími môže spôsobovať ich psychická determinácia napríklad prenosom závažnejších osobných problémov (pracovný stres, zdravotné ťažkosti, starostlivosť o domácnosť a rodinu) do intímnej sféry partnerského vzťahu. Rolu tu môže zohrávať i dlhodobé stereotypné, rigidné sexuálne správanie alebo idealistické očakávania od sexuality v dlhodobých vzťahoch starších žien, ktoré ponúkajú priestor na rozvinutie aj takej sexuálnej dysfunkcie, akou je anorgazmia. Aj v nadväznosti na uvedené fakty sme preto predpokladali výrazné rozdiely v pocitovom vyvrcholení, orgazme a jeho prežívaní medzi mladšími a staršími ženami (pozri: Máthé, Ritomský, 2005). Neplatnosť tejto hypotézy zrejme tiež svedčí o subjektívnosti zážitku orgazmu s dôležitejšou psychickou než fyziologickou podstatou (pozri: Crooks, Baur, 1990; Weiss, 2000).

Možnou interpretáciou preukázaných výsledkov by mohla byť skutočnosť, že čím je žena staršia, tým jej rozvinuté sexuálne funkcie dosahujú vyššiu úroveň

a jej sexuálne fungovanie je viac-menej bezproblémové. Korešponduje to s názormi viacerých autorov (pozri: Rust, Golomboková, 1999; Weiss, Zvěřina, 2001), ktorí vek a sexuálne fungovanie analyzujú práve vzhľadom na vrchol orgastickej schopnosti ženy, resp. vrcholu jej sexuálnej reaktivity. Ide o vekové obdobie približne 30 rokov, pričom nasledujúce obdobie sexuálneho života u ženy by malo zostať dlhodobo nemenné – čo sa preukázalo tiež v tomto predkladanom výskume. Aj v spojitosti so stabilným partnerským vzťahom možno očakávať súlad v sexuálnom živote a uspokojivý priebeh prežívania orgazmu u ženy bez ohľadu na jej vek práve vďaka vzájomnému poznaniu potrieb partnerov. Domnienka, že sexualita je výsadou len mladého a stredného veku, patrí k častým predsudkom i v súčasnosti. Ich prekonanie je nevyhnutné na udržanie uspokojivého sexuálneho života i v neskoršom dospelom veku, až do staroby.

V skúmanej problematike sa preukázala rozmanitosť sexuálneho fungovania ženy, čo zároveň upozorňuje na problematiku zovšeobecňovania záverov takej intímnej a subjektívnej oblasti, akou ženská sexualita nepochybne je. Napokon v tejto súvislosti pri interpretácii záverov prezentovaného výskumu nie je možné vylúčiť pôsobenie iných, nekontrolovaných premenných, charakteristík a vlastností respondentiek, dianie mimo výskumu, ktoré mohli ohroziť internú validitu a skresliť výsledky. Práve kontrolu ohrození internej validity v tomto výskume možno považovať za nedostatočné.

Záver

Vo výskumnej práci sa zisťovalo, aký je vzťah medzi vekom žien a sexuálnou dysfunkciou – anorgazmiou. Z analýzy výsledkov vyplynulo: 1. Nepotvrdil sa kladný vzťah medzi vekom žien a výskytom anorgazmie. 2. Nepreukázali sa významné rozdiely v úrovni anorgazmie medzi vekovými kategóriami žien – nebola zistená signifikantná odlišnosť v úrovni dosahovania orgazmu medzi mladšími a staršími ženami.

I keď sa cielene objasnila úloha vybraných faktorov ovplyvňujúcich pohlavný život žien, tieto zistenia by bolo vhodné preskúmať na reprezentatívnej

vzorke s náhodným výberom, tiež rozšíriť skúmanie o pôsobenie ďalších determinánt sexuálnych funkcií. Možnosť praktického využitia sa ponúka v psychologickú a psychoterapeutickú praxi klinických, poradenských psychológov i sexuológov.

Literatúra

Borneman E.(Ed.), Encyklopedie sexuality, Victoria Publishing, Praha 1990.

Capponi V., Hajnová R., Novák T., Sexuologický slovník, Grada Publishing, Praha 1994.

Crooks R., Baur K., Our sexuality, The Benjamin/Cummings Publishing Company, California 1990.

Fadem B., Behavioral Science, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, Philadelphia 2005.

Höschl C., Libiger J., Švestka J., Psychiatrie, Tigis, Praha 2002.

Kratochvíl S., Sexuální dysfunkce: Příčiny a léčba, Grada Publishing, Praha 2003.

Levine S. B., Risen C. B., Althof S. E., Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals, Psychology Press, London 2003.

Máthé R., Ritomský A., Sexuálne poruchy v reprezentatívnej vzorke obyvateľstva SR. Sexuológia, 2005, 5, s. 9-13.

Pastor Z., Ženské sexuální dysfunkce. Moderní gynekologie a porodnictví, 2005, 14, s. 9-22.

Porst H., Buvat J., Standard Practice in Sexual Medicine, Blackwell Publishing, Oxford 2006.

Rust J., Golomboková S., Dotazník sexuální spokojnosti GRISS, Psychodiagnostika a.s., Bratislava 1999.

Uzel R., Mýty a pověry v sexu, Práce, Praha 1991.

Weiss P., Orgasmus u žen. Česká a slovenská psychiatrie, 2000, 96, s. 381-384.

Weiss P., Zvěřina J., Sexuální spokojenost českých žen. Česká a slovenská psychiatrie, 1999, 95, s. 67-71.

Weiss P., Zvěřina J., Sexuální chování v ČR – situace a trendy, Portál, Praha 2001.

Kontaktná adresa:
antonia.solarova@gmail.com

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

Stát: Česká republika, Pořadatel: Sexuologická společnost ČLS JEP



SPRSV

12. konference o menopauze 19. 9. 2014 - 20. 9. 2014 - Praha

Stát: Česká republika, Webové stránky: www.amca.cz/menopauza/

Pracovní schůze Sexuologické společnosti ČLS Praha 24. 11. 2014, Lékařský dům

Téma: Internet a sexuální problémy lidí

Vyjednávání českých mužů o metodě kontracepce

Adéla Cápová

Zdravotně sociální fakulta JU, České Budějovice

Abstrakt

Významnou generační změnu týkající se postojů k volbě kontracepční metody zapříčinilo rozšíření ženské hormonální antikoncepce. Role muže a míra jeho odpovědnosti při rozhodování o rodičovství se díky tomu jeví spíše jako pasivní a sexuální činnost je spojená s požitkem. Zdá se, že většina mužů souhlasí s tím, aby ženy přebraly kontrolu nad reprodukčními plány, neboť jsou to hlavně ony, kterých se týkají tělesné i životní změny způsobené příchodem dítěte. Výsledky kvalitativní studie zaměřené na roli muže při plánování rodičovství však ukázaly, že vyjednávání podmínek pro začátek reprodukce je dle mužů záležitostí dohody páru. Téma kontracepční strategie je spojeno také s otázkou sociálního tlaku na podmínky vhodné pro zahájení reprodukčních plánů a s tím spojeným obtížným rozhodováním o tom, kdy se rodiči stát.

Klíčová slova: plánování rodičovství, muži, kontracepce, kvalitativní výzkum.

Úvod

Žijeme ve světě, kde má každý jedinec zaručená reprodukční a sexuální práva. Můžeme se rozhodnout, zda se rodičem vůbec stát, kdy, kolik dětí a v jakém rozestupu je chceme. Zároveň máme právo na dostatek informací, lékařskou péči, právo na sexuální a reprodukční bezpečí, včetně ochrany před sexuálním násilím a práva na soukromí (7).

Generace lidí žily s přáním, aby mohly kontrolovat kdy, a kolik budou mít dětí. Důkazy z historie poskytují dostatek informací o tom, že kontracepční metody byly známy a praktikovány po tisíciletí od chvíle, kdy lidé odhalili souvislost mezi pohlavním stykem a těhotenstvím (3).

Přes řadu náhod a pokusů, ale i důležitých medicínských objevů a myšlenkových směrů, až objev hormonální antikoncepce v 50. letech minulého století umožnil poprvé ve známé historii lidstva spolehlivě bránit početí. Pilulka dala možnost nejen spolehlivě kontrolovat plodnost, ale také oddělila sexuální prožitky od samotné reprodukce (10).

Lidská sexualita je spjata s pudovou potřebou.

Abstract

Important role in the change of generation modifications of attitudes to contraceptive methods can be attributed to a massive expansion of female hormonal contraception. The man's role in bearing responsibility for decision-making about parenthood is perceived rather as passive and the sexual act is connected exclusively to enjoyment. Men agree with women on taking control over their reproductive lives; women bear and care about children. Men's involvement in reproduction is increasingly recognised as important. Results of Qualitative study on men's role in family planning shows the setting of conditions for the beginning of reproduction should be the result of negotiation within the couple. Strong social pressure determining the ideal form of material and psycho-social background for offspring confronts current generation with very demanding decision-making on parenthood timing.

Key words: Family planning, Men, Contraception, Qualitative research.

Ačkoliv člověk realizuje ve většině případů pohlavní styk nikoliv za účelem rozmnožování, ne vždycky úspěšně se to daří a rodí se děti nechtěné. S příchodem hormonální antikoncepce se bránění početí v industrializovaném světě významně zvýšilo procento dětí naplánovaných.

Praktický nástroj pro bránění početí získaly do svých rukou převážně ženy. Právo rozhodovat o rodičovství ženám bývá přisuzováno spíše než mužům, neboť jich se více týkají změny fyziologické, ale i změny společenského postavení spojené s rodičovstvím. Je to tělo ženy, které v souvislosti s těhotenstvím, porodem a mateřstvím prochází změnami. Ženám přisuzujeme, že je více zajímavý veškeré záležitosti týkající se reprodukce, než mužem (13).

Kromě toho se Burgessová (2) domnívá, že zatímco ženy jsou definovány svými reprodukčními schopnostmi, muži jsou definováni na základě sexuální funkce. Toto vnímání rozdílů sexuality se velkou měrou mohlo podepsat na tom, že podíl mužů na rozhodnutí o početí se považuje za méně významný.

Tento pohled by mohl vysvětlovat, proč mnohé studie reprodukčních plánů předkládají výsledky

založené hlavně na výpovědích žen, i když zahrnutí mužů do těchto studií je velmi důležité. I muži mají své reprodukční preference a plány a mají signifikantní vliv na plodnost jejich partnerek (5).

Zásadní charakteristiky demografického vývoje v naší zemi, které se projevují strmým poklesem porodnosti pod prostou míru reprodukce a odkládání této události do vyššího věku, nebo nárůst podílu nesezdaných soužití a mimomanželských dětí, můžeme vykládat mírou shody partnerů na reprodukčních plánech.

Výsledky výzkumu změn v České společnosti „Proměny 2005“ (4) ukázaly, že ženy častěji než muži považovaly vliv svého partnera na vlastní reprodukční chování za málo významný a zároveň celá polovina českých žen ve věku 25 – 54 let odpověděla, že dítě by chtěla, i pokud by je měla vychovávat sama bez partnera. Další výsledky výzkumu však také ukázaly, že shoda v páru ohledně časování rodičovství a preferovaného počtu dětí má statisticky významný vliv na to, jestli se partneri rodiči již stali a také na to, kolik mají dětí.

Plánování rodičovství mužem v kvalitativním výzkumu

Na základě výše předložených argumentů byla zpracována kvalitativní studie, která se zabývá mapováním postojů mužů k otázkám plánování rodičovství. Cílem výzkumné činnosti bylo mapování postojů dospělých mužů k vybraným zdravotním a sociálním tématům z oblasti plánování rodičovství. Pro rámcovou koncepci kladení výzkumných otázek byl vymezen pojem dle Pařízka (11), který říká, že plánování rodičovství můžeme definovat jako snahu partnerů otěhotnět a porodit dítě v nejhodnější době. Plánované rodičovství může mít pozitivní nebo negativní charakter. Pozitivní plánované rodičovství je cílená snaha o otěhotnění. Negativní plánované rodičovství je snaha a opatření vedoucí k zábraně nežádoucího otěhotnění.

Z uvedené definice je zřejmé, že se jedná o pojem zasahující do mnoha oblastí lidského života. V rámci tohoto příspěvku jsou uvedeny výpovědi mužů, týkající se jejich volby a vyjednávání o kontracepční strategii.

Výzkumný soubor

Předkládaná data jsou součástí výpovědí 170 českých mužů ve věku od 25 do 50 let na téma plánování rodičovství tak, jak je v rámci tohoto článku definováno (viz. výše Pařízek). Průměrný věk respondentů v našem výzkumném souboru byl 33 let a nejčastěji se opakoval věk respondenta 26 let. Při stanovování věku bylo vycházeno z předpokladu, že věková skupina mladší a střední dospělosti předpokládá, že její zástupci řeší jeden ze svých vývojových úkolů, kterým je rodičovství, mnohem intenzivněji než lidé v jiném vývojovém období (16).

Z celkového počtu respondentů mělo 63 mužů rodičovskou zkušenost a 107 dotazovaných mužů bylo bezdětných. 158 respondentů mělo trvalý partnerský vztah, 12 mužů bylo bez stálého partnerského vztahu, ale mělo předešlou zkušenost s dlouhodobějším

vztahem.

Tabulka poukazuje na specifikaci výzkumného souboru dle rodinného vztahu, rodičovské zkušenosti a partnerského vztahu (v absolutních číslech).

rodinný stav	partnerství	otcové	bezdětní
svobodní	partnerka	2	87
	bez partnerky	0	11
manželé		46	8
rozvedení	partnerka	15	0
	bez partnerky	0	1
celkem		63	107

Zdroj: vlastní výzkum

Další charakteristiky výzkumného souboru nám nejsou známy u všech dotazovaných. Lze však říci, že se jedná soubor, co se týče např. do úrovně dosaženého vzdělání a vykonávané profese, velmi pestrý. Z celkového počtu respondentů nám o úrovni dosaženého vzdělání podalo informaci 78 respondentů, z čehož 26 bylo vysokoškolsky vzdělaných, 40 dosáhlo středoškolského vzdělání a 12 mužů bylo vyučeno. Mezi respondenty převládala povolání technického směru od dosažení inženýrského titulu, po provozování nejrůznějších povolání v oblasti poskytování řemesel a služeb. Druh pracovní pozice se jen v několika málo případech opakoval (policista, technik, automechanik, stavbyvedoucí, řidič, obchodní zástupce).

Významným ukazatelem pro sběr dat byla ochota a souhlas respondenta poskytnout rozhovor.

Pro sběr dat s muži byl použit polostrukturovaný rozhovor.

Ke sběru dat byli vyškoleni studenti Zdravotně sociální fakulty. Respondenty jsou muži, kteří jsou tazatelům dobře známi. Výchozí se pro nás stal předpoklad, že polostrukturované rozhovory s muži na téma, na které nejsou zvyklí otevřeně hovořit (2), přinesou větší úspěšnost ve výtěžnosti dat, pokud respondent bude znát osobu výzkumníka, nebo mu setkání s výzkumníkem dojedná jeho blízká osoba.

Zvolenou metodou pro analýzu dat byla metoda zakotvené teorie – „Grounded Theory“. Analýza v zakotvené teorii využívá zpracovávání dat vytvářením kódů. Kódování představuje operace s daty, které je rozebírají, konceptualizují a opět skládají novými způsoby tak, že dávají vzniknout nové teorii (14).

Výsledky

V této části textu uvádíme hlavní výsledky ze získaných rozhovorů s dospělými muži na téma vyjednávání mužů o kontracepční metodě. **Tučným** písmem upozorňujeme na základní pojmy (kategorie), které vystihují téma, o kterém muži hovoří. *Kurzívou v závorkách* jsou napsány reprezentující odpovědi respondentů k jednotlivým kategoriím. Výpovědi jsme jazykově neupravovali, ponechaly jsme hovorové výrazy.

Otázce plánování rodičovství respondenti přisuzovali pozitivní charakter, který odráží hodnotové orientace mužů a jejich partnerek. Kontracepční strategie jsou vnímány spíše jako **praktický prostředek**, kterým mohou páry rodičovství oddalovat na dobu nejlépe vhodnou pro založení rodiny („Můžu rodičovství plánovat verbálně, prakticky nějakými druhy antikoncepce. Ty dva by se měli vždycky domluvit.“).

Přestože většina mužů z našeho výzkumného souboru primárně nespojovala volbu kontracepční strategie s významem plánování rodičovství, po položení otázky přímo se týkající kontracepčních strategií muži otevřeně hovořili o svých zkušenostech.

V prvé řadě respondenti hodnotili **míru partnerské odpovědnosti** v otázkách volby kontracepční strategie. Více respondentů zmiňovala důležitost podílet se na odpovědnosti za neplánované početí („Jako zodpovědný jsem se na téma antikoncepce bavil. Chci plánovat rodinu, chci si být jist, že je to oboustranné“). Méně respondentů zmiňovalo, že volba kontracepční strategie je záležitostí žen („Vždycky jsem nějak počítal, že něco bere. Vždyť je to hlavně v jejím zájmu něco brát, aby do toho nevlítla.“).

Rozdílné jsou přístupy v návaznosti na **délce vztahu muže s partnerkou** („Myslím, že záleží na tom, kdo jsou ti partneři, jak dlouho se znají“). Hormonální antikoncepci volí hlavně páry v dlouhodobém vztahu („Pokud mám trvalý a vážný vztah, tak rád prezervativ odložím). Při užívání hormonální antikoncepce se různým způsobem muži angažují na vyjednávání o kontracepční metodě. Přestože nemohou sami hormonální antikoncepci užívat, sdílí informace, **zajímají se**, jestli partnerce vyhovuje („To téma řeším se svou přítelkyní od začátku vztahu, jelikož vím, že některé druhy jsou méně účinné a také mi záleží na tom, aby jí vyhovovala. Intimní život je vždy záležitostí obou.“). Důležitou roli muži spatřují v tom, že partnerce budou na hormonální antikoncepci **přispívat** („Přítelkyně užívá hormonální antikoncepci. Snažím se podílet, je to přece i moje věc. Platím zhruba polovinu částky.“). Některé výpovědi také poukazyvaly na to, že **muž se na ženu zcela spoléhá** a vyhovuje mu to („Moje holka měla prášky už v době, kdy jsme spolu začali chodit. Tak se o tom ne bavíme. Vyhovuje mi, že má prášky.“).

Hormonální antikoncepce byla pro naše respondenty prostředkem jak zvýšit **jistotu** ženy, že nedojde k nechtěnému otěhotnění (Můžeme si užívat sex ve volné míře a nemusíme mít strach o to, že bychom zplodili nechtěného potomka“). Užívání přináší ženám i mužům větší **bezstarostnost a radost ze samotného sexuálního styku** („Požitek při sexu je pro nás oba pak mnohem větší než při užívání kondomu.“).

Vzhledem k výše uvedeným výhodám užívání hormonální antikoncepce, nejsou jiné metody bránění početí u mladých mužů tak oblíbené.

Pokud pár v dlouhodobém vztahu jako kontracepční strategii nepoužívá, po vzájemné dohodě **muž vědomě přebírá odpovědnost** („Bylo to hodně o její důvěře ke mně a vlastně celá odpovědnost byla na mně.“). Prakticky se ve výpovědích setkáváme se dvěma důvody, proč tomu tak je. Několik respondentů uvedlo, že v páru se domluví a přistoupí k užívání jiného druhu

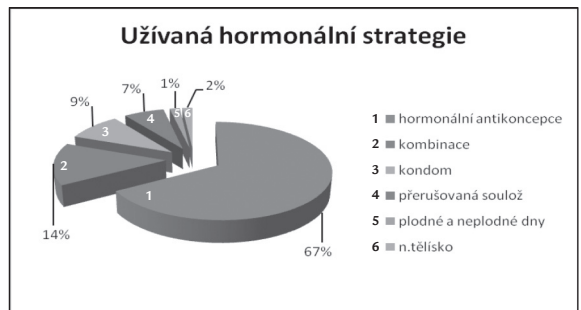
antikoncepce, protože to není **filozofie jejich života** („Ne, nechtěl jsem, aby něco brala. Jsem holt ze starý školy. Přijde mi to zbytečný, aby se něčím cpala. Nemyslím si, že by to bylo zase tak dobrý.“). V souboru bylo malé procento věřících, pro které je přijatelné pouze počítání plodných a neplodných dnů („Je to pro nás životní styl, který spadá do životního stylu křesťana. Nejde jen o intimní život a velikost rodiny, ale i o celkový pohled na náš vztah.“).

Druhý významný důvod nevycházel z předpokladu, že by hormonální antikoncepci partneři nechtěli užívat, ale **zdravotní důvody** to partnerce neumožňují („Nedochází k vyvrcholení do partnerky. Mě to sice nebaví, ale manželka má s antikoncepcí problémy, má nějaké problémy se žilama“).

Užití kondomu je pro většinu respondentů nezbytné u náhodných vztahů („Kondom je fajn, když potkáš holku na jednu noc, kvůli nemocem“) a v počátečních fázích vztahů jako ochrana před sexuálně přenosnými styky. Jen malé procento mužů používá kondom v trvalém vztahu („Kondom mně osobně nevdává, naopak mi přijde, že oddaluje ejakulaci a víc vydržím“). Spíše se vyskytovaly odpovědi mužů, že kondom užívat nechtějí („Kondom jsem použil snad jen 4x v životě, zkazí atmosféru. Musíš najít kondom, rozbalit ho a nasadit, zjistíš, že je ti menší, ty se snažíš, ono to nejde, po chvíli sexuální vzrušení opadá“). Mezi respondenty bylo i významné procento párů, které používají přerušovaný styk. Zejména se jedná o muže, kteří jsou už vyzrálí, na konci střední dospělosti. Počátek jejich sexuálního života nebyl spojen s boomem hormonální antikoncepce. Upřednostňují spíše **důvěru v sebe sama a prezentaci svých schopností** („Když budu mluvit za sebe, já se dokážu ovládat. Rozhodně bych si nenechal něco podvazovat, zaškrcovat nebo někam něco implantovat“).

V souboru bylo minimum mužů, kteří uváděli, že jejich partnerka používá nitroděložní tělísko („Po narození dítěte si vybrala nitroděložní tělísko“).

Uvedený graf uvádí zastoupení jednotlivých způsobů kontracepčních strategií volených muži v našem výběrovém souboru (v procentech).



Zdroj: vlastní výzkum

Diskuse

Ukazuje se, že otázce plánování rodičovství respondenti přisuzovali pozitivní charakter, který odráží hodnotové orientace mužů a jejich partnerek. Kontracepční strategie jsou vnímány jako praktický prostředek, kterým mohou rodičovství oddalovat na dobu nejlépe vhodnou pro založení rodiny. Možnost

volby a oddalování důležitých životních rozhodnutí je typickým znakem současné společnosti. Tím, jak lidé do svých rukou získali několik možností, jak regulovat příchod rodičovství, toto se stalo vědomou volbou. Dostalo se na roveň jakéhokoliv jiného zážitku, který si lze naplánovat (1). Děti svou existencí přinášejí mnohým rodičům emotivní uspokojení. Důvodem odkládání rodičovství je, že současní mladí lidé nalézají emotivní uspokojení i v jiných životních aktivitách než v plození dětí (12). Svoboda finanční, časová i citová, kterou přináší život bez dítěte je nejvýše položenou hodnotou v hodnotovém žebříčku ve vyspělých demokratických zemích (8).

Míra odpovědnosti za partnerské rozhodnutí je důležitým tématem prolínajícím se mnoha výpověďmi respondentů. Z našeho výzkumu je patrné, že počet mužů, kteří se chtějí podílet na volbě kontracepční strategie, je poměrně vysoké. Mezinárodní výzkum zaměřený na postoje k mužské antikoncepci a preference způsobu jejího užívání, podává informace o tom, že minimálně 55% dotazovaných se na výběru kontracepční metody v partnerském vztahu podílí (6).

Muži se v našem výzkumném souboru snažili hledat prostředky, jak ženu podpořit, i když užívá hormonální antikoncepci. Odpovědnost k výběru kontracepční strategie vnímáme jednoznačně jako pozitivní. K úplnému přijetí odpovědnosti bychom měli mít také na mysli, že se většinou spoléháme na účinnou antikoncepční metodu a zapomínáme, že nad všechny antikoncepční praktiky bychom měli stavět odpovědnost jednoho partnera k druhému i vztah jednotlivců k sobě samým (9).

Oblibu hormonální antikoncepce, která se v našem výzkumném šetření objevila, potvrzuje též longitudiální výzkum sexuálního chování české populace (17), kdy v roce 2008 užívalo některou z forem hormonální antikoncepce 58% dotázaných žen. V porovnání s tímto celorepublikovým výzkumem se shodujeme i ve výpovědích, které poukazují na užívání kondomu jako kontracepční strategie první volby u krátkodobých a náhodných vztahů. Muži jsou si často vědomi nebezpečí šíření sexuálně přenosných chorob.

Naše výsledky jsme srovnali s daty Organizace spojených národů. V roce 2011 dosahovala míra užívání hormonální antikoncepce 63% u dotazované populace žen v reprodukčním věku od 15 do 49 let. U Evropanů jsou tradičně preferovány reverzibilních kontracepčních metody (hormonální antikoncepce a kondom). Také volba kondomu jako kontracepční metody, až u 25% dotazovaných, je pro evropský region specifická. Obliba užívání přerušované soulože jako kontracepční metody naopak v evropském regionu za posledních 20 let klesla o více jak polovinu. Kromě Evropy a Afriky celosvětově narůstá volba ženské i mužské sterilizace a nitroděložního tělíška jako metody k bránění počětí (15).

Závěr:

V současném rozvojovém světě nadále žijí milióny žen, které nemají dostatek možností pro výběr kontracepční metody a nemají příležitost uskutečnit

svá reprodukční přání. Situace v evropském regionu a také v České republice je naprosto odlišná, rodičovství je pro většinu mužů i žen otázkou vědomé a plánované volby. Variabilita volby kontracepční strategie je odrazem životní situace, ve které se partnerská dvojice nachází a je nejčastěji výsledkem vyjednávání partnerů. Důležitou roli v tomto vyjednávacím procesu hraje ochota páru přijmout odpovědnost za své jednání a společně zvolené řešení. Volba kontracepční strategie je pak otázkou osobní vyzrálости a vzájemného vztahu mezi partnery.

Výsledky našeho výzkumného šetření poukazující na volbu konkrétní kontracepční metody jsou v porovnání s výsledky velkých domácích i zahraničních studií srovnatelné. Nejpoužívanější metodou bránění počětí mezi respondenty bylo užívání hormonální antikoncepce ženou, následuje užívání kondomu a přerušované soulože. Kondom byl pro respondenty metodou „první volby“ při náhodných a krátkodobých vztazích. Opakovaně muži zmiňovali, že pokud se vztah vyvinul perspektivně, přecházeli po dohodě s partnerkou k užívání hormonální antikoncepce. Další metody, jako počítání plodných a neplodných dnů a zavedení nitroděložního tělíška, byly v rámci výpovědí ojedinělé. Bariérové metody ženské nebo sterilizace, nebyly zmíněny vůbec.

Kromě výsledků poukazujících na oblíbenost té či oné kontracepční metody, si článek kladl za cíl upozornit též na související celospolečenské změny a psychosociální souvislosti volby kontracepčních metod.

Literatura:

1. Beets, G. et al. The Future of Motherhood in Western Society: Late Fertility and its Consequences. Springer Science and Business: 2011. ISBN 987-90-481-8968-7.
2. Burgessová, A. Návrat otcovství. Brno: Jota, 2004. 218s. ISBN 80-7217-296-4.
3. Čepický, P. Antikoncepce a ostatní metody plánování rodičovství. In Weiss, P. a kol. Sexuologie. Praha, Grada: 2010. ISBN 9788024724928.
4. Hašková, H. (Ne)zakládání rodiny ve světle reprodukčních preferencí, bariér, plánů a chování. In Dudová, R. (eds.) Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života. Sociologický ústav AV ČR, Sociologické studie. 2007; 7(3): pp. 81 – 107. ISBN 978-80-7330-119-4.
5. Hašková, H. Reprodukční preference a bezdětnost v české společnosti ve světle kvantitativních dat. 2006. Dostupné online <<http://www.soc.cas.cz/info/cz/25017/Kvantitativni-vyzkum.html>>.
6. Heinemann, K. - Saad, F. - Wiesemes, M., et al. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. Human Reproduction, 2005; 20(2), 2005: pp. 549-556.
7. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. Dostupné z <http://www.ippf.org/resource/IPPF-Charter-Sexual-and-Reproductive-Rights>.
8. Konečná, H. Být či nebyť (rodičem)? Reprodukční

- zdraví 2006. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7040-855-3
9. Matějček, Z. – Langmeier, J. Počátky našeho duševního života. Panorama: Praha, 1986
 10. Nelson, A. Whose Pill is it, Anyway? Family Planning Perspectives, 2000, Vol. 32, No. 2 (Mar. - Apr., 2000), pp. 89-90.
 11. Pařízek, A. Kniha o těhotenství a porodu. 2.vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-41.
 12. Rabušic, L. Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě. 1.vyd. Praha: Slon, 2001. 266 s. ISBN 80-86429-01-6
 13. Sheldon, S. Reproductive Choice: Men's Freedom and Women's Responsibility. In Bois-Pedain, A. – Spencer, J. (eds.) Freedom and Responsibility in Reproductive Choice. London: Hart Publ., 2006. 175 – 195 s. ISBN 1-84113-582-8
 14. Strauss, A., L. – Corbinová, J. Zklady kvalitatívniho výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Sdružení podané ruce, 1999. 196 s. ISBN 808583460X.
 15. United Nations. Trends in Contraceptive Methods used Worldwide, 2013. Dostupné online <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2013-9.pdf>.
 16. Vágnerová, M. Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
 17. Weiss, P. – Zvěřina, J. Sexuální chování české populace, Urologie pro Praxi, 2009; 10(3): p. 160–163.

Kontaktná adresa: ada.kubic@seznam.cz

Správy

Porst, H., Reisman, Y. (eds): The ESSM Syllabus of Sexual Medicine. Medix Publ. Amsterdam 2012, 1223 s.

Evropská společnost pro sexuální medicínu vydala obsáhlé kompendium „sexuální medicíny“. Jde o dílo téměř třiceti autorů a spoluautorů. Kromě poměrně zásadního autorského podílu obou významných editorů nalezneme v seznamu autorů pouze zástupce Evropy západní, kam lze myslím poměrně realisticky připočítat též autory z Izraele. Evropa střední a východní je zřejmě v ESSM velmi málo zastoupena.

Knižka je rozdělena do čtyř částí: 1/ Obecná část, 2/ Mužské sexuální poruchy, 3/ Ženské sexuální poruchy, 4/ Smíšená témata.

Podle Hartmunta Porsta, stávajícího předsedy ESSM, začala moderní éra sexuální medicíny v šedesátých letech minulého století vynálezem penilních implantátů a penilních revaskularizačních procedur. Později k uvedeným pokrokům přibýly intrakavernózní injekce vazoaktivních látek a koncem devadesátých let pak inhibitory PDE5. ESSM (European Society for Sexual Medicine, www.essm.org) je ostatně nástupnickou organizací ESIR / European Society for Impotence Research/, ze které vznikla v roce 1995. Tento poněkud „falokratický“ přístup k historii sexuologie je poměrně realistický, avšak zcela opomíjí dlouhý historický vývoj lékařské sexuologie ještě předtím, než se objevily první silikonové penilní endoprotézy a Viagra. Porst soudí, že předtím byly sexuální poruchy výhradně záležitostí psychiatrů. To ovšem zcela jistě není přesné a o tomto tvrzení dalo by se s úspěchem pochybovat.

Část 1/ Obecná část

Na pouhých třinácti stránkách se D.Schulttheiss a S.Glina vyrovnávají s přehledem historie sexuální medicíny. Připomíná se také kdysi populární německý odborný časopis „Sexualmedizin“, vydávaný od roku 1972. Pozornost se věnuje „Antimasturbační kampani“, kterou jak známo oficiální medicína vedla

od sedmnáctého století se střídavou intenzitou až do konce století dvacátého. Z osobností, které se zasloužily o sexuologický výzkum a popularizaci vědeckých poznatků, jsou jmenováni: Paolo Mantegazza (1831-1910), R.F. von Krafft-Ebing (1840-1902), Sigmund Freud (1856-1939), H. Havelock Ellis (1859-1939) a další. Krátká úbaha je věnována přehledu historie odkriminalizování a odmedicinalizování homosexuality. Zmíněna je historie behaviorální endokrinologie, redukována ovšem na endokrinní funkci varlat. Zmíněny jsou i zásluhy Masterse s Johnsonovou na formování základů lékařské sexuologie. Vůbec není zohledněna historie sexuologických organizací, jakou byla Světová liga pro sexuální reformu, nebo Světová sexuologická asociace. Historie začíná s moderním výzkumem impotence.

Zajímavý je přehled sexuálních reakcí (s.83 – 139) z pera italského autorského kolektivu (F.Tripodi, C.Silvagg a C.Simonelli). Důraz je kladen na psychogenezi sexuálních reakcí, zejména teorii „sexuálních skriptů“ (Sexual Scripts) podle Cagnona a Simona.

John Dean (UK) sepsal kapitolu o sexuální orientaci. Rozlišuje orientaci heterosexuální, homosexuální a bisexuální. S tím, že v populaci nachází 4-5% homosexuálních mužů a 2-3% homosexuálních žen. Pak připojuje několik stručných poznámek o sexuálních problémech gayů a lesbiček.

Y.Reisman v kapitole o sexuální anamnéze (s.233-310) podává myslím velmi užitečný přehled různých sexuologických dotazníků a klinických škál. Jsou zde popsány nejen dotazníky notoricky známé, jako je Index erektilní funkce (IIEF), ale také celá řada dotazníků u nás velmi málo známých.

Část 2/ Mužské sexuální poruchy

V kapitolách o snížené sexuální apetenci a o hormonálních poruchách je podán velmi podrobný výklad různých příčin snížené apetence a hypogonadismu, včetně zásad jejich terapie.

Specifická kapitola je věnována sexuální hyperaktivitě (Italové F.Palumbo a A.Vallo s.411-430). Byť tato kategorie (**pokračování na str. 35**)

Erektilní dysfunkce u chronických uživatelů marihuany

Alexandra Doležalová Hrouzková¹, Petr Weiss²

katedra psychologie FFUK, Praha¹,
Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha²

Souhrn

Konopné drogy jsou nejužívanějšími ilegálními látkami na světě. Po alkoholu a tabáku jsou konopné drogy třetí nejoblíbenější skupinou drog nejen v České republice, ale i ve světě. Naproti tomu dopad dlouhodobého chronického užívání konopných drog na sexuální chování a sexuální zdraví člověka není stále dostatečně prozkoumán. Součástí výzkumu sexuality dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku 30-50 let, který byl realizován v ČR v roce 2010 [1], bylo naším cílem zmapovat míru výskytu erektilní dysfunkce u těchto uživatelů. Pro zjištění míry výskytu erektilní dysfunkce u dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku 30-50 let jsme do výzkumu zařadili Dotazník sexuálního zdraví muže IIEF-5. Zvýšený výskyt erektilní dysfunkce u dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku 30-50 let nebyl zjištěn. Vzhledem k vysoké prevalenci užívání konopných drog a vzhledem k potenciálnímu dopadu jejich užívání na mužské sexuální funkce je zahraničními autory [2] nově upozorňováno na nedostatečné množství klinicky orientovaných studií zkoumajících dopad konopných drog na mužské sexuální funkce. Námi provedený výzkum erektilní dysfunkce u dlouhodobých chronických uživatelů marihuany je celosvětově prvním krokem v použití objektivní validní metody ve výzkumu sexuality uživatelů marihuany, a upozorňujeme na potřebu realizace reprezentativního výzkumu v této oblasti.

Klíčové slová: Sexuální zdraví – Erektilní dysfunkce – Dotazník sexuálního zdraví IIEF-5 – Uživatelé marihuany – Konopné drogy.

Úvod

Konopné drogy patří mezi nejužívanější ilegální drogy na světě. WHO (Světová zdravotnická organizace) odhaduje počet uživatelů na 147 milionů lidí, respektive 2,5% světové populace [3]. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) odhaduje, že až 4% světové dospělé populace (162 milionů lidí) užilo marihuanu v posledním roce, z toho 0,6% (22,5 milionů lidí) jsou každodenní uživatelé. Naproti těmto faktům dopad dlouhodobého chronického užívání konopných drog na sexuální chování a sexuální zdraví člověka není stále dostatečně prozkoumán.

Summary

Cannabis is the most widely used illicit substance in the world. After alcohol and tobacco, cannabis is the third most popular group of drugs not only in Czech Republic but also in the world. In contrast, the impact of long-term chronic cannabis use on sexual behavior and sexual health of humans is still largely unexplored. The research includes the sexuality of long-term chronic marijuana users aged 30-50 years, which was implemented in the Czech Republic in 2010 [1], our aim was to map the prevalence of erectile dysfunction among these users. To determine the incidence rate of erectile dysfunction in long-term chronic marijuana users aged 30-50 years we used the International Index of Erectile Function IIEF-5. Increased incidence of erectile dysfunction in long-term chronic marijuana users aged 30-50 years was not found. Given the high prevalence of cannabis use and because of the potential impact of their use on male sexual function, foreign authors [2] recently suggested to pay attention to an insufficient amount of clinically oriented studies examining the impact of cannabis use on male sexual function. Our research of erectile dysfunction among chronic marijuana users is the world's first step in using a valid objective method in research of sexuality among marijuana users and we suggest to draw attention to the need for a representative research in this area.

Keywords: Sexual health – Erectile Dysfunction – The International Index of Erectile Function (IIEF-5) – Marijuana users – Cannabis.

Česká republika patří mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopných drog, a počet uživatelů zde tvoří prakticky třetí nejpočetnější skupinu uživatelů návykových látek vůbec. Dle Národního monitorovacího střediska pro drogy v současnosti v České republice 60 tisíc uživatelů užívá marihuanu každodenně [4]. Po alkoholu a tabáku jsou konopné drogy třetí nejoblíbenější skupinou drog nejen v ČR, ale i ve světě.

Užívání konopných drog může mít rozličné dopady na fyziologické funkce, nejběžněji na centrální nervový systém (CNS) – aktivní metabolit THC (delta-9-tetrahydrokanabinol) může na CNS působit

jako stimulant, halucinogen, může působit tlumivě, i jako anxiolytikum [5,6]. Erektální dysfunkce (ED) je neschopnost dosáhnout takové erekce, která by postačila k uspokojivému uskutečnění pohlavního styku. ED je celosvětově nejčastěji se vyskytující mužská sexuální dysfunkce, příčiny jejího výskytu mohou být jak fyziologické, tak psychologické [7].

Vzhledem k výše uvedeným faktům roste v současné době zájem o výzkum v této oblasti. A mnozí autoři nově upozorňují, že poznatky o dopadu dlouhodobého pravidelného užívání konopných drog na veřejné zdraví a sexualitu uživatelů jsou stále ještě velmi omezené a problematika vyžaduje další, zejména klinické, zkoumání [1,2].

Níže podáváme přehled dosavadních dostupných poznatků z oblasti užívání konopných drog a s tím souvisejícího reprodukčního a sexuálního zdraví, a dále prezentujeme výstupy z výzkumu sexuality dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku 30-50 let, jež byl realizován v České republice v roce 2010, a v němž nebyla potvrzena zvýšená míra výskytu erektilní dysfunkce u dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku 30-50 let [3].

2. Dosavadní poznatky o dopadech užívání konopných drog na sexuální zdraví

Užívání konopných drog za účelem změny stavu vědomí ve snaze ovlivnit prožitek sexuality je již od dávné historie velmi rozšířené. Avšak zatímco s oblibou citované starodávné texty referují především o afrodiziakálních účincích konopných drog, moderní výzkumy ukazují, že efekty marihuany jsou determinovány jak užitým množstvím drogy, tak osobností a fyziologií jedince a jeho prostředím a kulturou [8].

Pohlavní zdraví je ovlivněno řadou environmentálních faktorů, jako jsou všudypřítomné toxické zplodiny, ionizující záření a samozřejmě životní styl, zahrnující mimo jiné užívání legálních a ilegálních návykových látek a drog. Mezi tyto substance patří i kanabinoidy obsažené v konopí, které mohou ovlivňovat reprodukční systém přímo přes receptory kanabinoidního systému v celém pohlavním ústrojí – ve vaječnicích a endometriu u žen, ve varlatech, nadvarlatech, prostatě a spermii u mužů. A ačkoli kanabinoidy mohou ovlivnit pohlavní orgány přímo, zdá se, že značný vliv má zasažení osy hypotalamus–hypofýza–gonády. U obou pohlaví je sekrece pohlavních hormonů kontrolována přímo hypofýzou, která produkuje tzv. gonadotropiny – folikuly stimulující hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH). Uvolňování gonadotropinů je řízeno gonadoliberinem (GnRH), který se uvolňuje v pulzech z hypotalamu, přičemž FSH a LH ovlivňují sekreci vlastních pohlavních hormonů – testosteronu u mužů a estradiolu a progesteronu u žen. Tyto hormony poté zpětně ovlivňují hypotalamus a hypofýzu [9].

2.1 Studie na zvířatech

Mnohé výzkumy provedené na zvířatech a in vitro studie poukazují častěji na inhibující dopad

kanabionidů (látek obsažených v konopných drogách) na pohlavní chování [10,11]. V pokusech na zvířatech se dostávají poměrně konzistentní výsledky také v souvislosti s hormonálním systémem a spermatogenezí – THC u samců způsobuje snížení plazmatické koncentrace LH a testosteronu. Samci vystavení vysokým dávkám konopí, konopnému extraktu nebo THC a také dalším kanabinoidům vykazují sníženou hladinu testosteronu, opožděné dozrávání spermií, redukcii počtu spermií a jejich pohyblivost a zvýšení výskytu abnormálních spermií. Ačkoli mechanismus tohoto efektu dosud není přesně znám, je pravděpodobné, že se jedná jak o přímý efekt na varlata, tak o nepřímé působení na hypotalamus. Studie na hlodavcích ukazuje zřetelné snížení hladiny testosteronu a gonadotropinů po akutním podání THC, což je zapříčiněno zřejmě inhibicí uvolnění GnRH z hypotalamu. Avšak efekt chronické expozice je mnohem menší než po jednorázové dávce THC, což je pravděpodobně zapříčiněno vznikem tolerance [9]. Na zvířatech bylo také dříve než na lidech testováno přímé působení kanabinoidů na sperma a zjistilo se, že akutní podání kanabinoidů může snížit fertilizační kapacitu (fertilizace = oplodnění) jejich spermatu, což je způsobeno inhibicí akrozomální reakce, která je důležitá pro proniknutí spermie do vajíčka [11].

2.2 Studie mužského hormonálního systému

Co se týče výzkumů na mužích, již od 70. let bylo zjišťováno, zda se u uživatelů marihuany mění hladina testosteronu a jestliže se mění, tak na jak dlouhou dobu. Bylo zjištěno, že u pravidelných uživatelů konopných drog dochází k signifikantnímu snížení hladiny testosteronu, produkce spermatu, pohyblivosti spermií a zvýšení abnormalit mezi spermii kuřáků marihuany oproti občasným kuřákům [12].

Výsledky následné studie [13] provedené na větších, lépe kontrolovaných skupině chronických uživatelů konopí poukázaly na to, že snížení hladiny testosteronu je pouze přechodné. A dalším autorům se také snížení hladiny testosteronu nepodařilo prokázat – ve studii ze stejného období [14] bylo zkoumáno 27 mužů, jejichž průměrná délka užívání byla 5,6 roku. Ti po dobu 14 dnů konopné drogy vůbec neužívali, pak 21 dnů ano (12 z nich kouřilo 1 – 5 jointů denně, 15 z nich kouřilo 1 – 8 jointů denně). Srovnání hladin testosteronu před, během, a po tomto období nevykazovalo v tomto výzkumu žádné signifikantní rozdíly [14].

V jiné studii, která také nepodporuje zjištění o poklesu hladiny testosteronu, byly srovnávány hladiny hormonů u 38 uživatelů (kouřili v průměru 9,6 jointů denně po dobu 17 let) a 38 neuzivatelů. Rozdíly nebyly zjištěny ani mezi skupinami navzájem, ani mezi těžkými a lehkými uživateli [15]. A i pozdější výzkumy došly k podobným závěrům [16].

Studie popisující vliv na reprodukční hormony u lidí tedy poskytují na první pohled rozporuplné výsledky. Zpráva světové zdravotnické organizace [17] uvádí, že ačkoli první nálezy u chronických kuřáků marihuany odhalily ovlivnění reprodukčních funkcí a hladin pohlavních hormonů – byly popsány nižší hladiny testosteronu u kuřáků marihuany

ve srovnání s nekuřáky, jakož i akutní snížení LH a testosteronu po kouření marihuany – následující studie naopak potvrdily, že plazmatické hladiny LH nebyly změněny po kouření jedné nebo dvou cigaret marihuany obsahující 2,8% THC, a že denní expozice THC neměla vliv na plazmatickou koncentraci LH nebo testosteronu u mužů, kteří byli kuřáci konopí. Obdobně v kolísání plazmatických koncentrací LH, FSH, prolaktinu a testosteronu nebyly nalezeny klinické odlišnosti mezi kuřáky a nekuřáky konopí [17]. A ani relativně nedávná studie snížení hladiny testosteronu a LH nepotvrdila [18].

Rozdílné výsledky by mohly odrážet rozdíly v experimentálních procesech a možný vliv předchozí expozice konopí (vznik tolerance) u testovaných subjektů. Všeobecně jsou výsledky studií na lidech relativně konzistentně vysvětlitelné hypotézou, že THC inhibuje LH u krátkodobých či občasných kuřáků marihuany, nikoliv však u habitálních kuřáků. Dlouhodobé užívání skutečně vede k toleranci na inhibiční efekt THC na produkci LH [11].

2.3 Studie mužské spermatogeneze

Ve studii z roku 1979 byla skupina mužů v laboratoři vystavena po jeden měsíc 20 jointům za den. Po skončení výzkumníci zjistili sníženou koncentraci a nižší pohyblivost spermií, které však nevybočovaly z průměru. V průběhu dalšího měsíce se zde obě zkoumané proměnné vrátili na původní hladinu [19].

Nověji autoři zjistili [20], že aktivace kanabinoidního receptoru na hlavičce a ve střední části spermie inhibuje jak pohyblivost spermií, tak akrozomální reakci, která je důležitá pro proniknutí spermie do vajíčka. Z této studie také vyplývá, že přibližně 0,06% a 0,02% podané dávky THC se dostalo do mozku a varlat. Naproti tomu v epididymálním (epididymis: nadvarle) tuku byla koncentrace THC po jedné dávce 8x větší než v mozku a po opakované aplikaci dokonce 80x větší. Jelikož spermie sídlí před ejakulací v nadvarlatech, jsou tak v přítomnosti velmi vysoké koncentrace kanabinoidů, což může ovlivnit jejich funkci [20].

Další výzkumy na lidských spermiích s nejlepší fertilizační kapacitou ukazují snížení pohyblivosti o 2 – 21% a redukci spontánní akrozomální reakce o 17 – 35%. U spermií nižší kvality byly tyto efekty silnější [21].

Účinky jsou však zřejmě závislé také na podané dávce. Konkrétně na dávce závislá oligospermie byla popsána u chronických uživatelů, kdy snížení koncentrace spermatu dosahovalo 58% u chronických uživatelů kouřících vysoké dávky, aniž by byla snížena hladina LH. Tato oligospermie byla reverzibilní a koncentrace spermií se obnovila po 5 – 6 týdnech od posledního podání marihuany [18].

Vzhledem k faktu, že THC má dlouhý biologický poločas, protože je velmi lipofilní (tzn. je snadno ukládáno v tukové tkáni), je pravděpodobné, že osoby vystavené chronickému užívání marihuany budou mít zvýšené koncentrace kanabinoidů v biologických tekutinách, s možným negativním vlivem na fertilitu [9].

2.4 Studie mužských sexuálních dysfunkcí

Na začátku 80. let bylo zjištěno, že velmi vysoké dávky konopí souvisejí s neschopností uskutečnit sexuální styk, což bylo dáváno do souvislosti se změnami hladiny plazma testosteronu, jež při nízkých dávkách stoupá a při vysokých dávkách naopak klesá [22]. Dále bylo zjištěno, že užívání marihuany souvisí se vzrůstající délkou sexuálního styku a nižším počtem orgasmů [23].

Avšak k jinému výsledku došli autoři [24], kteří ve své studii, která se zabývala komorbiditou sexuálních dysfunkcí s užíváním drog a alkoholu, nepotvrdili souvislost mezi celoživotním užíváním marihuany a inhibovaným sexuálním vzrušením (tj. nedostatečnou erekcí u mužů a nedostatečným vzrušením u žen), ale potvrdili inhibovaný (častěji nedosažený) orgasmus v souvislosti s užíváním alkoholu a marihuany [24].

Cílem dalšího výzkumu [25] bylo zjistit, zda mohou endoteliální dysfunkce poukazovat na vaskulární erektilní dysfunkce u mladých rekreačních drogových uživatelů. Autoři došli k závěru, že brzké erektilní dysfunkce mohou být indukovány chronickým užíváním marihuany, potažmo aktivací endokanabinoidního systému [25].

V nedávné studii shrnuli autoři [26] předpokládanou roli endokanabinoidního systému a užívání konopí na sexuální chování a vzrušení se zdá být závislý na dávce drogy, a dále je zřejmé, že kanabinoidy vyvolávají útlum sexuálního chování je nezávislý na souběžném poklesu hladiny testosteronů [26].

V nejnovější populační australské studii [27] nebyla potvrzena spojitost mezi pravidelným užíváním marihuany a problémy s udržením erekce, avšak denní užívání marihuany u mužů zde souviselo jednak se zvýšeným výskytem neschopnosti dosáhnout orgasmu, a dále také s příliš rychlým a příliš pomalým dosahováním orgasmu. Autoři vyvodili závěr, pravidelné užívání konopných drog souvisí u mužů s neschopností dosahovat orgasmu tak, jak by si sami přáli [27].

3 Výzkum erektilní dysfunkce u uživatelů marihuany

Výzkum míry výskytu erektilní dysfunkce u dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku 30-50 let za použití Dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF-5 (validizovaný dotazník, který v praxi pomáhá sexuologům zjistit, zda klient netrpí určitým stupněm erektilní dysfunkce) byl součástí širšího výzkumu sexuality uživatelů marihuany, který byl v České republice realizován v roce 2010, a jehož cílem bylo prvotně zmapovat oblasti sexuality a sexuálního chování českých dlouhodobých chronických uživatelů marihuany neužívajících tvrdé drogy [1].

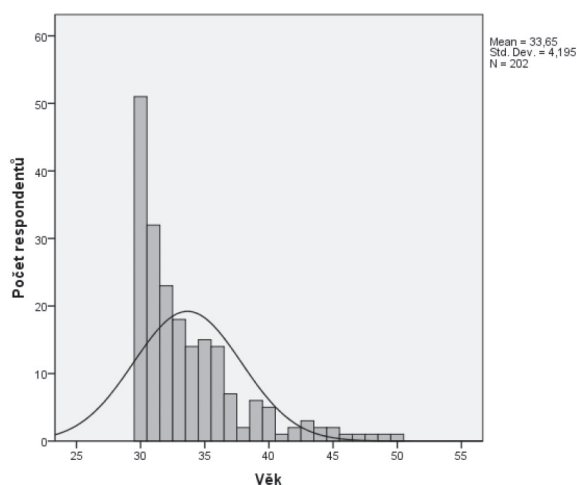
Výzkum byl kvantitativní povahy, data byla sbírána dotazníkovou metodou prostřednictvím internetu – k výzkumu byl použit jednak nestandardizovaný dotazník, vycházející z dotazníku pro výzkum sexuálního chování v populaci ČR [28] a dále již výše zmiňovaný validizovaný Dotazník sexuálního zdraví muže IIEF-5.

3.1 Charakteristika souboru

Výběrový soubor čítal 202 respondentů – mužů ve věku 30-50 let, středně těžkých a těžkých dlouhodobých uživatelů marihuany (tedy dle klasifikace Miovského [29] jedinců, užívajících marihuanu minimálně 2x týdně, po dobu delší než 2 roky), kteří užívají různé kombinace drog – první skupina respondentů užívá pouze marihuanu, druhá skupina respondentů užívá marihuanu a alkohol, a třetí skupina respondentů užívá marihuanu, alkohol a „párty“ drogy (LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain). Ze zkoumaného souboru užívá většina respondentů marihuanu denně (55,4%), necelá třetina respondentů užívá marihuanu 4-5x týdně (28,7%), zbylí respondenti (15,8%) užívají marihuanu 2-3x týdně. Průměrná délka užívání marihuany v celém souboru činila 12,3 let (SD = 4,8), nejčastěji byla udávaná délka užívání 15 let. Minimální uvedená délka užívání činila 3 roky, maximální délka užívání pak činila 35 let. Mezi respondenty se vyskytovali zástupci všech úrovní vzdělání. Nejčastěji udávané vzdělání bylo vzdělání střední s maturitou, které uvedlo 44,1% respondentů, druhou největší skupinu tvořili respondenti s vysokoškolským vzděláním, to uvedlo 35,6%. Nejméně zastoupeno bylo v souboru nedokončené základní vzdělání, které uvedl pouze jeden respondent (0,5%). Respondenti nejčastěji udávali pravidelné zaměstnání (55,9%), dále pak svobodné povolání, podnikatel (37,1%), a naopak pouze dva respondenti uvedli, že jsou nezaměstnaní (1,0%). Zbylí respondenti buď studují (2,5%) nebo mají příležitostné zaměstnání (3,5%) [3].

Vzhledem k problematice zjišťování míry výskytu erektilní dysfunkce mezi uživateli, je zde důležité detailně popsat věkové rozložení respondentů v souboru, viz také graf 1. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 30 – 50 let, avšak nejčastěji udávaný věk byl 30,0 let (25,0% respondentů), průměrný věk činil 33,7 let (SD = 4,2), naprostá většina respondentů (82,7%) se tedy nacházela ve věku od 30 do 36 let.

Graf 1 Věkové rozložení respondentů



3.2 Míra výskytu erektilní dysfunkce u uživatelů marihuany

Pro zjištění míry výskytu jsme použili již výše zmiňovaný validizovaný Dotazník sexuálního zdraví muže IIEF-5, který sestává z pěti položek a součtem odpovědí na tyto položky je možno získat výsledný skóre, jehož hodnota sděluje, zda by se u konkrétního muže mohlo jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce či nikoli.

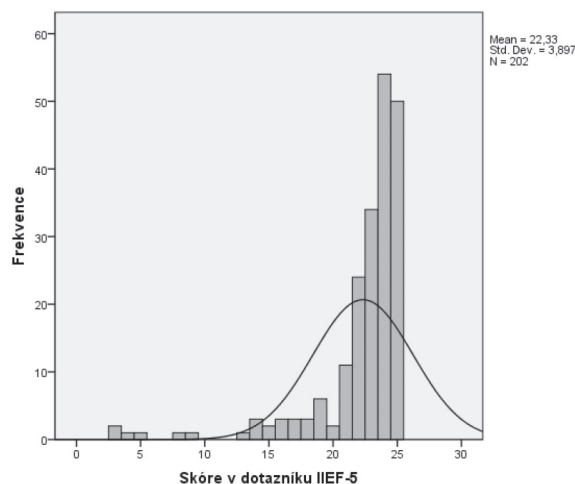
Výsledný skóre v Dotazníku IIEF-5 může dosahovat hodnot v rozmezí 0 – 25 bodů. Pokud je výsledný skóre konkrétního muže, jež vyplnil Dotazník IIEF-5, 21 bodů nebo méně, mohlo by se u něj jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce.

Množství respondentů z našeho souboru, u nichž by se mohlo jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce, viz tabulka 1. Víme již, že pokud muž dosáhne v Dotazníku IIEF-5 skóre 21 bodů nebo méně, mohlo by se u něj jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce. Zaměříme se proto v tabulce 1 na množství respondentů, kteří dosáhli v Dotazníku IIEF-5 skóre 21 bodů nebo méně. V kolonce kumulativních procent vidíme, že 19,8% respondentů dosáhlo v Dotazníku IIEF-5 skóre 21 bodů nebo méně.

Můžeme tedy říci, že u 19,8% respondentů z našeho souboru, by se mohlo jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce. Rozložení skóre z Dotazníku IIEF-5 zobrazuje také viz níže graf 2.

Tab. 1 Rozložení skóre z Dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF-5

	Počet respondentů	%	Kumulativní %
Skóre v Dotazníku IIEF-5	3	2	1,0%
	4	1	0,5%
	5	1	0,5%
	8	1	0,5%
	9	1	0,5%
	13	1	0,5%
	14	3	1,5%
	15	2	1,0%
	16	3	1,5%
	17	3	1,5%
	18	3	1,5%
	19	6	3,0%
	20	2	1,0%
	21	11	5,4%
	22	24	11,9%
	23	34	16,8%
24	54	26,7%	
25	50	24,8%	
Celkem	202	100,0%	-

Graf 2 Rozložení skóre z Dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF-5

Diskuze

Za použití Dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF-5 jsme zjistili, že v souboru dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku od 30 do 50 let by se u 19,8% respondentů mohl vyskytovat určitý stupeň erektilní dysfunkce.

Z dostupných údajů o výskytu erektilní dysfunkce v České republice víme, že určitý stupeň erektilní dysfunkce postihuje 54% mužů ve věku 35 – 65 let, přičemž středně závažnou až těžkou poruchou erektilní dysfunkce trpí každý čtvrtý muž v tomto věkovém rozmezí [30]. Weiss a Zvěřina [31] zjistili u reprezentativního vzorku českých mužů mezi 35 a 65 lety výskyt střední a těžké erektilní dysfunkce u 26%, přičemž největší výskyt závažných poruch se objevoval ve věkové kategorii 55 – 65 letých. Co se týče údajů ze světa, z často citované studie o mužském stárnutí [7] vyplývá, že výskyt poruch erekce roste s věkem – ve věku 40 let byl výskyt erektilní střední a těžké poruchy erekce u 22% mužů, ve věku 60 let u 40% mužů, a ve věku 70 let u 50% mužů.

Z těchto údajů můžeme jen opatrně vysuzovat, zda je možný výskyt erektilní dysfunkce u 19,8% uživatelů marihuany, jimž je v našem souboru naprostě většině méně než 40 let (82,7% respondentů ze souboru se nachází ve věku 30 – 36 let) zvýšený či snížený oproti běžné populaci. Dotazník IIEF-5 jsme do výzkumu sexuality uživatelů marihuany zařadili právě proto, abychom zjistili prevalenci možné erektilní dysfunkce u těchto uživatelů. Předpokládali jsme zvýšený výskyt erektilní dysfunkce nejen na základě dostupných výzkumů, ale také na základě úvahy, že uživatelé marihuany jsou často také kuřáci tabáku, což je jeden z významných faktorů přispívajících k výskytu erektilní dysfunkce. Avšak na základě získaných údajů z Dotazníku IIEF-5 nyní nemůžeme vyvodit, že je mezi uživateli marihuany vyšší míra výskytu erektilních dysfunkcí než je tomu v „běžné“ populaci.

Závěr

V současné době se objevuje stále více dokladů o potenciální souvislosti mezi užíváním konopí,

zejména intenzivním, a celou řadou zdravotních a psycho-sociálních problémů. Avšak navzdory celosvětově vysoké prevalenci užívání konopných drog je klinický výzkum zabývající se souvislostmi mezi užíváním konopí a jeho dopadem na sexuální zdraví velmi limitován, a rozsah a povaha problémů zjišťovaných u euroamerických populací uživatelů konopí zůstávají nadále nejasné. Je potřeba zdůraznit, že žádný z dosavadních výzkumů zabývajících se mužskými sexuálními funkcemi u uživatelů marihuany, nezahrnoval ve své metodologii objektivní validizovanou metodu pro zjišťování erektilní dysfunkce (jako je např. námi použitý Dotazník sexuálního zdraví IIEF-5). Za použití Dotazníku IIEF-5 jsme zjistili, že v souboru dlouhodobých chronických uživatelů marihuany ve věku od 30 do 50 let by se u 19,8% respondentů mohl vyskytovat určitý stupeň erektilní dysfunkce. Avšak na základě těchto údajů není možno vyvodit, že je mezi uživateli marihuany vyšší míra výskytu erektilních dysfunkcí než je tomu v „běžné“ populaci.

V souladu s dalšími autory [2] proto upozorňujeme na nedostatečné množství klinicky orientovaných studií zkoumajících dopad konopných drog na mužské sexuální funkce. Námi provedený výzkum erektilní dysfunkce u dlouhodobých chronických uživatelů marihuany je celosvětově prvním krokem v použití objektivní validní metody ve výzkumu sexuality uživatelů marihuany, a upozorňujeme na potřebu realizace reprezentativního výzkumu v této oblasti.

Literatura

- DOLEŽALOVÁ HROUZKOVÁ, A. 2010. Sexualita uživatelů marihuany. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. 2010. 215 s., 5 příloh. Vedoucí práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.
- SHAMLOUL, R., BELLA, A.J. 2011. Impact of Cannabis Use on Male Sexual Health. *Journal of Sexual Medicine*. 2011, Apr;8(4): pp. 971-5.
- WHO. 2008. Management of substance abuse. Cannabis: Facts and Figures. Geneva: World Health Organization, 2008. Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/
- MRAVČÍK, V. et al. 2010. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6
- VACEK, J. 2008. Prožitek akutní intoxikace. In M. MIOVSKÝ. (ed.). Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 4.2, s. 220-236.
- KRMENČÍK, P. 2008. Farmakokinetika THC. In M. MIOVSKÝ. (ed.). Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 2.4, s. 100-107.
- FELDMAN, H.A., GOLDSTEIN I, HATZICHRISTOU DG. 1994. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal*

- of Urology. 1994, vol. 151, no. 1, pp. 54-61.
8. NECCO, T. 1998. Marijuana and Sex: A Classic Combination [online]. Cannabis Culture: Marijuana Magazine [online]. 1998, vol. 14 [cit. 2010-3-07]. Dostupné z: <http://www.cannabisculture.com/v2/articles/1372.html>
 9. KRMENČÍK, P. 2008. Somatická rizika spojená s užíváním konopných drog. In M. MIOVSKÝ. (ed.). Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 7.1, s. 335-353.
 10. ARGIOULAS, A., MELIS, M.R. 2005. Central control of penile erection: Role of the paraventricular nucleus of hypothalamus. Prog Neurobiol. 2005, vol. 76, pp. 1-21.
 11. JOY, J.E., WATSON, S.J., BENSON, J.A. 1999. Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base [online]. Washington, D.C.: National Academies Press, 1999 [cit. 2010-3-07]. Dostupné z: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=6376
 12. KOLODNY, R.C., MASTERS, W.H., KOLODNER, R.M. et al. 1974. Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marihuana use. New England Journal of Medicine. 1974, vol. 290, iss. 16, pp. 872-874.
 13. KOLODNY, R.C., LEASIN, P., TORA, G. et al. 1976. Depression of plasma testosterone with acute marijuana administration. In M. C. BRAUDE, S. SZARA. (eds.). Pharmacology of Marihuana. New York: Raven Press, 1976. pp. 217-225. ISBN 0890040672.
 14. MENDELSON, J.H., KUEHNLE, J., ELLINGBOE, J. et al. 1974. Plasma testosterone levels before, during and after chronic marihuana smoking. New England Journal of Medicine. 1974, vol. 291, iss. 20, pp. 1051-1055.
 15. COGGINS, W.J., SWENSON, E., DAWSON, W. et al. 1976. Health Status of Chronic Heavy Cannabis Users. Annals of the New York Academy of Sciences. 1976, vol. 282, iss. Chronic Cannabis Use, pp. 148-161.
 16. CONE, E.J., JOHNSON, R.E., MOORE, J.D. et al. 1986. Acute effects of smoking marijuana on hormones, subjective effects and performance in male human subjects. Pharmacology Biochemistry and Behaviour. 1986, vol. 24, iss. 6, pp. 1749-1754
 17. PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE. Cannabis: A Health, Perspective and Research Agenda. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_PSA_97.4.pdf
 18. BROWN, T.T., DOBS, A.S. 2002. Endocrine effects of marijuana. Journal of Clinical Pharmacology. 2002, vol. 42, pp. 90-96.
 19. HEMBREE, W.C., NAHAS, G.G., ZEIDENBERG, P. et al. 1979. Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana smoking. In G. NAHAS, W. PATON. (eds.). Marihuana: Biological effects. Oxford : Pergamon, 1979. pp. 429-439. ISBN 0080237502.
 20. ROSSATO, M., POPA, F.I., FERIGO, M. et al. 2005. Human sperm express cannabinoid receptor CB1 which activation inhibits motility, acrosome reaction and mitochondrial function. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2005, vol. 90, iss. 2, pp. 984-991.
 21. WHAN, B.L., WEST, M.C.L., MCCLURE, N. et al. 2006. Effects of of delta-9-tetrahydrocannabinol, the primary psychoactive cannabinoid in marijuana, on human sperm function in vitro. Fertility and Sterility. 2006, vol. 85, iss. 3, pp. 653-660.
 22. BUFFUM, J. 1982. Pharmacosexology: the effects of drugs on sexual function a review. Journal of Psychoactive Drugs. 1982, vol. 14, iss. 1-2, pp. 5-44.
 23. HALIKAS, J.A., WELLER, R.A., MORSE, C. 1982. Effects of regular marijuana use on sexual performance. Journal of Psychoactive Drugs. 1982, vol. 14, iss. 1-2, pp. 59-70.
 24. JOHNSON, S.D., PHELPS, D.L., COTTLER, L.B. 2004. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. Archives of Sexual Behavior. 2004, vol. 33, iss. 1, pp. 55-63.
 25. AVERSA, A., ROSSI, F., FRANCOMANO, D. et al. 2008. Early endothelial dysfunction as a marker of vasculogenic erectile dysfunction in young habitual cannabis users. International Journal of Impotence Research. 2008, vol. 20, iss. 6, pp. 566-573.
 26. GORZALKA, B.B., HILL, M.N., CHANG, S.C. 2009. Male-female differences in the effects of cannabinoids on sexual behavior and gonadal hormone function. Hormones and Behavior. 2009, Sep 3.
 27. SMITH, M.A., FERRIS, J.A., SIMPSON, J.M. et al. 2009. Cannabis Use and Sexual Health. The Journal of Sexual Medicine. 2009, vol. 7, iss. 2pt1, pp. 787-793.
 28. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2001. Sexuální chování v ČR : situace a trendy. Praha : Portál, 2001. 159 s. ISBN 80-7178-558-X.
 29. MIOVSKÝ, M. 1998. Cannabis : Nejvýznamnější prediktory úspěšnosti (resp. neúspěšnosti) léčby z hlediska individuální systematické psychoterapie uživatelů cannabis. Brno: Psychologický ústav FF MU, 1998.
 30. BENEŠ, V., CHALOUPKA, V., KOČÍ, K. et al. 2004. Erektální dysfunkce, její diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-735-019-4.
 31. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2002. Vliv věku a somatického zdraví na erektilní funkci mužů středního věku. Praktický lékař. 2002, vol. 82, iss. 1, pp. 21-23.

Kontaktní adresa:
alex.hrouzkova@gmail.com

Recenzia

Anton Heretik: **Humor je vážna vec.** Psychológia a psychopatológia komiky. Bratislava: TRIO Publishing, s. r. o., 2013. 160 s. ISBN 978-80-89552-70-2.

Profesor Anton Heretik je známy svojimi mimoriadne významnými publikáciami z oblasti forenznej a klinickej psychológie. Spomeňme len niektoré: Forezná psychológia (v roku 2010 vyšla v treťom vydaní), Extrémna agresia I – forezná psychológia vraždy (v roku 2010 vyšla v druhom vydaní), Klinická psychológia (spoluautor a zostavovateľ, 2007).

Mohlo by sa zdať, že aktuálne recenzovaná publikácia je akýmsi odľahčeným žánrom, nie je tomu však celkom tak. Početné vtipy, ktorými je publikácia popretkávaná, však predsa len urobia svoje!

Tému humor autor zaraďuje do odvetvia, ktoré sám nazval marginálna psychológia. Vedu o humore – gelotológiu (z gréckeho gelos = smiech) – definuje ako interdisciplinárne odvetvie, ktorému sa popri psychológoch a psychiatroch venujú aj evoluční biológovia, sociológovia, historici, literárni vedci a jazykovedci. Humor považuje ako nadradený pojem pre všetky psychické javy, ktoré súvisia s vnímaním a prežívaním toho, čo „je smiešne“.

V publikácii sa dočítame o fenomenológii humoru, o serióznych teóriách humoru, ktoré sú uvedené v kapitole Psychobiológia humoru. Autor venuje osobitné subkapitoly osobnosti a zmyslu pre humor, ako aj vývinovým aspektom humoru. Už v úvode publikácie konštatuje, že „vedeckých publikácií o humore je toľko, že človeka prejde smiech“ (s. 11).

Keď hovoríme o vtipoch, lepšie povedané, keď hovoríme vtipy, skôr či neskôr sa dostaneme k tým, ktoré majú zjavný eroticko-sexuálny podtón alebo sú rýdzo sexuálne. V ich pozadí je, podľa autorovej citácie Freuda, bazálna vlastnosť človeka – neúnavné hľadanie slasti. Zaujímavé, jednoznačne pravdivé je aj autorovo konštatovanie ohľadne úlohy vtipov v našej ontogenéze: „Sexuálne vtipy typu čím hrubšie, tým lepšie, boli súčasťou nášho dospievania a ďaleko predbiehalí prvé erotické skúsenosti“ (s. 8).

Na rozdiel od Freuda, ktorý vo svojom diele Vtip a jeho vzťah k nevedomiu (1905) a Humor (1928) neuvádza žiadny príklad vulgárneho či obscénneho vtipu, v recenzovanej publikácii ich (aj pre radosť recenzenta) nachádzame dosť, počnúc jedným z drsnejších už na prvej strane Úvodu: „Manžel vyprevádza na stanicu manželku do kúpeľov a stojí na peróne. Vlak sa rozbieha a manželka zatvára okno. Muž sa zrazu spamätá a rozbehne sa pozdĺž vlaku s výkrikom: ‘Buď mi verná!’ Manželka za oknom naznačuje, že nepočuje a vlak ide čoraz rýchlejšie. ‘Buď mi verná!’, vykrikuje utekajúci manžel, ale ona nerozumie. Vtom manžel v behu narazí do kandelábra, padá na zem a hovorí: ‘Nech ťa poj..ú celé Karlovy Vary, ty p...a hluchá!’“

Ďalšie milé vtipy sprevádzajú celý odborný text knihy, takže čitateľ ich so zvedavosťou očakáva po každom otočení strany a pravdepodobne, podobne ako recenzent, zareaguje aj typickým autentickým duchenneovským smiechom (má svoju neuronálnu reprezentáciu v subkortikálnych oblastiach a mozgovom kmeni).

Najrozsiahlejšia kapitola publikácie je venovaná Humor v psychoterapii (kap. 4). Jej subkapitola Humor

pri práci so sexualitou (4.1.2) začína vtipom, ktorý som v rámci prednášky zo psychologickej sexuológie prečítal svojim študentom pár minút po krste recenzovanej knihy: Mladá žena nastúpi do výtahu v newyorskom mrakodrape. Po chvíli pozrie na muža, ktorý stojí v kúte a prekvapene sa spýta: „Nie ste vy Robert Redford?“ – „Som, a čo má byť?“ – „A nemohla by som vám ho vyfajčiť?“ – „No, mohla, ale čo z toho budem mať ja?“ Namiesto smiechu nastalo hrobové ticho – vtip zrejme nepadol na úrodnú pôdu, predpokladám že aj vzhľadom na jeho generačné špecifiká, ako aj vzhľadom na jeho hlbšiu podstatu – slovami autora: Tento vtip je prvoplánovo o tom, kto má väčší zisk, teda slasť zo sexu. Ale zároveň je to vtip o individuálnom a spoločenskom narcizme, kulte celebrit, sexizme, sexe bez lásky a vzťahu a iste má niekoľko ďalších vrstiev... V uvedenej súvislosti sa hodí aj autorovo upozornenie ohľadne opatrnosti pri dávkovaní sexuálnych vtipov najmä v terapeutickom vzťahu (recenzent dodáva, že nie len) – je mimoriadne dôležité dodržiavať zásady správneho timingu a vhodnosti situácie.

Pochopiteľne, celá kniha nie je len o sexe, tieto kapitoly (aj vtipy) boli vyzdvihnuté kvôli jej recenzii v Sexuológii. V kapitole Humor v psychoterapii nachádzame nemenej zaujímavé subkapitoly, napr. ako Humor pri práci na prenose a protiprenose, Zmysel života a paradoxná intencia V. Frankla, Psychoterapia orientovaná na človeka (tu nájdeme vtipnú paralelu medzi Maslowovou sebaaktualizáciou, resp. vrcholovými zážitkami a starým vtipom vychádzajúcim z poznania orgastických pocitov horolezcov, ktorý dosiahli vrchol – totiž, že niektoré horolezkyne dosiahnu vrchol už v základnom tábore), a napokon Všeobecnými zásadami použitia humoru v terapii.

Zlatým klincom publikácie sú židovské vtipy zahrnuté v kapitole pod názvom Pocta židovským anekdotám, zrejme aj preto, lebo, slovami autora, v mnohých oblastiach spĺňa kritériá toho, čo psychológia nazýva múdrosť... Na ilustráciu jednej z nekonečne rozsiahlych tém vyberám jeden ľahko sexuálne ladený: Zuckermand sa vráti nečakane domov z cesty a nájde svoju ženu peľšit sa v posteli s cudzím mužom. „Čo to tu robíte?“ zveze na nich. Pani Zuckermandová sa obráti k neznámemu a vraví: „No čo som ti vravela, je to debil!“

V neposlednom rade sa žiada spomenúť, že kniha popri poukázaní na možnosti aplikácie humoru v psychoterapii prináša informácie aj o Teste vtipov s diferenciálno -diagnostickým použitím, ktorý, na škodu veci, nie je v radoch psychológov dostatočne známy, hoci jeho existencia sa datuje už spreď 30. rokov.

Publikáciu možno hodnotiť ako príjemné sklbenie humoru a užitočných odborných informácií, navyše ilustrovaných aj viacerými duchaplnými karikatúrami (Juhás, Šútovec, Taussig, Tomaschoff, Zacharová). Obsahuje rozsiahly zoznam použitej literatúry a bohatý, starostlivo zostavený autorský, vecný register a anglický súhrn.

Autorovo vyznanie, že problematike humoru sa chce venovať na záver svojej vedeckej kariéry po splnení „povinných akademických jászd“, berieme ako súčasť pre neho vlastného zmyslu pre humor s očakávaním ďalších prekvapení, ktoré sa, ako sme už zvyknutí, skutočne dobre čítajú!

Robert Máthé

Vedecko - pracovná schôdza Slovenskej sexuologickej spoločnosti, 9 apríl 2014, Trnava

V poradí druhá vedecko - pracovná schôdza Slovenskej sexuologickej spoločnosti sa aj tentoraz stretla so širokým záujmom odbornej sexuologickej aj nesexuologickej verejnosti, o čom svedčí takmer 120 účastníkov podujatia.

Úmyslom usporiadateľov podujatia, najmä vzhľadom na rôznorodosť jej účastníkov (čo sa týka ich odbornej zameranosti), bola pestrosť programu - veď cieľom tohto podujatia bolo predovšetkým viesť problematiku sexuológie medzi širšie vrstvy zdravotníckych pracovníkov, resp. podnietiť ich aktivity v oblasti sexuológie.

Vypočuli sme si prednášku Dr. Z. Petrovičovej na tému Úvahy o karcinóme prsníka, prednášku Dr. D. Šedivej na tému Homosexualita v epochách dejín, Dr. I. Bartl hovoril o sexualite hendikepovaných, Dr. P. Miná-

rik, ako obvykle, zaujal poslucháčov prednáškou stavanou najmä poznatkoch neurovedy pod názvom Potlačenie nechcených spomienok (s akcentom na sexualitu), Dr. Miháliková nám priblížila diagnostiku a liečbu infertility z pohľadu urológa, Dr. R. Máthé v spoluautorstve s Mgr. J. Štefánikovou predniesli príspevok o pseudogravidite ako forenzej kauzy a napokon Dr. I. Karbula upútal poslucháčov neštednou témou, resp. odpoveďou na otázku, či erektilná dysfunkcia je reálnou hrozbou cyklistiky. Schôdza sa opäť niesla v príjemnom ovzduší hotela Holiday Inn v Trnave a v konečnom dôsledku potvrdila žiadanosť jej ďalšieho plánovania. Vďaka za jej precízne zorganizovanie patrí predovšetkým MUDr. Dane Šedivej, primárke psychiatrického oddelenia FN v Trnave.

Robert Máthé

(dokončenie zo str. 27)

byla v DSM V. vynechaná, autoři soudí, že do poruch mužské sexuality patří. Je ovšem spíše příznakem jiných onemocnění než specifickou poruchou. Kompulzivní sexuální chování může mít povahu neparafilní i parafilní. Hovoří v této souvislosti opakovaně o sexuální závislosti („sexual addiction“). Je zde zmíněna existence několika dotazníkových metod, které mají identifikovat sexuální závislost (na příklad „Sexual Compulsivity Scale“, nebo „Sexual Addiction Screening Test“).

Hartmut Porst napsal obsáhlou kapitolu o poruchách erekce (433-533). Pečlivě analyzuje nejrůznější data o epidemiologii a etiologii této dysfunkce. Také samozřejmě různé terapeutické postupy. V přehledu inhibitorů PDE5 zmiňuje též novější medikamenty: avanafil, lodenafil a mirodenafil. Nevynechává ani u nás často za zcela obsoletní považovaný alkaloid yohimbin, který může být užitečný u funkčních (neorganických) poruch. Věren své urologické erudici, autor popisuje velmi podrobně a didakticky invazivní terapeutické postupy, počínaje intrakvemozními injekcemi, vaskularizačními operacemi a různými senilními implantáty konče. U kolébky revaskularizačních operací autor připomíná zásluhy pražského cévního chirurga Václava Michala. Zmíněny jsou moderní postupy typu rázových vln, nebo genetického inženýrství.

Předseda ESSM připojil též kapitolu o předčasné ejakulaci (s.546 - 592). Text uvádí snad všechny v té době známé definice této poruchy a různé časové definice ještě normální ejakulační latence („intravaginální ejakulační čas“, IELT). Terapie je uvedena kompletně a komplexně, včetně sexoterapie, psychofarmak a moderního dapoxetinu. Z chirurgických postupů se zmiňuje frenulotomie a penilní neurotomie.

Několik zajímavých kapitol se věnuje úrazům mužského genitálu, plastické induraci penisu, mikropenisu, hypospadie, fimóze a onemocněním prostaty.

3/ Ženské sexuální poruchy

Zde je uvedeno několik velmi stručných pojednání

o poruchách apetence, poruchách orgasmu a dyspareunii. Také stručné texty o antikoncepci a sexuálních problémech v těhotenství. Nepřinášejí vesměs nic zásadně nového ani zajímavého.

4/ Smíšená témata

John Dean (s. 1009 - 1026) napsal stručné pojednání o poruchách sexuální identity („gender dysphoria“). Zde se mimo jiné věnuje také aktuální debatou o možnostech „odmedicinalizovat“ tuto kategorii problémů. Od roku 2002 ve Velké Británii a od roku 2009 ve Francii již transsexualismus není uváděn jako duševní porucha. Má se docílit „depatologizace“ po vzoru přístupu k homosexualitě. Nějak v rozporu s tou depatologizací pak popisuje stávající možnosti léčby transsexualismu těmi biologickými postupy, které směřují ke změně tělesného pohlaví.

Stejný autor sepsal kapitolu o nekoitálním sexu a parafilních (1028-1036). Na pouhých osmi stránkách se vyrovnává s masturbací, orálním i análním sexem, jakož i s vyjmenováním různých parafilních preferencí.

Za zmínku stojí též kapitola o „iatrogenních sexuálních dysfunkcích“, kterou sepsali Italo C. Betchi a M. Spilotros (s.1127-1170). Jde o zajímavý přehled vedlejších sexuologických účinků různých medikamentů. Zmíněna jsou antihypertenziva, psychofarmaka, jakož i antiandrogeny. Stručně jsou pojednány též sexuologické aspekty nejrůznějších chirurgických výkonů, včetně prostatektomie.

Obsáhlý a hutný text uzavírá pojednání Y. Reimana o pohlavně přenosných onemocněních (s.1173-1223).

Publikace rozhodně není nezajímavá. Velké množství autorů a různorodost témat daly vzniknout spíše sborníku prací na téma lékařské aspekty lidské sexuality, než ucelenému a vyváženému textu. Zcela v duchu soudobé „sexuální medicíny“ je těžiště položeno na sexuální dysfunkce mužů. Jistě lze studium tohoto obsáhlého kompendia doporučit všem zájemcům o medicínské problémy v lidské sexualitě.

Jaroslav Zvěřina

(dokončenie zo str. 18) z Centra drogových závislostí v Bratislave. Za hlavné zistenie autorov možno považovať fakt, že sexuálne dysfunkcie sa najčastejšie vyskytujú u pacientov so závislosťou od heroínu, ďalej u závislých od alkoholu a napokon u pacientov so závislosťou od metamfenamínov. Závislý od marihuany a patologickí hráči vykázali najnižší výskyt sexuálnych dysfunkcií.

Tohtoročný Psychiatrický zjazd bol bohatý aj na krst nových odborných publikácií: André, I., Izáková Ľ.: Princípy súdnej psychiatrie; Vavrušová, L. a kol.: Hraničná porucha osobnosti; Forgáčová, Ľ., Heretik, A. (Eds.): Kapitoly z psychopatológie. Zborník z XVII. Guensbergerovho a XII. Dobrotkovho dňa v r. 2013;

Turček, M. a kol.: Anglicko-slovenský a slovensko-anglický psychiatrický prekladový slovník; Močovský, B.: Depresívna epizóda pri unipolárnej a bipolárnej depresii; Vavrušová, L. a kol.: Príručka mladých psychiatrov a napokon Černák, P., Minárik, P. a kol.: Samovražda – trendy súčasnej psychiatrie.

Záverom tejto stručnej, sexuologicky relevantnej informácie o XI. Psychiatrickom zjazde azda nemôže byť iné ako poďakovanie organizátorom a podporovateľom tohto podujatia za vytvorenie výborných podmienok na prezentáciu odborných príspevkov aj na utvrdzovanie kolegiálnych vzťahov.

Robert Máthé



doc. PhDr. Andrej Stančák, CSc.
20. september 1924
– † 9. marec 2014

Vo veku nedožitých 90 rokov zomrel 9. marca dlhoročný pedagogický pracovník Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach doc. PhDr. Andrej Stančák, CSc., ktorý patril k zakladateľskej generácii klinických psychológov

na Slovensku. Miesto psychológie v medicíne bolo jeho celoživotnou odbornou témou, ku ktorej sa približoval v rovine výskumnej i v rovine praktickej. Intenzívne sa venoval problematike suicidálneho správania a možnostiam krízovej intervencie. Významná bola jeho práca v oblasti forenznej psychológie a psychologickéj sexuológie.

Doc. Stančák bol dlhoročným pedagogickým pracovníkom Katedry psychiatrie Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach a externe viedol výučbu klinickej psychológie na viacerých slovenských fakultách. Veľa publikoval, časopisecky aj knižne, a mnohé z jeho prác sú naďalej súčasťou teoretickej prípravy nových generácií klinických psychológov.

Poslednej rozlúčky so zosnulým 12. marca v košickom krematóriu sa zúčastnila okrem jeho blízkych aj odborná obec a jeho žiaci.

Strohá informácia TASR...

Nedá mi, aby som sa aj osobne, a tiež aj v mene členov Slovenskej sexuologickej spoločnosti nerozlúčil s Andrejom Stančákom.

Docent Stančák bol jedným zo zakladateľov Slovenskej sexuologickej spoločnosti a počnúc rokom 1971, keď bola spoločnosť založená, bol podpredsedom a dlhoročným členom jej výboru. Spoločne s MUDr. Kandráčovou bol v roku 1972 koordinátorom prvej celoštátnej sexuologickej

konferencie v Košiciach, čím položil základy tradičným Košickým sexuologickým dňom (KSD), ktoré už 42 rokov priťahujú odborníkov so záujmom o sexuológiu. Poznámam, že na žiadnych KSD nechýbali odborne fundované prednášky doc. Stančáka, ktoré popri psychologických poznatkoch boli hlboko sytené aj medicínskymi vedomosťami. Docent Stančák bol klinickým psychológom, ktorý mal zvučné meno aj v kruhoch lekárov, čím dával dobrý vzor aj svojim žiakom – psychológom.

Spomínam si na neho ako na človeka, ktorý celým svojim bytím pracoval v záujme rozvoja psychológie, konštruktívne vnášajúc psychológiu do odborov ako psychiatria, interná medicína, ftizeológia, gynekológia, neurológia, endokrinológia a v neposlednom rade sexuológia. Ako jeden z mála československých odborníkov a v tom čase jediný z klinických psychológov sa vypracoval na člena prestížnej organizácie International Academy of Sex Research. Bol členom redakčnej rady viacerých, aj zahraničných, odborných časopisov, vydal významné knižné publikácie (jednou z posledných bola Klinická psychodiagnostika dospelých) a niekoľko sto časopiseckých publikácií, o jeho prednáškových aktivitách ani nehovoriac.

Súčasne zachovával aj zásady zdravého životného štýlu – bol vášnivým vysokohorským turistom (aj po sedemdesiatke zdolal tatranský Slavkovský štít) a na konferenčných večierkoch v bare hotela Slovan na tanečnom parkete zahanbil aj podstatne mladších účastníkov konferencie...

V psychológii, ktorá bola jeho prioritou, sa neúnavne a s nadšením vzdelával aj v pokročilom veku – svojou účasťou prekvapil napr. na minuloročnom vzdelávaní súdnych znalcov v Omšeni...

Docent Stančák bol človek, ktorý žil nesporne naplno z každej stránky a navyše zo života nielen bral, ale aj veľa dával – čo sa týka stránky odbornej aj ľudskej. Spomínam na neho ako na veľkého priateľa s uznaním a s úctou.

Robert Máthé



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 zvážiť úvodná dávka 25 mg. VIAGRA nie je indikovaná u osôb mladších ako 18 rokov. **Kontraindikácie:** precitlivosť na sildenafil alebo niektorú z pomocných látok, súčasné podávanie s donormi oxidu dusnatého alebo nitrátmi, ochorenia, pri ktorých sa sexuálna aktivita neodporúča (nestabilná angina pectoris alebo ťažké srdcové zlyhávanie), ťažká porucha pečene, hypotenzia (< 90/50 mmHg), nedávno prekonaný infarkt myokardu alebo náhla cievna mozgová príhoda, hereditárne degeneratívne ochorenia retiny (retinis pigmentosa), strata videnia v jednom oku v dôsledku NAION. **Osobitné upozornenia:** Lekár musí zohľadniť kardiovaskulárny stav pacienta a posúdiť riziko podania vazodilatátorov. VIAGRA potencuje hypotenzívny účinok nitrátov. Opatrnosť sa odporúča pri podávaní pacientom užívajúcim alfablokátory a u pacientov s anatomicou deformáciou penisu, resp. s ochoreniami s rizikom vzniku priapizmu. Kombinácia s inými PDE-5 inhibítormi alebo liekmi na liečbu PAH obsahujúcimi sildenafil sa neodporúča. U pacientov s hemoragickými poruchami alebo aktívnym peptickým vredom treba zvážiť prínos a riziko liečby. Filmový obal tablety obsahuje laktózu. VIAGRA nie je

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



VIAGRA[®]
(sildenafil citrate) tablets