

# SEXUOLÓGIA

# SEXOLOGY



ČASOPIS SLOVENSKEJ SEXUOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI  
JOURNAL OF THE SLOVAK SOCIETY FOR SEXOLOGY

## Prehľadné štúdie

### *Filozofie sexuálnej touhy*

Alexandra Doležalová Hrouzková, Petr Weiss

### *Poruchy sexuálnej identifikácie u jedinců*

s poruchami diferenciácie zevního genitálu

Jaroslav Zvěřina

### *Psychika a sexualita obézniho*

Dita Pichlerová, Jitka Herlesová

## Pôvodné práce

### *Medzinárodný dotazník sexuálneho zdravia*

(IIEF-5) v ambulantnej urologickej praxi

a jeho vzťah k LUTS

Martin Jankovich a kol.

### *IALURIL® – účinná liečba intersticiálnej*

cystitídy a chronických dyzurických ťažkostí

Mária Mihaliková, Igor Bartl

### *Proces coming out-u u parafilných sexuálnych*

delikventov

Dita Leczová, Vladimír Korpáš

### *Osobnostné črty „Dark triad“ (narcizmus,*

*machiavelizmus a psychopatia) a sexuálne*

*správanie študentiek vysokých škôl*

Martin Jakubek, Michaela Klimeková

## Správy a informácie

## Recenzie

## Kalendár odborných podujatí



# Liečba ED nie je len o návrate erekcie<sup>1</sup>... ...ponúknite svojim pacientom VIAC

## Denná liečba ED



**1 tableta 1x denne<sup>2</sup>**

**Prirodzený sexuálny život bez plánovania<sup>3</sup>**

**Účinkuje aj v liečbe LUTS/BPH<sup>4</sup>**



**Ponúknite svojim pacientom život ako predtým<sup>5</sup>...  
...ponúknite im**

### Účinnosť

- Kontinuálna – 24 hodín denne<sup>6</sup>
- Zachovaná aj pri dlhodobom podávaní<sup>7</sup>
- Nie je ovplyvnená jedlom ani alkoholom<sup>2</sup>



**Cialis<sup>®</sup>**  
(tadalafil) tablets

**Skrátaná 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 zväženia 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 - benígnu hyperpláziu 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 angina 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 upozomení na možné mierné zníženie krvného tlaku. Na začiatku liečby tadalafilom jedenkrát denne je potrebné klinické zväženie 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 priapizmu, môže dôjsť k poškodeniu tkaniva penisu a k trvalej strate potencie. CIALIS je potrebné užívať s opatrnosťou u pacientov s anatomickými deformáciami penisu alebo u pacientov trpiacich ochoreniami, ktoré môžu predisponovať ku vzniku priapizmu. Opatrnosť je potrebná pri predpisovaní CIALISU pacientom užívajúcim rifinavir, 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 neuzívali CIALIS v takýchto kombináciách. CIALIS obsahuje laktózu. Pacienti so zriedkavou dedičnou intoleranciou galaktózy, deficitom lapp laktázy alebo glukózo-galaktózovou malabsorpciou nemajú užívať tento liek. Kombinácia tadalafilu s doxozosínom sa neodporúča. Pazomnosť 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 mierny zvýšený výskyt abnormalít EKG, najmä sinusovej bradykardie v porovnaní s placebom. Väčšina týchto abnormalít EKG nesúvisela s nežiaducimi účinkami. **Čas použiteľnosti, uchovávanie:** 3 roky. Uchovávajte v pôvodnom obale na ochranu pred vlhkosťou. Uchovávajte 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/1/02/237/007-008. **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 hradený z verejného zdravotného poistenia. Táto skrátaná verzia SPC je platná ku dňu 14/2/2014.

Literatúra: 1. Hatzichristou D. et al. Patterns of switching phosphodiesterase type 5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: results from the Erectile Dysfunction Observational Study. *Int J Clin Pract*, November 2007, 61, 11, 1850-1862. 2. SPC Cialis. 3. Costa P. et al. Tadalafil 1 once daily in the management of erectile dysfunction: patient and partner perspectives. *Patient Preference and Adherence* 2009; 3: 105-111. 4. Oelke M. et al. Monotherapy with tadalafil or tamsulosin: Similarity Improved Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia in an International, Randomised, Parallel, Placebo-Controlled Clinical Trial. *EuroUrol* 2012; 61: 917-925. 5. Rubio Auroles E. et al. Impact on Erectile Function and Sexual Quality of Life of Couples: A Double Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Tadalafil Taken Once Daily. *J Sex Med* 2009; 6:1314-1323. 6. Wrischko R et al. Safety, efficacy and pharmacokinetic overview of low-dose daily administration of tadalafil. *J Sex Med* 2009; 6:2039-2048. 7. Porst H. et al. Long term safety and efficacy of tadalafil 5 mg dosed once daily in men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2008; 5(9): 2160-9.

ED = erektilná dysfunkcia, LUTS/BPH = symptómy dolných močových ciest pri benígnej hyperplázii prostaty

Eli Lilly Slovakia, s.r.o., Panenská 6, 811 03 Bratislava, tel: 02 20663111, fax: 02 20663119

*Lilly*

# Obsah / Contents

Úvodník – 5

## Prehľadné štúdie – Review Studies

### **Filozofie sexuálnej touhy – 5**

*Philosophy of sexual desire*

Alexandra Doležalová Hrouzková, Petr Weiss

### **Poruchy sexuálnej identifikácie u jedinců s poruchami diferenciácie zevního genitálu – 14**

*Problems with sexual identification by subjects with external genitalia disorders*

Jaroslav Zvěřina

### **Psychika a sexualita obézního – 18**

*Psyche and Sexuality of Obese People*

Dita Pichlerová, Jitka Herlesová

## Pôvodné práce – Original Articles

### **Medzinárodný dotazník sexuálneho zdravia (IIEF-5)**

#### **v ambulancnej urológickej praxi a jeho vzťah k LUTS – 23**

*The International Index of Erectile Function (IIEF-5) in outpatient urological practice and its relationship to LUTS*

Martin Jankovich, Terezia Jankovichová, Frederico Manuel Figueiredo Goncalves,

Marián Hladík, Peter Kertes, Miroslav Helbich

### **IALURIL® – účinná liečba intersticiálnej cystitídy a chronických dyzurických ťažkostí – 25**

*Ialuril - effective treatment of interstitial cystitis and chronic dysuric disorders*

Mária Mihaliková, Igor Bartl

### **Proces coming out-u u parafilných sexuálnych delikventov – 31**

*The Process Of Coming Out In Paraphilic Sex Offenders*

Dita Leczová, Vladimír Korpáš

### **Osobnostné črty „Dark triad“ (narcizmu, machiavelizmu a psychopatik)**

#### **a sexuálne správanie študentiek vysokých škôl – 39**

*Personality Traits of the Dark Triad (Narcissism, Machiavellianism and Psychopathy)*

*and Sexual Behavior of Female Undergraduate Students*

Martin Jakubek, Michaela Klimeková

## Správy a informácie – Reports and Informations of Interest

### **Košické sexuologické dni (Robert Máthé) – 50**

### **Bondy (Ivo Procházka) – 27**

### **Krajiny a homosexualita (Danica Caisová) – 27**

## Sexuológia / Sexology

Časopis Slovenskej sexuologickej spoločnosti  
Slovenská lekárska spoločnosť



**VEDÚCI REDAKTOR:** PhDr. Robert Máthé, PhD.

**REDAKČNÁ RADA:**

MUDr. Igor Bartl  
predseda Slovenskej sexuologickej spoločnosti  
prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.  
doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.  
MUDr. Martin Hrivňák, PhD.  
MUDr. Ivo Procházka, CSc.  
MUDr. Danica Caisová-Škultétyová  
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](http://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 prijatí 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



## Recept udržateľného úspechu

Vážení čitatelia, priaznivci sexuológie, udržateľným úspechom je aj to, že v roku 2015 náš časopis už 15. rok prináša do Vašich ambulancií, nemocníc, komún, ale aj do domácej pohody rodinných kozubov fundované informácie z oblasti sexuológie doma aj

v zahraničí. Nie, nebudeme skromní, naopak, ako sexuológovia Slovenska sa pochválime naším úspechom spolu s Vami, našimi priaznivcami, a zároveň všetkým poďakujeme.

Poďakovanie patrí autorom, ktorí neúnavne a pravidelne prispievali kvalitnými odbornými článkami pri naplňaní obsahu každého čísla; veľkým ľuďom, ktorí stáli pri zrode časopisu v našom malom Betleheme a zaslúžili sa o to, že časopis vôbec uzrel svetlo sveta. Veľká vďaka patrí aj našim českým priateľom z Českej sexuologickej spoločnosti, ktorí už tradične patria medzi hlavných prispievateľov.

Na mieste je teda jednoduchá a legitímna otázka: Ako sme to dosiahli? Každá tvorivá práca využíva rôzne recepty s rôznymi modifikáciami, my v redakčnej rade, podporovanej výborom Slovenskej sexuologickej spoločnosti, máme na to jednoduchý recept. Recept udržateľného úspechu.

Súdržná stratégia tvorivej práce redakčnej rady postavená na pilieroch odbornosti, vyváženej kombinácie pôvodných prác, prehľadných štúdií, kazuistík, ako aj aktuálnych správ a informácií, s pravidelným kalendárom odborných podujatí a recenzií najnovších publikácií s tematikou na celé spektrum sexuológie je jasným smerovaním k vzájomnej edukácii a k tvorivej interdisciplinárnej spolupráci.

Odbornosť, transparentnosť, vysoká profesionalita a pracovné nasadenie tvorí kvintesenciu receptu udržateľného úspechu nového výboru Slovenskej sexuologickej spoločnosti. Časopis Sexology spolu s internetovou stránkou [www.sexology.sk](http://www.sexology.sk) a dlhoročnou praxou overenými kongresmi – Košické aj Lábadyho sexuologické dni spolu s pracovnými

sympóziami sú plnohodnotnou platformou prezentácie výsledkov klinických štúdií, metaanalýz, workshopov, gajdlajnov, ale aj vlastných poznatkov z praxe, v neposlednom rade aj príjemných priateľských stretnutí.

V dnešnej globálnej ére pospletanej pavučinou internetu by sa mohla existencia časopisu zdať dokonca nadbytočnou či málo dynamickou. Opak je pravdou, dôkazom čoho sú aj priaznivé ohlasy stále väčšieho počtu záujemcov, ktorí si chcú náš časopis pravidelne objednávať. A my máme z toho radosť, sme hrdí a nezabúdame ani na našich sponzorov, ktorí nám pri dlhodobej spolupráci umožnili distribuovať časopis zdarma pre členov Slovenskej sexuologickej spoločnosti a našich partnerských odborných spoločností.

Pre niekoho možno mená nie sú dôležité, ale história, magisterka života nám jasne ukazuje cestu. Bez úcty a rešpektu k osobnostiam si nevážime ani seba samých. Preto nesústredíme na rigidne na poradie mien na piedestáli ani na matériu archivácie majuskuly (skala ani papyrus nateraz nie sú podstatné) a vzdajme preto hold a česť tým, ktorí sa o časopis Sexológia najviac zasadili. Sú to: prof. MUDr. Ján Vrabec, CSc., MUDr. Danica Caisová, MUDr. Anežka Imrišková, Ing. Monika Baldovič, prof. PhDr. Petr Weiss, CSc., doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., akademický maliar Jozef Velčovský a, samozrejme, leví podiel má najmä PhDr. Robert Máthé, PhD., šéfredaktor časopisu.

A tak záverom som rád, že ešte stále máme pre koho písať a vydávať časopisy, ktoré majú v podtitule skromný prívlastok – odborné. Od začiatku však hovoríme, že zďaleka nie sú určené iba odbornej verejnosti. Naším cieľom je prinášať myšlienky múdrych a vzdelaných ľudí všetkým, čo chcú a majú záujem objavovať a spoznávať nielen nové odborné poznatky, ale aj hodnoty, ktoré čitateľa obohacujú a zošľachťujú. Určite k nim patria aj poznatky a myšlienky, ktoré nájdete aj v tomto najnovšom vydaní časopisu Sexológia. Prajem príjemné čítanie a ničím nerušenú vianočnú pohodu.

MUDr. Igor BARTL  
predseda Slovenskej sexuologickej spoločnosti,  
člen redakčnej rady a zakladajúci šéfredaktor  
časopisu Sexológia

## Filozofie sexuální touhy

Alexandra Doležalová Hrouzková  
Petr Weiss

Katedra psychologie FFUK, Praha

### Souhrn

V článku předkládám srovnání pojetí konceptu touhy na základě vybraných textů filozofů Michela Foucaulta a Rogera Scrutona. Věnuji se Foucaultovu konceptu touhy jako funkce moci a jeho pohledu na vývoj diskurzu sexu od antiky až po moderní dobu, z něhož plyne, že sexuální morálka je produkt kulturních podmínek. Následně analyzuji Scrutonovo pojetí sexuální touhy jakožto čistě lidského fenoménu, kdy Scruton, vycházející z Kanta a Aristotela, vyzdvihuje tradiční pohlavní morálku a konzervativní morální postoje. Docházím k závěru, že přestože souhlasím se Scrutonovým přesvědčením, že zkušenost člověka je historicky předurčena a plynou z ní smysluplné normativní důsledky, tak jeho konzervativní pojetí touhy považuji za neúplné.

**Klíčové slová:** Sexuální touha – Filozofie – Roger Scruton – Michel Foucault – Morálka

### Úvodem – Michel Foucault versus Roger Scruton

Michel Foucault (1926-1984) byl francouzský filozof, psycholog a historik, který se proslavil především svou knihou *Slova a věci*, jež byla v šedesátých letech pokládána za reprezentativní dílo francouzského strukturalismu. Později se Foucault stává reprezentantem francouzské intelektuální avantgardy sedmdesátých let a také představitelem postmoderní filozofie.

Nedokončené *Dějiny sexuality* (z plánovaných šesti svazků vyšly pouze tři – *Vůle k vědění*, *Užívání slastí*, *Péče o sebe*) jsou označovány za vrchol Foucaultova díla. Nepředstavují snahu o rekonstrukci dějin sexuálního chování, nýbrž analýzu sexuality jako jedinečné formy zkušenosti, která se stává předmětem vědění, vznikajícího na průsečíku medicíny, politiky ekonomie a filozofie (Foucault, 1999).

Roger Scruton (nar. 1944) je znám jako britský filozof, estetik, politolog, spisovatel, komentátor a hudebník. Je zastáncem a typickým představitelem konzervatismu. Jeho monografie *Sexual Desire* byla poprvé publikována v roce 1986. Scruton v ní prozkoumává celé pole lidské sexuality (zabývá se

### Summary

In the paper I compare the concept of desire based on selected texts of philosophers Michel Foucault and Roger Scruton. I follow with Foucault's concept of desire as a function of power and its view of the development discourse of sex from antiquity to modern times, which implies that sexual morality is a product of cultural conditions. I analyze Scruton's concept of sexual desire as a purely human phenomenon, in which Scruton, starting from Kant and Aristotle, emphasizes traditional sexual morality and conservative moral attitudes. As conclusion, although I agree with Scruton's belief that human experience is historically predetermined and derive from it a meaningful normative implications, its conservative approach to desire to be incomplete.

**Keywords:** Sexual desire – Philosophy – Roger Scruton – Michel Foucault – Morality.

pojmy jako nevinnost, vášně, láska, vzrušení, touha, perverze či stud), vyzdvihuje tradiční pohlavní morálku (homosexualitu vnímá jako formu perverze), jeho úvahy směřují k tomu, co je přirozené, čisté a útěšné v oblasti pohlavní lásky (Scruton, 2001).

Zatímco Michel Foucault ve svých *Dějínách sexuality* předkládá vývoj diskurzu sexu od antiky až po moderní dobu, přičemž zdůrazňuje sociální vývoj norem a sexuálního chování, aniž by se však dotýkal etiky – Foucault se přiklání k názoru, že sexuální morálka je produkt kulturních podmínek –, Roger Scruton se v monografii *Sexual Desire* zabývá přímo fenoménem sexuální touhy, který je moderní filozofií většinou ignorován. Scruton, ovlivněn Kantem, zdůrazňuje, že lidé jsou racionální bytosti, přičemž se široce věnuje morálce a jevům jako je homosexualita, masturbace či perverze.

Hlavním motivem prvního svazku *Dějin Sexuality* (*Vůle k vědění*) je konstituce nového přístupu k sexualitě, jenž se prosadil na konci 18. století a ovládl i 19. století, v němž se otázka sexuality stává součástí složitějšího normativního systému společnosti. V rámci analýzy diskurzivního jednání popisuje moderní medicínu a psychiatrii, vědu o sexu, jako funkci moci. V dalších svazcích (*Užívání slastí*, *Péče o sebe*)

se Foucault zabývá sexualitou naopak z hlediska vztahu jedince k sobě samému. Východiskem se zde stává zkušenost vlastního těla, popsána v řadě textů antické doby, na jejichž základě formuluje „vědění o sexu“, a přesvědčuje, že neexistuje žádná nadčasová (mimočasová) „pravda“ sexuální zkušenosti.

*Scruton* se v *Sexual Desire* netají konzervativním smýšlením, z něhož plynou i jeho vědomě konzervativní morální postoje, tvrdí, že zkušenost může být jednak historicky předurčena a přece být součástí lidské přirozenosti, tedy že zkušenost, která patří k epoše osobnosti, patří k lidské podstatě. Za druhé, vysvětluje, že popis lidské zkušenosti může mít přece normativní důsledky (předepsané, zvykové podtexty).

Zatímco Foucault se v *Dějínách sexuality* nepřiklání k žádnému mysliteli, *Scruton* v *Sexual Desire* jednoznačně vychází z *Aristotelova* dualismu, ve svém pojmu „ztělesnění“ (embodiement) přímo navazuje na koncept hylémorfismu.

Konečně, konzervativce Roger Scruton se nijak netají svou nelibostí k osobě i dílu strukturalisty (či poststrukturalisty) Michela Foucaulta (Schlemmer, 2004).

Jonathan Dollimore (1991) ke Scrutonově dílu poznamenává: „*Scruton se pokusil vystavět konzervativní etiku na Hegeliánském předpokladu, že „konečný cíl rozumové bytosti je vystavění self k jeho autonomní přirozenosti“.* Což zahrnuje rozpoznání druhého jako cíle v něm samém. *Scruton argumentuje, že hlavní rys perverze je hledání sexuálního uvolnění, které vylučuje potěšení druhého, což sledává narcistickým a solipsistickým“.*

### Sexualita moderní doby (Michel Foucault)

Při zkoumání diskurzů sexuality se Foucault táže: „Proč se o sexualitě mluví? Co se o ní říká? Jaké to má mocenské účinky? Jaké jsou vazby mezi těmito diskursy, těmito mocenskými účinky a slastmi, jež jsou jimi dosazovány? Jaké vědění se na základě toho formuje?“, a vyvozuje, že je potřeba určit, především režim *moci-vědění-slasti*, o který se opírá náš diskurz o lidské sexualitě.

Foucault tvrdí, že v posledních třech stoletích okolo sexu a kvůli sexu propukla úplná exploze diskurzivních aktivit. „*V pokání se začíná přikládat – možná na úkor některých jiných hříchů – stále větší význam každému pokusení těla: myšlenky, touhy, chlipné představy, drobné rozkoše, společná hnutí těla a duše“* (Foucault, 1999, str. 25).

Dále však dodává, že vůle k vědění se nezastavila před nezrušitelným tabu, nýbrž pustila do konstituování vědy o sexualitě. Západní člověk je tedy již tři století připoután k úloze říkat vše o svém sexu, přičemž od klasického věku se tento diskurz o sexu trvale rozvíjí a jeho hodnota roste. Od tohoto důsledně analytického diskurzu se dle Foucaulta očekávají rozmanité účinky přesunu, posílení vlivu, přesměrování a modifikace touhy samotné. Pro moderní společnosti tedy není příznačné, že odsoudily sex, nýbrž to, že se zaslíbily nepřetržitému mluvení o sexu, přiznávajíce mu přitom hodnotu tajemství (Foucault, 1999).

Tak se dle Foucaulta také vytvořily všechny druhy

drobných perverzí, které psychiatři 19. století nazvali neobvyklými jmény: exhibicionisté, fetišisté, zoofilové, invertovaní sexoestéti a dyspareunické ženy. Buržoazní společnost 19. století, a bezpochyby i ta dnešní, je dle Foucaulta společností pronikavé a roztržité perverze, která produkuje a fixuje sexuální rozmanitost (Foucault, 1999).

Foucault vysvětluje, že existují dva historicky významné postupy produkování pravdy o sexu. Na jedné straně jsou společnosti jako Čína, Japonsko, Řím, či arabsko-muslimské společnosti, které jsou obdařeny *ars erotica*, které naše západní společnost nemá. Místo toho jako jediná praktikuje *scientia sexualis*, tedy vyvinula během staletí pro vyslovení pravdy sexu postupy, které se dle Foucaulta ve své podstatě řadí do formy *moc-vědění*, stojící v přísném protikladu k umění iniciace a vznešenému tajemství, protože jde o doznání. Na západě se člověk stal živočichem, který se doznává. Naše společnost obtížné vědění o sexu nepodřídila přenosu tajemství, ale pomalému postupu svěřování. Foucault se však také táže, proč zde existuje toto velké pronásledování pravdy sexu a pravdy v sexu. Načež zvažuje, že *scientia sexualis* možná od 19. století, pod maskou pozitivistické slušnosti, funguje v některých svých dimenzích, jako určitá *ars erotica*, tedy že zpětně produkuje slasti (Foucault, 1999).

### Subjekt a moc

V díle *Myšlení vnějšku* (2003c) Foucault analyzuje historii různých způsobů, jimiž jsou v naší kultuře lidské bytosti přetvářeny v subjekty, snaží studovat způsob, jímž se člověk sám mění v subjekt. Například jak se v oblasti sexuality, na kterou se Foucault zaměřil, člověk učí chápat sebe sama jako subjekt „sexuality“ (Foucault, 2003c).

Obecným tématem Foucaultova výzkumu tedy není moc, nýbrž subjekt. Načež Foucault považuje za prozíravější nebrat racionalizaci společnosti či kultury jako celek, nýbrž analyzovat ji v několika oblastech, vztahujících se k fundamentální zkušenosti: šílenství, nemoc, smrt, zločin, sexualita apod. Hlavním cílem pak je útočit nikoli na tu či onu instituci moci, skupinu, elitu nebo třídu, nýbrž na techniku, na formu moci. Tato forma moci se uplatňuje v každodenním životě, který jednotlivce kategorizuje, označuje jej jeho vlastní individualností, svazuje ho s jeho vlastní identitou, vnucuje mu zákon pravdy, který musí identifikovat, a který v něm musí ostatní rozpoznat. Je to forma moci, která z jednotlivce činí subjekt. Přičemž existují dva významy slova „subjekt“: být podřízený někomu jinému skrze kontrolu a závislost, a být svázán se svou vlastní identitou prostřednictvím svědomí nebo sebepoznání. Oba významy jsou formou moci, jež dobývá a podřizuje si (Foucault, 2003c).

Namísto pastýřské moci či politické moci, více či méně navzájem souvisejících, více či méně soupeřících, tu máme individualizující „taktiku“, která charakterizuje řadu nejrůznějších mocí: moc rodiny, medicíny, psychiatrie, vzdělání, zaměstnavatelů apod. Problém je tedy zároveň politický, etický, sociální i filozofický a nespočívá v pokusu osvobodit

jednotlivce od štátu a od jeho institucí, nýbrž v tom, že *my* se osvobodíme od štátu a od typu individualizace, který je se státem spojen. Musíme, dle Foucaulta, prosadit nové formy subjektivity odmítnutím toho druhu individuality, který nám byl ukládan po několik století (Foucault, 2003c).

### Touha, moc, psychoanalýza

Foucault analyzuje vztah moci a touhy a dochází k závěru, že vztah moci existuje všude tam, kde je touha, dle něj je tudíž iluzí odhalovat mocenský vztah v represi (ta přichází až následně), a je také marné pouštět se do pátrání po touze, která by byla mimo dosah moci. Načež se Foucault táže, jak a proč dochází za dané státní struktury k tomu, že má *Moc* potřebu institucionalizovat vědění o sexu? A vysvětluje, že počínaje 18. stoletím lze rozlišit čtyři velké strategické celky, které ve vztahu k sexu rozvinuly specifické dispozitivní vědění a moci. Těmi jsou:

- Hysterizace ženského těla
- Pedagogizace dětské sexuality
- Socializace prokreačního chování
- Psychiatrizace perverzních slastí.

Dispozitivní sexuality dle něj, pak nemá svůj smysl v reprodukci, nýbrž ve svém vlastním množení, inovování, a ve stále globálnější kontrole populace. „*Objevují se tak nové postavy: nervózní žena, frigidní manželka, lhostejná matka nebo matka stížená vražednými obsesemi, impotentní, sadistický nebo perverzní manžel, hysterická či neurastenická dcera, předčasně aktivní a již vysílené dítě, mladý homosexuál odmítající manželství nebo homosexuál zanedbávající svou ženu*“ (Foucault, 1999, str. 129).

Načež se Foucault táže, zda jsme od těchto dvou dlouhých století, v jejichž průběhu je třeba číst dějiny sexuality především jako kroniku sílící represe, nebyli osvobozeni Freudem a jeho psychoanalýzou. A upozorňuje, že jen zdánlivě, protože je zde velká opatrnost, medicínská zdrženlivost, a vědecká záruka asepsy, aby se sexualita „nevylila ze svých břehů“ a všechno se udrželo v nejbezpečnějším a nejdiskrétnějším prostoru mezi pohovkou a rozhovorem. Foucault vysvětluje, že je to sexualita spolu s psychoanalýzou, co poskytuje tělo a život pravidlům manželského svazku tím, že je nasycuje touhou. Psychoanalýza vstupuje do věci současně jako teorie podstatných náležitostí zákona a touhy a jako technika odstraňování následků zákazu tam, kde ho jeho přísnost činí patogenním (Foucault, 1999)

Psychoanalýzu tedy nelze oddělit od zobecnění dispozitivní sexuality a Foucault upozorňuje na Freudův konformismus, normalizační funkci psychoanalýzy, na všechny výsledky bezpečné integrace „vědy“ o sexu či poněkud pokulhávající praktiky sexuologie v termínu diskurzu o moderní represi, která stále působí. Foucault vysvětluje, že sexualita je utlačována s takovou přísností proto, že je neslučitelná s všeobecným a intenzivním pracovním zapojením – protože v době, kdy pracovní síla byla systematicky vykořisťována, nemohlo být tolerováno, aby se rozptylovala v radovánkách s výjimkou těch minimalizovaných, jež by jí umožňovaly reprodukovat

sebe samotnou. Dle Foucaulta jsme tedy společností, která se už víc než století hlasitě pranýřuje za své pokrytectví, mluví dokola o svém mlčení (mlčení o sexu), zálibně vypočítává vše, co neříká (co neříká o sexu), odsuzuje moc, kterou vykonává, a slibuje, že se osvobodí od zákonů, které zajišťují její funkci (Foucault, 1999).

Na tomto základě lze pak dle Foucaulta porozumět významu, který získal sex jako předmět politiky, pramení z něj regulace populací prostřednictvím všech globálních účinků, které zavádí. Sexualita je tak na straně normy, vědění, života, smyslu, disciplíny a regulace. A proto je sexualita v 19. století sledována až do nejmenších detailů života – je stopována v chování, pronásledována ve snech, padá na ni podezření u sebemenší psychopatologie, je sledována od prvních let dětství, stává se šifrou individuality, tím, co ji umožňuje analyzovat a současně podrobit výcviku. Západ konstituoval „sex“ o sobě jako něco vytouženého, a je to dle Foucaulta služebnost sexu, která svazuje každého z nás příkazem poznat jej a odhalovat jeho zákon a moc, přičemž Freudův génius umístil „sex“ do jednoho z rozhodujících bodů, poznamenaných již od 18. století strategiemi vědění a moci, a s obdivuhodnou účinností, hodnou největších duchů a vůdců klasické epochy, uvedl znovu do oběhu sekulární příkaz poznávat sex a uvádět jej do diskursu (Foucault, 1999).

### Afrodísia klasické doby (500 – 336 př.n.l.)

Řekové rozvinuli různá umění života, chování a „užívání slasti“, jež se řídila náročnými a přísnými pravidly. Sexuální chování se v řeckém myšlení konstituovalo coby oblast morální praxe, a to ve formě *afrodísíí* (pozn. *afrodísia* jsou „činy“, „skutky Afrodity“ – přičemž Řekové ve svém teoretickém myšlení ani v praktických úvahách zřejmě nepocitovali potřebu vymezit, co přesně rozumějí výrazem *afrodísia*; jedná se obecně o úkony, pohyby, dotyky, které skýtají určitou formu slasti), aktů slasti spadajících do agonistického pole těžko ovladatelných sil. Aby tyto slasti nabyly rozehraní určité strategie míry a okamžiku, kvantity a příležitosti, která směřuje k pečlivému sebeovládnutí, kdy subjekt je „silnější sama sebe“, a to i v uplatňování moci, jíž vládne nad jinými. Ve zkušenosti *afrodísíí* tvoří akt, touha a slast jednotný celek, jehož prvky mohou být samozřejmě odlišné, přesto však zůstávají vzájemně silně spjaté. Konkrétně Platón se často vrací k tomu, že touha není možná bez nedostatku, bez nepřítomnosti vytoužené věci, a následně bez příměsí určité bolesti. Platón vyvozuje, že touha existuje jen v duši, neboť jakkoli nedostatkem trpí tělo, pouze a jedině duše dokáže pomocí vzpomínky zpřítomnit vytouženou věc (Foucault, 2003a).

Předmětem morální reflexe, týkající se sexuálního chování, tedy pro Řeky není ani samotný akt (zkoumaný ve svých různých podobách), ani touha (uvažovaná podle svého původu či směru), a dokonce ani slast (posuzovaná podle různých předmětů nebo úkonů, které jí vzbuzují), ale je jím spíše dynamika,



kteřá všechny tyto tři momenty spojuje do jediného kruhu (touha vede k aktu, akt je spjat se slastí a slast probouzí touhu). Touhy vedoucí člověka k *afrodisiím* řadí Platón mezi touhy nejpřirozenější a nejnutenější. Podle Aristotela jsou příčinou slastí plynoucích z *afrodisií*, nutnosti týkající se těla a tělesného života vůbec. Sexuální aktivitu, která je tak hluboce a přirozeně zakořeněna v naší povaze, což připomíná Rufus z Efesu, tedy nelze celkově pokládat za něco špatného. V tomto ohledu se morální zkušenost *afrodisií* samozřejmě zásadně liší od toho, čím bude zkušenost tělesnosti. Dle Aristotela: „*Všichni lidé si totiž nějak libují v pokrmu a víně a tělesných požitcích, ale ne všichni tak, jak mají*“ (Foucault, 2003a, str. 72).

Při užívání *afrodisií*, které se řídí potřebou, není ovšem cílem zbavit se slasti, jde naopak o to udržet si ji skrze potřebu, jež vzbuzuje touhu. Je dobře známo, že slast, která neuspokojuje živoucí touhu, se postupně otupuje. „*Mí přátelé,*“ říká Ctnost v Prodikově řeči, tlumočené Sókratem, „*mají z jídla a pití požitek příjemný a klidný, neboť nejedí a nepijí, dokud po tom nepociťují touhu*“ (Foucault, 2003a, str. 77).

V etice *afrodisií* pak spočívá nutnost a obtížnost boje v tom, že se odehrává jako zápas se sebou samým – bojovat proti „*žádostem a slastem*“ znamená poměřovat se sám se sebou. Jak říká Aristoteles, uměřený není ten, kdo již necítí žádosti, nýbrž ten, kdo touží méně, ani více, než má, ani kdy nemá. „*Zdá se mi Sókrate, že podle tebe ten, kdo se nechá ovládnout tělesnými požitky, nemá vůbec nic společného s žádnou ctností. – Jistě Euthydéme, potvrdil Sókratés, neboť jaký je rozdíl mezi nezdrženlivým člověkem a nejhlupejším zvířetem?*“ (Foucault, 2003a, str. 110).

To co je v očích Řeků popřením etiky par excellence, tedy není ani láska k oběma pohlavím, ani upřednostňování vlastního pohlaví před druhým, ale pasivní postoj k slastem. Foucault proto analyzuje, jak se ve 4. Století př. n. l. utvořila a rozvinula některá z velkých témat sexuální střídmosti, jejichž historický osud se prodloužil dále mimo řeckou kulturu. Klade důraz na praktiky, skrze něž se lidé snažili formovat své chování: praktiky v rámci diety, praktikování vlády v domácnosti, praktiky dvoření, zkoumá tedy umění každodenního vztahu individua ke svému tělu, umění chování muže co by hlavy rodiny, umění vzájemného chování mezi mužem a chlapcem v milostném vztahu.

Láska k chlapcům tvořila určitý složitý moment, jenž si žádal rozpracování chování a dosti vytříbenou stylizaci užívání *afrodisií*. Právě v souvislosti s ní se také rozvinula otázka vztahů mezi užíváním slastí a přístupem k pravdě, a to v podobě určitého tázání ohledně toho, čím musí být skutečná láska. V křesťanské a moderní kultuře se budou tytéž otázky – otázky pravdy, lásky a slasti – daleko spíš vztahovat ke konstitutivním prvkům vztahu mezi mužem a ženou: témata panenství, duchovního sňatku či duše-manželky velmi záhy vyznačí přesun z bytostně mužské scény ke scéně jiné, jež je charakterizována figurami ženskosti a vztahu mezi oběma pohlavími (Foucault, 2003a).

### Modifikace afrodisií v době císařské (31 př.n.l. – 476 n.l.)

V době císařské dochází k modifikacím oproti přísným naukám, formulovaným ve filozofii 4. století před. n. l. Objevuje se mnohem živější pozornost i navíc i jisté znepokojení, pokud jde o sexuální chování, mnohem větší důraz na manželství a jeho nezbytné potřeby, snižuje se hodnota přisuzovaná lásce k chlapcům.

V textech prvních století je nápadný – spíše než nějaké nové zákazy ohledně sexuálních aktů – důraz na to, že je třeba pozorně pěstovat vztah k sobě samému. Lékař Galénos je přesvědčen o tom, že je schopen nejen léčit velká poblouzení ducha (šilenství lásky patřilo tradičně do oblasti lékařství), ale rovněž se starat o vášně („*neuspořádaná životní síla, jež se staví proti rozumu*“) a omyly („*jež se rodí z chybného mínění*“) neboť „*vcelku vzato a v obecném smyslu*“ se jedno i druhé „*nazývá pomýlením*“. Galénovy úvahy, které se týkají *afrodisií*, patří do rámce tématu vztahů mezi smrtí, nesmrtelností a reprodukcí, pro Galéna stejně jako pro celou filozofickou tradici spočívá základ nezbytného sexuálního rozlišení, intenzity vzájemné přitažlivosti pohlaví i možnosti plození v absenci věčnosti. Tato „*lest*“ pak využívá tři momentů. Za prvé orgány, které mají všechna zvířata a které slouží oplodňování. Pak schopnost slasti, jež je mimořádná a „*velmi prudká*“. A konečně žádost (*epithymia*) v duši těchto orgánů. „*Důmyslnost*“ pohlaví tedy nespočívá jen v jeho jemném anatomickém ustrojení a v pečlivě řízených mechanismech, nýbrž i v jeho spojení s rozkoší a žádostí, jejíž zvláštní síla je „*nevýslovná*“. Aby příroda překonala neslučitelnost svého projektu a nezbytnosti látky, musela do těla i duše živé bytosti vložit princip mimořádné síly, *dynamis*. To je pak dle Foucaulta moudrost demiurgického principu, který dobře poznal substanci svého díla i jeho meze, a proto vynalezl mechanismus vzrušení – ten „*osten*“ touhy (Foucault, 2003b).

A proč je tak prudká slast spojena s užíváním částí pohlaví? Galénos hned na začátku odmítá myšlenku, že násilnost touhy a její intenzitu spojili tvůrčí bohové ze své vůle se sexuálním aktem, aby člověka k tomuto aktu podnítili. Touha a slast jsou dle něj přímými účinky anatomického ustrojení a fyzických procesů. „*Jestliže tato touha a tato rozkoš existuje u zvířat, pak nikoli proto, že by jim bohové, kteří stvořili člověka, chtěli vnuknout prudkou touhu po pohlavním aktu anebo odměnit vykonaný akt prudkou rozkoší, nýbrž proto, že látku i orgány uspořádali tak, aby dosáhli těchto výsledků*“ (Foucault, 2003b, str. 145). Touha není jen hnutí duše a slast není nějaká odměna navíc, nýbrž jsou to následky tlaku a náhlého vypuzení.

V císařské době se věří, že dospělým je ku prospěchu úplná životospráva duše i těla, člověk musí usilovat o krocení svých pudů a jednat tak, aby touhy nepřekračovaly meze sil /Athénaios/. Tuto práci popisují lékaři v trojím ohledu, v němž subjektu hrozí, že překročí aktuální potřeby organismu – prvním je hnutí touhy, druhým přítomnost obrazů a třetím

přilnutí ke slasti. Rufus z Efesu pak píše: „Nejlepší je, oddává-li se člověk sexuálnímu sblížení tehdy, je-li hnan současně touhou duše i potřebou těla“, čili „podřídí duši a naučí ji, aby naslouchala tělu“ (Foucault, 2003b, str. 179).

K přesunu *afrodisii* do instituce manželství praví Protogenés, že příroda na vnukla touhu (*orexis*) po opačném pohlaví – je třeba se rozmnožovat, stejně jako je třeba jíst. Proto touha a pohlavní pud (*orexis, hormé*), jež nás k tomuto aktu dovádějí, nemají nikdy daleko k násilí a bezuzdnosti a proměňují se v žádostivost (*epithymia*). K onomu přírodnímu objektu, jaký představuje žena, jsme tedy puzeni dvěma způsoby: skrze touhu jako přirozenou pohnutku, jejímž konečným cílem je přežití dalších generací a která k tomu jako prostředku využívá slasti, a skrze vášně jako prudké a násilné hnutí myslí bez vnitřních pravidel, jejímž konečným cílem je „slast a vyvrcholení“. Sexuální slast se tedy nachází v samém středu manželského svazku jako základní princip a jako záruka pouta lásky a přátelství. Tato schopnost je také základem věrnosti, protože každý z manželů řídí své chování a ovládá své touhy s ohledem na lásku, kterou pociťuje ke svému protějšku (Foucault, 2003b).

Takto se v císařské době začíná rozvíjet nová Erotika, velmi odlišná od té, která si za své východisko vzala lásku k chlapcům, přestože v obou z nich hraje odříkání sexuálních slastí významnou úlohu, nová erotika se uspořádává okolo symetrického a vzájemného vztahu muže a ženy, okolo vysoké hodnoty připisované neposkvrněnosti a naprostého splynutí, v němž se završuje (Foucault, 2003b).

### Touha, vědou neuchopitelný lidský fenomén (Roger Scruton)

Roger Scruton se v pojetí touhy drží v prvé řadě tvrzení, že žádné biologické třídění nemůže zachytit rysy sexuální touhy. Touha je skutečně přírodní fenomén, ale leží mimo dosah jakékoli přírodní vědy o člověku. Freud, dle Scrutona maskovaný do vědecké neutrality, popsal cíl sexuální touhy jako spojení genitálií v aktu známém jako kopulace, který vede k uvolnění sexuální tenze a dočasněmu vyhasnutí sexuálního instinktu – k uspokojení analogické utišení hladu. Dle Scrutona však sexuologická věda ignoruje otázku: Co člověk zažívá, když touží po jiném člověku? Scrutonova touha není identická ani s instinktem, který je v ní vyjádřen, ani s láskou, která ji vykonává, jeho touha je výrazně lidský fenomén, který na nás naléhá přesně jako omezující smysl mravnosti, který o ní zakázal diskuzi (Scruton, 2001).

Scruton přesvědčuje, že je nezbytné zachytit fenomén sexuální touhy, říci, co to je, jakožto lidská zkušenost, a že musíme rozlišit svět lidské zkušenosti od světa vědeckého pozorování. Lidský vztah ke světu je mnohem komplexnější, k účelu a znalostem máme navíc zkušenosti, hodnoty, emoce a náboženskou víru. Toto vše pak diktuje své vlastní koncepční trajektorie, své oddělené pokusy uspořádat svět jako objekt našich zájmů. Scruton tvrdí, že vědomí světa, které leží v srdci zkušenosti lidské bytosti, a které se zdá, že konstantně

projikuje mysl lidské bytosti vně na realitu větší než je ona, existuje v mnoha formách, jako jsou víra, vnímání, imaginace, emoce a touha (Scruton, 2001).

Filozofie, která je uměním druhého pohledu, je zatížena problémem návratu, věda nás odcizila od světa, tím že způsobila naší nedůvěru v koncept, na který spoléháme, tvrdí Scruton a proto se pokouší obnovit koncept sexuální touhy na jeho „pravém“ místě v popisu *Lebenswelt* a ukázat v detailu, proč věda o sexu nemůže ani přemístit tento koncept, ani osvětlit lidský fenomén, který ji popisuje (Scruton, 2001).

Lidé jsou morální činitelé, jejich činy nemají pouze příčiny, ale také důvody. Rozhodují se do budoucna a tak mají i úmysly kromě tužeb. Ve všech těchto intuitivních rozdílech – mezi důvodem a příčinou, úmyslem a touhou, činem a vášní, hodnotou a citem – nalézáme aspekty živoucích rozdílů, které je dle Scrutona podněcují k třídění, kterému Kant věnoval některé ze svých největších kapitol: rozdíl mezi člověkem a věcí (Scruton, 2001).

### Touha v konceptu lidského sexuálního citění

Roger Scruton se vymezuje Foucaultovu tvrzení, že neexistuje žádná nadčasová (mimočasová) „pravda“ sexuální zkušenosti, a že sexuální morálka je produkt kulturních podmínek, které byly vyžrány červem času. Scruton oponuje, že 1) zkušenost může být historicky předurčena a přece být částí lidské přirozenosti a racionality. Zkušenost, která patří k epoše osobnosti, patří – dle Scrutona – k lidské podstatě. 2) Scruton tvrdí, že popis lidské zkušenosti může mít normativní důsledky, tedy předepsané, zvykové podtexty (Scruton, 2001).

Scruton uvádí, že dle pohledu Platóna, je naše zvířecí přirozenost hlavní nositel sexuální touhy a obstarává její prvotní motiv. Platonická láska – by pak byla rozumová a morálně čistá. Scruton však jako stoupenc Aristotelova *dualismu* nesouhlasí s platónovským pojetím a přiznává, že cílem jeho práce o sexuální touze je s tímto pojetím bojovat. Scruton argumentuje proti filozofickému impulsu, který nás vede k přiřazení sexuální touhy ke zvířecí části lidské přirozenosti. V oblasti morálky Scruton věří v ideje „tradiční“ křesťanské morálky. Konkrétně zdůrazňuje, že je možné odsuzovat homosexuální styk, smilstvo, masturbaci, ačkoli, dle něj, máme my všichni nutkání tyto věci dělat, a ačkoli možná není žádný Bůh, který to zakazuje. Scruton ve své koncepci tvrdí, že touha se zaměřuje na *ztělesnění* (embodiment) druhého skrze *perspektivu první osoby* (first person perspective), kterou toto ztělesnění odhaluje. Navrhuje koncept, kdy jako výsledek touhy vystupuje individualita druhého – jeho individualita ne jako zvířete, ale jako *self* – a stává se nevyprostitelně propletená se *zaměřeností touhy* (aim of desire). Krátce načrtává také cíl touhy – cíl spojení s druhým, potažmo reprodukce – a rozličné momenty, které tento cíl obsahuje.

Scruton zvažuje tři základní fenomény lidského sexuálního citění – vzrušení, touhu a lásku. Tvrdí, že všechny tři jsou čistě lidské fenomény, či spíše, že patří k té oblasti vzájemné odpovědi, která je

zprostředkována konceptem člověka, a která je dostupná pouze bytostí, které se drží a jsou motivovány tímto konceptem. Existuje zde pak podmínka, ze které se tři základní fenomény odvozují: podmínka sexuální existence s ní související rozdíl mezi mužem a ženou. Je zde také to, co může být nazváno „oblastí sexuální zkušenosti“: oblastí emocí a vnímání, které jsou nám dostupné pouze díky naší citlivosti k sexuální touze. Scruton dále tvrdí, že touze můžeme porozumět, pouze když nejdříve pochopíme pasivnější stav mysli – stav *vzrušení* (arousal), ve kterém si tělo jedné osoby uvědomuje přítomnost či myšlenku na druhou osobu. *Vzrušení* pak dle Scrutona poskytuje základní okolnosti sexuálního užívání a obsahuje semena všeho, co je zřetelné v sexualitě člověka, respektive v sexualitě dospělého člověka. Scrutonovo pojetí *vzrušení* totiž zjevně ignoruje sexualitu dětí, a vztahuje se pouze na dospělé osoby, což dále plyne i z jeho přesvědčení, že *vzrušení* pociťujeme pouze při dotycích konkrétní osoby, kdy toužíme po konkrétní tváři, a proto když se nás začne dotýkat někdo jiný, je to jiné a *vzrušení* opadá (Scruton, 2001).

Scruton ve své koncepci nepochybuje, že je to záblesk sexuálního zájmu, co urychluje hnutí duše, kterýmž dva lidé stojí mimo dav, v němž se pohybují, svázání vědomím, které nelze vyjádřit slovy a nabízející si vzájemně tichou komunikaci, která ignoruje vše až na ně dva. Pohlavní orgány jsou také reprezentovány subjektem a objektem *vzrušení*. Penis vstupující do vagíny je konkrétní muž vstupující do konkrétní ženy. Penis není odnímatelný, nevzrušují nás dilda v sexshopech, které jsou samy o sobě a nepatří k objektu. Scrutonovo *vzrušení* musí být chápáno jako související s konkrétním objektem, nelze zaměnit objekt za objekt. Sexuální *vzrušení* se může objevit pouze mezi osobami a je to výtvar jejich sociálních podmínek. To je pak jeho rys *meziosobní zaměřenosti* (interpersonal intentionality), z něhož plyne, že problém, který trápil Platóna neexistuje – není konflikt toho druhu, který si představoval mezi sexuální touhou a erotickou láskou, ani to že touha patří k nějaké nižší části naší přirozenosti oproti lásce. Dle Scrutona pouze člověk může zakusit touhu a ty sentimenty, které jsou často opovrhované jako svědčící o naší „animální“ přirozenosti, protože to jsou ty sentimenty, které žádné pouhé zvíře nikdy necítilo. Zvířata nikdy nejsou sexuálně vzrušená, necítí sexuální touhu ani naplnění. Lidské bytosti jsou zvířata, ale také osoby. Lidé jsou schopni zaměřeného plánování, jsou schopni se chovat v rozporu s touhami. Scruton je přesvědčen, že rozum nemůže být koncipovaný jako prostý přírůstek k mentálnímu životu zvířat, který nechává zbytek mysli nezměněný. Naopak, rozumovost je podmínkou existence, která informuje celý obsah mentality subjektu. Žádný člověk nereaguje na podněty jako pes, právě proto že člověk je bytost nadaná intencionalitou. Abychom zformovali záměr, musíme zvážit budoucnost. Jedinec se musí identifikovat se svým budoucím *self*. Tento postoj kontrastuje s jiným – odcizením od budoucího *self* – kdy se jedinec nenahlíží jako aktivní a determinující,

ale jako pasivní oběť okolností. Je zde ideál osobní integrity, který po nás požaduje, abychom dosáhli kontinuity mezi minulostí, přítomností a budoucností. Bez této integrity, je morální konverzace, ke které Scruton směřuje, ohrožená, a naše osobní existence spolu s ní. Ve všem našem meziosobním jednání tedy udržujeme sebe v ideálním „integrálním jednání“, které je něco více než zvířecí jednotka – je něčím posvěceným uvnitř a generovaným z *perspektivy první osoby* (first-person perspective) jedince (Scruton, 2001).

Proto sexuální vzrušení a sexuální touha může existovat a najít dovršení jen pokud existuje náležitá vzájemná interakce mezi dvěma ztělesněnými perspektivami první osoby. Pro touhu potřebujeme myšlenky na tělo a na jednoho a druhého jako na živoucí, ztělesněné tvory (Scruton, 2001).

Klíčovým rysem Scrutonovy interpersonální intencionality je dispozice najít znaky perspektivy druhého zobrazené na povrchu jeho těla. Člověk pak není více vztažen k perspektivě druhého, než když se červená nebo se směje. Výraz ve tváři je vysoce determinován nedobrovolnými pohyby; a přece je to živoucí obrázek perspektivy, která z něj vystupuje, a proto je pravdivým a dominantním obrázkem *self*. Jeho pohledy, úsměvy a červenání jsou nedobrovolné známky *sebevědomé* (self-conscious) percepce. Proto, když se Mary se červená při setkání s Johnem, nedobrovolně v něm budí zájem dojemem, že to způsobil on – že to je v určitém smyslu jeho zásluha, stejně jako její úsměv. V červenání a úsměvu se tak naše vnímání zvířecí jednoty v druhém kombinuje s naším vnímáním druhého jako *osoby* (person) a my vnímáme tyto dvě jednotky jako nerozdělitelný celek (Scruton, 2001).

Dle Scrutona si člověk neustále uvědomuje *sebe* (myself) tak, jako by neměl své tělo. Navíc stejně tak i na druhého reaguje, jako by se svým tělem nebyl identifikován. A zde narůstá, ve vzájemných transakcích, nevyhnutelný dojem, že každý z nás má centrum své existence, kterým není jeho tělo, ale jeho *já* (self). V důsledku tedy konečně naše zkušenost *ztělesnění* (embodiment) musí být v začátku dualistická – mám tělo, ale taky jsem tělo. V usmívání, červenání, smíchu a pláči, to je právě moje ztráta kontroly nad svým tělem, které získává kontrolu nade mnou a zprostředkovává zkušenost ztělesněné *osoby* (person). Tělo přestává být instrumentem a nabývá svého přirozeného práva jako *osoba* (person). V tomto konceptu pak tvář nemá funkci zcela jako část těla, ale jako celá *osoba* (person) – *já* (self) se šíří skrz její povrch a zde tvoří tělo (Scruton, 2001).

V touze pak si člověk přeje najít jednotu mezi tělesnou a *osobní* (personal) identitou druhého a držet v těle druhého duši, která z něj mluví a dívá se. Je to pouze v touze, v určité jemné formě lásky, a v jemné nenávisti sadismu, že druhý musí být skrz na skrz odhalený v těle, které ho skrývá. Proto dle Scrutona nelze brát v potaz jednoduchý obrázek společný Freudovi, Kinseyho výzkumům a dalším „módním nesmyslům“, které touhu představují následně – sexuální vzrušení je lokalizovaný fenomén,

zduření žláz. Když je dle Scrutona sexuální touha představována jako „touha po orgasmu“ nebo „touha po příjemných pocitech v sexuálních žlázách“, role další osoby se stává zcela nevyzpytatelná (záhadná). Jestliže je John frustrován usilováním o Mary, je zde něco nepatřičného na radě: „Vezmi si Elizabeth, ona bude stejně dobrá“. Samozřejmě Elizabeth může utěšit Johna. John se může milovat s Elizabeth, ale bude celou dobu myslet na Mary, kterou bude objímat ve svých představách. Nicméně toto není záležitost přesunutě touhy: touha byla a je po Mary, a Elizabeth slouží jen jako nástroj. Žádný jiný objekt, který by „sloužil právě tak dobře“ jako objekt estetického rozjímání nebo touhy, nemůže být identický s konkrétním objektem (Scruton, 2001).

To, co rozlišuje touhu od hladu, není proto struktura impulsu samého, ale nezávislý rys těch entit, ke kterým je zaměřena – u touhy je to osobní objekt, člověk. Osoby jednoduše potřebují jistý druh zacházení, který nám zakazuje pohlížet na ně jako na zaměnitelné. Objekt touhy musí mít nejen lidské tělo, ale také perspektivu první osoby, která slouží ke specifikování (individualizování) jeho v jeho vlastních očích a v očích jeho pozorovatele. Nebo-li, na rozdíl od hladu, sexuální touha se zajímá o ztělesnění druhého, ne o jeho tělo (Scruton, 2001).

Scruton dále spojuje dvě pozorování: první, že touha je namířena k ztělesněnému druhému, a druhé, že má neodmyslitelně individualizující zaměřenost. Scruton zmiňuje, že pro Kanta je sexuální touha druh *chuti* (apetite) – leží mimo oblast interpersonálních pocitů, a nenese osobě vlastní známky *zodpovědnosti* (responsibility) nebo lásky. Kant pojímá touhu jako degradovanou, protože věří, že je to zvířecí reziduum. Scruton dodává, že v Kantově vysvětlení touhy chybí dva faktory: její individuální zaměřenost a její koncentrace na ztělesnění (Scruton, 2001).

Scruton dále tvrdí, že touha subjektu má *vlastní průběh* (its own course): vyrůstá ze vzájemné aktivity účastníků, a – zatímco může inklinovat k tomu a tomu směru – její účel zůstává na začátku částečně zahalený neprůhledností osoby, po které je touženo. Objekt touhy se stává průhledný pouze v *průběhu touhy* (in the course of desire). Zároveň dle Scrutona touha má rozpoznatelné pohlavní *zaměření* (focus) – zaměření na pohlavní přirozenost, pohlavní části, druhé osoby. Ačkoli druhý je považovaný za osobu v aktu lásky, je po něm touženo jako po muži či po ženě. Pohlavní zájem o druhého má pak přirozenou tendenci gravidovat v *průběhu touhy* (course of desire) k výrazně pohlavním částem: těm, které mají speciální roli v přenosu sexuálního potěšení. A musíme rozlišit dva způsoby této gravidace: cestu zvědavého potěšení a cestu touhy, přičemž sexuální zvědavost se obnovuje nekonečně. V touze se žena zajímá o pohlavní orgán svého partnera, protože si přeje být jím penetrována a touží cítit, že on cítí potěšení uvnitř ní, přičemž penis je tak pro ni ztělesněním přítomnosti muže samého. Celá obyčejná zvědavost je pak v této skutečnosti rozluštěná – vzrušení týkající se celé akce, účastníků a všeho, co jsou a znamenají k sobě navzájem (Scruton,

2001).

Touha zvířat má relativně jednoduchou zaměřenost. Touhy, které jsou svědčící o naší racionální přirozenosti, jsou velmi rozličné, a nemají jako pravidlo jednoduchou na cíl řízenou zaměřenost zvířat, přesto že je zde rozpoznatelný cíl. Stručně Scruton shrnuje, že počáteční cíl touhy je fyzický kontakt s druhým, který je objekt a příčina vzrušení. Vzrušení je proto nejdůležitější rozlišovač touhy, cíl touhy, pak musí zahrnovat druhého *podstatně* (essentially). A je dle Scrutona evidentně pravda, že novost, která je hledána, není novost počítků, nových pozic či čehokoli, ale novost *nových lidí*. Jinými slovy to, co je hledáno, je obnovení *cíle* touhy s další osobou. A obnovit cíl touhy znamená začít znovu s novou touhou. A ať jsou jakékoli charakteristiky orgiastické touhy, platí dle Scrutona vždy, že druhá osoba vstupuje podstatně a zásadně do cíle touhy (Scruton, 2001).

Někdo se však může ptát, píše Scruton, kde toto všechno končí, když ne v orgasmu nebo v nějaké takto potěšující události? Proč orgasmus nehraje hlavní roli jako nejzazší konec této touhy, jako finální naplňující událost? Proč bychom se měli porozhlížet jinde po sexuálním naplnění? Ačkoli orgasmus je důležitý, odpovídá Scruton, není to část cíle či projektu touhy, nehraje žádnou úlohu v pokračování spojení. V nejpodstatnějším smyslu, je orgasmus přerušení styku, ze kterého se subjekt musí obnovit, jak a kdy může. Orgasmus nemůže být cíl sexuální touhy, přesto že je to často cíl, který Scruton nazývá „zvědavým potěšením“. Druhá osoba není prostředek k uspokojení touhy, ale součást konce touhy. Závěrem Scruton pak připouští, že ne všechna sexuální touha vede k lásce a vysvětluje, že zaměřenost interpersonálních emocí variiuje v prostoru i čase (Scruton, 2001).

#### Závěrem

Foucault ve svém díle kritizuje racionalismus, hledá zdroje moci, represe, přičemž možné řešení spatřuje v tom, že „*my* se osvobodíme od státu a od typu individualizace, který je se státem spojen“, a to tím, že prosadíme nové formy subjektivity odmítnutí toho druhu individuality, který byl člověku ukládan po několik století (Foucault, 2003c).

Sexualitu pak Foucault analyzuje velmi ze široka jako formu vědění, vznikající na průsečíku medicíny, politiky ekonomie a filozofie, v pevném přesvědčení, že morálka je výsledkem sociálních a kulturních podmínek. Scruton naopak jako stoupenec racionalismu, apeluje na konzervativní pohlavní morálku, složky lidské sexuality jako jsou vzrušení, vášeň, touha či láska definuje směrem k „čistotě“ pohlavní lásky, jež vzniká pouze mezi lidskými bytostmi, a která je odlišná od perverzí všeho druhu.

Scruton na pozadí tradiční křesťanské morálky analyzuje sexuální touhu jako součást prožívání jedinečné lidské bytosti ve vztahu k druhé jedinečné lidské bytosti, přičemž se ve svém konceptu vztahuje pouze k dospělé heterosexuální sexualitě a ignoruje tak například dětskou sexualitu či sexualitu homo-sexuálů – tu považuje za perverzi.



Souhlasím s přesvědčením, že zkušenost člověka je historicky předurčena a plynou z ní proto smysluplné normativní důsledky. Avšak Scrutonovo konzervativní pojetí touhy vnímám jako velice úzké a okleštěné od mnoha dalších jevů v oblasti touhy, kterých jsem jako psycholožka svědkem a považuji jej za nedostatečné.

#### Literatura

- DOLLIMORE, J. (1991) *Sexual Dissidence: Augustine to Wilde, Freud to Foucault*. New York: Oxford University Press, 1991. 389 p. ISBN 0-19-811225-4
- FOUCAULT, M. (1999). *Dějiny sexuality I: Vůle k vědění*. Praha: Herrmann & synové, 1999. 192 s.
- FOUCAULT, M. (2003a). *Dějiny sexuality II: Užívání slasti*. Praha: Herrmann & synové, 2003. 340 s.

- FOUCAULT, M. (2003b). *Dějiny sexuality III: Péče o sebe*. Praha: Herrmann & synové, 2003. 328 s.
- FOUCAULT, M. (2003c). *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann & synové, 2003. 304 s.
- SCRUTON, R. (2001). *Sexual Desire: A Philosophical Investigation*. London: Phoenix Press, 2001. 428 p. ISBN 1-84212-514-1
- SCHLEMMER, M. (2004). *Jak se Roger Scruton stal konzervativcem* [online]. Glosy.info, 27.červen 2004. [cit. 2.prosince 2011]. Dostupné na WWW: <<http://glosy.info/texty/jak-se-roger-scruton-stal-konzervativcem/>>. ISSN 1214-8857

Kontaktná adresa:

Mgr. Alexandra Doležalová Hrouzková  
michal.chovanec@gmail.com

## Správa z odborného sympózia Urológia v súvislostiach v dňoch 17. - 18. októbra 2014, hotel Kaskády, Sliač

V dňoch 17. - 18. októbra sa v príjemnom prostredí hotela Kaskády v Sliači uskutočnilo odborné sympóziu orientované na problematiku mužského zdravia v širších súvislostiach urológie a s ňou súvisiacich odborov. Preto bolo aj výstižne pomenované „Urológia v súvislostiach“. Keďže som mal možnosť absolvovať toto podujatie z predsedníckeho miesta, dovoľujem si, aj so zámerom ďalšej edukácie, upriamiť pozornosť na podstatné súvislosti jednotlivých prezentácií v poradí, v akom ich autori predniesli.

### 1. Ateroskleróza a jej vplyv na mužské zdravie. MUDr. Martin Hudec, kardiológ, pracovisko SÚSCCH, Banská Bystrica

Autor sa vo svojej prednáške sústreďuje na **kardiovaskulárne súvislosti pri vzniku ED**, poukazuje na známe súvislosti **ED a dysfunkcie endotelu, ED a ICHS**. O závažnosti koronárnej príhody svedčí aj to, že až v 50% je zodpovedná za celkovú kardiovaskulárnu mortalitu. **Najčastejšou príčinou** ischemickej choroby srdca je pritom **ateroskleróza koronárnych tepien**. Pri vzniku aterosklerózy majú kľúčovú úlohu **endoteliálna dysfunkcia a akumulácia lipidov v bunkách a ich oxidácia**. Z hľadiska ďalšej stratégie vývoja aterosklerotického plátu majú kľúčový význam **rizikové faktory** a z pohľadu zdravotnej starostlivosti aj kvalitne realizovaná **prevencia**. Cieľom **primárnej prevencie** je znížiť incidenciu choroby u zdravých ľudí (napr. vakcinácia), cieľom **sekundárnej prevencie** je znížiť mortalitu a morbiditu choroby, ktorá sa už prejavila (napr. Anopyrin po IM), a cieľom **terciárnej prevencie** je čo najviac znížiť funkčné a symptomatické obmedzenia spôsobené chorobou po tom, keď už prebehla (napr. nácvič používania vozíčka po NCMP). **Rizikové faktory** rozdeľuje na **nemodifikovateľné** (vek, rodinný

výskyt, genetická predispozícia, mužské pohlavie), **modifikovateľné** (diabetes mellitus, dyslipidémia, HT, obezita, fajčenie - aterosklerotické riziko sa obvyčajne približuje pôvodnému za 3 - 5 rokov od prestania fajčenia (neplatí pre CHOCHP), fajčenie cigár, fajok a pasívne fajčenie (tiež rizikové) a **modifikovateľné, ktoré sú predmetom ďalšieho skúmania** (napr. sedavý štýl života, autoimunitné ochorenie a pod.). Dôležitý je **kumulatívny efekt rizikových faktorov**, cievy s endoteliálnou dysfunkciou strácajú schopnosť dilatácie na vazodilatačné podnety alebo paradoxne môžu reagovať dokonca vazokonstrikciou. Dôsledkom endoteliálnej dysfunkcie je pri jej progresii **rozvoj aterosklerózy**. **Penilná endoteliálna dysfunkcia** vedie k erektilnej dysfunkcii, ktorá je indikátorom systémovej endoteliálnej dysfunkcie, ktorá môže viesť až ku koronárnej príhode. **Ereкция je barometrom zdravého endotelu**. **Erektivná dysfunkcia môže byť prvou klinickou manifestáciou endoteliálnej dysfunkcie**, ktorá koreluje s vývojom kardiovaskulárneho ochorenia. Erektivná dysfunkcia a ischemická choroba srdca (ICHS) majú spoločného menovateľa endoteliálnu dysfunkciu, ktorá predstavuje prvé štádium aterosklerózy. Erektivná dysfunkcia je preto **rizikový faktor predpovedajúci kardiovaskulárne ochorenia vrátane ICHS**. ED a ICHS majú spoločný patomorfológický podklad, ktorým je endoteliálna dysfunkcia ako prvé štádium aterosklerózy. Preto majú aj **spoločné rizikové faktory**: hypertenziu, diabetes mellitus, hypercholesterolémiu, obezitu, nikotinizmus, sedavý spôsob života. **ED a ICHS** tak predstavujú 2 rozdielne aspekty tej istej choroby. U takmer 70% chorých s angiograficky dokázaným postihnutím koronárnych tepien sa ED objavuje skôr ako infarkt myokardu či angina pectoris. Príemer koronárnych tepien ([pokračovanie na strane 22](#))

# Poruchy sexuální identifikace u jedinců s poruchami diferenciací zevního genitálu

Jaroslav Zvěřina

Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha 2

## Souhrn

Je podán přehled soudobých názorů na sexuální identifikaci u jedinců, kteří se rodí s intersexuálním zevním genitálem. Literární údaje se nejčastěji zabývají ženami s kongenitální adrenální hyperplasií, jedinci s poruchami metabolismu a účinku androgenů. Méně je publikováno případů s mikropenise, nebo s agenezí penisu. Poruchy sexuální identifikace jsou u těchto stavů mnohem častější, než u jedinců, kteří intersexuální genitál nevykazují. Obecně platí, že změny pohlaví z ženského na mužské jsou u intersexu častější, než změny opačné. Platí to zejména pro případy, kdy byl mozek v prenatálním vývoji vystaven maskulinizujícímu vlivu testosteronu. Rozhodující pro bezproblémové formování sexuální identifikace je co nejdříve rozhodnutí o pohlaví, nejlépe ihned po narození, nebo nejpозději do devatenáctého měsíce věku dítěte.

**Klíčové slová:** intersexualita, sexuální identifikace, testosteron.

## Úvod

S poruchami sexuální identifikace a sexuální role jsme konfrontováni zejména v případech, kdy tělesně pohlavní vývoj subjektu je prakticky bez odchylek. Tak je tomu v naprosté většině případů transsexuality, transvestitismu dvojí role, a také u případů „genderové dysforie“, motivované jinak. Většina našich znalostí o formování sexuální identifikace byla však získána pozorováním jedinců s tělesnou intersexualitou. V poslední době se objevila řada prací, které se snaží různé kasuisticky popsané případy tohoto druhu shromáždit, a které tedy pracují se soubory, umožňujícími statistickou analýzu. Většina těchto sdělení pochází z „Bostonské školy“, kterou koordinuje klasik tohoto vědeckého žánru, Heino Meyer-Bahlburg. Naše možnosti genetické, anatomické, endokrinologické a funkční analýzy intersexuálních stavů se neustále vyvíjejí. Medicína se v této oblasti podobně jako v jiných klinických problémech někdy učila také ze svých vlastních omylů. Aktuálně se začíná intersexualita diskutovat také z lidskoprávních a politických hledisek. V Evropě

## Summary

Review of contemporary opinion of disorders of the sexual identity in individuals born with intersexual external genitals. Most frequently studied subjects are women with congenital adrenal hyperplasia and subjects with disturbances of testosterone metabolism or effectivity. Some data were found among men with micropenis, penile agenesis or ablation. Sexual identity disorders are among these subjects more frequent as in normal population. Changes of the gender identity are more frequent to happen from female to male than from male to female. This is valid especially for cases, in which brain had been exposed prenatally to masculine level of androgens. It is necessary to decide the gender of the child the latest by the 19th month of his age.

**Keywords:** intersexuality, sexual identification, testosterone.

zejména poté, kdy Spolková republika Německo zavedla zákonné opatření, podle něhož nemusí být u novorozenců určeno pohlaví v těch případech, kdy to není spolehlivě možné.

Ontogeneze lidské sexuality je poměrně dobře prostudovaná ve všech svých komponentách. Dodnes se myslím můžeme v této oblasti orientovat za pomoci grafického znázornění, které před lety publikoval John Money se spolupracovníky (11). Je znázorněno na obr. č. 1.

### Obr. č. 1

#### Ontogeneze lidské sexuality (podle J. Money a spol. 1957)

Chromozomální pohlaví (46XX, 46XY)

Fetální gonády (vaječníky, varlata)	Fetální hormony (androgeny +/-)
--	------------------------------------

Sexuálně dimorfní tělo a genitál    Sexuálně dimorfní CNS

Tělesný vzhled při narození (penis +/-)

Dětská sexuální identifikace  
(holčička-chlapeček)

Vlivy sociálního a kulturního prostředí    Hormonální puberta

Erotizace (sexuální orientace)    Sekundární pohlavní znaky

Dospělá sexuální identifikace  
(žena - muž)

Pohlaví novorozence je určeno především podle existence penisu, nebo něčeho, co penis připomíná. Pokud novorozence má penis, je to chlapec, pokud jej nemá, je to děvče. Tento jednoduchý systém „sexování“ novorozenců funguje celou historii lidstva poměrně spolehlivě. Za normálních okolností je výsledkem zmíněného procesu biopsychosociálních interakcí jedinec, který nemá problém ani se svou sexuální rolí, ani se svou sexuální identitou. Nás ovšem z pochopitelných důvodů zajímají výjimečné případy, u kterých ontogeneze sexuality neprobíhá hladce a vede k problémům. Pro naše chápání souhry faktorů, které ovlivňují ontogenesi lidské sexuality jsou nepochybně velice přínosné klinické zkušenosti s jedinci, jejichž tělesný vývoj je charakterizován nedostatečně diferencovaným, nebo více či méně intersexuálním zevním genitálem. Také samozřejmě stavy, kdy zevní genitál je u dítěte ženského pohlaví virilizován, nebo u dítěte mužského pohlaví feminizován. Takových stavů známe celou řadu. Jsou dnes poměrně dobře prostudovány. V tomto přehledu se zabýváme údaji o problémech v sexuální identifikaci u jedinců s kongenitální adrenální hyperplazií, s poruchami metabolismu testosteronu, s necitlivostí tkání na testosteron a s mikropenisem.

#### Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH)

Jde o autosomně recesivní onemocnění, které postihuje ženy i muže. Projevuje se poruchou syntézy nadledvinkových steroidů, nejčastěji geneticky podmíněnou insuficiencí 21-hydroxylázy. Jako příčina defektní diferenciací zevního genitálu se oplatňuje klasická porucha CAH, pokud postihuje ženský plod v prenatálním období. Zvýšená produkce androgenů v těchto případech zevní genitál maskulinizuje (hypertrofie klitoris). Takto získaný intersexuální vzhled zevního genitálu může způsobit problémy s určením pohlaví novorozence dítěte. V případech atypických není vzhled zevního genitálu po narození nijak nápadný a příznaky CAH se projeví v dětství, nebo ještě později. Novorozenci s genotypem 46, XX a s tímto syndromem jsou většinou označeni jako dívky. Mají ostatně pochvu, dělohu, vaječníky a vejcovody. Jsou-li adekvátně léčeny glukokortikoidy, jejich vývoj je typicky ženský a zachována je i reprodukční funkce (4). Někdy je maskulinizace zevního genitálu natolik masivní, že při povrchním hodnocení bývaly tyto děti označeny chybně za chlapce. Někdy, naštěstí jen zřídka, je správná diagnóza stanovena se zpožděním i více než 18 měsíců. Některé takové děti pak absolvují změnu pohlaví, jiné nikoliv. Dívky s CAH vykazují různé maskulinní projevy v chování (zájmy, hračky, volnočasové aktivity), a to nejen v dětství, ale také v dospívání a dospělosti. Moderní metody prenatálního i postnatálního skreeningu podobné omyly omezují zásadním způsobem (12, 14).

Dessens, A. B., se spolupracovníky (2005) přehledli anglicky psaná sdělení na toto téma, publikovaná od roku 1950. Nalezli data o 250 případech CAH. Šlo o klasické případy s maskulinizovaným zevním genitálem. 32 případů bylo u porodu označeno

za chlapce. Z těchto případů 28 bylo do 19 měsíců po porodu překlasičkováno na dívky, jedna byla takto překlasičkována až ve 3.5 letech. Nalezli tři případy, kdy změna pohlaví byla učiněna až v 7., respektive v 9. roce. Z 250 případů celkem 237 nevykazovalo žádné známky gender-dysforie. 13 jich problémy v této oblasti připouštělo. 4 z těchto třinácti přímo usilovaly v dospělosti o změnu pohlaví. 33 jedinců 46, XX bylo vychováno jako chlapci. Z nich čtyři se identifikují v dospělosti jako ženy a jeden je nespokojen se svým pohlavím.

Gender dysforie se tedy vyskytuje jak u CAH jedinců, vychovávaných jako ženy, tak u těch, kteří byli vychováni jako muži. Problémy s určením pohlaví se vyskytly ve větším procentu u subjektů, vychovávaných jako chlapci (12,1%), než u těch, vychovávaných jako dívky (5,2%). Rozdíl však nebyl sledán statisticky významným.

Většina autorů se shoduje, že problémy s pohlavní identifikací nemají u pacientek s kongenitální adrenální hyperplazií žádný vztah k intenzitě maskulinizace zevního genitálu. Diamond a Sigmundson (1997) doporučují při masivní androgenizaci v případech CAH určit pohlaví jako mužské. Pokud se incidence transsexualismu v ženské populaci uvádí indexem 1:30.000, pak podíl těchto problémů u souboru žen s CAH je nepochybně podstatně vyšší, než lze očekávat za normálních okolností. Velká většina těchto žen však žádnou „gender-dysforii“ netrpí. Sexuální identita je u nich tedy velice flexibilní. Také nejnovější studie se shodují v tom, že o určení pohlaví je třeba rozhodnout co nejdříve, do 19. měsíce věku dítěte. Ve sporných případech po důkladném zvážení všech okolností. V pozdějším věku by se změna pohlaví neměla již realizovat, tedy nikoliv z iniciativy lékařů. Zatím nedovedeme přesně určit kritéria pro „optimální“ rozhodování o pohlaví dítěte ve sporných případech. Nicméně do třetího roku věku dítěte by i v případech složitějších mělo být o sexuální identitě jasno.

#### Poruchy metabolismu testosteronu

Jako příčina intersexuálního vývoje jedinců s mužským genotypem 46-XY jsou popisovány dva vrozené enzymové defekty:

##### Defekt 5 $\alpha$ -reduktázy

Tento isoenzym konvertuje ve tkáních testosteron na dihydrotestosteron, který v prenatálním vývoji zajišťuje správný vývoj zevního genitálu a prostaty. Pokud isoenzym chybí, zevní genitál a prostata se nevyvíjejí, nebo vyvíjejí nedostatečně. Přitom je mozek plodu exponován normální hladině testosteronu.

##### Defekt 17 $\beta$ -Hydroxysteroid Dehydrogenázy

Tento isoenzym je nezbytný k syntéze testosteronu, který se pak konvertuje na dihydrotestosteron. Předpokládá se, že hladiny testosteronu jsou v prenatálním období u tohoto stavu nízké, nikoli však nulové, protože jisté množství testosteronu se syntetizuje s pomocí jiných 17 $\beta$ -HSD isoenzymů.

U obou těchto enzymových defektů se dítě rodí s obojetným genitálem, který připomíná genitál ženský. Varlata bývají retinována v tříselných

kanálech. Penis je rudimentálny. Feminizace zevního genitálu je v extrémních případech téměř kompletní, takže děti jsou vychovávány jako děvčata. V pubertě se tyto jedinci začínají maskulinizovat, když se aktivují varleční funkce. Penis se zvětšuje, objevují se erekce, růst vousů a hlubší hlas. V některých uzavřených komunitách je výskyt těchto poruch velmi vysoký, až 1:100 (ohraničené populace v Gaze, Dominikánské republice, Brazílii, Mexiku, nebo Papua Nová Guinea). (1,2,3,6)

Cohen-Kettenisová (2005) vyhodnotila dostupné literární údaje, publikované na toto téma. Z 99 případů deficitu 5 $\alpha$  reduktázy-2, vychovávaných jako dívky, se změna sexuální role v pubertě vyskytla ve většině, konkrétně v 63% případů. Dva subjekty se v ordinaci prezentovaly jako muži, ale sociálně žily v ženské sexuální roli a obávaly se prozrazení své mužské identity. Jiný subjekt deklaroval mužskou sexuální identitu, měl sex v mužské roli se ženami, ale oblékal se často do ženských šatů.

Z 28 případů deficitu 17 $\beta$ -Hydroxysteroid Dehydrogenázy-3, vychovávaných jako ženy mělo 18 mužskou a 10 ženskou identitu. Jako chlapci bylo vychovááno celkem 28 subjektů, (18, 5-alfa a 2, 17-beta). Žádný z nich neměl tendence ke změně pohlaví.

V případech poruch metabolismu testosteronu je tedy výskyt problémů se sexuální identifikací vysoký, nejvyšší ze všech intersexuálních stavů. Také zde platí, že změna pohlaví nemá žádný zřejmý vztah k závažnosti malformace zevního genitálu. Trvání a intenzitu expozice mozku androgenům prenatálně není zatím možné spoolehlivě vyhodnotit.

#### Necitlivost k androgenům

Androgenní insensitivita je poruchou maskulinní diferenciace, vázanou na X chromosom. Vyznačuje se absencí nebo defektem genu androgenního receptoru (AR gen). U těchto jedinců s karyotypem 46-XY fetální varlata fungují normálně, ale účinek androgenů v tkáních je narušen.

Extrémní variantou je *kompletní syndrom androgenní insensitivity* (CAIS), který bývá nazýván „*testikulární feminizace*“. Jedinci s CAIS jsou geneticky založeni mužsky (46,XY), ale mají zcela typicky ženský zevní genitál. Vnitřní genitál nemá žádné Mülleriánské struktury (uterus, proximální vagína), protože jejich vývoj byl potlačen produkcí anti-Müller faktoru ve varlatech. V některých případech lze nalézt rudimenty Wolffových vývodů (nadvarlata, chámovody). Distantní vagína je obvyklé krátká, často připomíná jen jakýsi důlek, ukončená je samozřejmě slepě. Diagnosa se prakticky nikdy neudělá po porodu. Pokud nejsou retinovaná varlata chirurgicky odstraněna, androgeny v nich tvořené se při blokádě jejich účinku na receptorech neuplatní. Výsledkem je typicky feminní somatosexuální vývoj s žensky vyvinutými prsy, ale zcela bez tělového ochlupení v axilách a kolem genitálu („*hairless woman*“ syndrom). O ženském pohlaví těchto jedinců není od narození pochyb.

Pokud genetický defekt není vyjádřen plně, jedná

se o *parciální syndrom androgenní insensitivity* (PAIS). Ten se projevuje různě nekompletní feminizací a maskulinizací. Zevní genitál může být feminní, nebo je vytvořen penis s perineoskrotální hypospadií. Varlata mohou být sestouplá v rudimentárním šourku, bývají však častěji retinovaná v třísllech. Jindy stav imponuje jako mikropenis, a to se skrotem, nebo bez něho. Pohlaví při narození bývá určováno jako mužské, nebo ženské, a to podle vzhledu zevního genitálu.

Mazur, T. (8) shromáždil údaje o celkem 156 případech CAIS, u kterých bylo v 62 případech doloženo, že jde o defekt genu AR. Tyto subjekty byly všechny vychovávány od narození v ženském rodě, a v žádném případě se nejednalo o gender dysfornii, nebo o změnu pohlavní identity v dospělosti.

Případů s PAIS bylo 99 (po narození v 57 případech určeno mužské a ve 42 ženské pohlaví), a z nich u 26 byl potvrzen defekt AR genu. Celkem v devíti případech bylo v pozdějším věku změněno pohlaví. Jeden z nich byl po narození označen za chlapce a po pěti dnech bylo pohlaví změněno na ženské, aby ve 30 letech bylo pohlaví na jeho žádost změněno na mužské. Další byl označen jako žena a ve třech týdnech změněno na muže. Maskulinizace zevního genitálu byla nekompletní. Ve 30 letech provedena změna pohlaví na ženské, spolu s příslušnou chirurgickou korekcí genitálu. Jiný jedinec prodělal změnu pohlaví z mužského na ženské ve 22 letech. Ze zbylých šesti bylo ve dvou případech změněno pohlaví z ženského na mužské, a ve čtyřech případech z mužského na ženské.

Je zřejmé, že v případech androgenní insensitivitivy ve většině případů vinou necitlivosti mozkových tkání k androgenům nedojde k mužské organizaci příslušných mozkových center, a to přesto, že hladiny fetálních androgenů jsou v mezích typických pro mužské subjekty. Naprostá většina těchto genetických mužů je ve své ženské sexuální roli dokonale spokojena.

#### Mikropenis

Jako mikropenis označujeme stav, kdy penis velmi malých rozměrů obsahuje uretru s ústím na penisu. Jedinec má karyotyp 46,XY, lze nalézt varlata (sestouplá či nesestouplá). Pokud je zachována citlivost periferních tkání na androgeny, lze velikost penisu pozitivně ovlivnit podáváním androgenů, nebo hCG v raném dětství, do 4 roků věku. Léčba má být opakována na počátku puberty (Stárka a spol. 2005).

Mazur, T. (8) zpracoval dostupné publikace, které popisují uvedené stavy a podávají informace o jejich sexuálním životě. Subjektů s mikropenise bylo v literatuře nalezeno 89. Z nich 10 bylo označeno a vychovávalo jako ženy. U žádného z těchto 89 případů není popisována změna pohlaví v pozdějším životě. Případy „gender dysforie“ různé intenzity ovšem popisovány jsou, a to u obou pohlaví.

#### Ageneze penisu

*Ageneze penisu* je vyznačena nepřítomností penisu (aphallia) u jedinců s mužským karyotypem 46 XY. Jde o součást defektu vývoje pánve, často s urorektální komunikací. Varlata bývají retinovaná a vyskytují



se i další přidružené kongenitální abnormality (abnormality ledvin, vesikouretrální reflux, neperforovaný anus, abnormality muskuloskeletární a pulmonální).

Meyer-Bahlburg (9) podává přehled problematiky sexuální identifikace u jedinců s genotypem 46 XY, kteří trpěli agenezí penisu, kloakální extrofíí močového měchýře, nebo přišli o penis ablací v raném dětství. Tito jedinci byli označeni a vychováni jako ženy, byla u nich provedena chirurgická korekce zevního genitálu směrem k feminním vlastnostem. Informace z literatury byly shromážděny o 16 případech, které vyrůstaly v ženské roli. Ty byly po porodu označeny za ženy, nebo bylo jejich pohlaví na ženské přeměněno brzy po narození. Vesměs byla provedena gonadektomie, a to v dětství, do 4. roku věku. V době sledování 12 těchto jedinců žije jako ženy bez problémů, dva jako ženy s „genderovou dysforií“ a dva jako muži. Ovšem jen dva byli starší než osmácti let. Další 17 pacientů vyrůstalo v mužské roli. U žádného z nich nebyly hlášeny problémy se sexuální identifikací. Je zřejmé, že mnohem větší problémy s pohlavní identitou se vyskytly u jedinců s agenezí penisu, kteří byli vychováni jako ženy.

#### Kloakální extrofie močového měchýře

*Kloakální extrofie močového měchýře* je extrémní případ epispadie. Penis je často hypoplastický a rozdvojený, někdy zcela chybí. Varlata jsou retinovaná v tříselech, nebo v břišní dutině. Stav vede k vysoké morbiditě a mortalitě. Šance na přežití se zlepšují s moderními chirurgickými rekonstrukčními operacemi.

Meyer-Bahlburg (9) shromáždil údaje o 51 jedincích s touto vývojovou vadou, kteří byli označeni za dívky a vychováni v ženské roli. Z nich 33 později žije jako ženy, 7 jako ženy s gender dysforií a 11 jako muži. Jen 8 z tohoto souboru bylo dospělých v době hodnocení. Celkem 15 jedinců s touto vadou bylo vychováno jako muži. Tito jedinci všichni žijí jako muži, bez problémů s pohlavní identitou.

#### Ablace penisu

*Ablace penisu, nebo traumatická ztráta penisu* se vyskytuje jako následek úrazu v dětství, neodborné obřízky, kousnutí psem, různě motivované mutilace a podobně. Před odstraněním penisu se chlapec vyvíjí typicky mužsky, bez problémů. Mayer-Bahlburg (9) našel data o sedmi případech traumatické ztráty penisu v raném dětství, kdy bylo lékařem změněno pohlaví na ženské. Provedena kastrace a chirurgická úprava genitálu na ženský. Z těchto sedmi pacientů žijí 4 v ženské roli, jeden jako žena s gender dysforií, dva jako muži.

Tito jedinci, vychováni po úrazu jako ženy, nápadně často vykazují maskulinní rysy v chování, a nápadně často také jeví erotický zájem o ženy. Výchova v mužském pohlaví je z tohoto pohledu pro tyto pacienty mnohem méně konfliktní. Neriskují se také šokové reakce, když se pacient později dozví o svém genetickém mužském pohlaví. Významnou kvalitou je zde také sexuální funkce. Vyhledky na sexuální

fungování by měly být jedním z kritérií, podle kterých se o pohlaví novorozence rozhodujeme. O sexuální funkci těchto pacientů v dospělosti je jen málo informací. Někdy jsou překvapivě dobře partnersky adaptováni, častěji však žijí v nekonzumentních manželstvích, nebo sami, bez partnerských aktivit.

#### Ageneze varlat

Z našeho klinického materiálu můžeme ilustrovat některé aspekty dané problematiky na dospělém muži s genotypem 46 XY, který je od dětství sledován jako hypogonadismus a po jistou dobu substituován exogenním testosteronem. Penis je správně vyvinut a je funkční. Sexuální apetence nízká. Gonády nebyly nalezeny ani funkčně detekovány. Exogenní testosteron, podávaný na jiných pracovištích, vedl u něho k výrazné gynekomastii, která vyžadovala chirurgickou korekci. Menší dávky exogenního testosteronu udržují konzistenci skeletu a také jistou úroveň sexuální apetence. Tento muž nikdy nepochyboval o své maskulinní identitě. V těchto vzácných případech soudíme, že maskulinní identifikace postiženého muže byla zabezpečena fetálními varlaty, která posléze v další fázi nitroděložního vývoje úplně atrofovala nějakým vaskulárním mechanismem.

#### Závěry

Je zřejmé, že pokud jsou jako ženy označeni jedinci s genotypem 46,XY a se zcela maskulinními podmínkami v prenatálním vývoji, pak většina z nich později ženskou pohlaví akceptuje bez problémů. Nicméně část z nich má tendenci ke změně pohlaví. Tato tendence se může s věkem zvyšovat (dostupné katamnézy nemají povahu celoživotního sledování).

Použité metody hodnocení mohou být nedostatečné, zejména k odhalení subtilnějších forem nespokojenosti s vlastním pohlavím. Vůbec nebývají vyšetřovány otázky sexuální orientace. Z literatury i z vlastní klinické zkušenosti známe případy, kdy žena, nebo muž žijí celý život v přesvědčení, že jejich skutečné pohlaví je opačné, a přesto o změnu pohlaví neusilují, nejčastěji pro sociální problémy, spojené s takovou změnou. Nicméně i tak je zřejmé, že sexuální identifikace a sexuální role nemají jen čistě biologický původ (6).

Pohlaví při narození se určuje podle vzhledu zevního genitálu. Po celou kulturní historii funguje tento jednoduchý mechanismus „sexování“ novorozenců u naprosté většiny případů zcela uspokojivě. Má-li dítě penis, je označeno za chlapce, pokud penis chybí, jde o děvče. Problémy zde nastávají tehdy, když vzhled zevního genitálu je neurčitý, nebo zavádějící. Stanovení pohlaví u jedinců s nedokonalou či nesprávně vyvinutým zevním genitálem je problematikou citlivou, a někdy velmi složitou.

Obecně platí, že změny z ženského pohlaví na mužské jsou častější, než naopak. Avšak ani u intersexuálních jedinců, kteří byli vychováni jako ženy, a jejichž prenatální prostředí bylo maskulinní co do expozice androgenům, nejsou projevy nespokojenosti s pohlavní příslušností („gender

dysforie“) univerzálně přítomny. Zdá se tedy, že hypotézu o biologické dispozici k sexuální identitě, která prostě převálcuje všechny ostatní determinanty a prosadí se, není možné beze zbytku potvrdit. Význam androgenů pro sexuální vývoj je demonstrován tím, že změny pohlaví jsou častější u jedinců, kteří byli prenatálně exponováni androgenům a později mají žít v ženské sexuální roli.

Sexuální roli („gender role“) definovali kdysi J. Money a spol. (1957) následovně: „*All those things that a person says or does to disclose himself or herself as having the status of boy or man, girl or woman, respectively. It includes, but is not restricted to, sexuality in the sense of eroticism*“. Citovaná klasická práce konstatovala, že ze 105 intersexuálních jedinců vykazovalo jen 5 známky problémů v sexuální roli a sexuální identitě. Autoři uzavírají, že pro dospělou sexuální roli je nejdůležitější určení pohlaví při narození a způsob, jakým je jedinec vychováván. Zrodila se hypotéza velké plasticity sexuální role a identifikace, a to pod psychosociálními vlivy. Biologické faktory však nelze podceňovat. Historie zná řadu případů, kdy ignorování biologických faktorů vedlo k negativním konsekvencím a ke konfliktům s cítěním postižených subjektů. Dodnes platí klasická zásada, že naprosto rozhodující je ve většině případů iniciální stanovení pohlaví dítěte po porodu (2,3,5). Birkmannová a spol. (2007) konstatovali u 37 dospělých intersexuálních subjektů, že tito jedinci hodnotí většinu lékařských intervencí, včetně různých chirurgických výkonů, zpětně spíše negativně. Jako důležité se jim zdá především zachování intimity, důvěry a utajení skutečného stavu věcí. V současné době kompetentní a zkušení odborníci zdůrazňují vysokou míru nejistoty u těchto případů. Postupovat je třeba kompetentně a citlivě, také ve spolupráci s rodiči dětí s poruchami sexuální diferenciací. Optimální je rozhodovat ve složitějších případech v konziliu více expertů z řad lékařů a psychologů. Ve vztahu k případným chirurgickým korekcím je dnes medicína u těchto stavů velmi rezervovaná (14). Ani špičková péče samozřejmě nemůže stoprocentně zajistit, že v dospívání a dospělosti nebude intersexuální subjekt se svou sexuální identitou spokojen. Je zřejmé, že poruchy sexuální identifikace („genderové dysforie“), podobně jako nestandardní sexuální preference, se u intersexů vyskytují podstatně častěji, než u jedinců se standardním somatosexuálním vývojem. To nemá nic společného s údajným porušování lidských práv těchto subjektů.

Ve vztahu k dnes občas diskutovanému problému s údajným právem intersexuálních lidí na uznání neurčitěho, nebo prostě „žádného“ pohlaví je třeba říci, že pro novorozence a malé děti nemá takový status žádný praktický význam. U starších dětí, adolescentů a dospělých by pak přinášel takový status jen nežádoucí stigmatizaci. Většina našich pacientů s genderovými problémy netouží po neurčitém pohlaví, nýbrž cítí svoji příslušnost k mužskému či ženskému pohlaví velmi intenzivně. Mediální a politické diskuse, které kolem intersexuality občas

pozorujeme, extendují do oblasti poruch sexuálního vývoje zcela neadekvátně problémy s pokračující „heterosexualizací“ homosexuality a s domnělým právem „trans-“, lidí na libovolnou volbu svého pohlaví, a to bez ohledu na jejich tělesný stav. Tato problematika však přesahuje téma tohoto textu.

#### Literatura:

- Birkmann, L., Schuetzmann, K., Richter-Appelt, H.: Gender Assignment and Medical History of Individuals with Different Forms of Intersexuality: Evaluation of Medical Records and the Patients' Perspective. *J. Sex. Med.* 4/4, 2007, s. 964 – 980
- Cohen-Kettenis, P.: Gender Change in 46, X, Y Persons with 5 $\alpha$  - reductase - 2 Deficiency, and 17 $\beta$ -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency. *Arch.Sex.Behav.* 4/34, 2005, s.399-410
- Cohen-Kettenis, P.: Psychological Long-Term Outcome in Intersex Conditions. *Hormone Research* 64 (Suppl.2), 2005, s 27 -30
- Dessens, A.B., Slijper, F.M.E., Drop, S.L.S.: Gender Dysphoria and Gender Change in Chromosomal Females with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Arch.Sex.Behav.* 34/4, 2005, s.389-397
- Diamond, M., Sigmundson, H.K.: Management of intersexuality: Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Arch.Pediatr.Adolesc. Med.* 151, 1997, s. 1046-1050
- Hines, M.: Prenatal testosterone and gender-related behaviour. *Europ.J.Endocrinol.* 155, Suppl.1, 2006, s. 115 - 121
- Kruijver, F.P.M., Zhou, J.N., Pool, C.W., Hofman, M.A., Gooren, L.J.G., Swaab, D.F.: Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J.Clin.Endocrinol.Metab.* 85, 2000, s. 2034-2041
- Mazur, T.: Gender Dysphoria and Gender Change in Androgen Insensitivity or Micropenis. *Arch.Sex. Behav.* 34/4, 2005, s. 411-421
- Meyer-Bahlburg, H.F.L.: Gender dysphoria and gender change in persons with intersexuality. *Arch. Sex.Behav.* 34/4, 2005, s. 371-373
- Meyer-Bahlburg, H.F.L.: Gender Identity Outcome in Female-Raised 46,XY Persons with Penile Agenesis, Cloacal Extrophy of the Bladder, or Penile Ablation. *Arch.Sex.Behav.* 34/4, 2005, s. 423-438
- Money, J. *Arch.Neurol.Psychiat.* 77: 333-336, 1957
- Simpson, H., Hughes, I.: Congenital Adrenal Hyperplasia. *Medicine* 2013, 41/9: 529 - 531
- Wilson, J.D., Marco, A., Rivarola, M.D, et al.: Advice on the Management of Ambiguous Genitalia to a Young Endocrinologist From Experienced Clinicians. *Semin. Reprod. Med.* 2012, 30/5: 339 – 350
- Witchel, F.S., Azziz, P.: Congenital Adrenal Hyperplasia. *Pediatr. Adolesc.Gynecol.* 2011, 24 : 116 - 126

Kontaktná adresa:  
jaroslav.zverina@vfn.cz

# Psychika a sexualita obézního

## Dita Pichlerová, Jitka Herlesová

OB klinika Praha, Pod Krejčárkem 975, 13000 Praha 3

### Souhrn

Podle posledních výzkumů o výskytu obezity víme, že více než 56% dospělé populace v České republice má nadměrnou hmotnost. Nadváha i obezita s sebou nese mnoho komplikací nejen v rovině somatické, ale projevuje se výrazně i na psychické úrovni. Obézní vykazují určitá specifika v chování a prožívání. Psychoterapie hraje v léčbě obezity stále větší roli a zkušený psychoterapeut by neměl chybět v žádném multidisciplinárním týmu obezitologického pracoviště.

**Klíčové slová:** body mass index, obezita, psychika, psychoterapie, sexuální dysfunkce.

### Summary

According to latest research on the prevalence of obesity, we know that more than 56% of the adult population in the Czech Republic has excessive weight. Overweight and obesity is connected with a lot of complications not only in terms of somatic, but also reflected significantly on the mental level. Obese population show certain specific features in the behavior and experience. Psychotherapy plays an increasing role in the treatment of obesity and an experienced psychotherapist should not be missing in any multidisciplinary team taking care of obese patients.

**Keywords:** body mass index, obesity, psyche, psychotherapy, sexual dysfunction.

### Úvod

Obezita je závažné, chronické metabolické onemocnění multifaktoriálního původu. Její léčba vyžaduje **komplexní přístup** k pacientovi a zasahuje do mnoha lékařských i nelékařských oborů. Zároveň se musí jednat o **přístup individuální**, s respektováním jedinečnosti každého konkrétního pacienta. Není mnoho nemocí, vůči kterým se společnost potřebuje tolik vymezovat a hledat viníky v lidech, kteří jí onemocněli. Mluvíme o **diskriminaci obézních** ze strany společnosti, ať už na poli pracovně-právním, či na poli osobním (předsudky, posměch atd.). Dnes už ovšem víme o důležitosti a danosti dědičných faktorů, které ovlivňují mimo metabolických dějů i preference v jídelním chování, dispoziční k fyzické aktivitě, víme o funkci hormonů tukové tkáně, hormonů střev, o významu střevní mikroflóry, o funkci signálních systémů CNS apod. Jinými slovy- **když dva dělají totéž, není to totéž**. Navíc s růstem společenského tlaku na snižování tělesné hmotnosti se zvyšuje stres obézního, na kterého je nahlíženo jako na člověka bez vůle, bez sebeovládání a sebekontroly, který si svůj stav způsobil výhradně vlastním zaviněním. Tím se ještě víc prohlubuje ztráta sebedůvěry, zvyšují se pochybnosti o sobě samém a naděje na úspěch v redukci hmotnosti klesá. Přitom tak rádi říkáme pacientům, že „hubnutí je

v hlavě“. Často se totiž setkáváme s pacienty skutečně znalými problematiky a značně edukovanými, kteří své znalosti z nějakého důvodu neumí nebo nechťejí použít.

Nadměrná tělesná hmotnost hendikepuje pacienta nejen v rovině somatické, ale i psychické a sociální. V rovině somatické se jedná o komplikace metabolické, endokrinní, ortopedické, respirační aj., na psychické úrovni se projevuje **negativním sebehodnocením** a prožíváním. Časté jsou pocity méněcennosti, viny, studu, ztráty kontroly a z nich vyplývající sebestrestání, zloba, sebestohrdání, pasivita atd. Obezita významně ovlivňuje i mezilidské vztahy, má často negativní vliv na intimní, osobní a pracovní vztahy (1).

Z pohledu psychologa se může obezita jevit jako důsledek neadekvátního vyrovnávání se s emočně vyhocenými a bolestivými situacemi, s pocity vnitřní prázdnoty, nenaplněnosti života, s pocity opuštění, samoty, ale i nudy, hněvu, osobních konfliktů, ztráty blízkého člověka apod. Obézní pacienti často přestávají rozlišovat mezi **fyzilogickým hladem**, který lze utišit jídlem a **emočním hladem** (hladem po lásce, uznání, blízkosti...), který jídlem uspokojit nelze. **Emoční jídlo** znamená konzumaci potravin ne jako důsledek hladu, ale jako důsledek stresu, depresivní nálady či úzkosti, jako odměna, pro potěšení, pro uklidnění, z nudy či z únavy.

Stres stimuluje osu hypothalamus-hypofýza-

adrenalin (HPA), výsledkom je nadbytok glukokortikoidů. Kortizol tzv. **systém odměn** podněcuje příjem kalorických potravin, čímž dochází ke stimulaci endogenního opioidního uvolnění. To je součástí obranného mechanismu, který chrání před zhoubným vlivem stresu tím, že snižuje aktivitu osy HPA, a zeslabuje tak stresovou odpověď (2). Při chronickém stresu dochází k porušení rovnováhy systému osa HPA–glukokortikoidy–inzulin, leptin, což zřejmě přispívá ke zvýšenému příjmu jídla, nízkému pocitu nasycení, viscerální akumulaci tuku a metabolickým abnormalitám ve smyslu metabolického syndromu (3,4).

Důvodem konzumace potravin pro potěšení nebo kvůli redukci psychického napětí (**hédonické mechanismy**) lze vysvětlit na systému odměny. To, co se nám líbí, máme tendenci opakovat, což se týká základních biologických funkcí jídla, pití, spánku a sexuálního chování. Systém odměny funguje díky stimulaci opioidních receptorů. V jídle se evoluční mechanismus projevuje například v preferenci chutí. Ve stresu lidé upřednostňují sladké, velmi slané a tučné. Sůl působí v mozku jako opiátový agonista (prodlužuje otevření iontového kanálu), a vytváří tak hédonickou odměnu. Konzumace potravin bohatých na cukr spouští uvolňování endorfinů a dopaminu, podobně jako u některých drog (4,5).

Z českých i zahraničních studií vyplývá, že **obézní** pacienti (body mass index, BMI $\geq$ 30) **nevykazují vyšší psychopatologii** než jedinci s normální vahou (BMI 20-25). Obézní pouze v některých škálách osobnostních dotazníků vykazují **zvýšené skóre úzkosti, depresivity, psychosomatických poruch, závislého chování, sníženou sebekontrolu, nižší sebevědomí a negativnější vztah k vlastní osobě**, i když ještě většinou v rámci normy (1).

Demografické rozložení jasně ukazuje, že obezitou je postižena hlavně **venkovská populace, osoby s nižším vzděláním a nižším příjmem**.

Konzumace potravin může fungovat jako „**měníč nálady**“, díky kterému unikneme depresi, smutku, utrpení, únavě a který přináší krátkodobě uklidnění.

U některých obézních dochází k **zúžení hodnotového žebříčku**, jsou přesvědčeni, že hodnota osoby spočívá v její hmotnosti (hubnu- svět je v pořádku, tloustnu- vše je špatně). Přílišné lpění na váze se projevuje i neustálým vážením, často několikrát za den, tito obézní nevnímají jiné životní hodnoty a často pro ně bývá velké zklamání, že redukce váhy nepřinesla kýžený efekt- například nevyřešila problém v partnerském vztahu, v zaměstnání apod.

Podobně můžeme mluvit i o přehnané **fixaci na jídlo**, „v životě už mám jen to jídlo“, jídlo je zdroj veškerého uspokojení a při dietě se touha po jídle stává nesnesitelnou. Jiné pocity, potřeby a přání jsou potlačeny, duševní prožívání je zcela souvislé s jídlem. U takových pacientů je třeba psychoterapií napomoci tomu, aby se ve svém životě zaměřil znovu i na jiné hodnoty, na něco či někoho jiného.

S tím souvisí i **pocit sebezpřijetí**, toho, jaký jsem, své silné a slabé stránky. Je třeba vybudovat pozitivní vztah

k sobě sama. Některé pacienty vede nedostatečný vztah k vlastní osobě až ke zneužívání léků (anorektik, antidepresiv), držení drastických diet až hladovek, k záměrnému zvracení až bulimickým sklonům.

Lidé s nadváhou a obezitou mají **odlišné vzorce jídelního chování**- jedí nepravidelně, rychleji, bez dostatečné vědomé kontroly, často překotně, bezmyšlenkovitě, ev. tajně. Mají sníženou citlivost ve vnímání a uvědomování si pocitů sytosti a hladu (1). Ukazuje se, že čím je vyšší stupeň obezity (BMI), tím jsou uvedené faktory výraznější a morbidně obézní (BMI $\geq$ 40) jsou na tom z hlediska psychických komplikací mnohem hůře než lidé s nižšími stupni obezity a s nadváhou. Zároveň ale **obézní netvoří osobnostně homogenní skupinu**.

**Depresivní porucha nálady** je jednou z nejčastějších psychických poruch přidružených k chronickým onemocněním, k nimž obezita náleží (6). Životní prevalence depresivní epizody lidí s obezitou 3. stupně se pohybuje mezi 29–56%, u obecné populace je to pouhých 17%. Navíc může být spojena s myšlenkami na sebevraždu, které vycházejí z celkově neuspokojivého života s obezitou a z pocitu beznaděje (7). Pro pacienty s obezitou je tedy pravděpodobnost vzniku deprese vyšší než u neobézní populace. Jistě se můžeme pít o to, co bylo příčina a co důsledek, ale je jasné, že chronické onemocnění bývá spjata s depresí. Proto je nesmírně důležité, aby pacient léčící se s obezitou docházel i na psychoterapii, která má v terapii obezity nezastupitelnou roli.

Vyšší váha a rozvoj obezity v dospělosti může souviset s větší pravděpodobností s **týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství**, a to zejména u BMI nad 40 (8). D'Argenio (9) zjišťoval prevalenci a závažnost různých typů raných traumatických zkušeností u lidí s obezitou a normální vahou či nadváhou. Obézní měli vyšší prevalenci traumatu do 15. roku života, výsledek se nezměnil ani po vyloučení účastníků výzkumu, kteří zažili týrání, zneužívání a zanedbávání. Zároveň závažnost traumatu byla signifikantním prediktorem obezity v dospělosti, a to i pokud byla brána v úvahu momentální přítomnost depresivní nebo úzkostné poruchy.

U obézních se můžeme setkat s **mentální bulimií, záchvatovitým přejídáním** (BED, binge eating disorder), **nočním přejídáním** (NES, night eating syndrom) a **grazingem**. Pro všechny nemoci je společný vyšší výskyt ztráty kontroly nad konzumací jídla, nepřiměřená nespokojenost s vlastním tělem a přítomnost další psychopatologie. Dále se v jídelním chování projevuje vyšší míra hladu, požívání jídla „nevědomky“, zobání a nepřiměřená, rigidní kontrola nad jídlem (4).

Při BED dochází opakovaně k záchvatovitému přejídání (výskyt nejméně dvakrát týdně v průběhu tří měsíců), ústředním rysem je ztráta kontroly. Epizoda končí nevolností a pocity viny. U BED však na rozdíl od mentální bulimie chybí kompenzatorní chování.

NES je typické nočním přejedením, častým probouzením a ranním nechutenstvím. K těmto epizodám dochází alespoň třikrát týdně a objem



zkonsumované stravy v noci činní čtvrtinu až třetinu celkového denního příjmu kalorií (10,11).

Grazing je průběžné zobání, konzumaci malých porcí jídla v průběhu dlouhého časového období. Je opět charakterizován pocitem ztráty kontroly nad jídlem.

Pacient většinou není schopen se s těmito poruchami vypořádat sám, je třeba ve spolupráci s psychologem odhalit motivy, které k těmto patologickým typům stravování mohou vést.

Přísluví „sytý hladovému nevěří“ zcela jistě platí i obráceně. Pacientům se zpočátku těžko věří, že jim změna životního stylu může přinést radost a psychickou pohodu. Při držení diety si pacienti stěžují na **podrážděnost, nervozitu, depresivitu, na zvýšenou chuť na sladké či tučné**. Když připustíme že udržování nižší váhy je složitější proces než redukce a hlavně proces doživotní, je jasné, že pokud pacient nevezme změnu návyků za vlastní, bude celý jeho život bojem a psychickým strádáním.

**Významná redukce váhy přináší mnoho pozitiv.** V tomto období hraje svoji roli vysoká motivace, naděje na nový život, nový aktivní přístup ke svému životu a v neposlední řadě pozitivní zpětná vazba od druhých. Lidé popisují vymizení nebo zlepšení zdravotních problémů, pokles psychických obtíží spojených s váhou, nárůst sebevědomí, vyšší disciplínu. Dochází ke zvýšení atraktivity a pozitivnějšímu vnímání svého těla. Snižuje se prožitek hladu a dochází k normalizaci jídelních zvyklostí včetně poklesu rysů záchvatovitého přejídání (4). Stoupá celková kvalita života, k největším změnám dochází v oblasti zdraví, dále i ve **spokojenosti se sexuálním životem**. Např. v průběhu prvních 6 měsíců při rychlé redukci po bariatrických výkonech může dojít až k vymizení sexuálních poruch nebo jejich vylepšení ve všech aspektech zahrnujících sexuální touhu, vzrušení, zvlhčení nebo erekci, orgasmus, uspokojení a nepocitování bolesti v průběhu pohlavního styku (12,13). Z naší studie (14) signifikantně vyplynulo, že **obézní ženy** vykazovaly horší skóre vzrušení, lubrikace a spokojenosti se svým sexuálním životem v porovnání s neobézní populací, bez rozdílu pak byla touha a bolestivost. V pokračování studie (15) v roce 2012 jsme zjistili, že po šesti měsících po bariatrickém výkonu u stejné skupiny obézních žen došlo vlivem významné redukce nadváhy k signifikantnímu zlepšení touhy, stupně vzrušení, snadnosti dosažení orgasmu a celkové spokojenosti se sexuálním životem. Beze změny zůstala lubrikace a bolestivost. **Obézní muži** trpí častěji erektilní dysfunkcí, studie uvádějí výskyt 50-90%. Vyšší BMI pozitivně koreluje s nárůstem hormonu estradiolu a naopak s úbytkem testosteronu. Nízká hladina testosteronu znesnadňuje uskutečnění pohlavního styku a zmenšuje sexuální apetenci. Sexuální nespokojenost koreluje pozitivně v mírou obezity. Obézní muži méně často uvádějí více než jednoho sexuálního partnera ve stejnou dobu (16).

Na druhou stranu později se objevují se obtíže a **negativa**, které si do té doby hubnoucí pacient nepřipouštěl, jako je povislá kůže, závisivé reakce

druhých, někdy dokonce nesouhlas partnera. Podle Stunkarda (11) dokonce někteří lidé díky bariatrii a následné úspěšné redukci ukončili neuspokojivá manželství. Zbavení se mnoha kilogramů je pro obézního velmi příjemné, ale zároveň stresující. V jeho životě se odehrávají velké změny každodenních aktivit, mění se tvar a velikost vlastní postavy, reakce druhých lidí na ně, mění se priority. To vše může působit jako spouštěč pro rozvoj psychické poruchy, zejména v případě, že se hubnoucí se změnami obtížně vyrovnává. Redukce váhy může zvýšit sebevědomí a atraktivitu, což přitahuje pozornost opačného (či stejného) pohlaví. Ne vždy je ale tento zájem, ať o krátkodobý sexuální kontakt či partnerský vztah, vnímán pozitivně. U lidí s traumatickou sexuální zkušeností (znásilnění, sexuální zneužívání v dětství) může podobná pozornost vyvolat silnou úzkost, živé vzpomínky na událost a odpor ke sblížení. Váha slouží jako obranný štít proti podobným zážitkům a člověk, pociťuje-li redukci váhy jako ohrožující, začne kila opět nabírat (4).

Z uvedeného vyplývá, že při léčbě obezity je zcela neopominutelná role psychologa a psychiatra. Psychoterapeutické vedení pacienta spolu s ev. předpisem vhodných léků může významně usnadnit proces redukce a následné udržení váhy, vede k odhalení psychických poruch a k jejich léčbě.

#### Literatura:

- Hainer V., Základy klinické obezitologie, Grada 2004: 241-257
- Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav.* 2007; 24(91): 449-458
- Björntorp P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev* 2001; 2: 73-86.
- Fried M. a kol. Bariatrická a metabolická chirurgie, MF 2011: 149-160
- Fortuna JL. Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence: shared neural pathways and genes. *J Psychoactive Drugs* 2010; 42(2): 147-151.
- Doležalová K. a kol. Bariatrická chirurgie, Axonite CZ 2012: 78-88
- van Hout GCM, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery* 2004; 14: 579-588.
- Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2008; 18(3): 306-313.
- D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L, Di Lorenzo G, Siracusano A, Troisi A. Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiol Behav* 2009, Dec 7;98(5)
- Stunkard A, Alisson K, Lundgren J. Issues for DSM-V. Night eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2008; April;165(4)
- Stunkard AJ, Wadden TA. Handbook of obesity treatment. New York, The Guildford Press 2002.
- Bond DS, Vithiananthan S, Leahey TM, Thomas JG, Sax

HC, Pohl D, Ryder BA, Roye GD, Giovanni J, Wing RR. Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2010; 5: 698–704

Dallal RM, Chernoff, A, O'Leary MP, Smith JA, Braverman JD, Quebbemann BB. Sexual dysfunction is common in the morbidly obese male and improves after gastric bypass surgery. *J Am Coll Surg* 2008; 207(6): 859–864.

Pichlerová D., Herlesová J., Weiss P. Obezita a její vliv na sexuální poruchy, *Andrologické sympozium*,

Český Krumlov 2011, dostupné na [www.cssmweb.cz](http://www.cssmweb.cz)  
Pichlerová D., Herlesová J., Weiss P. Je redukce nadváhy klíčem ke spokojenému sexuálnímu životu?, *Andrologické sympozium, Český Krumlov 2012*, dostupné na [www.cssmweb.cz](http://www.cssmweb.cz)

Pichlerová D., Herlesová J., Weiss P. Obezita a její vliv na sexuální poruchy, *Praktická gynekologie* ISSN 1211-6645, 2013; 17(2): 135-139

Kontaktná adresa:  
dita.pichlerova@seznam.cz

(pokračovanie zo strany 13) je 3 – 4mm, priemer kavernózných tepien len 1 – 2mm. **dôsledky endotelialnej dysfunkcie a aterosklerózy sa teda budú skôr manifestovať na penilných tepnách ako erektilná dysfunkcia.**

Analýza 35 placebom kontrolovaných klinických štúdií s tadalafilom ukázala nízky výskyt kardiovaskulárnych príhod porovnateľný s placebom.

#### Take home messages

Liečba ED u pacientov s ICHS autor prezentuje v 2 líniách. Prvá línia: inhibítory fosfodiesterázy 5 typu - PDE5-I. Druhá línia: intrakavernózne injekcie prostaglandínu E1 u nonresponderov perorálnej liečby, pri kontraindikácii PDE5-I, napr. pri súbežnom používaní nitrátov. Substitučná terapia testosterómom zvyšuje efekt podaných PDE5-I. Liečba PDE5-I sa môže začať týždeň po vysadení nitrátov. PDE5-I majú nízky vplyv na hemodynamické ukazovatele, spôsobujú len mierne zníženie TK o 7– 10 mm Hg, minimálne zmeny srdcovej frekvencie. Bezpečnosť podávania PDE5-I potvrdil rad klinických štúdií aj u pacientov s KVS chorobami vrátane ICHS. Ostatné lieky užívané pri liečbe ICHS (trimetazidín, statíny, ACE-i) môžu byť bez obáv podávané súčasne s PDE5-I. Hypertenzia – pri bežných antihypertenzívach nie sú opísané liekové interakcie s PDE5-I.

#### 2. Moderná liečba erektilnej dysfunkcie. MUDr. Roman Sokol, Urologická ambulancia, Trenčín

Autor v úvode upozornil na možné terminologické nezrovnalosti medzi jednotlivými pojmami ako **erektilná dysfunkcia**, **predčasná ejakulácia**, **retrográdna ejakulácia**, **anejakulácia**, **LOH – andropauza**, **mužský prechod**. Ďalej sa venoval prevalencii (viac ako 52% mužov nad 40 r. má ED rôzneho stupňa), príčinám, diagnostike a terapii ED. Podľa štúdie MMAS sa riziko ED zvyšuje s vekom, metabolickými a kardiovaskulárnymi ochoreniami (**obezita**, **dyslipidémia**, **ateroskleróza**, **ICHS**, **AP sy**, **hypertenzia**, **DM**). Riziko ED sa zvyšuje s nedostatkom pohybu, nadváhou, konzumáciou mastnej stravy, alkoholu, fajčením, liekmi. Medzi organické príčiny vzniku ED patria: **ochorenia kardiovaskulárneho systému**, **metabolické ochorenia**, **urologické ochorenia**, **neurologické ochorenia**, **onkologické ochorenia**, **trauma**, **stav po operáciách**, **diabetes mellitus I. a II. typu**, **nefrologické**,

**endokrínologické ochorenia**. Liečbu ED možno realizovať v 3 líniách. Nie je izolovaná len na samotného pacienta, ale je to **partnerský problém**. Dôležitá je aj úprava životosprávy, úprava základného ochorenia, úprava základnej medicíny, nemenej dôležitá je aj spolupráca s lekárom. V liečbe dochádza v čase k zmene k prístupom k samotnému ochoreniu. Vo **včasnom období išlo o akékoľvek zlepšenie**, neskôr po objavení inhibítorov fosfodiesterázy 5 typu o úspešnú **erekciu**, v súčasnosti je možné pacientovi „ušiť“ liečbu na mieru s cieľom návratu **normálneho sexuálneho života ako predtým**. V perorálnej liečbe, ktorá je v súčasnosti zlatým štandardom, sú v armamentáriu k dispozícii: **krátkodobo pôsobiace PDE5-I** sildenafil (napr. Viagra®, Pfizer), vardenafil (Levitra®, GSK-Bayer), avanafil (Spedra, BCHMG); **dlhodobo pôsobiace PDE5-I** tadalafil (Cialis®, Eli Lilly); **kontinuálne pôsobiace PDE5-I**, tadalafil (Cialis® 5mg, Eli Lilly). **Efekt a bezpečnosť** potvrdili klinické štúdie, rozdiel je v dĺžke účinku (**krátkodobo a dlhodobo pôsobiace**), možnosť konzumácie mastných jedál a malého množstva alkoholu. Kontraindikácia s nitrátmi a inými liekmi je opísaná v predchádzajúcej prednáške. Jedným z najdôležitejších faktorov pre pacienta s ED je, aby si **nemusel plánovať sex - návrat normálneho sexuálneho života ako pred ED**. Denné užívanie liekov na ED ( tadalafil 5 mg ) je určený pre mužov, ktorí majú častejší pohlavný styk (aspoň 2x týždenne), sú častí užívatelia PDE5-I, nechcú sa pri svojich sexuálnych aktivitách nijako obmedzovať, chcú byť spontánni a nechcú svoje sexuálne aktivity plánovať, chcú mať pocit plného sexuálneho zdravia, nechcú si svoju poruchu pripomínať užívaním tabletky pred stykom. Prvý nezávislý výskum preferencií pacientov užívajúcich všetky 3 inhibítory PDE5 ukazujú, že ak im lekár ponúkne možnosť vyskúšať všetky 3 inhibítory PDE5, prevažná väčšina preferuje dva nové lieky, pričom **vedie tadalafil vďaka dlhému trvaniu svojho terapeutického účinku**. Novinkou v liečbe ED je aj **EDSWT – liečba endotelialnej dysfunkcie rázovými vlnami**.

#### Take home messages:

Ideálna perorálna liečba ED by mala byť:

- účinná,
- s rýchlym nástupom účinku,
- bezpečná a dobre tolerovaná,

(pokračovanie na strane 46)

# Medzinárodný dotazník sexuálneho zdravia (IIEF-5) v ambulantnej urologickej praxi a jeho vzťah k LUTS

**Martin Jankovich<sup>1</sup>, Terézia Jankovichová<sup>1</sup>, Frederico Manuel Figueiredo Goncalves<sup>2</sup>, Marián Hladík<sup>2</sup>, Peter Kertes<sup>2</sup>, Miroslav Helbich<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Urologická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava, <sup>2</sup>CUIMED s.r.o., Bratislava,

<sup>3</sup>Caldera s.r.o., Banská Štiavnica

## Súhrn

Erektlná dysfunkcia predstavuje aktuálnu medicínsku tému. Cieľom práce bolo zhodnotiť mieru jej prevalence u pacientov v urologickej ambulancii, ako aj koreláciu so symptómami dolných močových ciest. Súbor tvorilo 1071 pacientov z dvoch urologických ambulantných pracovísk v Bratislave. Výskum sa uskutočnil na základe vyplnenia medzinárodne uznávaných dotazníkov IIEF-5 a IPSS a ich štatistickým vyhodnotením. Prevalencia erektilnej dysfunkcie korelovala s vekom. Miera závažnosti symptómov dolných močových ciest pozitívne korelovala s mierou poruchy erektilnej funkcie.

**Kľúčové slová:** erektilná dysfunkcia, symptómy dolných močových ciest, IIEF-5, IPSS.

## Úvod

Erektlná dysfunkcia sa definuje ako stav neschopnosti dosiahnuť a udržať erekciu za účelom pohlavného styku. (1,2) Erektlná dysfunkcia ovplyvňuje život muža vo viacerých sférach a to v intímnom, ale nepriamo aj v spoločenskom živote. Obvykle nejde o samostatný problém, oveľa častejšie býva sprievodným symptómom somatických ochorení, hlavne u mužov vo vyššom veku. Môže byť skorým príznakom rozvíjajúceho sa postihnutia ciev, keď sa cievne postihnutie prejaví v menších artériách penisu a postihnutie koronárnych ciev alebo cievneho zásobenia mozgu prichádza neskôr. (2) Je teda zrejmé, že tento problém má svoje dôležité postavenie v medicínskej praxi. Aj keď nejde o zriedkavý problém, pacient sa s ním lekárovi nezdôveruje ľahko, pretože ide o citlivú a intímnu tému. Z toho vyplýva aj fakt, že presné štatistiky, ktoré by rozsah problému presne

## Summary

Erectile dysfunction represents actual medical problem. The purpose of our study was to determine its prevalence in urological patients in outpatient offices and to assess its correlation with lower urinary tract symptoms. 1071 patients from two urological outpatient offices participated in our study. They completed generally accepted IIEF-5 and IPSS questionnaires which results were statistically analysed. Prevalence of erectile dysfunction correlated with age. The severity of lower urinary tract symptoms correlated with severity of erectile dysfunction.

**Keywords:** erectile dysfunction, lower urinary tract symptoms, IIEF-5, IPSS.

monitorovali, sú skôr výnimkou ako pravidlom. Zhodnotenie prevalence erektilnej dysfunkcie v populácii je stále nedostatočné. Prevalencia sa líši s ohľadom na skúmanú populáciu, ako aj použitú metodiku. Epidemiologický výskum sa zameriava skôr na zisťovanie erektilnej dysfunkcie u mužov s už zisteným chronickým somatickým ochorením, keďže často sprevádza choroby ako diabetes, hypertenziu, súbor neurologických chorôb; menej štúdií sa zameriava na incidenciu a prevalenciu tohto problému aj u inak zdravej populácie. (3,4) Symptómy dolných močových ciest (lower urinary tract symptoms- LUTS) tvoria súbor symptómov, ktoré sú prejavom viacerých urologických ochorení. (5) Na ich objektivizáciu vytvorila v roku 1992 Americká urologická asociácia dotazníkový systém, ktorý sa stal v súčasnosti uznávaným diagnostickým štandardom (International prostatic symptom score-IPSS). (6) V súčasnosti je to jednoduchý spôsob zhodnotenia subjektívnych

ťažkostí pacienta bez nutnosti priameho kontaktu s ním. Cieľom nášho výskumu bolo zistiť stav mužskej populácie s ohľadom na kvalitu erektilnej funkcie za pomoci skrátenej verzie dotazníku sexuálneho zdravia (IIEF-5), ako aj porovnanie vzájomného vzťahu s ohľadom na výsledky vyhodnotenia dotazníka IPSS.

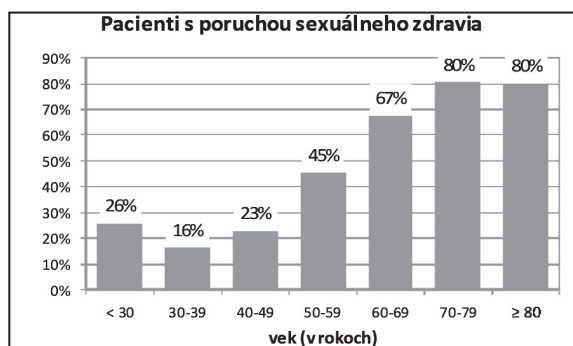
#### Cieľ

Cieľom práce bolo na základe zozbieraných údajov formou dotazníkov zhodnotenie stavu mužských pacientov urologických ambulancií na Slovensku vo vzťahu k sexuálnemu zdraviu, ako aj zistenie vzťahu medzi sexuálnym zdravím a mikčnými ťažkosťami. Na objektivizáciu údajov sa použili medzinárodne akceptované dotazníky IIEF-5 (International index of erectile function) a IPSS (International prostate symptom score).

#### Klinický súbor a metódy

Skúmaný súbor tvorilo 1071 mužov, ktorí počas svojej prvej návštevy v urologickej ambulancii vyplnili dotazník IPSS (tabuľka 1) a zároveň aj dotazník IIEF-5 (tabuľka 2). Dotazník sexuálneho zdravia (International index of erectile function- IIEF-5) je prostriedkom štandardizovanej objektivizácie erektilnej dysfunkcie, ktorý bol kvôli lepšej kompliance pacientov skrátený z pôvodnej rozšírenej verzie na aktuálne používanú verziu s piatimi otázkami (tabuľka 2). Celkové skóre nižšie ako 21 predstavuje poruchu erektilnej funkcie. (7,8,9). Taktiež boli u rovnakého súboru pacientov zozbierané dáta na základe vyplnených IPSS dotazníkov. IPSS dotazník predstavuje súbor ôsmich otázok (tabuľka 1), z ktorých sa sedem zaoberá mikčnými problémami, posledná otázka hodnotí kvalitu života. Dotazník vytvorila v roku 1992 Americká urologická asociácia (AUA) a dnes predstavuje štandardný spôsob objektivizácie symptómov dolných močových ciest. (6)

Zber dát prebiehal v 2 urologických ambulanciách v Bratislave v rokoch 2009 - 2011, pacienti boli terapeuticky naivní a dôvodom ich návštevy nebola nevyhnutne porucha erektilnej funkcie alebo symptómy dolných močových ciest. Pacienti boli na základe vyplnených dotazníkov rozdelení do siedmich skupín podľa veku (menej ako 30 rokov, 30 - 39 rokov, 40 - 49 rokov, 50 - 59, 60 - 69, 70 - 79 a viac ako 80 rokov). (graf 1).



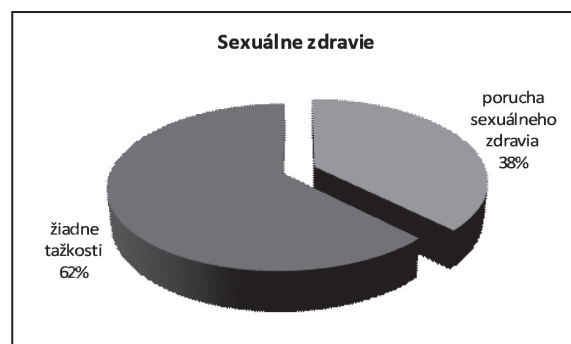
Graf 1 Zastúpenie poruchy erektilnej funkcie podľa veku

Zisťovali sme rozloženie závažnosti poruch erektilnej funkcie u mužov podľa veku, ako aj korelácie so symptómami dolných močových ciest. Výsledky boli štatisticky zhodnotené chikvadrátovými testmi

a lineárnou regresiou - Pearsonov korelačný koeficient.

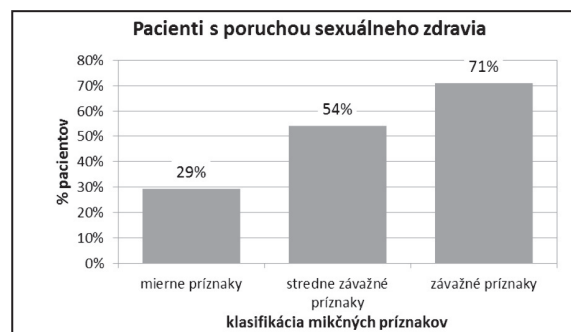
#### Výsledky

Na základe zozbieraných údajov boli vyhodnotené miera a závažnosť výskytu porúch erektilnej funkcie, ako aj korelácie so symptómami dolných močových ciest. Početnosť zastúpenia jednotlivých vekových skupín, ako aj zastúpenie poruchy erektilnej funkcie znázorňuje graf 1. Najvyšší počet pacientov z celkového počtu vyplnených IIEF-5 dotazníkov bol vo vekovej skupine 50 - 59 rokov, pričom v tejto skupine mužov sa porucha erektilnej funkcie vyskytovala v miere 45%. Najvyššia miera výskytu porúch erektilnej funkcie bola zaznamenaná vo vekovej skupine 70 - 79 rokov a viac ako 80 rokov kedy bola miera výskytu poruchy erektilnej funkcie 80%. Treba však poznamenať, že obe vekové skupiny boli najmenej zastúpené medzi vyplnenými IIEF-5 dotazníkmi. Najmenšiu mieru poruchy erektilnej funkcie vykazovali muži vo vekovej skupine 30 - 39 rokov, ktorá predstavovala 16% z celkového počtu tejto vekovej kategórie. Celkovo sa porucha erektilnej funkcie na základe vyplnených IIEF-5 dotazníkov vyskytovala u 38% mužov z vyšetrovaného súboru (graf 2).



Graf 2 Percentuálne zastúpenie porúch sexuálneho zdravia

Vzťah medzi mierou závažnosti mikčných ťažkostí a erektilnou funkciou ukazuje tabuľka 3. Hodnotili sme percentuálne zastúpenie mužov jednotlivých kategórií symptómov dolných močových ciest vo vzťahu k poruche erektilnej funkcie. Najväčšie zastúpenie vzhľadom na celkový počet mali muži s miernymi symptómami dolných močových ciest. V tejto skupine sa vyskytovala najmenšia miera poruchy erektilnej funkcie, a to 29%. Najmenšou skupinou, čo sa týka počtu boli muži so závažnými príznakmi dolných močových ciest. Miera poruchy erektilnej funkcie v tejto skupine tvorila 71% z celkového počtu (graf 3).



Graf 3 Percentuálne zastúpenie erektilnej dysfunkcie vo vzťahu k LUTS



Tabuľka 1 Medzinárodné skóre prostatických symptómov (IPSS) (6)

Ako často za posledný mesiac ste...	ani raz	menej ako raz z piatich močení	menej ako každý druhý raz	približne každý druhý raz	viac ako každý druhý raz	takmer vždy	
1. mali pocit neúplného vyprázdnenia mechúra po vymočení?	0	1	2	3	4	5	
2. museli močiť skôr ako dve hodiny po vymočení?	0	1	2	3	4	5	
3. si uvedomili, že počas močenia ste niekoľkokrát prestali a začali močiť?	0	1	2	3	4	5	
4. mali ťažkosti s oddialením močenia?	0	1	2	3	4	5	
5. mali slabý prúd moču pri močení?	0	1	2	3	4	5	
6. museli tlačiť, aby ste začali močiť?	0	1	2	3	4	5	
	ani raz	1-krát	2-krát	3-krát	4-krát	5-krát a viac	
7. sa museli počas jednej noci zobudiť kvôli močeniu?	0	1	2	3	4	5	
	výborne	dobre	väčšinou uspokojivo	zmiešane	väčšinou neuspokojivo	zle	veľmi zle, hrozne
Ak by ste mali dokonca života močiť tak ako teraz, ako to hodnotíte?	0	1	2	3	4	5	6

Tabuľka 2 Dotazník sexuálneho zdravia muža (IIEF-5) (9)

1. Ako by ste hodnotili svoju vlastnú dôveru v schopnosť dosiahnuť a udržať erekciu?		veľmi nízka dôvera	nízka dôvera	primeraná dôvera	vysoká dôvera	veľmi vysoká dôvera
		1	2	3	4	5
2. Ak pri erotickej stimulácii došlo u Vás k erekcii, ako často bola erekcia (stoporenie) dostatočná pre súlož?	nedošlo k žiadnej sexuálnej aktivite	nikdy alebo takmer nikdy	málokedy (omnoho menej ako v polovici prípadov)	niekedy (asi v polovici prípadov)	väčšinou (viac ako v polovici prípadov)	vždy alebo takmer vždy
	0	1	2	3	4	5
3. Ako často ste boli pri pohlavnom styku schopný udržať erekciu (stoporenie) aj po preniknutí do partnerky?	nepokúšal som sa o pohlavný styk	nikdy alebo takmer nikdy	málokedy (omnoho menej ako v polovici prípadov)	niekedy (asi v polovici prípadov)	väčšinou (omnoho častejšie ako v polovici prípadov)	vždy alebo takmer vždy
	0	1	2	3	4	5
4. Ak došlo k pohlavnému styku, ako ťažké bolo pre Vás udržať erekciu až do konca pohlavného styku (až do ejakulácie)?	nepokúšal som sa o pohlavný styk	mimoriadne ťažké	veľmi ťažké	ťažké	mierne ťažké	bez problému
	0	1	2	3	4	5
5. Ak ste sa pokúsili o pohlavný styk, ako často bol pre Vás uspokojivý?	nepokúšal som sa o pohlavný styk	nikdy alebo takmer nikdy	málokedy (omnoho menej ako v polovici prípadov)	niekedy (asi v polovici prípadov)	väčšinou (omnoho častejšie ako v polovici prípadov)	vždy alebo takmer vždy
	0	1	2	3	4	5

Tabuľka 3 Vzťah medzi poruchou erektilnej funkcie a LUTS

IPSS hodnotenie (klasifikácia mikčných príznakov)	porucha sexuálneho zdravia	žiadne ťažkosti	spolu	porucha sexuálneho zdravia (podiel pacientov)
mierne príznaky	221	535	756	29%
stredne závažné príznaky	144	122	266	54%
závažné príznaky	39	16	55	71%
spolu	404	673	1 077	38%

Tabuľka 4 Korelácia medzi celkovým IIEF-5 skóre a jednotlivými súčasťami IPSS

vek	-0,386
1. otázka	-0,230
2. otázka	-0,228
3. otázka	-0,263
4. otázka	-0,286
5. otázka	-0,312
6. otázka	-0,241
7. otázka	-0,137
symptómy porúch uskladňovania moču - otázky 2, 4, 7	-0,273
symptómy porúch vyprázdňovania močového mechúra - otázky 1, 3, 5, 6	-0,319
IPSS	-0,334
QOL	-0,303

Následne sme porovnávali koreláciu medzi poruchou erektilnej funkcie, ktorú predstavuje hodnota nižšia ako 21 z celkového skóre, a medzi jednotlivými časťami IPSS dotazníka. Výsledky zhrmažďuje tabuľka 5. Na ich základe sa potvrdila najsilnejšia negatívna korelácia (skóre IIEF) s vekom, následne s celkovým IPSS skóre. Významná bola aj korelácia s otázkami celkovej kvality života. Z jednotlivých skupín otázok to bola skupina zaoberajúca sa problémami vyprázdňovania moču, konkrétne otázky 1, 3, 5, 6. Z jednotlivých otázok bola najsilnejšia korelácia medzi otázkou číslo 4, teda otázkou zaoberajúcou sa silou prúdu moču.

#### Diskusia

Zozbieraný materiál vo forme IPSS a IIEF-5 dotazníkov nám na súbore 1071 pacientov zhodnotil mieru distribúcie porúch sexuálneho zdravia u mužov počas ich prvej návštevy v urologickej ambulancii, ako aj jej vzťah k mikčným ťažkostiam. Porucha erektilnej funkcie v rôznej miere na základe zozbieraných údajov postihovala 38% mužov, z celkového počtu tých, ktorí urologickú ambulanciu navštívili po prvýkrát. Čo sa týka jednotlivých vekových skupín u mužov do 30 rokov na základe údajov porucha erektilnej funkcie v rôznej miere postihovala 26% mužov, v kategórii 30 - 39 rokov 16%, 40 - 49 rokov 23%, 50 - 59 rokov 45%, 60 - 69 rokov 67%, nad 70 - 79 rokov 80% a nad 80 rokov tiež 80%. Z uvedených výsledkov vyplýva priama závislosť poruchy erektilnej funkcie so stúpajúcim vekom. Diskrepancia vo vekovej kategórii do 30 rokov najpravdepodobnejšie súvisí so zastúpením mužov s nedostatkom pravidelnej sexuálnej aktivity, respektíve sexuálnych skúseností. Uvedené výsledky sú podobné výsledkom, ktoré získal Feldman et al. v epidemiologickej štúdii MMAS ( Massachusetts Male Aging Study), kedy v skupine mužov 40 - 49 rokov predstavovala porucha erektilnej funkcie 39%, u mužov vo veku 50 - 59 rokov to bolo 48%, 60 - 69 rokov 57% a vo veku 70 rokov 67%. Treba poznamenať, že väčšina epidemiologických štúdií zisťuje distribúciu erektilnej dysfunkcie vo vekovej kategórii od 40 do 70 rokov, len málo štúdií sa venovalo mužom starším. Rovnako veková skupina pod 40 rokov sa v štúdiách vyskytuje okrajovo. Prevalencia celkovej erektilnej dysfunkcie je na základe

doteraz realizovaných štúdií značne odlišná. Tieto rozdiely súvisia s výberom skúmanej populácie, ako aj diagnostickou metódou. Často sa zisťovali prevalence medzi mužmi trpiacimi už nejakým ochorením, ktoré preukázateľne súvisí s rozvojom poruchy erekcie. (10) To sčasti vysvetľuje aj medzinárodné rozdiely, 52% podľa štúdie z USA (2), 32% vo Veľkej Británii, 26% v Japonsku a 19% v štúdiu z Dánska. (11) Spoločným znakom štúdií však bolo potvrdenie stúpanie miery prevalence poruchy erektilnej funkcie vo vzťahu k veku. S vekom stúpa miera tzv. civilizačných chorôb ako je arterioskleróza, diabetes mellitus, ktoré majú vedecky preukázaný vplyv na sexuálne zdravie, čo sa potvrdzuje aj na výsledkoch zozbieraných dotazníkov. IIEF-5 dotazník sa vo viacerých štúdiách preukázal ako vhodná komplementárna metóda diagnostiky erektilnej dysfunkcie, hlavne je účinným prostriedkom diagnostiky prvého kontaktu, ako aj vzhľadom na jednoduchú opakovateľnosť má miesto pri overovaní účinnosti liečby erektilnej dysfunkcie. (9)

Pri sledovaní korelácie symptómov dolných močových ciest a poruchy erektilnej funkcie sa tiež preukázala vzájomná závislosť. U pacientov s miernymi príznakmi močových ciest bola porucha erektilnej funkcie dokázaná len u 29% skúmanej populácie, u mužov so závažnými mikčnými ťažkosťami to predstavovalo až 71%. Z jednotlivých častí IPSS dotazníka bola preukázaná korelácia s celkovou hodnotou IPSS. Z jednotlivých otázok bola najvyššia miera korelácie so slabým prúdom moču, s otázkou kvality života. Čo sa týka skupín otázok významná miera korelácie bola pri otázkach týkajúcich sa príznakov vyprázdňovania moču. Signifikantná miera korelácie medzi poruchou erektilnej funkcie a medzi LUTS bola preukázaná vo viacerých štúdiách, ako aj korelácia oboch s vekom. (12, 13, 14) Ostatné parametre sa líšili, prípadne nepreukazovali dostatočnú štatistickú významnosť. Závažnosť LUTS sa teda javí ako samostatný rizikový faktor pre erektilnú dysfunkciu.

#### Záver

IIEF-5 dotazník predstavuje účinnú pomocnú diagnostickú metódu prvého kontaktu pri diagnostike erektilnej dysfunkcie. Miera výskytu erektilnej dysfunkcie stúpa priamo úmerne s vekom. Porucha sexuálneho zdravia je priamo úmerná od miery

symptómov dolných močových viest (LUTS). Na bližšie objasnenie vzťahu medzi erektilnou dysfunkciou a LUTS je potrebná analýza ďalších parametrov. Keďže náš skúmaný súbor tvorili pacienti, ktorí aktívne navštívili urologickú ambulanciu, nie je možné získať výsledky plošne aplikovať na celú mužskú populáciu. Preto sú potrebné ďalšie epidemiologické štúdie so zameraním na širšiu populáciu. Pochopenie komplexného vzťahu medzi erektilnou dysfunkciou a LUTS by mohlo pomôcť pri uplatnení individuálneho terapeutického prístupu.

#### Literatúra

- NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence. JAMA 1993; 270: 83-90.
- Feldman HA et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61
- Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. Eur Urol 2010;57:804-14
- Wagner G, Saenz de Tejada I. Update on male erectile dysfunction. Br Med J 1998;316: 678-682.
- Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for „prostatism“. BMJ 1994; 308: 929-30.
- [AUA] American Urological Association Web site: Guideline on the management of benign prostatic hyperplasia (BPH); 2012. [http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/bph-management/chap\\_1\\_GuidelineManagementof\(BPH\).pdf](http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/bph-management/chap_1_GuidelineManagementof(BPH).pdf).
- Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Comment in Int J Impot Res. 2000 Dec;12(6):342-3. Int J Impot Res. 2000 Oct;12(5):297-8.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick

- J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49: 822-30.
- Rosen RC et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res 1999; 11: 319-326
- Benet AE, Melman A. The epidemiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am 1995; 22: 699-709.
- Rhoden EL, Telöken C, Sogari PR, Vargas Souto CA. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. Int J Impot Res. 2002 Aug;14(4):245-50.
- Ströberg P, Boman H, Gellerstedt M, Hedelin H. Relationships between lower urinary tract symptoms, the bother they induce and erectile dysfunction. Scand J Urol Nephrol. 2006;40(4):307-12.
- Bozkurt O, Bolat D, Demir O, Ucer O, Sahin A, Ozcift B, Pektaş A, Turan T, Gümüş BH, Can E, Bolukbasi A, Erol H, Esen A. Erectile function and late-onset hypogonadism symptoms related to lower urinary tract symptom severity in elderly men. Asian J Androl. 2013 Nov;15(6):785-9.
- Lipczyński W, Dobrowolska-Glazar B, Dobrowolski ZF. [Comparison of self-estimation of disuric disorders gauged IPSS scale and qualities of lives QoL with self-estimation of sexual life gauged by IIEF-5 scale]. Przegl Lek. 2012;69(6):247-52.

Kontaktná adresa: MUDr. Martin Jankovich  
martin.jankovich@gmail.com

## Správy



19. dubna, uplynulo 75 let od tragického úmrtí dr. Huga Bondyho, jedného z prvých československých sexuológů a významného spolupracovníka meziválečného hnutí sexuálných menšín. Bondy již jako medik v roce 1920 v Purkyňově společnosti vystoupil s požadavkem, aby nový trestní zákon nezahrnoval všeobecnou

trestnosť homosexuálnych styků, a ve dvacátých letech pak v tomto smyslu spolupracoval s príslušnou komisí ministerstva spravodlnosti. V rámci Světové ligy pro sexuální reformu reprezentoval rodící se československou sexuologii na mezinárodním fóru a ve 30. letech pak zaštiťoval vznik a činnost její čs. odnože, prvního našeho spolku, jehož cílem bylo úsilí o liberalizaci právního řádu ve vzťahu k sexualitě. Hugo Bondy páchal sebevraždu krátce po okupaci českých zemí Německem.

Ivo Procházka

## Krajiny a homosexualita

**Krajiny EÚ, kde nie je homosexualita trestaná, ale sa v nej neumožňuje registrované partnerstvo a niet ani antidiskriminačná legislatíva:**

*Cyprus, Estónsko, Grécko, Írsko, Lotyšsko, Malta, Poľsko, Rakúsko, z kandidátskych krajín Turecko.*

**Krajiny EÚ, v ktorých nejestvuje možnosť uzavrieť registrované partnerstvo, ale zákony zakazujú diskrimináciu homosexuálov v prístupe k službám či prijímaní do zamestnania:**

*Litva, Slovenská republika, Taliansko, Bulharsko a Rumunsko, z krajín blízkych EÚ - Švajčiarsko.*

**Krajiny EÚ, v ktorých homosexuáli majú možnosť uzavrieť registrované partnerstvá:**

*Česká republika, Fínsko, Francúzsko, Luxembursko, Maďarsko, Nemecko, Portugalsko, Slovinsko a Švédsko, z kandidátskych krajín - Chorvátsko, z krajín Európskeho hospodárskeho priestoru - Nórsko.*

**Krajiny EÚ, ktoré pripúšťajú možnosť uzatvárať homosexuálom nielen manželstvá, ale i adopciu detí:**

*Holandsko, Španielsko, Belgicko*

**Krajiny EÚ, v ktorých je uzákonená možnosť adopcie pre homosexuálne páry:**

*Dánsko, Švédsko, Veľká Británia.*

Danica Caisová

## IALURIL® – účinná liečba intersticiálnej cystitídy a chronických dyzurických ťažkostí

**Mária Mihaliková, Igor Bartl**

*Urologické oddelenie, Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Ružinov*

### Súhrn

Chronické dyzurické ťažkosti sú častým dôvodom návštevy urologickej ambulancie. Títo pacienti spravidla prekonali viaceré akútne infekcie močových ciest, ktoré postupne viedli k chronickým ťažkostiam, ako je časté a bolestivé močenie, prípadne chronické bolesti v oblasti malej panvy. Tieto ťažkosti bývajú úzko späté so sexualitou pacienta a často sú príčinou zníženej sexuálnej aktivity. V posledných rokoch bola objavená príčina vzniku zvýšenej dráždivosti sliznice močového mechúra, a to poškodenie ochrannej, tzv. GAG vrstvy. Liečba je zameraná na znovuoobnovenie tejto vrstvy, a to hlavne vo forme intravezikálnej instilácie. Medzi tieto látky patrí aj laluril®. Realizovali sa viaceré štúdie, ktoré potvrdili účinnosť týchto látok. Na našom pracovisku evidujeme zaujímavý prípad mladej ženy, ktorá absolvovala viaceré formy liečby, ale prvotný úspech bol zaznamenaný až po začatí liečby lalurilom®.

**Kľúčové slová:** laluril, intersticiálna cystitída, chronická panvová bolesť, dyzúria.

### Úvod

Intersticiálna cystitída a chronické dyzurické ťažkosti na prvý pohľad nesúvia s témou sexuológie, avšak pri hlbšom zamyslení sa ide o stavy, ktoré významne ovplyvňujú kvalitu života pacienta a obmedzujú jeho sexuálne prežívanie, čo môže viesť k ďalším prejavom zmeneného sexuálneho správania. Preto poznanie týchto stavov, ako aj priblíženie si možnosti liečby môže uľahčiť manažment pacienta s problémami v sexuálnej oblasti.

### Symptómy a etiopatogenéza

Chronické dyzurické ťažkosti sú stavy, keď u pacienta pozorujeme dlhodobé dysfunkčné močenie napriek chýbaniu objektívnych príčin, ako je infekcia močových ciest, prípadne prekážka v dolných močových cestách (benígna hyperplázia prostaty, striktúra uretry, urolitiáza, ...). Ide hlavne o časté močenie, bolestivé močenie, prípadne chronické

### Summary

Chronic dysuric disorders are frequent reason for visiting urologist. These patients usually experienced several acute urinary tract infections, which led to chronic problems such as frequent and painful urination, or chronic pelvic pain. These disorders are connected with reduced sexual activity. In last decades the cause of these symptoms was discovered, a damage of protective, GAG layer of bladder mucous membrane. The treatment is based on repairing the GAG layer, mainly as intravesical application. laluril® is one of these medications. Various medical trials were performed, which confirmed the efficacy of these medications. In our department we register an interesting case of young woman, who underwent various treatment options, but the only successful was laluril®.

**Keywords:** laluril, interstitial cystitis, chronic pelvic pain, dysuria.

bolesti v malej panve nesúvisiace priamo s aktom vyprázdňovania močového mechúra. Tieto ťažkosti bývajú vyvolané opakovanými infekciami močových ciest, ktoré napriek antibiotickému preliečeniu nevedú k úprave močenia. Bývajú aj u onkologických pacientov, ktorí podstúpili rádioterapiu na oblasť malej panvy. (1) Sledovaním pacientov s chronickou panvovou bolesťou sa zistilo, že priebeh ochorenia ovplyvňujú dietetické návyky. Kým alkohol, káva, korenisté a pikantné jedlá symptómy zhoršujú, dokusát sodný (preháňadlo), rastlinné čaje, psyllium a polykarbofil (adsorbent) symptómy zmiernujú. (2) Často sa však vyvolávajúca príčina nezistí.

Sliznicu močového mechúra za normálnych okolností pokrýva ochranná glykozaminoglykánová vrstva (GAG vrstva), ktorá bráni prenikaniu toxických agensov cez sliznicu močového mechúra, prichyteniu baktérií, tvorbe mikrokryštálikov a viaže na seba vodu. Z väčšej časti sa tvorí kyselinou hyalurónovou, ďalšou zložkou je chondroitín sulfát. Kyselina hyalurónová je dôležitou súčasťou v procese hojenia rán, podporuje



migráciu a delenie buniek (fibroblasty, lymfocyty a neutrofilny) a vytvára vlhké prostredie. Práve tieto dve látky sú základnou súčasťou prípravku laluril®, ktorý sa v liečbe chronických dyzurických ťažkostí, ako aj intersticiálnej cystitídy používa. (1)

### Diagnostika

Stanovenie diagnózy chronických dyzurických ťažkostí spočíva vo vylúčení iných príčin daných symptómov. V prvom rade ide o negatívnu kultiváciu moču (u žien je ideálny cievkovaný odber moču), ďalším znakom býva pozitívny káliový test ako dôkaz porušenej GAG vrstvy (instilácia kália do močového mechúra vyvolá pri pozitívnom teste algický podnet). Cystoskopicky môžeme nájsť nešpecifické chronické zápalové zmeny sliznice mechúra (zvýšené prekrvenie, granulačné zmeny).

Osobitnou diagnózou v rámci chronickej panvovej bolesti je intersticiálna cystitída. Táto je charakterizovaná typickým nálezom pri cystoskopii (drobné hemorágie sliznice – tzv. glomerulácie, prípadne Hunnerove ulcerácie), potvrdenie diagnózy spočíva v typickom bioptickom náleze zo sliznice močového mechúra (prítomnosť mastocytov). (1)

### Liečba

V prvej fáze liečba spočíva v zmiernení symptómov, a to podávaním analgetík a anticholinergík (znižujú dráždivosť mechúra a pocit urgencií). Vhodné sú tiež dietetické obmedzenia, zvýšenie fyzickej aktivity a vyhýbanie sa stresu. Keďže analgetická liečba nie je vhodná na dlhodobé podávanie a ťažkosti po niekoľkotýždňovej liečbe neustúpia, vhodná je imunomodulačná liečba aj v spolupráci s imunológom. Objavenie GAG vrstvy a jej presných zložiek však umožnilo nový druh liečby, a to podávaním kyseliny hyalurónovej, či už samotnej, alebo v kombinácii s chondroitín sulfátom. Používa sa vo forme intravezikálnej instilácie. Realizovali sa mnohé štúdie, ktoré potvrdili účinnosť týchto látok. (3, 4, 5, 6) Pri potvrdení diagnózy intersticiálnej cystitídy je k dispozícii ďalšia účinná liečba, ktorá je však finančne veľmi náročná a je nutné schválenie ministerstvom zdravotníctva. Ide o pentosan polysulfát sodný.

Ďalšou možnosťou liečby je tzv. hydrodistenzia močového mechúra (v lokálnej/celkovej anestéze instilácia fyziologického roztoku do močového mechúra v objeme väčšom ako prirodzená kapacita daného pacienta).

V prípade nedostatočného efektu dostupnej liečby je vhodná aj psychiatrická konzultácia a vo viacerých prípadoch pacientom v konečnom dôsledku stav upraví antidepresívna liečba.

Z alternatívnych metód liečby sa využíva transkutánná elektrická nervová stimulácia (TENS), v prísne indikovaných prípadoch je možná aj operačná stimulácia sakrálnych nervov, prípadne ďalšie operačné riešenia (augmentácia močového mechúra, ...).

### IALURIL®

laluril® je roztok hyluronátu sodného (soľ kyseliny hylurónovej) a chondroitín sulfátu určený na intravezikálnu aplikáciu. Odporúčaná dávkovacia schéma je nasledovná: prvý mesiac instilácia raz týždenne, druhý mesiac instilácia raz za dva týždne, následne raz mesačne, až do vymiznutia symptómov. Na trhu sa objavil aj laluril® vo forme kapsúl na perorálne užívanie, na Slovensku t. č. nie je voľne dostupný. (7)

### Kazuistika

Na našom pracovisku v rámci klinickej ambulancie evidujeme od apríla 2014 pacientku, nar. 17.2.1995, u ktorej sa v roku 2012 prvýkrát objavil mikčný diskomfort s postupnou akcentáciou symptómov. Ťažkosti sa prejavovali častým močením po malých množstvách, močenie à 15 - 60 minút, nyktúria à 1 - 2 hodiny.

Ide o pacientku bez predchádzajúcej pozitívnej sexuálnej anamnézy (virgo intacta, neužíva hormonálnu antikoncepciu).

Prvýkrát bola pacientka ošetrovaná urológom v januári 2013. Bol odobratý cievkovaný moč na kultiváciu, pôdy ostali sterilné. Ultrasonograficky sa nezistili žiadne abnormality, močový mechúr sa vyprázdňuje bez postmikčného rezídua.

Pacientka absolvovala gynekologické vyšetrenie s negatívnym nálezom. Následne sa realizovalo neurologické vyšetrenie, odporúčené MRI mozgu na vylúčenie neurologickej príčiny ťažkostí (sclerosis multiplex), nález bol rovnako negatívny.

Rajónnym urológom bola vykonaná cystoskopia s negatívnym nálezom. Odporúčaná analgetická a anticholinergická liečba bola nedostatočná.

Následne bola v celkovej anestéze realizovaná biopsia sliznice močového mechúra a hydrodistenzia močového mechúra, bez efektu. Biopticky sa potvrdila diagnóza intersticiálnej cystitídy. U pacientky bola schválená liečba pentosanom polysulfátom sodným, k zmierneniu symptómov však nedošlo.

Ani psychiatrická konzultácia a podporná antidepresívna liečba nezlepšila symptómy ochorenia.

Pacientka bola následne ošetrovaná na našej ambulancii, kde sme začali intravezikálnu liečbu lalurilom®. Po mesačnej kúre došlo u pacientky k významnému ústupu ťažkostí, frekvencia močenia sa postupne zvýšila na 1,5 - 2 hodiny. U pacientky preto v liečbe pokračujeme a predpokladáme ďalšie zlepšenie symptómov.

### Záver

Chronické dyzurické ťažkosti a intersticiálna cystitída sú problémom, ktorý vyžaduje komplexný prístup. Každý pacient svoje ťažkosti prežíva individuálne, a preto je nutné liečbu prispôsobiť konkrétnemu pacientovi. Znalosť všetkých dostupných liečebných modalít umožňuje zvoliť najvhodnejšiu kombináciu a formu liečby, a tým zlepšiť kvalitu života pacienta a v neposlednom rade aj obnoviť jeho záujem o sexuálny život.

**Literatúra**

EAU Guidelines, edition 2013

Herati AS, Shorter B, Srinivasan AK et al. Effects of Foods and Beverages on the Symptoms of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Urology*. 2013; 82 (6): 1376-80

Cervigni M, Natale F, Nasta L, Mako A. Intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulphate for bladder pain syndrome/interstitial cystitis: long-term treatment results. *Int Urogynecol J*. 2012; 23 (9): 1187-92.

De Vita D., Antell H., Giordano S. Effectiveness of intravesical hyaluronic acid with or without chondroitin sulfate for recurrent bacterial cystitis in adult women: a meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2012; 23 (11)

Madersbacher H., van Ophoven A., van Kerrebroeck P.E. GAG layer replenishment therapy for chronic forms of cystitis with intravesical glycosaminoglycans-a review. *Neurolurol Urodyn*. 2013; 32 (1): 9-11.

Porru D, Leva F, Parmigiani A. et al. Impact of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate on bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Int Urogynecol J*. 2012; 23 (9): 1193-9.

Institut Biochimique SA, published 2007. (2.9.2014), [www.ibsa.sk](http://www.ibsa.sk)

Kontaktná adresa:  
[maria.mihalikova@gmail.com](mailto:maria.mihalikova@gmail.com)

## Výbor Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS (ďalej len SSS) – volebné obdobie 2014 - 2018

- **Predseda výboru SSS:**

**MUDr. Igor BARTL**

Urologická a andrologická ambulancia  
UNBA, Urologické oddelenie Ružinov  
Ružinovská 6, 826 06 Bratislava  
Tel.: 0903 413 110  
e-mail: [SSS.igorbartl@gmail.com](mailto:SSS.igorbartl@gmail.com)

- **Podpredsedníčka výboru SSS:**

**MUDr. Dana ŠEDIVÁ**

Fakultná nemocnica Trnava, Psychiatrické oddelenie  
A. Žarnova 11, 917 75 Trnava  
Tel.: 033/5938414  
e-mail: [dana.sediva@gmail.com](mailto:dana.sediva@gmail.com)

- **Vedec sekretriátu SSS + šéfredaktor časopisu**

**SEXUOLÓGIA/SEXOLOGY:**

**PhDr. Robert MÁTHÉ, PhD.**

NZZ Psychologická ambulancia  
Komárňanská 2, 940 56 Nové Zámky  
Tel.: 035/6408551  
e-mail: [psychoprof@psychoprof.sk](mailto:psychoprof@psychoprof.sk)

- **Sekretriát výboru SSS (Office):**

**MUDr. Dana ŠEDIVÁ**

vedúca sekretriátu SSS  
Fakultná nemocnica Trnava, Psychiatrické oddelenie  
A. Žarnova 11, 917 75 Trnava  
Tel.: +421 33 5938 414, Fax: +421 33 5938 412  
e-mail: [dana.sediva@gmail.com](mailto:dana.sediva@gmail.com)

- **Členovia výboru SSS:**

**MUDr. Danica CAISOVÁ**

Ambulancia FAIRA  
Kuzmányho 43, 040 00 Košice  
Tel.: 055/ 6257557  
e-mail: [faira@nexta.sk](mailto:faira@nexta.sk)

**MUDr. Martin HRIVŇÁK, PhD.**

Urologická a andrologická ambulancia  
Americká trieda 17, 040 13 Košice-Sídlisko Ťahanovce  
Tel.: 0901 705 356  
e-mail: [hriwnak@pobox.sk](mailto:hriwnak@pobox.sk); [www.andrologia.sk](http://www.andrologia.sk)

**PhDr. Katarína JANDOVÁ, PhD.**

UNBA, 1.gynekologicko-pôrodná klinika UNB a SZU  
Limbová 5, 833 05 Bratislava – Kramáre  
Tel.: 02/59542833

e-mail: [katarina.jandova@kr.unb.sk](mailto:katarina.jandova@kr.unb.sk)  
[katka.jandova@chello.sk](mailto:katka.jandova@chello.sk)

**MUDr. Beatrix JEZNÁ**

NZZ A. Rudnaya 100, 010 01 Žilina  
Tel.: 041/7233475, Fax: 041/5624505  
e-mail: [beatrice.jezna@gmail.com](mailto:beatrice.jezna@gmail.com)

**MUDr. Miroslav KOZÁR**

Gynekologická ambulancia  
ProCare Medicínske centrum  
Fatranská 5, 949 01 Nitra  
Tel.: 0850 888 999  
e-mail: [miroslavkozar@azet.sk](mailto:miroslavkozar@azet.sk)

**MUDr. Ivan KUBIŠ**

Andrologická ambulancia  
Diagnosticko-preventívne centrum  
Sládkovičova 9, Banská Bystrica  
Tel.: 048/4164279, fax: 048 4164190  
e-mail: [drkubis@yahoo.com](mailto:drkubis@yahoo.com)

**MUDr. Pavol LEPIEŠ, CSc.**

Urologická a andrologická ambulancia  
UNBA, Mickiewiczova 13, 811 05 Bratislava  
Tel.: 02/57290531  
e-mail: [pavol.lepies@faneba.sk](mailto:pavol.lepies@faneba.sk)

**MUDr. Andrej SMETÁNKA**

Psychiatrická a sexuologická ambulancia  
J. Kráľa 41, 972 01 Bojnice  
Tel.: 046 5420 181  
e-mail: [psychiatria.smetanka@gmail.com](mailto:psychiatria.smetanka@gmail.com)

- **Kontrolná komisia výboru SSS:**

**MUDr. Dezider TIMKO**

hlavný kontrolór SSS  
Gynekologická a sexuologická ambulancia  
Nábřežie 4. apríla, Liptovský Mikuláš  
Tel.: 044/5524441  
e-mail: [timko.dezider@gmail.com](mailto:timko.dezider@gmail.com)

- **Čestný člen výboru SSS:**

**MUDr. Anežka IMRIŠKOVÁ**

Psychiatrická nemocnica  
Rínok 334, Veľké Zálužie  
Tel.: 037/6548400, 1  
e-mail: [imriskova@inmail.sk](mailto:imriskova@inmail.sk)

# Proces coming out-u u parafilných sexuálnych delikventov

**Dita Leczová<sup>1, 2</sup>**

**Vladimír Korpáš<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Úsek ochranných liečení Zdravotníckeho zariadenia Ústavu na výkon trestu odňatia slobody v Košiciach-Šaci

<sup>2</sup>VŠZaSP sv. Alžbety, n. o. Bratislava, detašované pracovisko Rožňava

## Abstrakt

V odbornej literatúre sa s pojmom coming out stretávame v zmysle priznania si a zverejnenia menšinovej sexuálnej orientácie – homosexuality. Cieľom predkladanej štúdie bolo uskutočniť výskumnú sondu do zatiaľ nepreskúmanej problematiky priebehu procesu coming out-u u parafilných sexuálnych delikventov. Výskumu sa zúčastnilo 15 mužov odsúdených za sexuálne motivovaný trestný čin, u ktorých bola preukázaná sexuálna deviácia. Metódou fokusovej skupiny sme identifikovali 8 štádií coming out-u, ktoré v príspevku bližšie charakterizujeme.

**Kľúčové slová:** coming out, parafilie, sexuálny delikvent.

## Úvod

Anglický pojem „come out“ má mnoho významov. V Longmanovom slovníku frázových slovies (2000) nájdeme pri tomto hesle až 23 významov. Podľa jedného z nich ide o „priznanie niečoho, čo prežíváš ako trápne alebo zahanbujúce, po tom, ako si to držal v tajnosti“. Ďalším významom je „povedať ľuďom, že si gay namiesto utajovania tejto informácie“ (tamtiež, s. 93). V najširšom zmysle pod pojmom come out rozumieme zverejnenie informácie, ktorá bola doposiaľ utajovaná. V odbornej sexuologickej literatúre sa s pojmom coming out stretávame v zmysle zverejnenia menšinovej sexuálnej orientácie – homosexuality. V tomto význame bol pojem predstavený akademickej verejnosti v 50. rokoch minulého storočia, keď Evelyn Hooker (In: Tamashiro, 2004) poznamenala, že k stotožneniu sa s homosexualitou dochádza u človeka veľmi často vtedy, keď sa prvýkrát verejne objaví v prítomnosti iných homosexuálov v gay bare. Tento debut človeka, ktorý si svoju homosexualitu uvedomuje, ale bojuje s touto predstavou, homosexuáli označovali pojmom coming out. Vo svojom vysvetlení autorka zdôrazňovala význam seba prijatia, verejného uznania a úlohu gay barov, ako bezpečného miesta pre

## Abstract

The concept of coming out is used to refer to disclosures of minority sexual orientation – homosexuality. The aim of this study was to conduct a pilot study to investigate the yet unexplored process of coming out in paraphilic sex offenders. 15 men convicted of sexual offenses that were found to be paraphilic took part in the research. Using the method of focus groups, we identified eight stages of coming out, which are further discussed.

**Keywords:** Coming out, Paraphilias, Sex offender.

homosexuálov, kde môžu byť sami sebou (Tamashiro, 2004). O niečo neskôr Dank (1971) uvádza, že homosexuáli často používajú pojem coming out na označenie zmeny identity na homosexuálnu. Vo svojej štúdii pojem vymedzuje ako „identifikovanie sa s homosexualitou“, ktorá môže, no nemusí sa objaviť v sociálnom kontexte za prítomnosti iných gayov (Dank, 1971, s. 181).

Ďalšie vymedzenia tohto pojmu rôznymi autormi sa líšia najmä tým, či zdôrazňujú aspekt uvedomenia si homosexuálnej orientácie, alebo odhalenie homosexuálnej orientácie iným ľuďom. Prirodzene, niektoré definície vyzdvihujú ako podstatné oboje (Savin-Williams, Cohen, 1996). Takou je napríklad definícia Procházku (2002, s. 26), podľa ktorej coming out je „proces rozpoznania, sebauvedomenia, priznania svojej sexuálnej orientácie a schopnosť zdieľať ju dôležitým osobám (rodičom, priateľom)“. V takomto ponímaní je coming out procesom, ktorý v sebe zahŕňa dve rozdielne, ale vzájomne prepojené úlohy – coming out k sebe (coming out to self) a coming out k ostatným (coming out to others), teda tzv. vnútorný a vonkajší coming out (Savin-Williams, Cohen, 1996).

V 70. rokoch sa podľa Bilodeau a Renna (2005)

začala v USA nová éra výskumov zameraných predovšetkým na vývoj identity homosexuálnych jedincov. Vzniklo viacero teoretických modelov opisujúcich štádiá genézy homosexuálnej identity. Medzi najvýznamnejšie možno zaradiť modely Cassovej (1979, 1984), Colemana (1981, 1982), Fassingera (1991), Savin-Williamsa (1988, 1990) a Troidena (1979, 1988).

Vzhľadom na zameranie nášho príspevku považujeme za dôležité priblížiť aspoň najvýznamnejšie modely charakterizujúce proces coming out-u u homosexuálov. Bližšie opíšeme tie, ktorými sme sa v našej štúdií najviac inšpirovali – model Cassovej a model Colemana. Model vytvárania homosexuálnej identity, pozostávajúci zo 6 štádií, opísala v roku 1979 Vivienne Cassová. Jej model sa podľa Blumenfelta a Raymonda (1993) považuje za priekopnícky a slúžil ako východiskový pre mnohé ďalšie modely. Cassová (In: tamtiež) zdôrazňovala, že proces coming out-u nie je lineárny, pričom človek môže byť v jednej fáze alebo súčasne i vo viacerých fázach a môže sa v priebehu času vrátiť aj do predchádzajúcich fáz, čo však neznamená regresiu. Jednotlivé štádiá autorka popisuje nasledovne:

**I. Konfúzia identity** – je to obdobie charakterizované otázkou „Kto som?“ Je spojené s pocitom odlišnosti od vrstovníkov a sprevádzané silnejúcim pocitom odcudzenia. Jediniec si začína uvedomovať a identifikovať homosexuálne pocity a správanie.

**II. Porovnávanie identity** – je fáza racionalizácie a vyjednávania. Jediniec uvažuje o tom, že jeho homosexuálne pocity sú len prechodné, že tieto pocity sa týkajú výlučne jedného konkrétneho človeka, nie všeobecne rovnakého pohlavia. Vyskytuje sa tiež zvýšený pocit určitého vykorenenia, pocity, že nikam nepatrí a zároveň pocity, že je jediným na svete, že je na všetko sám.

**III. Tolerancia identity** – jediniec začína kontaktovať iných homosexuálov, aby znížil pocit izolácie a odcudzenia, ale zatiaľ svoju homosexualitu skôr toleruje, než plne prijíma.

**IV. Akceptácia identity** – v tejto fáze pokračuje a prehľbuje sa kontakt s gay komunitou, jediniec v rámci nej nadväzuje priateľstvá, vďaka tomu hodnotí ostatných homosexuálov pozitívnejšie a začína tým viac prijímať, než len tolerovať svoj homosexuálny sebaobraz.

**V. Hrdosť identity** – jediniec si uvedomuje veľký nesúlad medzi vzrastajúcim pozitívnym poňatím seba samého ako homosexuála a spoločenským odmietaním tejto orientácie. Pociťuje hnev na heterosexuálov a devaluje rad ich inštitúcií (napr. manželstvo). Odhaľuje svoju identitu stále viac ľuďom a praje si byť začlenený do gay - lesbickej subkultúry.

**VI. Syntéza identity** – intenzívny hnev voči heterosexuálom sa zmierňuje, prichádza uvedomenie, že niektorí heterosexuáli sú podporujúci a možno im dôverovať. Stále pretrvávajú určitý pocit hrdosti na homosexualitu, ale je vnímaná menšia dichotómia medzi homosexuálnym a heterosexuálnym svetom.

Homosexuálna identita sa stáva integrovaným aspektom celej jedincovej osobnostnej štruktúry jedinca.

V našich podmienkach je hádam najcitovanejším modelom Colemana, ktorý coming out chápe skôr ako vnútorné uvedomenie si homosexuality než jeho deklaráciu navonok. Coleman opisuje 5 fáz coming out-u:

- 1. Pre-coming out** – jediniec si uvedomuje svoju odlišnosť od ostatných, ale nedokáže ju vyjadriť.
- 2. Vlastný coming out** – v tejto fáze človek pomenuje svoju odlišnosť. Svoju sexuálnu identitu môže spočiatku odmietaať, ale po čase ju priznáva sám sebe a následne i inej osobe.
- 3. Fáza explorácie** – dochádza k nadviazaniu prvých sexuálnych vzťahov a experimentovaniu. Často sa tu tiež zlepšujú interpersonálne zručnosti, ktoré môžu pomôcť k dosiahnutiu pozitívneho sebaobrazu.
- 4. Fáza partnerstva** – po fáze sexuálneho experimentovania prichádza potreba stabilnejšieho a záväznejšieho vzťahu, ktorý by spájal emocionálnu a fyzickú príťažlivosť. Dochádza preto k vytváraniu trvalejších sexuálnych a partnerských vzťahov.
- 5. Fáza integrácie** – dochádza k dotvoreniu hodnôt, upevneniu roly jedinca vo vonkajšom svete a integrácii osobnosti (Coleman, In: Janošová, 2000).

Hoci autori týchto modelov opisujú proces coming out-u v samostatných etapách, poukazujú na to, že všeobecne ide skôr o plynulý proces, so zastaveniami, opakovanými začiatkami i návratmi. Rozdiely medzi modelmi ilustrujú ťažkosť použitia jediného modelu pre pochopenie tohto komplexného psychosociálneho procesu – vývoja homosexuálnej identity. Napriek tomu možno pretrvávajúce štádiových modelov v odbornej literatúre považovať za dôkaz toho, že s určitou presnosťou skutočne zachytávajú tento vývojový proces (Bilodeau, Renn, 2005).

#### Cieľ práce

Ako sme uviedli v úvodnej časti štúdie, proces coming out-u sa v odbornej literatúre spája predovšetkým s cieľovou skupinou osôb s menšinovou sexuálnou orientáciou – homosexualitou. Naša prax výkonu súdom nariadenej sexuologickej ochrannnej liečby však ukazuje, že coming out je proces, ktorý prebieha aj u našich pacientov. Cieľom našej práce bolo preto uskutočniť výskumnú sondu do zatiaľ nepreskúmanej problematiky priebehu procesu coming out-u u parafilných sexuálnych delikventov. Zamerali sme sa pritom na kvalitatívne zachytenie špecifik tohto procesu, tak, ako ich vnímajú samotní pacienti.

#### Výskumný výber

Výskumu sa zúčastnilo 15 mužov odsúdených za sexuálne motivovaný trestný čin, u ktorých bola preukázaná sexuálna deviácia. Ide o pacientov vykonávajúcich súdom nariadenú ochrannú sexuologickú liečbu na Úseku ochranných liečení



Zdravotníckeho zariadenia Ústavu na výkon trestu odňatia slobody v Košiciach-Šaci. Podrobnú charakteristiku výskumného výberu uvádzame v tabuľke č. 1.

**Tab. 1 Socio- demografické a klinické charakteristiky výskumného výberu**

	Počet	
<b>Spolu</b>	15	
<b>Sexuologická diagnóza</b>	sexuálna agresivita	5
	hebefília/efebofília	2
	kombinované deviácie	3
	iné deviácie	5
	znásilnenie	3
	sexuálne násilie	7
	sexuálne zneužívanie	5
	pokus o znásilnenie	1
	obmedzovanie osobnej slobody	1
	<b>Trestný čin*</b>	porušovanie domovej slobody
vydieranie		1
vyhrážanie		1
prečin výtržníctva		1
prečin krádeže		3
prečin nepovolennej výroby liehu		1
<b>Diferenciácia</b>		minimálny stupeň stráženia
	stredný stupeň stráženia	3
	mladistvý	1
	<b>Priemer</b>	<b>Rozpätie</b>
<b>Vek</b>	39,6	17 – 64
<b>Dĺžka trestu v rokoch</b>	6,6	2 – 15
<b>Doterajšia dĺžka liečby v mesiacoch</b>	13,7	

\* Viacerí účastníci boli odsúdení za viacero trestných činov súčasne.

#### Metóda

Na naplnenie vymedzeného cieľa výskumu sme sa rozhodli použiť metódu fokusovej skupiny (focus group), ktorá sa označuje tiež ako skupinové interview, riadený skupinový rozhovor alebo ohnisková skupina (Morgan, In: Prajsová, Dragomirecká, 2008). Fokusová skupina je kvalitatívna metóda založená na voľnej diskusii na určitú tému, dilemu alebo špecifickú otázku, pričom sa v mnohých ohľadoch podobá spontánnej diskusii. Skupinový rozhovor je možné prirovnať k miniatúrnej spoločnosti, ktorá o niečom premýšľa. Zaujímá nás pritom konkrétna skúsenosť účastníkov rozhovoru. Jazyk nie je neutrálny, ale vyjadruje myšlienky a emócie, ktorými spoločnosť tvorí skutočnosť (Marková, 2008). Hlavným prínosom kvalitatívnej metodológie je, že sa nesnaží podsúvať

účastníkom hotové kategórie, naopak, snaží sa zistiť, ako si určité témy konštruujú samotní účastníci. V rámci jej dynamiky sa ukážu hlbšie významy či témy, ktoré sú pre danú spoločnosť relevantné (Petrijánošová, Masaryk, 2008). Z tohto dôvodu považujeme metódu fokusovej skupiny za mimoriadne vhodnú vzhľadom na nami skúmanú problematiku. Významným momentom je tiež možnosť zachytiť vlastný slovník samotných účastníkov ako reprezentantov konkrétnej populácie.

Skupinové rozhovory sme realizovali formou komunitných aktivít, teda za prítomnosti všetkých pacientov, ktorí boli aktuálne na našom oddelení. Išlo spolu o 17 stretnutí v trvaní 30 – 60 minút. Moderátormi diskusie boli terapeuti (autori článku), čo na jednej strane možno považovať za výhodu – vzájomné poznanie sa s účastníkmi, s ktorými je vytvorený terapeutický vzťah, na druhej strane možno ako nevýhodu vnímať istú mieru sociálnej žiaducnosti pri výpovediach niektorých pacientov. Ako úvod do diskusie sme účastníkom ponúkli nami vytvorený náčrt možných štádií coming out-u (tabuľka č. 2), pri ktorom sme vychádzali z vyššie opísanej teórie Cassovej. Účastníkom sme priblížili teoretickú koncepciu procesu coming out-u u homosexuálov. Následne sme ich požiadali, aby vybrali a zoradili uvedené štádiá na základe vlastnej skúsenosti, teda podľa toho, ako nimi sami prechádzali. Na podklade individuálnych záverov účastníkov sme v ďalšom kroku otvorili diskusiu o týchto štádiách, pričom sme pacientov žiadali, aby opísali svoje konkrétne skúsenosti.

**Tab. 2 Náčrt možných štádií coming out-u ako podklad na diskusiu účastníkov**

Už som si položil otázku, či by som mohol byť sexuálny deviant. Odpoveď je nie. To, že som spáchal sexuálne motivovaný trestný čin, nie je pravda. Ak sa to aj stalo, bolo to preto, lebo som bol opitý/na drogách.

Je možné, že som sexuálny deviant. Ale týka sa to len skutku, ktorý som spáchal. Inak je moja sexualita normálna.

Je možné, že som sexuálny deviant. Počúvam ľudí, ktorí sú sexuálni devianti a rozprávam sa s nimi o tom. Niektorí majú podobnú sexualitu ako mám ja.

Som sexuálny deviant. Nevie, či je to v poriadku. Snažím sa dozvedieť o mojej deviácii čo najviac. Pred niektorými ľuďmi nemám problém rozprávať o mojej sexuálnej deviácii.

Som sexuálny deviant a som na to hrdý. Moja sexualita je iná ako u väčšiny ľudí, preto sex realizujem inak ako oni. Chceme, aby ľudia vedeli, kto som. Nemám problém o svojej deviantnej sexualite rozprávať s kýmkoľvek.

Som sexuálny deviant, ale to nie je moja jediná a najdôležitejšia charakteristika. To, aký som človek, nie je dané len mojou sexualitou. Nemám problém hovoriť o svojej deviantnej sexualite s ľuďmi v mojom okolí.

Prínos predloženia nami načrtnutých štádií vidíme v tom, že aj pacienti so subnormným intelektom porozumeli, čo znamená proces coming out-u, čo ďalej plánujeme robiť a pomenovať. Nevýhoda prezentácie týchto štádií spočívala v ovplyvnení pacientov externou teóriou. Ďalej sme však systematicky kládli dôraz na autentické formulácie pacientov, nie nami prezentované štádiá vyplývajúce z teórie Cassovej. Tie zostávali na pozadí spoločnej diskusie ako jeden zo zdrojov námetov a inšpirácie.

Prirodzene, nie všetci účastníci sa do diskusie zapájali rovnako intenzívne. Dbali sme však na to, aby sa zapojili aspoň vyjadrením súhlasu, resp. nesúhlasu s myšlienkami a formuláciami aktívnejších členov skupiny. Po dosiahnutí zhody vo formulácii konkrétnych bodov boli tieto zachytené písomne na flipchartový papier. To zabezpečilo prehľadnosť a kontinuitu medzi jednotlivými stretnutiami.

### Výsledky

Účastníci fokusovej skupiny sa zhodli na ôsmich štádiách coming out-u. Jednotlivé štádiá charakterizovali najvýznamnejšími momentmi, myšlienkami, resp. emóciami, ktoré reprezentujú ich vlastnú skúsenosť. V ďalšom texte ponúkame prehľad jednotlivých štádií procesu coming out-u (tabuľka č. 3), s uvedením konkrétnych výrokov a formulácií účastníkov.

Tab. 3 Proces coming out-u u parafilných sexuálnych delikventov

	1. obdobie bez manifestácie sexuálnej deviácie
nerereflektovaná manifestácia sexuálnej deviácie	2. manifestácia sexuálnej deviácie v kognitívnej oblasti
	3. manifestácia sexuálnej deviácie v behaviorálnej oblasti
precoming out	4. konfúzia obrazu vlastnej sexuality
	5. vnímanie sexuálnej deviácie ako problému
vlastný coming out	6. štádium ambivalencie – čiastočný coming out
	7. prijatie sexuálnej deviácie – úplný coming out
	8. integrácia sexuálnej deviácie do sebaobrazu/sebaprijatie

### 1. štádium: obdobie bez manifestácie sexuálnej deviácie

Ide o obdobie „prebúdzania sa sexuality“ v období puberty. Prejavy sexuality nenaznačujú nič zvláštne, neobvyklé či deviantné v porovnaní sa s rovesníkmi.

Významné je, že človek nevníma rozdiely medzi vlastnou sexualitou a sexuálnou normou. Má teda väčšinou sexuálnu identitu. Niektorí muži (najmä sexuálni agresori) neskôr v liečbe referujú o tom, že už v tomto období mali problém v zmysle významnej hanblivosti voči dievčatám, čo pripisujú svojej deviácii. Hanblivosť však nemožno v tomto období považovať za špecifický prejav sexuálnej deviácie, pretože v puberte môže byť hanblivosť prejavom psychosociálneho a psychosexuálneho vývinu. Naopak, homosexuálne orientovaní muži môžu od začiatku puberty jasne cítiť, že v ich sexualite „nie je nič v poriadku“, keďže si uvedomujú príťažlivosť k rovnakému pohlaviu. Preto sami neskôr uvádzajú, že u nich toto štádium absentovalo. O liečbe, pomoci či zmene sexuálneho správania v tomto štádiu nemožno uvažovať. Človek spravidla preberá a internalizuje odsudzujúci pohľad na sexuálnych deviantov – „úchylákov“, čo mu bude v budúcnosti komplikovať pohľad na vlastnú sexuálnu deviáciu.

Účastníci toto štádium charakterizovali takto:

**„Všetko je v poriadku, neuvažujem nad svojou sexualitou.“**

*Nie je problém, nie je o čom uvažovať.*

*Odsudzujem úchylákov v okolí.*

*Všetko je v poriadku, baby sa mi páčia.“*

### 2. štádium: manifestácia sexuálnej deviácie v kognitívnej oblasti

Ide o obdobie iniciálneho uvedomovania si svojej odlišnosti na kognitívnej úrovni (v myšlienkach, erotických predstavách), hoci zatiaľ nejasným spôsobom. Vo vedomí sa objavuje význam rozdielu – som iný ako ostatní. Jediniec však nie je neschopný pomenovať problém, resp. ho nespája so sexualitou, preto o svojich pochybnostiach s druhými nehovorí a nevyhľadáva ani odbornú pomoc. Okrem pochybností o sebe samom sa objavujú pocity odcudzenia a neistoty. Rizikom prítomným u niektorých deviantov je náhla aktivácia deviantných predstáv a potrieb, ktorá vyústi do nekontrolovaného deviantného správania, teda manifestácie sexuálnej deviácie v behaviorálnej oblasti (3. štádium).

Účastníci opísali toto štádium týmito vyjadreniami:

**„Cítim, že niečo nie je v poriadku, že som iný ako ostatní, lebo...“**

*... si neviem nájsť partnerku,*

*... začalo ma príťahovať niečo, čo je zakázané, iné (chlapci),*

*... predstavujem si veci, ktoré ostatní nerobia.“*

### 3. štádium: manifestácia sexuálnej deviácie v behaviorálnej oblasti

Prvá manifestácia sexuálnej deviácie v správaní môže mať rozličné podoby. Účastníci uvádzajú celú škálu prejavov, od vyhľadávania pornografického materiálu so sexuálne deviantným obsahom cez masturbáciu nad ženskými nohavičkami až po znásilnenie. Deviantné správanie väčšiny pacientov pritom jasne

nadväzuje na predchádzajúce deviantné predstavy. Nie je výnimočné, že práve v tomto období dochádza k spáchaniu prvého sexuálne motivovaného trestného činu. Vzhľadom na nezrozumiteľnosť takéhoto správania pre samotného jedinca je charakteristickou črtou tohto obdobia silná tendencia k racionalizácii sexuálne deviantného správania, ktoré je preto mimo dosah bežnej samoregulácie. Posilňuje sa pocit odlišnosti od ostatných a jedinec sa najmä v prípade dopustenia sa delikventných skutkov utvrdzuje v tom, že o týchto veciach nemôže hovoriť s druhými. Je presvedčený, že išlo o niečo výnimočné a v budúcnosti bude schopný sa takémuto správaniu vyhnúť vďaka sebakontrolu. Liečbu či odbornú pomoc deviant spravidla odmieta. V nasledujúcich štádiách je reflexia odlišnosti vlastnej sexuality iniciovaná najmä dôsledkami takéhoto správania.

Účastníci v priebehu diskusie o tomto štádiu zdôrazňujú najmä konkrétne formy racionalizácie sexuálne deviantného správania a negovanie jeho závažnosti:

**„Niečo sa stalo. Bol to, lebo....**

- ... som bol pod vplyvom alkoholu/drog,
  - ... som sa neovládol,
  - ... som bol pod vplyvom sexuálneho ošiaľu, „hypersexuality“,
  - ... to bola mladícka nerozvážnosť,
  - ... som mal stres („keď je toho veľa“),
  - ... som dlhodobo nemal priateľku,
  - ... to predsa robia aj iní,
  - ... robím veci, ktoré ostatní nerobia („odhaľujem sa“).
  - ... som chcel spestrenie.
- Všetko je ale v poriadku.“**

#### 4. štádium: konfúzia obrazu vlastnej sexuality

V popredí tohto štádia je zmätenosť a prehĺbovanie pocitov odlišnosti vyplývajúce z rozpoznaných dôsledkov alebo potencionálnych dôsledkov manifestovaných prejavov sexuality. Rozdiely medzi sebou a okolím jedinec vníma, reflektuje, a preto pripúšťa, že má problém. Má snahu porozumieť svojmu správaniu, naďalej však nachádza vysvetlenia mimo oblasti vlastnej sexuality (napr. osobnosť, okolnosti). V niektorých prípadoch muži zvažovali vyhľadanie odbornej pomoci. Pri rozhodovaní sa, či vyhľadať odbornú pomoc, alebo nie, zohrávalo významnú úlohu spáchanie skutku, ktoré malo znaky trestného činu. Strach z udania na políciu mnohí uvádzajú ako najdôležitejší argument, prečo sa neobrátili na odborníka a informácie vyhľadávali skôr anonymne.

V priebehu diskusie účastníci k tomuto štádiu uviedli:

**„Pripúšťam, že niečo nie je v poriadku vďaka (alebo vinou)...**

- ... dôsledkom, ktoré nastali („som v base“),
- ... dôsledkom, ktoré by mohli nastať (hrozba odhalenia, väzenia),
- ... výčitkám svedomia („ubližoval som najbližším“),

- ... tomu, že som mal čistú hlavu („nebol som pod vplyvom drog/alkoholu“),
- ... tlaku okolia,
- ... tomu, že som si uvedomil, že hoci som starší, stále sa mi páčia dospievajúce dievčatá / dospievajúci chlapci,
- ... tomu, že som sa správal inak ako ostatní („bol som neodbytný pri zvädzaní“).

#### 5. štádium: vnímanie sexuálnej deviácie ako problému

Ide o štádium, ktoré spravidla nastupuje po začatí liečby – sexoterapie. Jedinec často prvýkrát počuje niekoho (spolupacientov na liečbe) otvorene hovoriť o vlastnej sexuálnej deviácii. Opúšťa identitu človeka s väčšinou sexualitou. Hoci si je istý, že niečo nie je v poriadku a že to súvisí s jeho sexualitou, zatiaľ tento problém nie je ochotný pomenovať ako sexuálnu deviáciu. Najčastejšie tomu bránia vlastné internalizované predsudky o „úchylákoch“, ktoré sú v spoločnosti rozšírené. Samotné počúvanie ostatných sexuálnych deviantov a vlastná argumentácia pre „obhajovanie“ svojej sexuality však podporuje proces uvažovania o rôznych súvislostiach svojho sexuálneho správania. Rozvíja sa motivácia k liečbe a k získavaniu relevantných odborných informácií. Liečení pacienti sú neraz spočiatku ochotní analyzovať svoju sexualitu len v kontexte individuálnych terapeutických sedení, nie na skupinových terapiách. Proces individuálnej terapie tak v úvode liečby často slúži ako bezpečný priestor pre nadobudnutie dôvery a pocitu istoty. Až neskôr sú pacienti pripravení hovoriť o svojej sexualite otvorene aj pred skupinou.

Účastníci toto štádium charakterizovali nasledovne:

**„Som si istý, že niečo nie je v poriadku.**

*Je to vďaka informáciám od druhých, napríklad od blízkych, od personálu a iných pacientov alebo z literatúry či z výsledkov vyšetrení.*

*Viedlo ma to k hľadaniu ďalších informácií, k pomoci a k snahe riešiť môj problém.“*

#### 6. štádium: štádium ambivalencie – čiastočný coming out

V porovnaní s predchádzajúcim štádiom je hľadanie informácií v tejto fáze zámerné a otvorené. Za kľúčovú mnohí pacienti považujú informáciu o vrodenej a nevyliciteľnej sexuálnej deviácii. Práve tieto informácie sú pre nich na jednej strane skľučujúce a veľmi náročne akceptovateľné z dôvodu „definitívnosti“ sexuálnej deviácie, na druhej strane ich prijatím dochádza k úľave v zmysle klarifikácie príčin svojho sexuálne deviantného a delikventného správania. Zvyšovanie informovanosti o sexualite v norme a deviácii vedie k hlbšej analýze a porozumeniu vlastnej sexuality. Tá je však spojená aj s odhaľovaním rizík, ktoré sexuálna deviácia pre ich budúcnosť predstavuje. Napriek tomu, že jedinec je schopný pripustiť, že je sexuálny deviant, zvažovanie všetkých „pre a proti“ tohto faktu vedie k významnej ambivalencii v kognitívnej, emočnej i behaviorálnej

oblasti. Opakovane sa stretávame s kolísajúcimi štádiami spolupráce a následného odporu k liečbe. Za dôležité považujeme ustáť s pacientom ťažké momenty pri jeho ponore do spomienok na trestné činy, neskľznuť k povrchným a sociálne žiaducim prejavom, zotrvanie v motivácii poctivo skúmať svoju sexualitu a hľadať cestu jej primeranej realizácie.

V rámci ochrannej sexuologickej liečby v podmienkach výkonu trestu odňatia slobody sú si pacienti vedomí, že nedostatok stratégií pre realizáciu deviantnej sexuality v medziach zákona znamená vyššiu pravdepodobnosť, že v ochrannej liečbe ústavnou formou budú pokračovať aj po skončení výkonu trestu. Táto skutočnosť ich mnohokrát vedie do „slepej uličky“, keď sa ich cieľom stáva presvedčiť okolie, že rozumejú svojej sexualite a sú pripravení realizovať ju v medziach zákona. Ide o prípady, keď je pacient síce dostatočne edukovaný v oblasti sexuálnych deviácií, no skutočné porozumenie a prijatie vlastnej sexuality absentuje. Riziko recidívy sexuálneho deliktu bagatelizuje. V liečbe tak dochádza k stagnácii.

V priebehu diskusie účastníci k tomuto štádiu uviedli:

**„Pripúšťam, že som sexuálny deviant, ale mám obavy, čo to pre mňa znamená.“**

Je to „boj medzi anjelom a diablom“, rozhodovanie sa, akou cestou ísť – či budem hovoriť pravdu alebo klamať. Striedajú sa pocity hnevu (na terapeutov, na obeť, na políciu, na súdy, na systém, na seba), strachu a obáv (zo seba, z toho, ako budem v budúcnosti žiť, z detencie, z dlhého pobytu v ústave), hanby, sebalútosti, napätia, neistoty, bezmocnosti, nenávisť voči sebe, pocit poníženia, pocit krivdy zo „škatuľkovania“ („zaškatuľkovali ma, že som sexuálny agresor“), pocity ohrozenia z úprimnosti („čo ak budem úprimný a otočí sa to proti mne?“), ale tiež pocity úľavy („konečne som to zo seba dostal“), povznesenia, odhodlania, nádeje, súcitu s obeťami.

Snaha iniciatívne verejne získať informácie o deviácii.

Vyvyšovanie sa (najmä u sexuálnych agresorov) – falošné prijatie deviácie.

Odvádzanie pozornosti od jadra svojho problému – mám veci pod kontrolou, nepotrebujem ich riešiť.

Výčitky svedomia ma tlačili dopredu.“

### 7. štádium: prijatie sexuálnej deviácie – úplný coming out

Jedinec už nevyjednáva, prijíma fakt, že je sexuálny deviant, ako aj fakt, že deviácia je „definitívna“. Naďalej má snahu dozvedieť sa o svojej deviácii čo najviac, jeho motivácia je však „očistená“ od postranných aspektov (napr. snaha o podmienčne prepustenie, premena liečby na ambulantnú a pod.). Proces liečby, teda spoznanie a zvládanie vlastnej deviácie v medziach zákona, sa pre neho stáva prioritou. Uvedomuje si, že bez toho je riziko recidívy sexuálneho deliktu veľmi vysoké. Svoju deviáciu vníma ako ťaživú, je pre neho ťažké stotožniť sa s ňou ako s niečím, čo je jeho súčasťou. O vlastnej sexualite hovorí otvorene pred

niektorými, najmä blízkymi ľuďmi, ako aj pred ľuďmi so sexuálnou deviáciou. Vytvára tak sociálnu sieť ľudí, ktorí rešpektujú a podporujú jeho rozvíjajúcu sa identitu sexuálneho devianta.

Účastníci toto štádium opísali nasledovnými vyjadreniami:

**„Som sexuálny deviant a iný už nebudem.“**

Mám potrebu (chcem) vedieť, čo s tým.

Je to často spojené s pocitom ľažby – došlo mi, čo sexuálna deviácia znamená, a že je to zlé.

Mám strach z nepochopenia, a preto o svojej sexualite rozprávam len s niektorými ľuďmi.

Liečba je dôležitejšia než iné témy (premena liečby na ambulantnú, podmienčne prepustenie, potreba byť s rodinou).

Definoval som si svoj problém v sexualite, keď som rozpovedal svoj príbeh.

Cítim bolesť, že to budem mať do konca života.“

### 8. štádium: integrácia sexuálnej deviácie do sebaobrazu/sebaprijatie

V tomto štádiu možno hovoriť o egosyntónnej sexuálnej deviácii. Jedinec sa stotožní, zmieri so svojou deviáciou. Identita sexuálneho devianta je pevne zakomponovaná do celkovej identity, stáva sa jej súčasťou, rovnako ako iné komponenty. Jedinec je schopný začleniť sexuálnu deviáciu do svojho sebaobrazu, počíta s ňou ako so súčasťou svojho života, nepovažuje ju však za centrálnu črtu svojej osobnosti. Preto sa človek od liečby do istej miery odpútava, vníma ju ako dlhodobé sprevádzanie pri nesení bremena svojej deviácie. Uvedomuje si, že jeho sexualita sa vyvíja a sebapoznávanie je nikdy nekončiacim procesom. Dokáže predpokladať riziká spojené s vlastnou deviantnou sexualitou, nepodceňuje ich a má vytvorený repertoár stratégií pre ich zvládanie. Myslíme si, že napriek vyššie uvedeným zmenám v sebaobrazu rizikom ostáva možný regres do predchádzajúcich štádií ako dôsledok straty ostražitosti voči svojej sexualite či kumulácie nezvládaných náročných životných udalostí. O svojej deviácii dokáže v prípade potreby hovoriť bez pocitov hanby alebo predsudkov, resp. navzdory ich prítomnosti.

Účastníci sa zhodli, že toto štádium najlepšie vystihovala formulácia z predloženého návrhu možných štádií coming out-u v tomto znení:

**„Som sexuálny deviant, ale to nie je moja jediná a najdôležitejšia charakteristika. To, aký som človek, nie je dané len mojou sexualitou. Nemám problém hovoriť o svojej deviantnej sexualite s ľuďmi v mojom okolí.“**

Taktiež uviedli:

**„Som sexuálny deviant, iný už nebudem, som s tým stotožnený a beriem svoju deviáciu ako súčasť života. Ak je to potrebné, som pripravený hovoriť o svojej deviácii s ľuďmi vo svojom okolí.“**

Cítim pocit úľavy. Mám snahu usporiadať si život. Nemám problém rozprávať sa o sexuálnej deviácii s ľuďmi.“

### Diskusia

Nie je možné určiť, do akej miery náš výskumný



výber reprezentuje celú populáciu parafilných sexuálnych delikventov. Považujeme za dôležité zdôrazniť, že nami definované štádiá coming out-u sa týkajú špecificky sexuálnych deviantov, ktorí majú v dôsledku spáchania sexuálne motivovaného deliktu súdom nariadenú ochrannú liečbu. Vykonávajú ju pritom v špecifickom prostredí – vo výkone trestu odňatia slobody. Je zrejmé, že samotný kontext ochrannej liečby má významný vplyv na celý proces porozumenia a prijatia sexuálnej deviácie.

Rovnako si uvedomujeme, že prezentované štádiá procesu coming out-u sú redukciou komplexnej, mnohознаčnej a interindividuálne odlišnej skúsenosti pacientov absolvujúcich liečbu na našom oddelení. Vzhľadom na dosiahnutý konsenzus v ich vyjadreniach i na naše doterajšie skúsenosti z práce so sexuálnymi delikventmi predpokladáme, že predkladané štádiá zachytávajú univerzálnejší proces vyrovnávania sa s menšinovou sexualitou.

Hoci vo väčšine prípadov sa u účastníkov nášho výskumu podarilo dospieť ku konsenzu, pokiaľ ide o charakteristiku jednotlivých štádií, v individuálnych prípadoch referovali o tom, že uvedené štádium u nich absentovalo. Zhoda panovala aj v tom, že tento proces nie je lineárny ani časovo jasne definovateľný. Niektorí sa po dosiahnutí určitého štádia vrátili pod vplyvom rôznych okolností do predchádzajúceho štádia. Niektorí sexuálni devianti „prešli“ určitým štádiom v relatívne krátkom čase, iní v ňom zotrvali aj roky. Rovnako neplatí, že každý dosiahne úplný coming out, resp. že ak ho niekto dosiahne, jeho práca na sebe sa končí a „je vyliečený“. Tieto skutočnosti viedli k zhode vo formulácii záveru, že prechod uvedenými štádiami je veľmi individuálny a ide vlastne o „snahu zachytiť väčšinu v menšine (menšinovej skupine)“.

Naša prax ukazuje, že hoci začiatok sexoterapie korešponduje najčastejšie s piatym štádiom, niektorí jednotlivci prichádzajú do liečby v pokročilejšom štádiu coming out-u. Keďže ide o malú skupinu pacientov, je zložité zachytiť tie charakteristiky, vďaka ktorým sú v porovnaní s ostatnými pacientmi v porozumení svojej deviantnej sexuality ďalej. Strelili sme sa s tým, že u nás liečených parafilných sexuálnych delikventov dokázalo vrátiť do predchádzajúceho štádia oslabenie ostražitosti v priebehu života po návrate z väzenia domov, užívanie alkoholu a drog, postupná bagatelizácia a racionalizácia získaného náhľadu na vlastnú sexualitu či objavenie nových, ešte nepoznaných sexuálnych potrieb, ktoré neboli zakoponované do identity jedinca.

Napriek tomu, že v procese coming out-u u homosexuálnych a u deviantných jedincov nachádzame viaceré podobnosti, niektoré aspekty sú predsa len rozdielne. Coming out u homosexuálov možno považovať väčšinou za menej komplikovaný z hľadiska rozpoznania „problému“. Atraktivita zameraná na osobu rovnakého pohlavia jednoznačne smeruje jedinca k porozumeniu podstaty jeho odlišnosti v oblasti sexuality už v relatívne mladom veku. Absencia zábran voči násiliu pri pohlavnom styku alebo dokonca potreba takéhoto násillia pre

dosiahnutie sexuálneho uspokojenia (u sexuálnych agresorov), prípadne intenzívne sexuálne vzrušenie pri odhalení genitálu pred cudzou a eroticky nevyladenou ženou (u exhibicionistov) sú však odchýlky, ktorým jedinec väčšinou vôbec nerozumie a často ich dokonca pripisuje svojej „povahe“. Za ďalšiu komplikáciu v procese coming out-u u parafilných jedincov možno považovať absenciu akéhokoľvek vzoru, resp. modelu, ktorý by im bol nápomocný v snahe realizovať svoju deviantnú sexualitu v medziach zákona. Predsudky spoločnosti a nedostatočná informovanosť v oblasti legálnej realizácie menšinovej sexuality (napr. v podobe sado-maso klubov, alebo aj dostupnej literatúry pre laickú verejnosť), vytvárajú prostredie, v ktorom má sexuálny deviant veľký problém saturovať svoje sexuálne potreby adekvátnym spôsobom. Sme presvedčení, že práve zmena postojov verejnosti – tak laickej, ako aj odbornej – a dostupnosť erudovaných a zároveň zrozumiteľných informácií by aj u niektorých našich pacientov dokázali zabrániť ich delikventnému konaniu. Je totiž ťažké predpokladať, že človek vyhľadá odbornú pomoc, ak sám nechápe, že má problém, resp. čoho sa jeho problém vlastne týka. To, čo Dank (1971) uvádza o homosexuálnych jedincoch snažiacich sa porozumieť vlastnému prežívaniu, platí aj v kontexte sexuálnych deviantov – človek, ktorý má sexuálne túžby voči osobe rovnakého pohlavia (v našom prípade akéhokoľvek neobvyklé, deviantné túžby), len ťažko nachádza slová, ktorými by si tieto pocity dokázal pomenovať a tak im aj porozumieť.

#### Záver

Je zrejmé, že akákoľvek kategorizácia individuálnej skúsenosti, najmä tak špecifickej, akou je prežívanie a stotožnenie sa s vlastnou deviantnou sexualitou, predstavuje zjednodušenie reálnej skúsenosti. Spája sa s rizikom redukcie dôležitých jedinečných aspektov tohto procesu u konkrétnych jedincov. Zovšeobecnenie skúseností určitej skupiny jednotlivcov však zároveň poskytuje neoceniteľný vhľad do problematiky, ktorá je pre nezainteresovaných ľudí ťažko zrozumiteľná a uchopiteľná. Môže tak ponúknuť základnú orientáciu samotným osobám s deviantnou sexualitou, ale tiež odborníkom, ktorí s touto cieľovou skupinou pracujú a snažia sa im pomôcť.

Ako psychológovia a psychoterapeuti, ktorí vedú intenzívne náhľadové skupinové psychoterapie s pacientmi – mužmi odsúdenými za spáchanie sexuálne motivovaných deliktov, sme opakovane zúčastnenými pozorovateľmi i facilitátormi procesu coming out-u. Počujeme a vidíme náročnosť, komplikácie, slepé cesty i návraty na ceste opisovaného procesu. Ako uvádza Dank (1971), pre úspešný coming out je dôležité, aby kategória homosexuality (v našom prípade kategória sexuálnej deviácie) existovala, a aby nebola videná vo vysoko negatívnom zmysle. Proces coming out-u opisujeme ako cestu rekonštrukcie osobnej identity, porovnateľný s inými procesmi vyrovnávania sa s novým náročným sebazpoznaním, resp. novou subjektívne významnou a traumatizujúcou skutočnosťou (napr. štádiá

smútenia Kübler-Rossovej). Zásadným špecifickým rizikom opísaného procesu u sexuálnych deviantov je potenciál ich sexuality uspokojiť vlastné potreby násilím na úkor svojich obetí. Keďže predpokladáme, že úspešne zvládnutý coming out znamená podstatné zníženie rizika spáchania sexuálne motivovaného deliktu, poznanie a podporovanie procesu coming out-u je dôležité pre sexuálnych deviantov i pre ich potenciálne obeť.

#### Literatúra

- Bilodeau, B. L. Renn, K. A. 2005. *Analysis of LGBT identity development models and implications for practice*. New Directions for Student Services, 2005, s. 25–39.
- Blumenfeld, W. J., Raymond, D. 1993. *Looking at Gay and Lesbian Life*. Boston: Beacon Press.
- Dank, B. M. 1971. Coming Out in the Gay World. In: *Psychiatry*. 34, 2, s. 180-197.
- Janošová, P. 2000. *Homosexualita v názorech súčasnej spoločnosti*. Praha: Karolinum.
- Longman phrasal verbs dictionary. 2000. Gadsby, A. (Ed.). Harlow : Longman. 608 s. ISBN 0 582 291828.
- Marková, I. 2008. Kvalitatívny výskum v dialogickom pojetí: Výskum zodpovednosti prostredníctvom focus groups . In: Petrjánošová, M., Masaryk, R., Lášticová, B. (Eds.) *Kvalitatívny výskum vo verejnom priestore - Príspevky zo 7. česko-slovenskej konferencie*

*Kvalitatívny prístup a metódy vo vedách o človeku*. Bratislava: Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV a Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, str. 131-136. Typ: AED.

- Petrjánošová, M., Masaryk, R. 2008. Hodnotenie kvality života slovenskými mužmi v strednom veku: metóda fókusových skupín v praxi. In: Petrjánošová, M., Masaryk, R., Lášticová, B. (Eds.) *Kvalitatívny výskum vo verejnom priestore - Príspevky zo 7. česko-slovenskej konferencie Kvalitatívny prístup a metódy vo vedách o človeku*. Bratislava: Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV a Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, str. 131-136. Typ: AED.
- Procházka, I. 2002. *Coming out: Průvodce obdobím nejistoty, kdy kluci a holky hledají sami sebe*. Brno: STUD.
- Savin-Williams, R. C, Cohen, K. M. 1996. *The Lives of Lesbians, Gays, and Bisexuals : Children to Adults*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Tamashiro, D. 2004. Coming Out. In: Summers, C. J. (Ed.) *GLBTQ: An encyclopedia of gay, lesbian, bisexual, transgender, and queer culture*. Chicago: GLBTQ, Inc. Dostupné na: [http://www.glbtq.com/social-sciences/coming\\_out\\_ssh.html](http://www.glbtq.com/social-sciences/coming_out_ssh.html)

Kontaktná adresa:  
dleczova@gmail.com

### Kalendár odborných podujatí



17th Congress of the European Society for Sexual Medicine is starting on 05 February, 2015 and ending on 07 February, 2015.

The Congress location is Bella Center Copenhagen. ESSM 2015, 17th Congress of the European Society for Sexual Medicine is one of the remarkable event on **Health, Medicine, Medical, Sexual Education and Sexual Medicine areas**.

17th Congress of the European Society for Sexual Medicine is organized annually.

#### Official Event Web Site

<http://eventegg.com/essm-2015/>

# Osobnostné črty „Dark triad“ (narcizmus, machiavelizmus a psychopatia) a sexuálne správanie študentiek vysokých škôl

**Martin Jakubek, Michaela Klimeková**

Katedra psychológie, FFUK Bratislava

## Súhrn

Článok sa zaoberá vzťahom medzi črtami Dark Triad, teda subklinickou psychopatiou, subklinickým narcizmom, machiavelizmom a sexuálnym správaním vysokoškolských študentiek. Vychádzajúc z relevantných teoretických zistení o črtách systému Dark Triad tak jednotlivito ako aj spoločne, uvažujeme o ich vplyve na sexuálne správanie žien. Samotný výskum má korelačný charakter, na zachytenie prejavov črt Dark Triad sme využili dotazník SD3 a v oblasti prejavov sexuálneho správania sme využili vlastnoručne zostavený dotazník sexuálneho správania. V našej výskumnej vzorke (N = 521) slovenských študentiek vysokých škôl sa prejavili silné a mnohopočetné vzťahy črt temnej triády voči sexuálnemu správaniu participantiek. Črty temnej triády podľa očakávania súviseli najmä s využívaním nátlakových, krátkodobých sexuálnych stratégií participantkami, s vyššou impulzívnosťou a vyššou sexuálnou agresivitou. Na základe výsledkov hodnotíme rozdiely v tom, akým spôsobom jednotliví členovia temnej triády súvisia so sexuálnym správaním ako pomerne malé, hoci v špecifických prípadoch evidentné.

**Kľúčové slová:** temná triáda, narcizmus, machiavelizmus, psychopatia, sexuálne správanie.

## Úvod

Pojmom „temná triáda“ (The Dark Triad) sa označujú tri teoreticky odlišné, ale empiricky prelínajúce sa sociálne averzívne osobnostné konštrukty: narcizmus, machiavelizmus a psychopatia. O týchto sa dlho uvažovalo skôr v rámci klinickej symptomatológie, až výskumy realizované v posledných 15 rokoch prišli s koncepciou ich subklinickej manifestácie v podobe osobnostných črt, ktoré - ako autori koncepcie uvádzajú - nenapĺňajú klinický obraz, ale predstavujú pre ich nositeľa primárne negatívne dôsledky v oblasti správania, interpersonálnych vzťahov, aj keď samotní nositelia ich tak negatívne vnímať nemusia. Pojem naznačuje,

## Summary

Article deals with the relationship among the Dark Triad traits, thus subclinical psychopathy, subclinical narcissism, machiavelianism and sexual behavior of female university students. Based on theoretical findings about relevant features of the system Dark Triad as individually as collectively, we consider their impact on the sexual behavior of women. Research plan itself is based on correlations, to measure Dark Triad traits, a questionnaire SD3 was used and in measurement of female sexual behavior, self-developed questionnaire was utilized. In our research sample (N = 521) Female students from Slovak universities showed multiple strong relationships between the Dark triad traits and sexual behavior and attitudes. Dark triad traits were as expected related mainly to the use of pressure, exploiting short-term sexual strategies, higher impulsivity and greater sexual aggressiveness of participants. Regarding our results we consider differences between the contribution of the individual members of the Dark triad to sexual behavior as a relatively small, although they may be in specific cases clearly evident.

**Keywords:** The Dark Triad, Narcissism, Machiavellianism, Psychopathy, Sexual behaviour.

že tieto tri črty majú spoločné isté základné faktory, medzi ktoré patrí bezcitnosť, egocentrizmus, nízka privetivosť a pokora. V roku 2002 opísali tento koncept v originálnom článku autori Paulhus a Williams (2002), a ako uvádza Cíbková (2013), od tohto času môžeme pozorovať rapídny nárast záujmu o danú koncepciu nielen v psychologických, ale aj laických kruhoch. Dôkazom sú množstvá odborných článkov na erudovaných univerzitných portáloch, ale aj príspevky v populárnych časopisoch s psychologickou tematikou, či dokonca možnosť online testovania sa, ktoré preukáže, či ste majiteľom temných črt.

**Narcizmus** ako porucha osobnosti je dlhodobo v centre záujmu najmä klinickej psychológie a psychológie osobnosti. V poslednom čase sa

najčastejšie meria Narcistickým osobnostným dotazníkom NPI (Raskin & Hall, 1979, podľa: Furnham et al., 2013), ktorý, súc pôvodne založený na kritériách narcistickej poruchy osobnosti v DSM - III - charakterizuje narcizmus najmä pocitom vlastnej dôležitosti až výnimočnosti, interpersonálnym vykorisťovaním iných osôb, exhibicionizmom a subjektívnym nárokovaním si (Furnham et al., 2013).

**Machiavelizmus** ako črta, inšpirovaná talianskym politickým teoretikom šestnásteho storočia Nicolom Machiavellim, označuje osobnosť s cynickým pohľadom na ľudskú existenciu s vysoko lstivým a vypočítavým interpersonálnym štýlom správania (Lee et al., 2013). Prví autori, ktorí sa zaujímali o koncept machiavelizmu a následne ho aj opísali, boli Christie a Geis (1970, podľa: Furnham et al., 2013), ktorí vytvorili aj škálu Mach- IV na meranie osobnostnej črty machiavelizmu. Hodnoty dotazníka boli zložené z taktických a filozofických odporúčaní, ktoré boli vyňaté z Machiaveliho pôvodného textu *Vládár*. Dotazník obsahuje tvrdenia ako: „Väčšina ľudí je v podstate dobrá a láskavá“, alebo „Neexistuje žiadne ospravedlnenie pre klamanie iným.“ Overenie dotazníka na neklinickej populácii viedlo k záveru, že ľudia, ktorí súhlasia s tvrdeniami obsiahnutými v dotazníku, sa podľa nich zvyčajne aj správajú, teda podľa jeho známeho vyjadrenia „Účel svätí prostriedky“. (Furnham et al., 2013).

Osobnostný konštrukt **psychopatie** už v roku 1941 opísal psychiater Cleckley (1988) ako konštrukt vyznačujúci sa grandiozitou, nízkou empatiou, povrchnosťou, parazitujúcim a antisociálnym životným štýlom a taktiež manipulatívnym interpersonálnym štýlom. Cleckley získal svoje poznatky najmä zo štúdia pacientov v zariadení kde pracoval, na základe čoho vytvoril 16 diagnostických kritérií črty psychopatie. Taktiež predpokladal, že jadro psychopatie tvorí práve antisociálne správanie. Psychopatia sa v dnešnej dobe meria najčastejšie 20 položkovou škálou PCL-R, ktorá je revidovanou verziou posudzovacej škály PCL od kanadského psychológa Hare (Hare, 2012). Ako uvádza Cibíková (2013), v súčasnosti existuje viacero koncepcií osobnostnej črty psychopatie, líšiacich sa najmä počtom subfaktorov, v zásade sa však zhodujúci v tom, že psychopatia je dimenziou a nie kategóriou a už spomínaným antisociálnym jadrom.

Je zrejmé, že podobne ako v iných oblastiach života temné osobnostné črty predisponujú ich nositeľov k tomu, že aj v sexuálnom živote sa u nich isté udalosti vyskytnú s vyššou pravdepodobnosťou než u tých, ktorí nimi nedisponujú. Ako preukazujú výskumy, tí, ktorí skórujú vysoko v črtách Dark Triad, sú nevernejší a využívajú klamlivé sexuálne praktiky v rámci ich vzťahu, čo môže prameniť najmä z ich bezcitnej a antisociálnej povahy (Jonason et al., 2010). Necitlivosť sa spája s preferenciou najmä krátkodobých, sexuálne orientovaných partnerských vzťahov, lebo takýchto jedincov nezaujímajú, či svojím správaním ostatným ublížia, alebo nie (Jonason et al., 2013b). Manipulatívne správanie a nepoctivosť

taktiež facilitujú krátkodobý sexuálny styk, najmä pomocou neúprimných záväzkov, predstierania záujmu atď. Každá z črt temnej triády sa pozitívne spája s uskutočnenou neverou, či už v súčasnom, alebo poslednom vzťahu, ktorí jedinci mali (Jones & Weiser, 2014). Osobnostné črty Dark Triad pozitívne korelujú s väčším počtom sexuálnych partnerov v sexuálnej anamnéze, menej obmedzenou sociosexualitou (tendenciou nadväzovať sexuálne vzťahy mimo existujúcich vzťahov a vyššou preferenciou krátkodobých partnerstiev. Z evolučného hľadiska sú krátkodobé vzťahy vhodnejšie a adaptívnejšie u mužov ako u žien (Buss & Schmitt, 1993; podľa Jonason et al., 2009). Pre mužov črty Dark Triad podľa Jonason et al. (2009, p. 13) „reflektujú evolučne stabilné riešenie pre adaptívny problém rozmnožovania sa.“ Pri krátkodobých vzťahoch je dôležitá najmä fyzická atraktivita partnera, a práve jedinci vysoko skórujúci v črtách DT bývajú aj viac fyzicky atraktívni (Holtzman & Strube, 2013). Vzhľadom na rizikové správanie vysoko skórujúcich ľudí v črtách Dark triad, najmä pri psychopatii a narcizme, (Crysel et al., 2013; Jonason et al., 2010) by nebolo prekvapením, kebyže sa takýto druh správania preniesol aj na oblasť vzťahov a sexuálneho správania. Na druhej strane, črta machiavelizmus, ktorá sa spája s opatrnosťou, dlhodobjšou životnou orientáciou, by mohla viesť k odmietaniu krátkodobých záväzkov (Adams et al., 2014).

### Psychopatia

Promiskuita je jednou z definujúcich vlastností psychopatie. Tento vzťah potvrdil výskum nielen na klinickej, ale aj subklinickej úrovni (Cleckley, 1988; Visser et al., 2010). Vysoké skóre v psychopatii sa spája so skorším vekom prvej sexuálnej skúsenosti i s väčším počtom sexuálnych partnerov.

Sexuálne fantázie ľudí vysoko skórujúcich v črte psychopatie sa v kontexte Wilsonovej (1978, in Baughman et al., in press) klasifikácie sexuálnych fantázií spájajú s neosobnými (sex s cudzou osobou, fetišizmus), sadomasochistickými (násilie, bolesť) a prieskumnými (výmena partnerov, promiskuita) témami. Snívajú teda o citovo oddelených sexuálnych stretnutiach, ako aj predstavách, ktoré zahŕňajú utrpenie a bolesť (Baughman et al., in press). Mávajú však častejšie problémy vo vzťahu, viac sa rozchádzajú, sú viac neverní, ale aj sexuálne agresívni (Ali & Chamorro-Premuzic, 2010).

Jones a Olderbak (2014) uvádzajú, že jedinci vysoko skórujúci v psychopatii sú celkovo sexuálne agresívni a aj prejavujú sexuálny nátlak voči partnerovi.

### Narcizmus

Aj keď by ľudia vyššie skórujúci v črte narcizmu preferovali skôr styk na jednu noc a priateľstvo s výhodami, ich reálna skúsenosť býva iná. Adams et al. (2014) uvádzajú ich častejšiu skúsenosť s vážnymi, romantickými vzťahmi a využívanie stratégie „lákania koristi“. Aj keby si teda zjavne jedinci skórujúci vysoko v narcizme priali viac „jednorazových“ sexuálnych



skúseností, práve tie reálne, dlhodobejšie im umožňujú mať dlhodobejšieho sexuálneho partnera a zachovať si aj pootvorené zadné dvierka, ak by prišla vhodnejšia forma vzťahu (Adams et al., 2014).

Zvyknú snívať o intímnych sexuálnych zážitkoch s inými, ktoré podporujú teóriu, že sa chcú cítiť výnimočne, byť obdivovaní a chcú uspokojiť potreby svojho ega (Baughman et al., in press). Taktiež mávajú aj sadomasochistické fantázie (Baughman et al., in press).

Bushman et al. (2003) preukázali, že ak ľudia skórujúci vyššie sú v črte narcizmu sexuálne deprivovaní (bola im sľúbená sexuálna stimulácia, ale nestalo sa), stanú sa fyzicky agresívni voči neochotnému partnerovi. Muži sú náchylnejší využívať sexuálny nátlak, a to najmä vtedy, keď si racionalizujú svoje správanie tak, že to chcela žena, alebo že im to žena dlhuje. Taktiež preukazovali menšiu mieru empatie voči žene, ktorá mohla byť obeťou sexuálnej agresie alebo nátlaku. Sú ochotní využívať presvedčanie alebo iné nátlakové taktiky, aby dosiahli sex so svojím partnerom (Jones & Olderbak, 2014). Ich nárokovanie si ukazuje presvedčenie, že si zaslúžia potešenie, aj sexuálne, a preto sa niektorí narcisti (najmä muži) podľa LeBreton et al., (2013) môžu cítiť oprávnení mať promiskuitné, neosobné sexuálne vzťahy, a ak je to potrebné, tak aj nútiť partnerku k sexuálnej aktivite.

### Machiavelizmus

Machiavelizmus sa podľa výsledkov McHoskeyho (2001) spája najmä manipulatívnymi sexuálnymi postojmi. Je charakteristický promiskuitným a hostilným správaním, sexuálnou zvedavosťou, nadšením, ale aj sexuálnou nervozitou. Zaujímavý však je negatívny vzťah medzi črtou machiavelizmu a sexuálnym ovládaním sa a spokojnosťou, a uprednostnením sexuálnej cenzúry – teda preferenciou spoločensky akceptovaných sexuálnych praktík. Taktiež majú viac sexuálnych partnerov a využívajú klamlivé sexuálne taktiky, aby si získali druhú osobu - ako podvádzanie, predstieranie lásky atď. Následne, ako uvádza McHoskey (2001), ľudia vysoko skórujúci v črte machiavelizmu by boli ochotní prinútiť niekoho k sexuálnej aktivite, teda mávajú sklon k sexuálnemu nátlaku. Avšak výsledky sa líšili, ak sa prihliadalo na pohlavie - napríklad machiavelisti skórovali vyššie v promiskuitnom správaní. Takéto preferencie sa ukázali byť vyššie u mužov ako u žien. Takisto je u mužov výraznejšia aj sexuálna hostilita, vyšší počet predošlých partnerov, podvádzanie a ovplyvňovanie partnera, aby dosiahli sex. U žien to bola vyššia miera predstierania lásky, zaľúbenosti, pocitovanie viny za sexuálne aktivity a masturbácia (McHoskey, 2001). Využívajú rôzne sebecké a klamlivé sexuálne taktiky ako podvádzanie, predstieranie lásky, sexuálne násilie a zvyknú prezrádzať intímne sexuálne tajomstvá iným (Jonason et al., 2009; McHoskey, 2001). Črta sa však negatívne spája so životnou spokojnosťou a vzťahovou intimitou (Ali & Chamorro-Premuzic, 2010).

Črta machiavelizmu sa najčastejšie prejavuje

v súvislosti s ľubostnými štýlmi (Jonason & Kavanagh, 2010) a manipuláciou priateľov (Jonason et al., 2013a). Dá sa aj uvažovať nad možnými prejavmi machiavelizmu len v rámci dlhodobějších stratégií, keďže osoby s vyššou mierou tejto črty sa primárne orientujú na dosahovanie dlhodobých cieľov, a preto sa príliš neprejavujú pri krátkodobých sexuálnych alebo partnerských aktivitách (Baughman et al., in press).

Preštudovaná literatúra nám poskytla významné podnety na výskumný projekt, ktorý sa zameriava na objasnenie vzťahu medzi črtami Dark Triad a ich prejavmi v sexuálnom správaní študentiek slovenských vysokých škôl. Predkladaný výskum je prvý svojho druhu realizovaný na slovenských študentkách, a preto má charakter pilotnej štúdie.

Vzhľadom na opísaný vplyv črt na život ich nositeľa, ale aj jeho okolie predpokladáme, že tieto budú mať vplyv i na prejavy v oblasti intímneho, sexuálneho života, a to najmä v tendenciách k promiskuitnejšiemu správaniu, výskytu nevery alebo využívaniu sexuálneho nátlaku voči partnerovi či využívaní menej obvyklých sexuálnych aktivít. Cieľom našej práce je preskúmať výskyt črt v ženskej populácii a takisto odhaliť súvislosť medzi špecifickým sexuálnym správaním, postojmi a názormi voči sexu a osobnostnými črtami temnej triády.

### Metodológia výskumu

#### Výskumný súbor

Výskumnú vzorku tvorilo 521 participantiek vo vekovom rozmedzí 18 až 33 rokov. Priemerný vek celkového súboru participantiek (N=521) bol 21,57 (SD=1,896; modus 20; medián 21,00). Najčastejšie to boli študentky s humanitným (36,1%), filozofickým (22,1%), pedagogickým (13,6%), ekonomickým (8,6%), lekárskeým (8,1%) a prírodovedným (6,5%) zameraním.

#### Výskumné metódy

Výskum sa realizoval pomocou dotazníka administrovaného cez web a pozostávajúceho z troch častí. Prvú časť tvorili všeobecné demografické otázky, v druhej časti sme sa zamerali na prejavy črt Dark Triad pomocou dotazníka SD3 a tretia časť skúmala prejavy špecifické prejavy participantiek v sexuálnom správaní.

Otázky v prvej časti sa zameriavali na vek, študijný odbor, miesto bydliska a pod.

Dotazník **SD3** (Short Dark Triad) je štandardizovaná, ale najmä skrátenou formou na zisťovanie prejavov temných črt u ľudí vytvorenou Jonesom a Paulhusom (2014). Má 28 položiek, 9 z nich meria črtu narcizmu, 9 meria črtu psychopatie a 10 položiek meria machiavelizmus. Skóruje sa v rámci päťstupňovej Likertovej škále (1- silne nesúhlasím, 5 - silne súhlasím). Tretia časť dotazníka zameriavajúca sa na sexuálne správanie participantiek bola inšpirovaná dotazníkom Eysencka a dotazníkom BSAS (The Brief Sexual Attitudes Scale) od autorov Hendricka et al., (2006). Na vytvorenie vlastného

dotazníka sme sa rozhodli najmä z dôvodu, že sme chceli skúmať konkrétne prejavy črt, ktoré dokladujú aj výskumné pozorovania zahraničných autorov. Snažili sme sa preto vyberať také položky, ktoré čo najviac súhlasili s našim teoretickým poznaním prejavov črt v oblasti sexuálneho správania sa. V tejto časti dotazníku skórovali participantky tiež na päťstupňovej Likertovej škále od 1 = silne nesúhlasím, 5 = silne súhlasím.

### Zber dát

Dáta sme pozbierali pomocou on-line formulára vytvoreného pomocou služby Google začiatkom roku 2014. Pre online formu sme sa rozhodli kvôli vyššej anonymite takéhoto druhu zberu dát, a najmä preto, lebo jedna z inkluzívnych podmienok účasti vo výskume bola, aby participantky mali skúsenosť so sexuálnym stykom. Z etických dôvodov by zisťovať takéto údaje pomocou face-to-face distribúcie dotazníkov nebolo možné. Dotazník bol rozosielený na e-mailové adresy rôznych katedier a ročníkov, taktiež bol dostupný na facebookových stránkach viacerých slovenských vysokých škôl. Dotazník sme nastavili tak, aby v prvej časti (demografické otázky) a druhej časti dotazníka (SD3) museli participantky odpovedať na každú otázku. V tretej časti dotazníka, zameriavajúceho sa na sexuálne správanie, sme požiadavku vyplnenia všetkých otázok nenastavili, keďže sme si boli vedomí citlivosti otázok.

V informovanom súhlase boli participantky oboznámené s cieľom a výskumným zámerom predkladaného výskumu, takisto boli ubezpečené o úplnej anonymite ich odpovedí. Účasť bola dobrovoľná a respondentky boli oboznámené s tým, že výsledky sa budú spracovávať v rámci celého výskumného súboru, nie jednotlivo.

### Výsledky

Medzi jednotlivými škálami sa nám podľa očakávania preukázali štatisticky významné pozitívne korelácie medzi črtami vo všetkých prípadoch. Najsilnejší pozitívny vzťah sa preukázal medzi machiavelizmom a psychopatiou ( $r = 0,596$ ), slabšia pozitívna korelácia medzi psychopatiou a narcizmom ( $r = 0,319$ ) a machiavelizmom a narcizmom ( $r = 0,274$ ). Zistené vzťahy osobnostných črt temnej triády k premenným týkajúcim sa sexuálneho správania sú zobrazené v tabuľke č. 1.

**Tabuľka 1:** Korelačné vzťahy osobnostných črt temnej triády a rôznych foriem sexuálneho správania, postojov a názorov u študentiek vysokých škôl ( $N = 521$ )

Položka		M <sup>1</sup>	N <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>
Vek prvého pohlavného styku.	r (Spearman)		-,116**	
Počet sexuálnych partnerov.	r (Spearman)	,146**	,199**	,170**
Do styku ma partner musí nútiť.	r (Spearman)			,097*
Prijala by som pozvanie na skupinové orgie.	r (Spearman)	,106*	,184**	,144**

Niekedy mám chuť byť nepriateľská voči svojmu partnerovi.	r (Spearman)	,241**	,099*	,308**
Chcela by som mať sex s viacerými partnermi.	r (Spearman)	,091*	,167**	,181**
Sex bez lásky je pre mňa vysoko neuspokojivý.	r (Spearman)	-,126**	-,171**	-,158**
Muži by mohli byť niekedy sexuálne agresívnejší.	r (Spearman)	,236**	,213**	,293**
Zvyknem iniciovať sexuálny styk s partnerom.	r (Spearman)		,168**	,098*
Nedokážem myslieť na nič iné len na uspokojenie mojich túžob.	r (Spearman)	,162**	,190**	,175**
Nemúsím byť niekomu oddaná, aby som s ním mala sex.	r (Spearman)	,114**	,139**	,144**
Sex je veľmi dôležitou súčasťou života.	r (Spearman)		,153**	,125**
Niekedy by som chcela ponížiť svojho sexuálneho partnera.	r (Spearman)	,190**	,097*	,277**
Musím rešpektovať a milovať muža na to, aby som s ním mala pomer.	r (Spearman)	-,131**	-,126**	-,162**
Mala som už viac ako jeden ľubostný pomer v tom istom období.	r (Spearman)	,178**	,242**	,255**
Pred pohlavným stykom zvyknem užiť alkohol alebo drogy.	r (Spearman)	,099*		,182**
Necítim sa príjemne, keď mám hovoriť o sexe.	r (Spearman)		-,281**	
Niekedy ma trápia moje zvrátené, sexuálne myšlienky.	r (Spearman)	,218**	,133**	,217**
Sex je predovšetkým fyzickou záležitosťou.	r (Spearman)	,199**		,146**
Myslím si, že som sexuálne neatraktívna.	r (Spearman)		-,372**	,090*
Moje sexuálne správanie mi nikdy nespôsobilo problémy.	r (Spearman)			-,155**
Často ma vzrušujú ľudia rovnakého pohlavia.	r (Spearman)		,124**	,136**
Nadviazanie sexuálneho kontaktu mi nikdy nerobilo problém.	r (Spearman)	,096*	,305**	,117**
Hlavným účelom sexu je užívanie si seba samého.	r (Spearman)	,209**	,195**	,196**
Príležitostný sex je prijateľný.	r (Spearman)	,096*	,178**	,146**
Cítim sa prevínilo za svoje sexuálne skúsenosti.	r (Spearman)	,089*		,121**
Pozerala by som sa na milujúci pár.	r (Spearman)	,124**	,207**	,170**
Ak niekoho milujem, môžem s ním robiť čokoľvek.	r (Spearman)	,241**	,115**	,163**
Najlepší sex je bez záväzkov.	r (Spearman)	,200**	,188**	,266**
Rada by som skúsila aj iné ako „tradičné“ sexuálne praktiky.	r (Spearman)		,187**	,140**
Myslím si, že som fyzicky atraktívna.	r (Spearman)		,435**	

<sup>1</sup>M = machiavelizmus, N = narcizmus, P = psychopatia

Pozn: zobrazené sú len štatisticky významné vzťahy

\* korelácia je významná na úrovni  $p = 0,05$

\*\* korelácia je významná na úrovni  $p = 0,01$

Položky bez zistených vzťahov voči temnej triáde osobnostných črt:

Ochrana nie je pri pohlavnom styku vždy dôležitá.

Sú isté veci, ktoré by som nikdy nechcela s nikým robiť.

Ako je z výsledkov zrejmé, osobnostné črty narcizmus, machiavelizmus a psychopatia súvisia s väčšinou skúmaných parametrov sexuálneho správania, postojov a preferencií. Najsilnejším zaznamenaným vzťahom je vzťah narcizmu k hodnoteniu vlastnej osoby ako fyzicky atraktívnej. Symptomatické je, že tento vzťah platí spomedzi črt temnej triády výlučne pre narcizmus. Obdobne, druhým najsilnejším zaznamenaným vzťahom je negatívny vzťah narcizmu a vnímaniu vlastnej sexuálnej neatraktívnosti. Za zmienku stojí, že z 33 skúmaných premenných len dve nevykazujú žiadne štatisticky významné vzťahy voči osobnostným črtám temnej triády. Naopak, v prípade 18 položiek bol zistený vzťah k všetkým trom osobnostným premenným, hoci v niektorých prípadoch bola jeho intenzita rôzna. Napríklad presvedčenie „Muži by mohli byť niekedy sexuálne agresívnejší“ súvisí pomerne silne pozitívne so všetkými tromi temnými črtami, rovnako s nimi súvisí aj skúsenosť so sexom s viac ako jednou osobou ( $r = 0,132$  až  $0,184$ ;  $p = 0,003$  a menej), kým v prípade občasnej chuti byť voči svojmu partnerovi nepriateľská súvisí súhlas s touto vetou najviac s psychopatiou, o niečo menej s machiavelizmom a zreteľne najmenej s narcizmom. Oproti tomu stupeň súhlasu s položkou „Nadviazanie sexuálneho kontaktu s partnerom“ mi nikdy nerobilo problém, súvisí najviac s narcizmom, výrazne menej s psychopatiou a machiavelizmom. Uvedené výsledky podľa nášho názoru korešpondujú s charakterom vzájomných vzťahov medzi jednotlivými črtami temnej triády, kde sa predpokladá významný spoločný základ, ale aj istá špecifickosť každého z faktorov.

Ak sa na výsledky pozrieme cez jednotlivé skúmané osobnostné črty, môžeme konštatovať že:

- Machiavelizmus u našich respondentiek najviac súvisí s vyššou potrebou agresivity zo strany mužov, s vlastnou chuťou byť voči partnerovi nepriateľská a s presvedčením, že „ak niekoho milujem, môžem s ním robiť, čo chcem“, čiastočne aj trápením sa vlastnými zvrátenými sexuálnymi myšlienkami a súhlasom s tým, že hlavným účelom sexu je užívanie si seba samého. V prípade machiavelizmu nachádzame štatisticky významné vzťahy voči sexuálnemu správaniu, postojom a preferenciám o niečo menej často a v menšej intenzite, ako je tomu v prípade ostatných dvoch členov temnej triády.

- Narcizmus, popri už zmieňovanej súvislosti so sebahodnotením vlastnej atraktivity a sexuálnej príťažlivosti, ktoré korešpondujú s jeho podstatou, najtesnejšie súvisí s ľahkosťou kontaktovania sa a nadviazovania sexuálnych vzťahov, neutlmenou komunikáciou o sexuálnych otázkach, častejšími paralelne prebiehajúcim ľúbostnými pomermi,

v neposlednom rade i s explicitnejšie vyjadrenými voveurskými túžbami („pozerala by som sa na milujúci pár“). V rovine konkrétneho sexuálneho správania s narcizmom pozitívne súvisí aj využívanie obrátenej polohy ( $r = 0,123$ ;  $p = 0,005$ ) i používanie erotických pomôcok ( $r = 0,175$ ;  $p = 0,000$ ).

- Psychopatia je črta, ktorá súvisí s najväčším množstvom položiek. Ako najsilnejší sa javí súvis k občasnej chuti byť voči svojmu priateľovi nepriateľská, vyžadovaniu väčšej sexuálnej agresivity mužov, túžbe ponížiť svojho sexuálneho partnera, priaznivejšiemu hodnoteniu sexu bez záväzkov a súčasnému udržiavaniu viac ako jedného ľúbostného vzťahu v rovnakom období. Psychopatia taktiež mierne pozitívne súvisí s využívaním análneho sexu ( $p = 0,102$ ;  $r = 0,020$ ).

### Diskusia

Základným cieľom nášho výskumu bolo preukázať jednotnosť a odlišnosť črt temnej triády v špecifických sexuálnych prejavoch. Vzhľadom na rýchly životný štýl/históriu črt Dark Triad, ktorá sa spája s užívaním rôznych návykových látok, zvýšenou impulzívnosťou, celkovo slabou sebakontrolou, vyššou promiskuitou (Crysel et al., 2013; Jonason & Tost, 2010; McDonald et al., 2012), sme predpokladali, že takéto formy správania sa preukážu v rámci celého komponentu temnej triády. Naše výsledky tento predpoklad potvrdili.

Následne sme sa zamerali aj na sexuálne nátlakové formy správania, ktoré sme skúmali pomocou piatich položiek v dotazníku, a zistili sme, že všetky črty temnej triády preukázali vzájomnú signifikantnú koreláciu s vybranými postojmi. Najsilnejšiu koreláciu voči položkám z tejto oblasti preukázala črta psychopatie v postoji „Niekedy mám chuť byť nepriateľská voči svojmu partnerovi“ ( $r = 0,308$ ,  $p = 0,000$ ) a „Muži by mohli byť niekedy sexuálne agresívnejší“ ( $r = 0,293$ ,  $p = 0,000$ ). Aj naše výsledky teda preukazujú manipulatívne a hostilné (McHoskey, 2001) tendencie žien vysoko skórujúcich v črte machiavelizmu, nátlakové a presvedčacie stratégie (Bushman et al., 2003; Jones & Olderbak, 2014) žien vyššie skórujúcich v črte narcizmu a sexuálne agresívne tendencie (Ali & Chamorro-Premuzic, 2010; Jones & Olderbak, 2014) súvisiace s psychopatiou. Za zaujímavé však považujeme zistenie, že ženy, vysoko skórujúce v črte psychopatie bývajú agresívne, nepriateľské voči svojmu partnerovi, ale taktiež by chceli, aby aj ich partner bol agresívnejší. Vysvetlenie by sme mohli hľadať v ich impulzívnom a rizikovitom správaní sa, ktoré vyžaduje dynamické a dramatické prostredie na vybitie tohto správania (Jonason et al., 2011). Zjednodušene povedané, potrebujú prostredie, partnera, ktorý by podporoval ich správanie.

Prijateľnosť príležitostného styku a vnímanie najlepšieho sexu ako toho bez záväzkov u študentiek vysokých škôl, pozitívne korelovala naprieč všetkými črtami Dark Triad. Výsledky sú v súlade s inými výskumami, ktoré hovoria o preferencii krátkodobých,

príležitostných vzťahov u ľudí vysoko skórujúcich v črtách Dark Triad. Možno prekvapivo sa postoje týkajúce sa bezzáväzkového vzťahu prejavili pozitívne aj u črty machiavelizmu. Viacerí autori, napríklad Baughman et al. (in press), uvádzajú, že črta sa neprejavuje pri krátkodobých sexuálnych alebo partnerských aktivitách, pretože machiavelisti sa orientujú skôr na dlhodobé ciele.

Čo sa týka jednotlivých prejavov črt, medzi najzaujímavejšie zistenia zaraďujeme štatisticky nevýznamný vzťah medzi vysokým skóre v črte machiavelizmu a položkou „Sex je veľmi dôležitou súčasťou života“. Ako však uvádza McHoskey (2001), práve pocitovanie viny za sexuálne aktivity je typické pre ženy vysoko skórujúce v črte machiavelizmu, takisto sa vyznačujú aj zvýšenou nervozitou v súvislosti so sexuálnymi aktivitami a malou sexuálnou spokojnosťou. Nami zistené výsledky sú teda v zhode so zisteniami McHoskeyho (2001) a následne sa môžeme zamyslieť nad možnou neistotou ľudí vyššie skórujúcich v črte machiavelizmu v intímnej oblasti. Tvrdenie podporuje aj štatisticky významný pozitívny vzťah medzi položkou „Cítim sa previnilo za svoje sexuálne skúsenosti“ a črtou machiavelizmu aj psychopatie. Položka „Moje sexuálne správanie mi nikdy nespôsobilo problém“ negatívne korelovalo len s črtou psychopatie ( $r = -0,155$ ,  $p = 0,000$ ) a takisto položka „Do styku ma partner musí nútiť“ ( $r = 0,97$ ,  $p = 0,028$ ). Sexuálne správanie teda častejšie spôsobuje problémy ženám vysoko skórujúcim v črte psychopatie. Na základe vlastných aj iných výsledkov odhadujeme, že môže ísť o vzťahové problémy súvisiace najmä s (vlastnou) neverou alebo o problémy súvisiace s vlastnou vyššou sexuálnou agresivitou a hostilitou (Ali & Chamorro-Premuzic, 2010), alebo tým, že prejavujú väčšie promiskuitné správanie (Visser et al., 2010).

#### Limity výskumu

Medzi najdôležitejší limity, ktorých sme si vedomí v našom výskume, patrí najmä spôsob merania prejavov temnej triády. Seba posudzujúce škály často skresľujú reálne prejavy črt u ľudí, najmä preto, že u respondentov často vyvolávajú tendenciu odpovedať sociálne žiaduco. Tento fakt vyzdvihujú aj Jonason et al. (2012) ktorí naň upozorňujú pri všetkých využívaných sebahodnotiacich nástrojoch. Aj keď sme sa participantky snažili ubezpečiť o úplnej anonymite, skreslené a žiaduce odpovede nie je možné odlíšiť od iných.

Skreslenie výskumných zistení mohlo byť spôsobené aj témou práce, teda sexuálnym správaním. Sme si vedomí, že na výskum s tematikou sexuálneho správania môže odpovedať len istá časť populácie (študentky extrovertnejšie, liberálnejšie, s viacerými sexuálnymi skúsenosťami atď.); „samovýber“ je pri podobnom type výskumov často diskutovaný metodologický problém.

Často spomínanou limitou, ktorú opisujú viacerí autori (Jonason et al., 2012), je využívanie

študentov vysokých škôl pri overovaní konceptu temnej triády. Väčšina výskumov využíva najčastejšie prvákov univerzity, kde pôsobia výskumníci. Naviac ide najmä o výskumy na americkej alebo západoeurópskej populácii, ktoré sa nedajú zovšeobecniť na celú populáciu. Autori upozorňujú na odlišnosť osobnostnej vyspelosti u študentov vysokých škôl a dospelých jedincov. Podobnému skresleniu sme sa nevyhli ani v našom výskume. Sme si vedomí, že sexuálne správanie študentiek na vysokej škole je odlišné od zvyšnej populácie, a preto sa výsledky nedajú jednoznačne zovšeobecniť na celú populáciu žien.

#### Záver

Množstvo publikovaných výskumov, nielen na klinickej, ale aj subklinikkej populácii, zaoberajúcimi sa črtami temnej triády dokázalo vysvetliť ich konkrétne prejavy vo viacerých oblastiach života. Nás zaujal najmä ich, vo viacerých oblastiach jednotný, spôsob sexuálneho správania sa. Viacerými výskumami potvrdzované vzťahy sú najmä medzi jednotlivými črtami na jednej strane a promiskuitným správaním, neverou, ovplyvňovaním a hostilným správaním voči ich sexuálnemu partnerovi na strane druhej. Práve z toho dôvodu sme sa rozhodli preskúmať vplyv črt na oblasť intímneho života ich nositeľov.

Vo výskume sme sa zamerali hlavne na ženskú populáciu, najmä preto, že veľa výskumov preukázalo rozdiely medzi mužmi a ženami nielen vo výskyte črt temnej triády, ale aj v ich vplyvoch na intímny život. Zámerom práce bolo nielen odhaliť vzájomné korelácie črt u ženskej populácie, ale aj preskúmať jednotnosť alebo rozdielnosť prejavov črt v špecifických sexuálnych oblastiach. Výsledky korelačných vzťahov medzi črtami a sexuálnymi postojmi nám preukázali, že hoci sa v niektorých špecifických prípadoch korelácie medzi jednotlivými črtami Dark Triad a sexuálnym správaním líšia, v prevažujúcom množstve prípadov tieto s prejavmi sexuálneho správania súvisia veľmi podobným, ak nie priamo rovnakým spôsobom. To zodpovedá pôvodnej koncepcii osobnostných črt Dark Triad ako trojice navzájom silne previazaných vlastností, z ktorých každá si však čiastočne uchováva aj špecifické prejavy. Naš výskum naznačuje, že tomu je tak aj v sexuálnej oblasti.

#### Literatúra

- Adams, H. M., Luevano, V. X., & Jonason, P. K. (2014). Risky business: Willingness to be caught in an extra-pair relationship, relationship experience, and the Dark Triad. *Personality and Individual Differences* (2014). doi:10.1016/j.paid.2014.01.008
- Ali, F., & Chamorro-Premuzic, T. (2010). The dark side of love and life satisfaction: Associations with intimate relationships, psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 228–233. doi:10.1016/j.paid.2009.10.016



- Baughman, H. M., Jonason, P. K., Veselka, L., & Vernon, P. A. (in press). Four shades of sexual fantasies linked to the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*. doi:10.1016/j.paid.2014.01.034
- Bushman, B. J., Bonacci, A. M., van Dijk, M., & Baumeister, R. F. (2003). Narcissism, sexual refusal, and aggression: testing a narcissistic reactance model of sexual coercion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1027–1040. Cit z: <http://europepmc.org/abstract/MED/12757146>
- Cíbková, M. (2013). *Osobnostné črty „Dark triad“ (narcizmus, machiavelizmus, psychopatia) v kontexte pracovných a životných udalostí* (Unpublished master's thesis). Comenius University in Bratislava, Bratislava, Slovakia.
- Cleckley, H. (1988). *The Mask of Sanity*. V *The Mask of Sanity*. St. Louis, MO: Mosby. Cit z [http://www.quantumfuture.net/store/sanity\\_1.Pdf](http://www.quantumfuture.net/store/sanity_1.Pdf)
- Crysel, L. C., Crosier, B. S., & Webster, G. D. (2013). The Dark Triad and risk behavior. *Personality and Individual Differences*, 54(1), 35–40. doi:10.1016/j.paid.2012.07.029
- Furnham, A., Richards, S. C., & Paulhus, D. L. (2013). The Dark Triad of Personality: A 10 Year Review. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(3), 199–216. doi:10.1111/spc3.12018
- Hare, R. (2012, December 10). This Charming Psychopath. *Psychology Today*. Dostupné na: <http://www.psychologytoday.com>
- Hendrick, C., Hendrick, S. S., & Reich, D. A. (2006) The brief sexual attitudes scale, *Journal of Sex Research*, 43:1, 76-86, DOI: 10.1080/00224490609552301
- Holtzman, N. S., & Strube, M. J. (2013). People With Dark Personalities Tend to Create a Physically Attractive Veneer. *Social Psychological and Personality Science*, 4(4), 461–467. doi:10.1177/1948550612461284
- Jonason, P. K., & Kavanagh, P. (2010). The dark side of love: Love styles and the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 606–610. doi:10.1016/j.paid.2010.05.030
- Jonason, P. K., Li, N. P., & Buss, D. M. (2010). The costs and benefits of the Dark Triad: Implications for mate poaching and mate retention tactics. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 373–378. doi:10.1016/j.paid.2009.11.003
- Jonason, P. K., Li, N. P., & Czarna, A. Z. (2013a). Quick and dirty: Some psychosocial costs associated with the Dark Triad in three countries. *Evolutionary Psychology*, 11 (1), 172–185. doi:<http://peterjonason.com/uploads/EP11172185.pdf>
- Jonason, P. K., Li, N. P., Webster, G. D., & Schmitt, D. P. (2009). The dark triad: Facilitating a short-term mating strategy in men. *European Journal of Personality*, 23(1), 5–18. doi:10.1002/per.698
- Jonason, P. K., Lyons, M., Bethell, E. J., & Ross, R. (2013b). Different routes to limited empathy in the sexes: Examining the links between the Dark Triad and empathy. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 572–576. doi:10.1016/j.paid.2012.11.009
- Jonason, P. K., & Tost, J. (2010). I just cannot control myself: The Dark Triad and self-control. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 611–615. doi:10.1016/j.paid.2010.05.031
- Jonason, P. K., Valentine, K. A., Li, N. P., & Harbeson, C. L. (2011). Mate-selection and the Dark Triad: Facilitating a short-term mating strategy and creating a volatile environment. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 759–763. doi:10.1016/j.paid.2011.06.025
- Jonason, P. K., Webster, G. D., Schmitt, D. P., Li, N. P., & Crysel, L. (2012). The antihero in popular culture: Life history theory and the dark triad personality traits. *Review of General Psychology*, 16(2), 192–199. Citované z: [http://www.peterjonason.com/uploads/Jonason\\_Webster\\_Schmitt\\_Li\\_\\_\\_Crysel\\_\\_2012\\_\\_RGP.pdf](http://www.peterjonason.com/uploads/Jonason_Webster_Schmitt_Li___Crysel__2012__RGP.pdf)
- Jones, D. N., & Olderbak, S. G. (2014). The Associations Among Dark Personalities and Sexual Tactics Across Different Scenarios. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(6), 1050–1070. doi:10.1177/0886260513506053
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the Short Dark Triad (SD3) A Brief Measure of Dark Personality Traits. *Assessment*, 21(1), 28–41. doi:10.1177/1073191113514105
- Jones, D. N., & Weiser, D. A. (2014). Differential infidelity patterns among the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 57, 20–24. doi:10.1016/j.paid.2013.09.007
- LeBreton, J. M., Baysinger, M. A., Abbey, A., & Jacques-Tiura, A. J. (2013). The relative importance of psychopathy-related traits in predicting impersonal sex and hostile masculinity. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 817–822. doi:10.1016/j.paid.2013.07.009
- Lee, K., Ashton, M. C., Wiltshire, J., Bourdage, J. S., Visser, B. A., & Gallucci, A. (2013). Sex, Power, and Money: Prediction from the Dark Triad and Honesty–Humility. *European Journal of Personality*, 27(2), 169–184. doi:10.1002/per.1860
- McDonald, M. M., Donnellan, M. B., & Navarrete, C. D. (2012). A life history approach to understanding the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 601–605. doi:10.1016/j.paid.2011.12.003
- McHoskey, J. W. (2001). Machiavellianism and sexuality: on the moderating role of biological sex. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 779–789. doi:10.1016/S0191-8869(00)00180-X
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556–563. doi:10.1016/S0092-6566(02)00505-6
- Visser, B. A., Pozzebon, J. A., Bogaert, A. F., & Ashton, M. C. (2010). Psychopathy, sexual behavior, and esteem: It's different for girls. *Personality and Individual Differences*, 48(7), 833–838. doi:10.1016/j.paid.2010.02.008

Kontaktná adresa:  
martin.jakubek@gmail.com

(pokračovanie zo strany 22)

- dostatočne dlho pôsobiaca,  
 - bez ovplyvnenia jedlom, alkoholom,  
 - akceptovaná partnerkou a nie príliš drahá,  
 - z hľadiska prevencie sú dôležité: úprava životosprávy, redukcia hmotnosti, duševne zdravý život, dostatok pohybu, zmena medikamentózneho liečby, stabilizácia základného ochorenia, nerve sparing surgery pri operácii a aktívna spoluúčasť partnera.

### 3. Rytmy lásky a kardiovaskulárne ochorenia. MUDr. Ľuboš Urban, NÚSCH, Bratislava

V úvode autor poukazuje na terminologické problémy pri jednoduchom preklade anglickej mutácie **sexual intercourse**, ktorá sa celkom nezhoduje s pojmom sexuálny styk. Autor poukazuje na matematický model prevencie KV príhodou sexuálnou aktivitou s využitím **prepočtu aeróbnej fyzickej aktivity vyjadrenej v MET-och**. Dynamická aeróbná aktivita (napr. sex) viac ako 6 MET počas minimálne 20 minút, 3 dni v týždni sa rovná 180 MET. min. Na udržanie zdravia potrebujeme pritom týždenne 500 MET. min. **Na to, aby sme to dosiahli, by sme museli mať sex styk aspoň 2x denne každý deň v týždni.** Sex ako pohybovú aktivitu hodnotí z pohľadu hemodynamiky, funkčnej rezervy pacienta s KVS ochorením, ako aj možných emergencií, napr. pri výraznom vekovom rozdiel partnerov, postkoitálnej bolesti hlavy. **Hlavným rizikovým faktorom NKS je v 75% mimomanželský pohlavný styk**, ako dôvod uvádza viac MET ako pri manželskom styku, ev. stimuláciu sympatiku? Z hľadiska biorytmu je rozpor **medzi optimálnym časom na bezpečný sex. styk** – letná nedeľa medzi 02 - 05 hod. oproti skutočným údajom najčastejšie realizovaného styku z dotazníkových štúdií. V Am j. Kardiol. r. 2000 bola publikovaná štúdia porovnávajúca komunitu katolíckych kňazov s framinghamskou populáciou s korekciou na ostatné rizikové faktory, so záverom zvýšenej KV mortality kňazov v celibáte, čo dokazuje **možný protektívny účinok sexu na zdravie mužov. Sexuálna frigidita žien je riziková pre skorší vývoj IM.** Autor hodnotí aj psychologické aspekty sexuálnej aktivity u pacienta s KV ochorením. Autor hodnotí rolu sexuálneho poradenstva v kardiologických ambulanciách. Menej ako 8% lekárov a menej ako 4% lekároch žien pravidelne diskutuje so svojimi pacientmi o sexuálnej tematike. Komplexne rieši vzťahy medzi KV ochorením a ED + syndrómom LOH. Na prehľadných grafoch porovnáva hladinu TST ku KV mortalite. Nemenej objasnenou témou je **sexuálna dysfunkcia žien s ICHS** (pozri aj predchádzajúce prednášky - zdôrazňuje **príznaky ED ako prvého markera závažného KVS ochorenia**). Autor upozorňuje na súvislosti **vekovo podmienených rizikových faktorov** vo vzťahu ku **kardiovaskulárnemu ochoreniu**, kaskáde zápalových mediátorov v interakcii s dysfunkciou endotelu, výsledkom čoho sú zmeny v cievnom riečisku penilných aj koronárnych artérií. Prezентuje súvisiace práce porovnávajúce časový interval medzi **objavením sa ED a prvými príznakmi postihnutia koronárneho riečiska.**

Kardiológovia vnímajú efekt KV liekov na sexuálnu funkciu, po vzájomnej komunikácii a preferenciách pacienta je možné „ušetriť“ liečbu na mieru. Posledné klinické štúdie dokázali **protektívny účinok sexu na vývoj ED**. PDE5-i sú indikované na liečbu ED u pacientov so stabilizovaným kardiovaskulárnym ochorením (stupeň dôkazu A).

**Užívanie PDE5-I spolu s donormi NO je kontraindikované pre závažnú vazodilatáciu vedúce až k malígnej hypotenzii.** Bezpečnostný profil tadalafilu z pohľadu KV rizika bol skúmaný na veľkých súboroch pacientov, nežiaduce efekty boli zanedbateľné aj z pohľadu arytmiických udalostí pri liečbe (napr. 0,000248% arytmia, 0,000186% extrasystólia). Iba 0,0003% pacientov ukončilo liečbu tadalafilom pre KV udalosti. Takisto sa dokázalo, že tadalafil je **bezpečný z hľadiska rizika proarytmie**. Tadalafil v porovnaní so sildenafilom a vardenafilom má najpriaznivejší arytmiický profil.

Novými horizontmi v terapii sexuálnej dysfunkcie sa ukazuje **sakrálna neuromodulácia a spinálna stimulácia**. Vyžaduje to však už miniinvazívny prístup a zatiaľ pomerne vysoké náklady. Tieto prístupy sa úspešne, aj keď zatiaľ limitovane, využívajú aj v urológii pri terapii mikčných ťažkostí.

**Take home messages:**

- **manželský sex je bezpečnejší,**
- **treba sa vyvarovať celibátu,**
- **dostatočné množstvo orgazmov/mesiac predchádza KV ochoreniam,**
- **predchádzanie KV ochoreniam – sex minimálne 2x denne,**
- **ED – varovný príznak ICHS.**

### 4. Erektálna dysfunkcia - diabetická komplikácia, ktorá „nestojí za to“. MUDr. Peter Jackuliak, UNBA, Ružinov, V. interná klinika

Autor referuje o ochorení Diabetes mellitus ako o celosvetovo rastúcom probléme -- v roku **2013 postihuje DM asi 382 miliónov** pacientov. S DM, do roku **2035** má toto číslo narásť na **592 miliónov**, t. j. = **nárast o +55%**. Počet pacientov rapídne rastie aj na Slovensku. **Včasná kontrola DM oddiali vznik makro- aj mikrovaskulárnych komplikácií, a to relatívne riziko mikrovaskulárnych komplikácií zníži o 24%, relatívne riziko IM zníži o 15%, relatívne riziko celkovej mortality zníži o 13%**. Napriek uvedeným rizikám 2/3 pacientov nedosahujú dobrú metabolickú kontrolu. Viac ako 52% mužov vo veku 40 - 70 rokov trpí ED, celkovo sa odhaduje 30 miliónov, počet má narásť až na 300 miliónov. V USA je za príčinou ED v 30% DM, v 40% ochorenie ciev. **Etiológia ED je kombináciou organických a psychogénnych faktorov**, ktoré sa vzájomne prelínajú. Sexuálne aktivity (pohlavný styk, masturbácia atď.) vekom klesajú, napr. v skupine 50 - 59-r. ide o 92% mužov oproti 70 - 79-r., kedy sa týmto aktivitám venuje už len 65% mužov. Z pohľadu koincidencie hypogonadizmu u mužov s ED si treba uvedomiť, že nie všetci muži so zníženou hladinou testosterónu majú symptómy vyžadujúce

liečbu. **Až 30% mužov infikovaných HIV a 50% mužov s AIDS má nízku hladinu TST.** 74% mužov, ktorí užívajú perorálne opioidy pre chronickú bolesť, má nízku hladinu TST. **Nízka hladina TST** je veľmi častá u pacientov s chronickými stavmi, ako je obezita (52%), DM (50%), HT (42%) a hyperlipidémia (40%). Vyššie uvedené stavy sa často súčasne vyskytujú ako tzv. metabolický syndróm. Obezita aj DM môže mať cez kaskádu metabolických a spätných endokrínologických väzieb vplyv aj na infertility muža. **ED súvisí s úrovňou kompenzácie a dĺžkou trvania zlej kompenzácie DM. Zlatým štandardom v liečbe ED sú inhibítory fosfodiesteráz 5 typu.** Rozdiely sú zjavné, najmä v dĺžke účinku (tadalafil najdlhšie účinkujúci viac ako 36 hodín s možnosťou jedenia mastných jedál a užitia malého množstva alkoholu). Vedľajšie účinky inhibítorov fosfodiesteráz 5 typu sú vcelku zanedbateľné a pomerne skoro ustúpia. Dôležitá je hlavne účinnosť pri SEP1 86 - 89%, pri SEP2 73 - 74%. Významná je motivácia a edukácia pacienta. Výskumy v r. 2005 ukázali, že lekár, ev. špecializovaná zdravotná sestra komunikuje s pacientom na tému sexuality v hospitalizačnej sfére v 30% a v ambulanciách praktického lekára v 24% vykonaných vyšetrení. ED u diabetikov narastá s vekom, trvaním DM a zhoršovaní glykemickú kontrolu, postihne diabetikov v **mladšom veku**. Diabetici trpia **závažnejšími formami** erektilnej dysfunkcie; erektilná dysfunkcia spolu s DM **výraznejšie zhoršuje kvalitu života** pacientov, diabetici **horšie reagujú na terapiu** erektilnej dysfunkcie. Podľa kanadských diabetologických odporúčaní z r. 2013 treba skríňovať všetkých mužov s DM pre možné ED komplikácie. Ak sú prítomné, treba ďalej skríňovať hypogonadizmus. Ak je hladina TST v norme, indikovaná je liečba PDE5-I, ak je hladina nízka, je indikovaná liečba PDE5-I po doplnení TST. Prídavné benefity diagnostiky ED sú včasný záchyt pacientov s periférnym artériovým ochorením, Identifikácia pacientov s ischemickou chorobou srdca. ED sa u muža prejaví v priemere o 38 mesiacov skôr než stenokardia, ED je nezávislý rizikový faktor KV ochorení: **záchyt pacientov s diabetes mellitus (v 20% je ED prvá manifestácia DM)**, detekcia rizikových pacientov s dyslipoproteinémiou a **s cieľom** odhaliť prítomnosť hypogonadizmu.

#### Take home messages:

- ED môže byť prvý príznak DM,
- diabetik má 2 - 5x vyššie riziko vzniku ED oproti mužovi, ktorý DM nemá,
- u diabetikov môže ED vzniknúť 10 - 15 rokov skôr než u mužov bez DM,
- viac ako 50% diabetikov trpí po 10 rokoch trvania DM erektilnou dysfunkciou,
- 50% až 60% všetkých diabetikov starších ako 50 rokov má problém s ED,
- 50% až 75% všetkých mužov s DM majú v priebehu života skúsenosť s rôzne závažnou formou ED,
- už 9% diabetikov vo veku 20 - 29 rokov môžu mať „skúsenosť“ s ED, ale až 95% diabetikov starších než 70 rokov má „skúsenosť“ s ED.

#### 5. Ako zvoliť vhodnú liečbu pre pacienta s erektilnou dysfunkciou a LUTS/BPH. MUDr. Ivan Kubiš, andrologická ambulancia, Banská Bystrica

Autor cituje výsledky MMAS štúdie : 52% mužov od 40 rokov trpí určitým stupňom ED. Ešte dôležitejšie možno je, že sa **nedostatočne diagnostikuje** a lieči: len 10% mužov s ED vyhľadalo lekára, resp. už má skúsenosti s liečbou. **Pacienti sa na lekára alebo lekárnik obrátia v priemere až po cca 26. mesiacoch trvania príznakov ED.** 85% postihnutých žiada **inhibítora PDE5**, ostatní vyhľadávajú **fytopreparáty, doplnky stravy alebo vitamíny**. 60% pacientov s erektilnou dysfunkciou sa o svojom probléme ide **najprv poradiť do lekárne**.

Čo môžu skutočne obsahovať potravinové doplnky na zlepšenie erekcie? Mnohé neobsahujú žiadne reálne účinné látky (**čistý placebo efekt**), Niektoré obsahujú látky, ktoré by mohli byť **potenciálne účinné** (ale väčšinou v úplne nedostatočnom množstve a ich účinok klinické štúdie nepreukázali). Vyskytli sa prípady, že potravinový doplnok obsahoval **nedeklarovaný inhibítora PDE5** (porušenie zákona, vysoké potenciálne riziko pre pacienta).

**Porucha erekcie** môže byť **prvým príznakom doposiaľ skrytého závažného ochorenia** (cukrovka, vysoký krvný tlak, ischemická choroba srdca, rakovina prostaty...). Moderná medicína má účinné prostriedky na liečbu poruchy erekcie.

Výskyt ED môže byť dôsledkom **užívania niektorých liekov**, prípadne ich kombinácií. Možnosti liečby sa menili v čase od obnovenia erektilnej funkcie až po život ako pred poruchou erekcie s možnosťou **nástupu erekcie kedykoľvek v priebehu 24 hod s kompletnou obnovou normálneho sexuálneho života ako predtým**.

Pri hľadaní lieku s optimálnymi vlastnosťami netreba zabúdať ani na **spokojnosť partnera**. Pritom tadalafil 5 mg denná liečba má vysokú účinnosť aj u pacientov s diabetom, starších pacientov a pacientov s ľahkou až stredne závažnou poruchou funkcie obličiek. Pacientom treba pripomenúť, aby **tadalafil 5 mg užívali 1x denne približne v rovnakom čase**.

V porovnaní so sildenafilmi je tadalafil 20 mg aj tadalafil denná liečba účinný aj pri užívaní s jedlom a malým množstvom alkoholu.

Všetky PDE5-I pacienti **dobře znášajú** a ich **bezpečnosť je overená klinickými štúdiami**. Medzi najbežnejšie **nežiaduce účinky** patrí: **bolesť hlavy, dyspepsia, bolesť chrbta, myalgia, bolesť končatín, návaly, nazofaryngitída**. Ich trvanie je však len prechodné a nezaťažuje pacienta.

#### Take home messages:

- 49% mužov s LUTS/BPH má súčasne aj ED. Tadalafil 5 mg denne zlepšuje LUTS/BPH už od prvého týždňa. Zlepšenie celkového IPSS skóre pri terapii tadalafilom 5 mg denne je porovnateľné s terapiou tamsulosínom 0,4 mg denne;
- tadalafil 5 mg denne významne zlepšuje kvalitu sexuálneho života pacientov aj ich partneriek,
- tadalafil 5 mg denne je jediný registrovaný liek, ktorý zlepšuje ED aj LUTS/BPH.

## 6. Natural course of lower urinary tract symptoms related to BPH

V minulosti sa symptómy dolných močových ciest (LUTS) vždy priamo alebo nepriamo pripisovali **benígnej prostatickej hyperplázii (BPH)**, **benígnemu zväčšeniu prostaty (BPE)** alebo **benígnej prostatickej obštrukcii (BPO)**. Avšak niekedy je veľmi ťažké vytvoriť priame spojenie medzi symptómami a BPH. Najnovšie výskumy ukazujú, že **nie všetky symptómy močového mechúra** u starších mužov sú nutne spojené s prostatou (BPH + LUTS), ale naopak, môžu byť spôsobené močovým mechúrom (**detrúzorová hyperaktivita, syndróm dráždivého mechúra (OAB), detruzorová hypoaktivita** alebo obličkami (**nočná polyúria**). LUTS majú **multifaktoriálnu etiológiu**, prevalencia sa celosvetovo odhaduje v miliónoch prípadov, najväčší výskyt je v Ázii. V poslednom decéniu ich delíme na LUTS uskladňovacieho, mikčného a postmikčného typu. Uskladňovacie zahŕňajú symptómy urgencie, urgencie bez alebo s inkontinenciou moča, frekvenciu a noktúriu. Prevalencia u mužov/žien je 10,8%/12,8%. Autor referuje, že sa zúčastnil ako člen realizačného výskumného tímu **epidemiologickej štúdie Peter 1**, kde sa hodnotili očakávania od pacientov s BPH s rizikom progresie v ambulantnej praxi urológa na Slovensku. Najdôležitejšími **očakávaniami od liečby** bolo, aby sa **pacientov stav nezhoršoval, aby bol rýchly nástup účinku a aby pacienta nemuseli operovať**. Dokázali sa súvislosti medzi DM a BPH, podobne ako v Massachusetts aging study – DM a zvýšená hladina glykémie zvyšujú riziko LUTS. Zmeny v koncentrácii inzulínu s následným vplyvom koncentrácií androgénov a aktivitou sympatika vedú napokon k zväčšeniu objemu prostaty. Prospektívna štúdia skúmajúca **vplyv obezity potvrdila prítomnosť a progresiu LUTS**. Tieto výsledky vedú k predpokladu, že **optimalizácia telesnej hmotnosti** a úprava životného štýlu vo všeobecnosti povedú k **zniženiu intenzity príznakov LUTS**. Autor ďalej prezentuje kazuistiky s možnými modelmi liečby, v závislosti od stupňa rizika progresie, prezentuje liečbu podľa guidelines a odporúčaní pre manažment non-neurogénnych mužských LUTS. (M. Oelke a kol.) V armamentáriu liečby spomína **Tamsulosin, 5-ARI, anticholinergiká, PDE5-I** a ich **vzájomné kombinácie**. Dôraz však kladie aj na Slovensku málo využívanú **intenzívnu observáciu**, čo dokazuje aj štúdiami spontánneho vnímania ústupu ťažkostí bez medikamentózne liečby s odstupom niekoľkých mesiacov (6 - 8) a opakovaným prehodnotením klinického stavu pacienta. Podľa prezentovaných výsledkov klinických štúdií sa jednoznačne dokázal **vzťah medzi príznakmi BPH/LUTS a ED**. Sexuálna dysfunkcia/porucha súvisí s vekom a závažnosťou LUTS. Závery **LVHG štúdie**: štatisticky významné zlepšenie celkového IPSS u pacientov liečených tadalafilom 5 mg/d po 12 týždňoch liečby oproti placebo. Efekt tadalafilu na zlepšenie IPSS po 12 týždňoch terapie Tadalafilom 5 mg/d pretrváva počas 1 roka liečby. **LVID štúdia** závery: štatisticky významné zlepšenie

celkového IPSS skóre: **tadalafil v dávke 5 mg/d: -6,3 +- 0,5 (p-0,001)**, tamsulosin v dávke 0,4 mg/d -5,7+-0,5 (p-0,023). Zároveň výrazné **zlepšenie Q max oproti placebo: tadalafil + 2,4 ml/s, tamsulosin + 2,2 ml/s**. Na základe týchto klinických údajov EMA rozhodla o pridelení registrácie tamsulosin 5mg denná dávka na indikáciu liečby prejavov a príznakov LUTS/BPH.

### Take home messages:

- **alfa blokátory reprezentujú prvú líniu terapie mužských LUTS u mužov nad 50 rokov,**
- **pri veľkej prostate sa môžu kombinovať s blokátormi 5 alfa – reduktázy,**
- **kombinovaná liečba by sa mala používať u mužov so stredne závažnými až závažnými LUTS pri riziku progresie,**
- **pacienti s OAB v terapii antimuskarinikami môžu kombinovať túto liečbu s alfa blokátormi resp 5-ARI,**
- **benefit PDE5-I by mohol byť potenciálne využitý u pacientov s koincenciou ED alebo v klinických štúdiách, dlhodobé priaznivé výsledky sa ešte len očakávajú,**
- **nutné je stratifikovať pacientov podľa rizika progresie,**
- **pochopenie etiológie a prirodzeného vývoja ochorenia s absenciou nie jednoznačne potrebnej liečby je cestou k správnej stratégii liečby po prehodnení stavu s odstupom času,**
- **cieľom je vyhnúť sa nad aj podhodnoteniu liečby,**
- **LUTS reprezentujú dynamický stav v korelacii s vekom aj multifaktoriálnymi vplyvmi prostredia.**

## 7. „Mr. Big“ – augmentation of the penis.

**Doc. MUDr. Peter Weibl, PhD., Uroclinic, Bratislava**

Autor cituje štatistiky, v ktorých sa uvádza, že 95% mužov kaukazskej rasy má **priemernú dĺžku penisu vo flacidnej fáze od 8,6 po 9,3 cm a vo fáze tumescencie od 12,9 po 14,5 cm**. Na dĺžku penisu má vplyv viacero faktorov: rozloženie podkožného tuku v pubickej oblasti, vnútromaternicové defekty zodpovedné za tvorbu mužských pohlavných hormónov, vrodené deformity, za čo sú zodpovedné chromozómové aberácie, Peironova choroba a pod. História snáh o predĺženie penisu siaha do civilizácií starodávnej Indie, Peru, Brazílie. Pomerne frekventne využívané penilné krúžky, vákuové pumpy, mechanické elongátory môžu pri nesprávnom používaní spôsobiť emergentnú situáciu končiacu na operačnom stole (autor prezentuje bohatú fotogalériu zo svojej praxe).

Autor na videozázname z operačnej sály prezentuje jednu z techník **phalloplastiky** (penilná chirurgia na zväčšenie penisu), ktorú realizuje ako člen tímu na pracovisku urológie vo Viedni, kde pôsobí. Ide o preťatie lig. suspensoria s následnou implantáciou silikónovej výplne na zamedzenie zhojenia preťatého ligamenta. Zárok sa môže kombinovať s liposukciou tuku zo stehien a instiláciou do podkožia penisu, časom sa aj tento efekt stráca (vstrebanie tuku).



Napriek tomuto (relatívne drahému voči dosiahnutému výsledku) zákroku sa penis reálne predĺži maximálne o 1 cm, zároveň sa však významne zmení aj uhol, ktorý zvierá penis oproti lonovej kosti vo fáze stoporenia. Sú však skupiny mužov, ktorým napriek uvedeným negatívam prináša operačný zákrok výrazný benefit (najmä psychogénny) a pociťujú výrazné zlepšenie sebavedomia, redukciu úzkosti a celkovej depresie z dĺžky penisu, akú mali pred operáciou. Na rozdiel od pomerne dobre prepracovanej a v praxi aj realizovanej estetickej chirurgie ženského genitálu je mužská estetická chirurgia na Slovensku zatiaľ limitovaná na základné operačné postupy, preto, keďže sme to našim mužským pacientom dlhší, sa tomuto problému budeme intenzívne venovať aj v budúcnosti.

**8. Bedřich Smetana – choroba a tvorba.**  
**Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.,**  
**Psychiatrické centrum Praha**

Autor venujúci sa niekoľko rokov hľadaniu dôkazov, skúmaniu, analyzovaniu súvislostí zo života Bedřicha Smetanu prináša množstvo dôkazov o tom, že život veľikána českej národnej kultúrnej scény poznamenal

klinické prejavy syfilisu v jeho rozvinutom štádiu, ktoré napriek celkovej degradácii a deteriorácii osobnosti umožnili tomuto veľikánovi komponovať do neskorého štádia života umelecké diela, ktoré napriek jeho hluchote skomponoval do absolútnej dokonalosti.

**Záverom treba poďakovať autorom multiodbového spektra (urológia, andrológia, sexuológia, psychiatria, angiológia, kardiológia, diabetológia, estetická andrológia) za skvelé prezentácie najnovších poznatkov a skúseností, ako aj disciplinovanú vnímavosť auditória s cieľom ďalšej komplexnej edukácie frekventovaných a zároveň aj najdelikátnejších a aj najtrápnejších ochorení muža. Veľká vďaka patrí aj spoločnosti Eli Lilly, ktorá na podujatie poskytla edukačný grant.**

Igor Bartl  
predseda Slovenskej sexuologickej spoločnosti  
a odborný garant podujatia

SKCLS000109a

## **Kalendár odborných podujatí**

### **ODBORNÉ SYMPÓZIUM S PODPOROU SUS, SGPS**

Názov podujatia: **3. Pracovná schôdza SSS s monotematikou – INFERTILITA**  
Dátum konania: **15. 4. 2015 (streda)**  
Miesto konania: **Trnava, Hotel Holiday Inn**  
Koordinátor: **MUDr. D. Šedivá, PhDr. K. Jandová, MUDr. M. Kozár,**  
**MUDr. I. Bartl**

Akcie Českej sexuologickej spoločnosti:

### **XXVI. BOHNICKÉ SEXUOLOGICKÉ DNY, 26.-27.2. 2014, PRAHA**

Datum konaní: **27. - 28. února 2014**  
Miesto konaní: **Divadlo „Za plotem“ Psychiatrické nemocnice Bohnice**  
Hlavní téma: **Sexualita člověka z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního**  
<http://www.sexuologickaspolecnost.cz>

### **KONFERENCE O MEZILIDSKÝCH VZTAZÍCH**

Dátum konania: **27. - 29. 5. 2015**  
Miesto konania: **Uherské Hradiště**  
<http://extima.eu/xiv-konference-o-sexualite-a-lidskych-vztazich/>

### **ANDROLOGICKÁ KONFERENCE**

Dátum konania: **29. - 30. 5. 2015**  
Miesto konania: **Český Krumlov**  
<http://www.zverina.cz/cs/xvii-andrologicka-konference-v-ceskem-krumlove-25-a-26-5-2012/50/>

## XXII. Košické sexuologické dni, 25. – 27. 9. 2014, Hotel DoubleTree by Hilton, Košice

Tohtoročné Košické sexuologické dni predstavujú, možno povedať, 44 rokov neutíchajúcej, rozvíjajúcej sa práce odborníkov rôznych medicínskych aj nemedicínskych disciplín v oblasti sexuológie. Tie terazšie sa niesli v duchu „sexuológie v praxi“.

Novozvolený výbor Slovenskej sexuologickej spoločnosti v predvečer začiatku konferencie zvolil v rámci svojho zasadania po dvoch volebných obdobiach predsedovaniu Dr. Danice Caisovej nového predsedu, ktorým sa stal Dr. Igor Bartl.

Konferencie sa zúčastnilo približne 130 osôb, z nich 40 s aktívnou účasťou. Hladký priebeh konferencie zabezpečili aj v tomto roku predsedníčka Slovenskej sexuologickej spoločnosti MUDr. Danica Caisová a prezident konferencie MUDr. Martin Hrivňák, prezident konferencie.

Prednášky, ktoré boli do programu zaradené, boli rôznorodé, a tak sa nevytvorili bloky podľa tematických okruhov.

V prvom bloku prednášok vystúpil predseda našej sesterskej spoločnosti, Českej sexuologickej spoločnosti, doc. Jaroslav Zvěřina, s prednáškou *Intersexualita a ľudská práva* a Dr. Danica Caisová s úvahou o dnešnom prístupe k sexuálnym menšinám v kontexte života a prác Magnusa Hirschfelda považovaného aj za „Einsteina sexu“. V tomto bloku informoval auditórium o neobvyklých sexuálnych úchyľkách ďalší pozvaný hosť, vedecký tajomník Českej sexuologickej spoločnosti, prof. Peter Weiss s príspevkom *Zvláštnosti lidské sexuality II*.

V druhom bloku prednášok Dana Šedivá predostrela problematiku konfliktu ženskej prirodzenosti a módného diktátu s titulom *Kam sa podeli obliny?* Po nej nasledovala prezentácia autorov Roberta Máthého a Jany Štefánikovej na tému *Orgasmus pri pôrode*, ilustrovaná kazuistikou ženy, ktorá pri pôrode prežívala orgasmus. Katarína Jandová v spoluautorstve s I. Rusňákom informovali o *ženskom pearsingu* s bohatou fotodokumentáciou súčasných trendov dekorácie ženských genitálií. Ženskou sexualitou, konkrétne anorgazmiou, z psychologického aspektu sa zaoberala aj Iveta Jonášová. Ondrej Trojan uvažoval o *Význame penisu v živote muža a ženy* a Eva Bernátová referovala a zložení *sexuologických pacientov v ambulancii psychológa*.

Tretí blok prednášok sa zaoberal pokrokom v liečbe **funkčných sexuálnych porúch u muža**. Išlo o Sympóziu podporené edukačným grantom spoločnosti Berlin-Chemie AG, ktorá priniesla na trh nový prípravok na liečbu predčasnej ejakulácie. V tomto bloku prednášali Jozef Marenčák – *Čo je tradičné a čo je nové v liečbe erektilnej dysfunkcie* a Danica Caisová a Martin Hrivňák na tému *Pokroky v liečbe predčasnej ejakulácie*.

V štvrtom a piatom bloku prednášok sa prezentovali urológovia s nasledovnými prednáškami: Jozef Marenčák – *Inkontinencia moču a sexuálne poruchy*, Ján Breza, jr. – *Priapizmus*, Martin Hrivňák – *Erektilná dysfunkcia a jej vplyv na kvalitu života mužov*, S. Gerbel a M. Hrivňák – *1- a polročné skúsenosti s liečbou erektilnej dysfunkcie razovými vlnami (EDSWT – Erectil Dysfunction Shock Wave Therapy)*, P. Ščeňák, I. Viľcha, a I. Minčík kazuistikou Úmyselné poranenia močovej trubice pacientom, J. Borák, R. Luňík, M. Peteja a I. Minčík

*Skúsenosti s chirurgickou liečbou Fournierovej gangrény*, D. Ondruš, B. Špániková a M. Ondrušová *poukázali na súvis hladiny testosterónu a pokles kostnej denzity u pacientov s testikulárnymi nádormi*. Blok uzavrel Martin Hrivňák prednáškou na tému *LUTS a sexuálna dysfunkcia*.

Posledný deň konferencie, v sobotu, v dopoludňajších hodinách, odznela aj prednáška Andreja Smetánku, v ktorej zhrnul poznatky o *možnostiach aplikácie Trazodonu v sexuológii*. Žiada sa uviesť, že autor v súvislosti s uvedenou témou získal cenu prof. Vladimíra Novotného za najlepšiu pôvodnú prácu publikovanú v časopise *Psychiatria pre prax* za rok 2013.

Vanda Lukáčová zhrnula doterajšie poznatky o sexualite vysokofunkčných autistov a Eva Jozífková svojím už známym pútavým štýlom prednesu poukázala na *súvis sexuálneho vzrušenia podriadením sa s bežnou reprodukčnou stratégiou „človeka rozumného“*. Podnetná bola prednáška autorov V. Korpáš a D. Leczová o *úspešnosti ochrannej sexuologickej liečby vo väzenských podmienkach*. V podaní autorskej trojice Chovanec, Marková, Weiss odznela prezentácia na tému *Sexuálne dysfunkcie u závislých*.

Peter Minárik nadviazal na svoje populárne prednášky podložené biologickými a evolučnými poznatkami. Tentoraz sa venoval otázkam vnímania postavy v dvoch po sebe nasledujúcich prednáškach – *Ako vnímame postavu a Krásna postava ako nesplniteľný sen?* Poukázal na súvislosti medzi telesnou schémou, stravovaním a sexuálnym správaním. Ďalšia autorská trojica – M. Piliarová, P. Fedorčuk a M. Macková sa venovala *sexuálnym aspektom v arteterapii* a autorská dvojica Farkašová, Piliarová téme *Klinickopsychologická diagnostika sexuálnych obsahov vyskytujúcich sa v protokole Rorschachovho testu*.

V tomto bloku odzneli aj príspevky mladých začínajúcich autorov s odborným záujmom o sexualitu. L. Demková nám predstavila svoju bakalársku prácu postavenú na kvalitatívnom a kvantitatívnom výskume na tému *Rodové rozdiely v sexuálnych fantáziách z hľadiska rôznych vekových kategórií*. A. Mészároš predniesol hlavné tézy svojej záverečnej práce na tému *Genderové rozdiely v miere liberálnosti postoja v subjektívnom vzrušení pri sledovaní webového porna v kontexte sociálneho konstruktivismu*.

Posledný blok uzavrel Martin Hrivňák na tému *Očkovanie proti HPV vírusom u mužov*, s akcentom na význam takéhoto očkovania vzhľadom na prevenciu genitálnych bradavíc a análneho karcinómu.

V rámci spoločenského večera konferencie boli udelené ceny SLS – Dr. Anežke Imriškovej zlatá medaila SLS a Dr. Ivanovi Kubišovi strieborná medaila SLS z príležitosti ich životného jubilea a za dlhodobu aktívnu činnosť v Slovenskej sexuologickej spoločnosti.

Podujatie, ako sme už zvyknutí pri taktovke košických usporiadateľov, aj v tomto prípade Dr. Danice Caisovej a Dr. Martina Hrivňáka, PhD., prezidenta konferencie, a dlhoročne osvedčenej firmy KAMI, prebehlo v mimoriadne dobrej atmosfére, v sklbení užitočného s príjemným. Patrí im vďaka všetkých zúčastnených.

Robert Máthé





## XXII. KOŠICKÉ SEXUOLOGICKÉ DNI

25. — 27. 9. 2014 v Hoteli DoubleTree by Hilton Košice



Sexuológia v praxi

[www.sexology.sk](http://www.sexology.sk)





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 zväziť úvodná dávka 25 mg. VIAGRA nie je indikovaná u osôb mladších ako 18 rokov. **Kontraindikácie:** precitlivenosť 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 zväziť prínos a riziko liečby. Filmový obal tablety obsahuje laktózu. VIAGRA nie je

indikovaná u žien. **Interakcie:** Súčasné podávanie sildenafilu a ritonavirusu neodporúča. Pri súčasnom podávaní s inhibítormi CYP3A4 (ketokonazol, erytromycín a cimetidín) sa odporúča zväziť úvodnú dávku 25 mg. U niektorých citlivých jedincov môže dôjsť pri súbežnom podávaní s alfablokátormi k symptomatickej hypotenzii. Nikorandil (vzhľadom na nitrátovú zložku) má potenciál pre závažné interakcie so sildenafilom. **Gravidita a laktácia:** VIAGRA nie je indikovaná u žien. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Keďže závrat a zmenené videnie boli hlásené v klinických štúdiách so sildenafilom, pacienti predtým, ako budú viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje, majú poznať, ako reagujú na podanie lieku VIAGRA. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: bolesť hlavy; časté: návaly, závrat, poruchy videnia, porucha farebného videnia, nazálna kongescia, dyspepsia. **Uchovávanie:** Uchovávať pri teplote neprevyšujúcej 30 °C, v pôvodnom balení na ochranu pred vlhkosťou.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred podaním lieku sa zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC).

**Dátum poslednej revízie textu:** Január 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**<sup>®</sup>  
(sildenafil citrate) tablets