

15 rokov Sexuológie

SEXUOLÓGIA SEXOLOGY



ČASOPIS SLOVENSKEJ SEXUOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI
JOURNAL OF THE SLOVAK SOCIETY FOR SEXOLOGY

Prehľadové štúdie

*Ženský orgasmus, historická reminiscence
a súčasné názory*

Lucie Krejčová, Zlatko Pastor, Kateřina Klapilová

*Exogenní testosteron je podstatně méně
nebezpečný, než se obecně soudí*

Jaroslav Zvěřina

Poruchy lubrikácie u ženy a ich liečba

Michal Chovanec, Petra Vrzáčková, Pavel Turčan,
Petr Weiss

Pôvodné práce

*Prejav psychologických charakteristík pri
sexuálnych dysfunkciách v MMPI-2*

Robert Máthé, Ivana Bledá, Martin Jakubek,

Jana Štefániková

Empirická sonda do praxe polyamórnych vzťahov

Marcela Bírová, Jana Plichtová

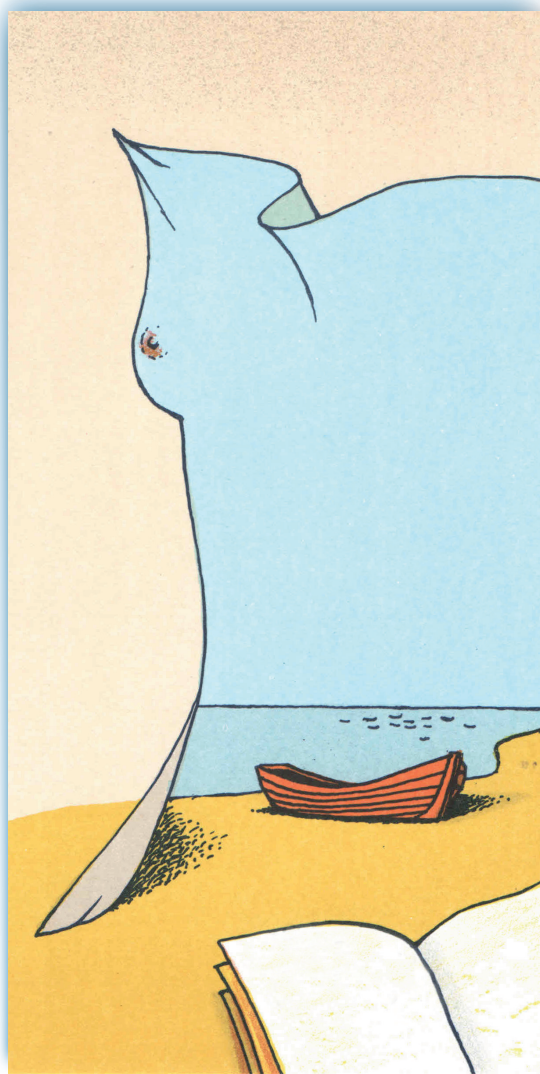
*Falopletyzmografický test a stálosť pedofilní
preferencie*

Jaroslav Zvěřina

Správy a informácie

Recenzie

Kalendár odborných podujatí



Liečba ED nie je len o návrate erekcie¹... ...ponúknite svojim pacientom VIAC

Denná liečba ED

- ✓ 1 tableta 1x denne²
- ✓ Prirodzený sexuálny život bez plánovania³
- ✓ Účinkuje aj v liečbe LUTS/BPH⁴



Ponúknite svojim pacientom život ako predtým⁵... ...ponúknite im

Účinnosť

- Kontinuálna – 24 hodín denne⁶
- Zachovaná aj pri dlhodobom podávaní⁷
- Nie je ovplyvnená jedlom ani alkoholom²



Skrátená informácia o lieku Cialis: Názov lieku: Cialis 5 mg filmom obalené tablety. Zloženie: 1 tableta obsahuje 5 mg tadalafilu. Indikácie: Liečba erektilnej dysfunkcie. Na dosiahnutie účinku tadalafilu, pri liečbe erektilnej dysfunkcie, je potrebná sexuálna stimulácia. Liečba znakov a príznakov benígnej hyperplázie prostaty u dospelých mužov. CIALIS nie je indikovaný na použitie u žien. Dávkovanie a spôsob podávania: Erektilná dysfunkcia u dospelých mužov - Odporúčaná dávka CIALISU je 10 mg, podaná pred očakávanou pohlavnou aktivitou, bez ohľadu na príjem potravy. U pacientov, u ktorých tadalafil v dávke 10 mg nevedie k očakávanému účinku, sa môže použiť dávka 20 mg. Liek sa môže užiť aspoň 30 minút pred pohlavnou aktivitou. Maximálne dávkovanie je jedenkrát denne. U pacientov, u ktorých sa predpokladá časté užívanie CIALISU (t.j. aspoň dvakrát týždenne) možno bude vhodné zväziť dávkovanie s najnižšou dávkou CIALISU jedenkrát denne, na základe rozhodnutia pacienta a zväzenia lekára. U týchto pacientov sa odporúča dávka 5 mg jedenkrát denne v približne rovnakom čase. Dávku je možné znížiť na 2,5 mg jedenkrát denne podľa znášanlivosti pacienta. Vhodnosť kontinuálneho používania jedenkrát denne sa má pravidelne prehodnocovať. Benígna hyperplázia prostaty u dospelých mužov - Odporúčaná dávka je 5 mg, ktorá sa má užívať denne v približne rovnakom čase s jedlom alebo bez jedla. Pre dospelých mužov liečených na obidve ochorenia - benignu 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 zväziť 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 zväziť 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 u 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 zväznením farmakologickej liečby zohľadniť anamnézu a výsledky lekárskej prehliadky a určiť potenciálne skryté príčiny. Pred začatím akejkoľvek liečby erektilnej dysfunkcie by lekár mal zväziť 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 antihypertenzívu by mali byť upozornení na možné mierne zníženie krvného tlaku. Na začiatku liečby tadalafilom jedenkrát denne je potrebné klinické zväznenie prípadnej úpravy dávky antihypertenzívnej terapie. U pacientov užívajúcich alfa 1 blokátoz alebo súčasne podanie CIALISU viesť u niektorých pacientov k symptomatickej hypotenzii. Pacientov, u ktorých trvá erekcia 4 hodiny a viac, je potrebné poučiť o nutnosti okamžiteho vyhlásenia lekárovi. Ak nedôjde k okamžitej liečbe priapizmu, môže dôjsť k poškodeniu tkaniva penisu a k trvalej strate potencie. CIALIS je potrebné užívať s opatnosťou u pacientov s anatomickými deformáciami penisu alebo u pacientov trpiacich ochoreniami, ktoré môžu predisponovať ku vzniku priapizmu. Opatnosť je potrebná pri predpisovaní CIALISU pacientom užívajúcim ritonavir, saquinavir, ketokonazol, itraconazol, erytromycín, klaritromycín a grapefruitovú šťavu, keďže bola v kombinácii s týmito liekmi pozorovaná zvýšená systémová expozícia tadalafilu. Bezpečnosť a účinnosť kombinovanej liečby CIALISOM a inými PDE5 inhibítormi alebo inými liekmi na liečbu erektilnej dysfunkcie nebola preskúmaná. Poučte pacientov, aby neuzivali CIALIS v takýchto kombináciách. CIALIS obsahuje laktózu. Pacienti so zriedkavou dedičnou intoleranciou galaktózy, deficitom lapp laktázy alebo glukózo-galaktóзовou malabsorpciou nemajú užívať tento liek. Kombinácia tadalafilu s doxozosinom sa neodporúča. Pozornosť treba venovať pri používaní tadalafilu u pacientov liečených alfa-blokátormi a ajmá u starších osôb. Liečbu treba začať s minimálnou dávkou a postupne upravíť. Pred vedením motorových vozidiel alebo používaním strojov by pacienti mali poznať svoju reakciu na CIALIS. Gravidita a laktácia: CIALIS nie je indikovaný na použitie u žien. Nežiaduce účinky: Najčastejšie hlásené nežiaduce účinky u pacientov užívajúcich CIALIS na liečbu erektilnej dysfunkcie alebo benígnej hyperplázie prostaty boli bolesť hlavy, dyspepsia, bolesť chrbta a myalgia. Hlásené nežiaduce účinky boli prechodné a zvyčajne mierne alebo stredne závažné. U pacientov liečených tadalafilom jedenkrát denne bol hlásený mierne zvýšený výskyt abnormalít EKG, najmä sinusovej bradykardie v porovnaní s placebom. Väčšina týchto abnormalít EKG nesúvisela s nežiaducimi účinkami. Cas použiteľnosti, uchovávanie: 3 roky. Uchovávať v pôvodnom obale na ochranu pred vlhkosťou. Uchovávať pri teplote neprevyšujúcej 30 °C. Balenie: blister obsahujúci 14 alebo 28 tabliet v balení. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Eli Lilly Nederland B. V. Grootslag 1-5, NL-3991 RA, Houten, Holandsko. Registračné číslo: EU/1/02/237/007-008. Dátum poslednej revízie textu: 14/2/2014. Pred predpisovaním sa prosím oboznáňte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktoré môžete získať na webovej adrese VPOIS spol. Lilly; <https://www.lilly.cz/info/default-page/vpis> 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 skrátená 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 Similarly 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, Randomised, Placebo-Controlled Trial of Tadalafil Taken Once Daily. J Sex Med 2009; 6: 1314-1323. 6. Wisshko R et al. Safety, efficacy and pharmacokinetic overview of low-dose daily administration of tadalafil. J Sex Med 2009; 6: 2039-2048. 7. Parst 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

Prehľadové štúdie – Review Studies

Ženský orgasmus, historická reminiscence a súčasné názory – 7

Female orgasm, historical reminiscence and current views

Lucie Krejčová, Zlatko Pastor, Kateřina Klapilová

Exogenní testosteron je podstatně méně nebezpečný, než se obecně soudí – 11

Exogenous testosterone is substantially lower dangerous than is commonly presuming

Jaroslav Zvěřina

Poruchy lubrikácie u ženy a ich liečba – 13

Insufficient lubrication in women and its treatment

Michal Chovanec, Petra Vrzáčková, Pavel Turčan, Petr Weiss

Pôvodné práce – Original Articles

Prejav psychologických charakteristík pri sexuálnych dysfunkciách v MMPI-2 – 19

Psychological correlates of sexual dysfunctions in MMPI-2

Robert Máthé, Ivana Bledá, Martin Jakubek, Jana Štefániková

Empirická sonda do praxe polyamórnych vzťahov – 27

Empirical exploration of polyamorous relationships

Marcela Bírová, Jana Plichtová

Falopletyzmozografický test a stálosť pedofilní preference – 36

Penile plethysmography and stability of pedophilic preferences

Jaroslav Zvěřina

Správy a informácie – Reports and Informations of Interest

III. Konferencia sekcie gynekologické sexuologie ČGPS ČLS JEP – 18

Fear no more – aneb Konec strachu: meeting UNAIDS a EATG

(European AIDS Treatment Group) (Procházka) – 38

12th World Congress of Biological Psychiatry (Šedivá) – 40

Zpráva z XVI. ročníku mezinárodní vědecké konference

O sexualitě a lidských vztazích v Uherském hradišti (Tichotová) – 41

Pracovní schůze sexuologické společnosti – 41

Recenzie – Book Reviews

Yehuda, R., Lehrner, A., Rosenbaum, T. Y.: *PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women*. *J. Sex. Med.* 2015, 12/5: 1107-1119: **Posttraumatická stresová porucha a sexuální dysfunkce (Zvěřina) – 10**

Anton Heretik: **Zlo – Spomienky súdneho znalca (Máthé) – 35**

Radim Uzel: **Sexuální všehochuť (podle abecedy) (Šedivá) – 42**

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., DSc.
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

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



Exempla trahunt

Všetky veci, i keď sa na prvý pohľad môžu zdať veľmi komplikované, sú vo svojej podstate jednoduché. Ako dohoniť pokrok? Informovanosťou! A tak s ľahkosťou a bez väčších problémov sa v sexuologickej obci na prelome druhého milénia zrodilo naše vlastné slovenské printové médium, časopis *Sexuológia/SEXOLOGY*. A môžem sa úprimne vyznať, že spolu s Robertom Máthém sme to nikdy necítili ako povinnosť, ale skôr ako výzvu, dôveru, skúšku našej kreativity a možno aj poslanie...

Po schválení potrebných formalít na príslušných inštitúciách sme rozpracovali personálne obsadenie. Vo funkcii prvého šéfredaktora som si po svojom boku nevedel predstaviť nikoho iného ako Roberta Máthého – napokon, po čase sme sa vo funkcii aj vystriedali. Vzhľadom na interdisciplinárnosť problematiky porúch ľudskej sexuality sme do redakčnej rady obsadili popredných odborníkov sexuologickej spoločnosti, ako aj predsedov a hlavných odborníkov psychiatrickej, gynekologickej, urologickej spoločnosti, ďalej spoločnosti pre plánované rodičovstvo a neskôr aj významných odborníkov z družobnej českej sexuologickej spoločnosti.

Formát časopisu v zachovanej kvalite samotného výtlačku aj v periodicite vydávania dvoch čísel ročne ostal prakticky bez zmien od nášho kreatívneho začiatku až doteraz. Spolupráca s vydavateľstvom Psychoprof, spol. s r. o., umožnila prekonať prvotné organizačné a neskôr čoraz častejšie finančné problémy pri vydávaní každého čísla (časopis distribuujeme bezplatne všetkým členom sexuologickej spoločnosti a partnerským odborným spoločnostiam doma aj v zahraničí už 15 rokov). Veľká vďaka patrí aj autorovi grafík na titulnej strane akad. mal. Josefovi Velčovskému za jeho nezištný a najmä nevysychajúci zdroj kreatívnych grafík s jemne pikantnou sexuologickou tematikou.

Odborne sme sa snažili naplniť poslanie a vízie výboru sexuologickej spoločnosti a prinášať na stránkach nášho časopisu prehľadné štúdie, s dôrazom na pôvodné práce, správy a informácie z odborných podujatí a kongresov, recenzie kníh so sexuologickou problematikou, „gajdlajny“ a odporu-

čené domáce postupy v diagnostike a liečbe porúch sexuality, v závere s kalendárom odborných podujatí a fotodokumentáciou z odborných podujatí.

Každý pacient je vo svojej podstate originál a potrebuje individuálnu starostlivosť. Preto prioritnými cieľmi bolo vzdelávanie širokého spektra odborníkov nielen pre prax v ambulantnej a klinickej sfére, ale naším zámerom je aj pro futuro profilovanie náplne časopisu v akademickom aj postgraduálnom vzdelávaní v odbore sexuológia. Odborný kredit časopisu sa neskôr zvýšil aj recenzovaním odborných príspevkov, čím sa zároveň aj zväčšil záujem o prispievateľov aj zo zahraničia. Nemožno nespomenúť aj dlhodobú partnerskú spoluprácu s farmaceutickými firmami, ktorá zďaleka nebola len vo finančnej rovine, ale aj v odbornej, organizačnej a hlavne výsostne ľudskej.

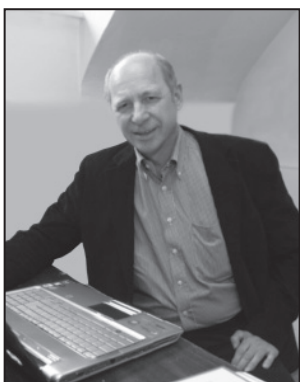
Z minulosti treba vyzdvihnúť, že prvé číslo – pod označením: 01/2001, Vol 1. na titulke s modrým „viagrovým“ jabĺčkom, úvodníkom doc. MUDr. Jána Vrabca, CSc., vtedajšieho predsedu SSS, na 42 stranách + obálka – bolo naším prvým krstným číslom časopisu *Sexuológia/SEXOLOGY*.

Rád by som ešte pripomenul zásluhy Ing. Moniky Gavorovej (t. č. Baldovič), vtedy produktovej manažérky farmaceutickej firmy Pfizer, ktorá stála za nápadom zrodenia časopisu nielen z pohľadu sponzorujúcich strán, ale aj ľudske, osobne, milo...

Okrem vlastnej invencie sme sa pri tvorbe časopisu nechali inšpirovať dobrými názormi múdrych ľudí z rôznych oblastí a profesií, a preto, čo sme za tých 15 rokov pre náš časopis a našich čitateľov dokázali, si myslím, že sa nemýlim, ak tvrdím, že exempla trahunt stále platí...

Vďaka všetkým priaznivcom, ktorí nám zostali verní celých 15 rokov.

S úctou
MUDr. Igor Bartl
zakladajúci šéfredaktor časopisu,
t. č. predseda SSS



15 rokov časopisu Sexológia/Sexology

Náš časopis dospel do „veku“, ktorý z ontogenetického hľadiska znamená dovŕšenie puberty a začiatok adolescencie, ktorá predstavuje vrchol mladosti. Ak si z významu slova adolescencia vyberieme vzťah sa, byť silnejší, mohutnieť a premietneme ho na náš časopis, máme pred sebou obdobie – ďalších päť rokov vývoja – ,ktoré by malo priniesť jeho ďalší posun, rozvoj v smere odborne zdatného, seriózneho časopisu, príťažlivého tak pre autorov článkov, ako aj pre jeho čitateľov.

V priebehu 15 rokov sme uverejnili 183 prehľadných štúdií a pôvodných prác, 76 správ a informácií o odborných podujatiach a 62 recenzií odborných publikácií, skutočne zo všetkých oblastí, ktoré sa tak široko interdisciplinárneho odboru, akým je sexuológia, týkajú.

Zoznam uverejnených prác za posledných 5 rokov, podobne ako pri predošlých jubileách, prinášame aj v tomto čísle ako prílohu.

Tematické okruhy, ktoré sa v časopise objavujú, v podstate kopírujú a reflektujú trendy odborného záujmu aktuálneho obdobia, aktuálneho stavu vedy a aktuálnej spoločenskej klímy vo vzťahu k rôznym oblastiam sexuality. Sme otvorení všetkým kategóriám autorov, počnúc váženými profesormi a naslovovzatými, uznávanými odborníkmi v príslušnej oblasti, ako aj čerstvým absolventom, najmä študijného odboru psychológia a medicína. Časopis sa tak zachováva „v čerstvej mladosti“, samozrejme, s dohľadom na striktné dodržiavanie odbornosti, nad čím bdejú recenzenti dodaných príspevkov.

Sexuológia/Sexology, ako recenzovaný časopis, je zaradený do bázy národnej časopiseckej produkcie BIBLIOGRAPHIA MEDICA SLOVAKIA a do národnej

medicínskej databázy slovenských autorov CiBaMed.

Úzka spolupráca so sexuológmi z Česka podčiarkuje medzinárodný charakter časopisu, čo sa odzrkadľuje aj v zložení redakčnej rady. Jej českí členovia – prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc., doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., a MUDr. Ivo Procházka, CSc. – sú nie len zárukou kvalitného výberu príspevkov, ale aj autormi významných uverejnených prehľadových či pôvodných prác, alebo sumárov z medzinárodných odborných podujatí.

Naším neskromným cieľom je, vstupujúc do obdobia ďalších piatich rokov existencie (opäť parafrázujúc už zmienené vývinové obdobie adolescencie), „keď je človek najkrajší, telesne i duševne najsviežejší, najdychtivejší a najbystrejší a berie svoj život zodpovedne a slobodne do svojich rúk“, neustále zvyšovanie kvality časopisu s ďalším napĺňaním kritérií pre jeho zaradenie do stále významnejších, aj medzinárodných databáz, ktoré tak prispievajú k záujmu o publikovanie v ňom, ako aj k jeho odbornému kreditu.

Za existenciu nášho časopisu rozhodne patrí vďaka predovšetkým f. Pfizer Luxembourg SARL, ktorá stála aj pri jeho zrode, a firme Eli Lilly Slovakia, s. r. o., ktorá sa svojou priazňou k jeho vydávaniu každoročne pričiňuje.

Do ďalšej päťročnice existencie našej Sexuológie vstupujeme s optimizmom a s už avizovaným nehasnúcim elánom.

S úctou k jej čitateľom
Robert Máthé, vedúci redaktor

Ženský orgasmus, historická reminiscence a současné názory

Lucie Krejčová^{1,3}, Zlatko Pastor^{2,3}, Kateřina Klapilová^{1,3}

¹Katedra obecné antropologie FHS UK, Praha,

²GONA s. r. o., nestátní zdravotnické zařízení, Praha

³Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Souhrn

Ženský orgasmus je, na rozdíl od mužského vyvrcholení, daleko komplikovanější psychosomatická reakce a je obestřen řadou nejasností. Liší se mechanismem svého vzniku, intenzitou a délkou prožitku, vnějšími projevy i vnitřními subjektivními prožitky. Postoje k ženskému orgasmu se u jednotlivých vědců značně liší. Existuje mnoho teorií o jeho funkci i patofyziologické podstatě. Stále probíhají debaty o tom, jakým způsobem může žena orgasmu dosáhnout a o tom, jaká je vlastně povaha „pravého“ ženského orgasmu. Jedna ze základních typologií rozděluje ženský orgasmus podle místa stimulované oblasti, tedy na klitoridální, vaginální a smíšený. Nejčastější rozpory se týkají právě existence a významu orgasmu navozeného zevním drážděním klitorisu nebo orgasmu generovaného výlučně vaginální stimulací. Naše práce se zaměřila na shrnutí vývoje názorů na zmíněné charakteristiky ženského orgasmu.

Klíčové slová: vaginální orgasmus, klitoridální orgasmus, ženská sexualita.

Úvod

Snaha výzkumníků o systematizaci variability ženské orgastické reakce vedla ke vzniku různých schémat, podle nichž kategorizujeme ženské vyvrcholení. Typologie orgasmu se většinou týká pouze toho ženského (např. Levin, 1981; Mah & Binik, 2001). Tím důvodem je pravděpodobně schopnost žen dosáhnout sexuálního prožitku z různých míst svého genitálu, ale v některých případech i v místech extragenitálních erotogenních zón. U mužů se sexuální počitky téměř vždy soustřeďují pouze na penis. Podle základní kategorizace rozlišujeme orgasmus klitoridální, který je navozený nepřímou či přímou stimulací caput či colum clitoridis a orgasmus vaginální, jenž vzniká při vaginálním sexuální dráždění. Pokud dochází k orgasmu ženy při dráždění obou těchto částí, pak mluvíme o smíšeném orgasmu. Davidson a Darling se rozhodli ve své studii

Summary

Female orgasm is much more complicated psychosomatic response than orgasm in men and is shrouded in a number of certainties. Differences are in mechanism of origin, intensity and length of experience, in external and internal subjective manifestations. The scientists' approach to female orgasm is considerably diverse. Many theories about its function and pathophysiology exist. Still there are debates about how female may reach a climax and what is character of „real“ female orgasm. One of basic typologies divides the orgasm based on stimulated location into clitoral, vaginal and combined. The most frequent disagreements are in existence and importance of orgasm induced either by outer clitoral or vaginal stimulation. Our article is focused on the development of opinions of previously mentioned characteristics of female orgasm.

Keywords: vaginal orgasm, clitoral orgasm, female sexuality.

zjistit, kde a jak ženy prožívají orgasmus a jak se liší intenzita prožitku v závislosti na anatomickém umístění orgastických vjemů. Orgasmus, kterého ženy dosáhly při dráždění klitorisu, popisovaly jako fyzicky intenzivnější a uspokojivější a vnímaly ho spíše v oblasti pánevní. Naopak orgasmus, kterého ženy dosáhly při vaginálním styku, popisovaly jako intenzivnější a uspokojivější po psychické stránce a také více naplňující. Vnímaly ho jakoby po „celém těle“ (Davidson & Darling, 1989). Nevýhodou tohoto dělení je to, že z velké části vychází z vlastního sebehodnocení počitků, které ženy během orgasmu zažívají. Druhou nevýhodou je to, že omezuje ženský orgasmus pouze na genito-pánevní stimulaci a opomíjí další biopsychosociální vlivy (Levin, 1992). Tím zdůrazňuje pouze na kauzální příčinu toho, jakým způsobem je orgasmus dosažen a pomíjí jeho další důležité aspekty. Velká část studií se také zaměřuje pouze na dichotomii (přítomnost/

nepřítomnost) vaginálního či klitoridálního orgasmu, či na jednoduché zhodnocení frekvence, konzistence či míry uspokojení z daného druhu orgasmu (např. studie Davidsona a Darlinga).

Psychoanalytický směr

Sigmund Freud (1856 – 1939)

Podle Freuda není sexualita chlapců a děvčat v dětství odlišná, k ostrému rozlišení dochází až v pubertě. Hlavní erogenní oblastí je u dívek klitoris, který je podle Freuda homologický mužské genitální oblasti na žaludu. Přeměna dívky v ženu probíhá tak, že při sexuálním aktu, k němuž žena svolí, převede toto vzrušení do pochvy. To může trvat nějakou dobu, proto po tuto dobu je pochva anestetická. Následkem vydatného dráždění klitorisu ale může ženina pochva zůstat necitlivá po celý život. Z tohoto důvodu je klitoridální orgasmus projevem nezralé sexuality a pro ženino uspokojení je neplnohodnotný. Freud se v rámci dlouhodobé psychoanalýzy pokoušel klitoridálně orgastické ženy převádět na vaginální orgasticitu a v rámci jejich manželství podporoval vaginální styky, které jsou jedinou adekvátní aktivitou vedoucí k celkovému uvolnění napětí (Freud, 2000).

Wilhelm Reich (1897-1957)

Ústředním pojmem Reichovy teorie orgastické potence je schopnost bezvýhradného přijetí proudění biologické energie a vybití akumulované sexuální síly mimovolnými fascinujícími konvulzemi svého těla. Při absenci této schopnosti hovoří o orgastické impotenci, jež se u žen projevuje pouze klitoridálním orgasmem, ale i lhostejností k sexuálním aktivitám a negativním vztahem k partnerovi. Důsledkem tohoto stavu je tzv. svalový pancíř v oblasti pánve, který se projevuje strnulými pohyby při pohlavním styku. Symptomy orgasticky impotentních lidí ovlivňoval tzv. vegetoterapií (Reich, 1993).

Americká škola

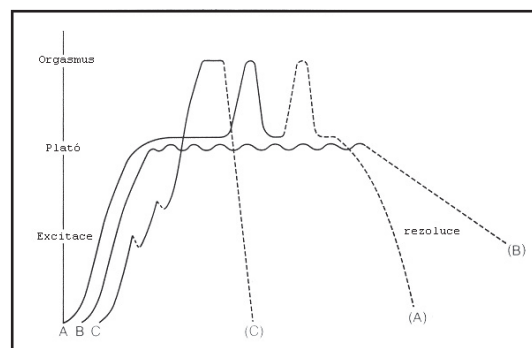
Alfred Kinsey (1894 – 1956)

Definoval orgasmus jako výbušné uvolnění neuromuskulárního napětí, které je završeno vrcholem sexuální odezvy a následované návratem k normálnímu fyziologickému stavu (Lloydová, 2005). Podle Kinseyho je pochva na rozdíl od klitorisu necitlivá na dotek a proto většina žen dosahuje orgasmu pomocí masturbace. To potvrzují i výsledky jeho celonárodní studie, kde pouze 10% žen uvedlo, že dosahuje vaginálního orgasmu během pohlavního styku. Techniky masturbace a mazlení jsou podle Kinseyho pro orgasmus mnohem účinnější. Kinsey ve své studii rozlišil i to, zda žena během pohlavního styku dosáhla orgasmu vyvolaného pouze pohyby mužova penisu v pochvě, nebo během styku s klitoridálním drážděním (Kinsey a kol., 1953).

William Masters (1915 – 2001) a Virginia Johnsonová (1925 – 2013)

Výzkumy těchto vědců položily v 50. letech minulého století základy moderní světové sexuologie. Znamenaly revoluční zlom ve zkoumání sexuálních reakcí. Popsali

fyziologické reakce mužů i žen během sexuální stimulace. Vytvořili model lidské sexuální reaktivity, který rozdělili u obou pohlaví na čtyři fáze (excitace, plató, orgasmus a uvolnění) (Obr. 1).



Obrázek 1: Křivka vzrušení v sexuálním cyklu ženy (Masters & Johnsonová, 1970)

Sexuální vyvrcholení popsali jako psychofyziologický prožitek modifikovaný psychosociálními vlivy. Orgasmus je subjektivním vjemem vrcholu tělesné reakce na sexuální dráždění vyvolaný uvolněním cévního městnání a svalového napětí. Zdůrazňovali, že k dosažení orgasmu je nutné přímé nebo nepřímé dráždění klitorisu (manuální, orální, vaginální) a fyziologické reakce jsou, bez ohledu na způsob dráždění, srovnatelné (Masters a Johnsonová, 1970).

Aktuální zahraniční trendy v přístupu k ženskému orgasmu

Stuart Brody (1959)

Stuart Brody patří mezi propagátory vaginálního orgasmu (vyvolaného výlučně pohyby penisu v pochvě bez jakéhokoliv přídatného dráždění) a vyzdvihuje jeho pozitivní dopad na ženskou psychiku. Svými výzkumy se snaží prokázat, že klitoridální masturbace je pro ženskou sexualitu škodlivá. Ženy, které preferují pro své vyvrcholení dráždění klitorisu, mohou podle něj narušit svoji přirozenou sexuální funkci. Toto jeho tvrzení je v souladu s teorií Freuda o nezralosti klitoridálního orgasmu u žen. Brody navrhuje, aby se opustilo od léčení anorgasmie klitoridálně zaměřenými technikami, jelikož ty učí ženy se zaměřovat na sexuální počítky z klitorisu. Své tvrzení opírá o svoji studii z roku 2010, kde účastnice výzkumu uváděly, která oblast je podle nich důležitá pro dosažení orgasmu a jak se vědomě zaměřují na vaginální vzrušení při koitu. Zaznamenal, že pro vyšší konzistence vaginálních orgasmů byla u jeho probandek pro dosažení orgasmů důležitá oblast pochvy nebo část pochvy a zároveň oblast klitorisu než u žen, které byly orgastické pouze klitoridálně. Ze závěru svých prací usuzuje, že vyšší konzistence vaginálních orgasmů je u žen, které jsou schopné se vědomě zaměřit na vaginální vzrušení během vaginálního styku (Brody & Weiss, 2010). Tyto výzkumy jsou založené výlučně na subjektivních dojmech žen a dotazníkovém průzkumu. Zcela pomíjí, že výlučně vaginálního vyvrcholení dosahují ženy v minoritě případů a orgasmus rozlišuje podle historického dělení striktně na klitoridální a vaginální.

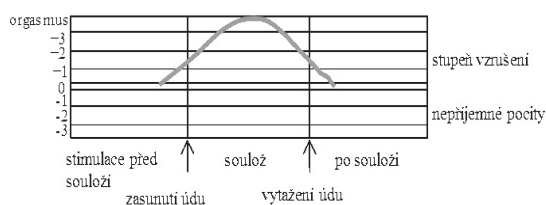
Barry Komisaruk (1941) a Beverly Whippleová (1940)

Američtí vědci Barry Komisaruk a Beverly Whippleová se zabývají neurofyziologickou stránkou ženského orgasmu. Ve svém nejzásadnějším výzkumu z roku 2004 změnili dosavadní názor lékařů, že ženy s poškozenou míchou nemohou mít orgasmus. Zjistili, že během vaginálního orgasmu mohou být sensorické aferentní vjemy, kromě pudendálních, pelvických a hypogastrických nervů z lumbosakrální sympatické pleteně, přenášeny do centrálních oblastí také prostřednictvím bloudivého nervu. K excitaci n. vagus dochází totiž i při sexuální stimulaci hrdla děložního, neboť aferentní vlákna n. vagus přenáší sensorické informace z genitálií přímo do nucleus gradus solitaries (Guliano, 2006). Tento mechanismus může vysvětlit, proč některé ženy s totální vertebrogenní lézí dosahují během koitu orgasmu, přestože mícha je integrujícím místem pro příjem aferentních vzruchů z periferie a pro modulaci informací ze supraspinálních zdrojů a zahrnuje jak excitační, tak inhibiční reakce (Komisaruk a kol., 2004).

Česká škola

Stanislav Kratochvíl (1932)

Orgasmus definuje jako pocitové vyvrcholení sexuálního vzrušení a nejintenzivnější zážitkový bod po narůstajících příjemných pocitech v průběhu sexuálního dráždění, při němž dojde explozivně k uvolnění a uspokojení (Kratochvíl, 2003). Zdůrazňuje, že není účelné označovat určitý druh stimulace jako rozhodující nebo hodnotnější. S Hubálkem vytvořili Křivku průběhu sexuálního vzrušení žen (Obr. 2). Úroveň sexuálního vzrušení hodnotí z kladného i záporného hlediska a berou v potaz i prekoitální a postkoitální fáze pohlavního styku. Podle nejčastějších sexuálních reakcí rozdělili křivky do šesti nejčastějších typů.



Obrázek 2: Křivka průběhu sexuálního vzrušení žen (Kratochvíl & Hubálek 1984)

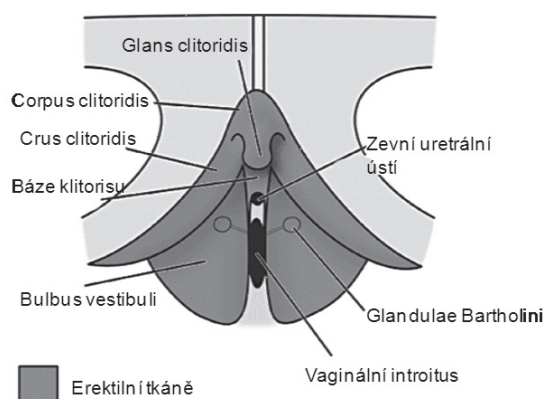
Petr Weiss (1954) a Jaroslav Zvěřina (1942)

Na základě svých výzkumů v letech 1993-2013 o chování české populace potvrdili různorodost zdrojů možného sexuálního vzrušení a následného vyvrcholení žen. U českých žen převládá klitoridální (okolo 35%) či kombinovaný typ vzrušivosti (okolo 36%), okolo 20% respondentek uvedlo, že orgasmu dosahuje výlučně drážděním v pochvě nebo poševního vchodu (Weiss & Zvěřina 2009).

Moderní směry a trendy výzkumu

Na základě moderních vyšetřovacích technik (magnetická resonance, dynamická ultrasonografie)

opouštíme tradiční anatomické modely v jejich „stavebnicových“ schématech a nahrazujeme je koncepty „integrovaných systémů“ ve funkčně provázaném celku. V „sexuální“ anatomii nepopisujeme jednotlivé orgány tradičními deskriptivními metodami, ale hodnotíme je v jejich anatomicko-funkčních souvislostech. Klitoris respektive klitoridální komplex není pouze caput clitoridis, jenž je často a chybně s jeho nejmenší částí ztotožňován. Jedná se o konglomerát kavernózních tkání (glans, corpus a crura clitoridis, bulbus vestibuli a spongiózní tkáň ženské uretry), jenž cirkulárně a velmi intimně obkružuje pochvu (Obr. 3). Celkovým objemem kavernózních tkání je prakticky srovnatelný s tkáněmi penisu (Puppo, 2006). Klitoridální komplex je tvořen klitoridálními kavernózními tělesy, distální částí pochvy a močovou trubicí. Tyto struktury navíc anastomózují se spongiózními periuretrálními tkáněmi. Schopnost a intenzita prožít orgasmus při vaginální stimulaci je přímo úměrně závislá na struktuře vaginální stěny a šířce uretrovaginálního prostoru, který naléhá na dorzální část klitorisu (Gravina, 2008). Klitoridální a vaginální orgasmus striktně nedělíme na vaginální a klitoridální (i když je to z praktického hlediska užitečné), nýbrž vycházíme z faktu, že se jedná o jednu entitu, jenž se liší pouze místem stimulace klitorisu (zevní nebo vaginální) a charakterem či intenzitou prožitku (O'Connell a kol., 2008). Klitoris se tak stává receptorem (přijímá podněty sexuální stimulace), transformátorem (přenáší vzruchy i z extragenitálních zón) a generátorem (rozhoduje o intenzitě prožitku) ženské sexuality (Pastor, 2007). V rámci holistického pojetí a při složité komplementaritě ženské sexuality, musíme brát vždy v potaz její klíčové psychosociální aspekty, jejíž přesné mechanismy jsou nám doposud neznámé.



Obrázek 3: Erektivní tkáně klitoridálního komplexu (O'Connell a kol., 2008)

Závěr

Ženská sexualita v sobě zahrnuje složitý bio-psycho-sociální komplex nesourodé problematiky. V rámci cyklu sexuální aktivity není ženský orgasmus tak pevně fixován jako je tomu u mužů. Pravděpodobně to souvisí s reprodukčně účelovým charakterem lidské sexuality, respektive s tím, že ženský orgasmus nehraje při reprodukci podstatnou roli. Až padesát procent

žen nedosahuje během sexuální stimulace běžně orgasmus. Procento koitálně anorgastických žen je ještě vyšší. Hodnocení kvality sexuálního života je velmi individuální. Orgastický prožitek v něm hraje určitě podstatnou roli, ale pro mnoho žen to není jediné a často ani nejdůležitější hledisko, podle něhož svůj sexuální život hodnotí.

Literatura

- Brody, S., Weiss, P. (2010). Vaginal orgasm is associated with vaginal (not clitoral) sex education, focusing mental attention on vaginal sensations, intercourse duration, and a preference for a longer penis. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2774–2781.
- Davidson, J.K., Darling, C.A. (1989). Self-perceived differences in the female orgasmic response. *Family Practice Research Journal*, 8, 75–85.
- Freud, S. (2000). Spisy z let 1904–1905. Psychoanalytické nakladatelství, 1. vydání, 255 stran.
- Giuliano, F., Guililoteau, V.J. (2006). Neurophysiology of female genital sexual response. In: Goldstein, I., Meston, C., Davis, S., Traish, A., eds. Women's sexual function & dysfunction—study, diagnosis and treatment. London, Taylor & Francis, str. 105–12.
- Gravina, G.L., Brandetti, F., Martini, P., et al. (2008). Measurement of the thickness of the urethrovaginal space in women with or without vaginal orgasm. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 610–618.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., Gebhard, P.H. (1953). Sexual behavior in the human female. Indiana University Press, 1. vydání, 842 stran.
- Komisaruk, B.R., Whipple, B., Crawford, A., Liu, W.C., Kalmin, A., Mosier, K. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerve. *Brain Research*, 1024, 77–88.
- Kratochvíl, S. (2003). Sexuální dysfunkce. Příčiny a léčba. Grada Publishing, Praha, 2. vydání, 292 stran.
- Levin, R.J. (1981). The female orgasm – A current appraisal. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 119–133.
- Levin, R.J. (1992). The mechanisms of human female sexual arousal. *Annual Review of Sexual Research*, 3, 1–48.
- Lloyd, E.A. (2005). The case of the female orgasm: Bias in the science of evolution. Harvard University Press, Cambridge, 295 stran.
- Mah, K., Binik, I. (2001). The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21, 823–856.
- Masters, W.H., Johnsonová, V.E. (1970). Lidská sexuální aktivita. Horizont, Praha, 1. vydání, 310 stran.
- O'Connell, H. E., Eizenberg, N., Rahman, M., Cleeve, J. (2008). The anatomy of the distal vagina: towards unity. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1883–1891.
- Pastor, Z. (2007). Sexualita ženy. Praha, Grada Publishing, 1. vydání, 204 stran.
- Puppo V. (2006). Komentář k: O'Connell, H.E., DeLancey, J.O. (2005). Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging. *Journal of Urology*, 173, p. 2060–63. *Journal of Urology*, 175, p. 790–91.
- Reich, W. (1993). Funkce orgasmu. Concordia, Praha, 1. vydání, 288 stran.
- Weiss, P., Brody, S. (2009). Women's partnered orgasm consistency is associated with greater duration of penile-vaginal Intercourse but not of foreplay. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 135–141.
- Weiss, P., Zvěřina, J. (2009). Sexuální chování obyvatel ČR. Praha, Dema, 4. vydání.

Kontaktná adresa:
pastor.zlatko@volny.cz;

Recenzia

Posttraumatická stresová porucha a sexuální dysfunkce.
Yehuda, R., Lehrner, A., Rosenbaum, T. Y.: PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *J. Sex. Med.* 2015, 12/5: 1107–1119

Americko – izraelský tým publikoval obsáhlý přehled zajímavé problematiky. Se sexuálními dysfunkcemi osob, které se vyrovnávají s posttraumatickými poruchami, se setkáváme často jak v klinické práci, tak při znaleckých posudcích. Uvádí se, že posttraumatická stresová porucha se u těch, kteří přestáli extrémní stres, rozvíjí v 5,7% případů u mužů a ve 12,8% u žen. Jde tedy o fenomén výrazně genderově dimorfní. Některé příznaky stresové poruchy jsou tak intenzivní (vtíravé vzpomínky, noční můry, nespavost, deprese), že se ve srovnání s nimi nezdají problémy v sexuálním životě významné, a často se proto vůbec neuvádějí.

Autoři podávají přehled celé řady studií posttraumatických poruch u válečných veteránů. Jedna americká studie uvádí, že poruchy erekce se vyskytovaly v 85% veteránů, kteří měli posttraumatickou poruchu a jen v 22% případů u těch, kteří posttraumatickou poruchu nevykazovali. Symptomatologie sexuálních poruch se může týkat všech sexuálních funkcí, tedy od snížené apetyce až po poruchy orgasmu a dyspareunie.

Z biologie posttraumatické stresové poruchy se zde zmiňuje zejména pojetí této poruchy jako prolongovaného stavu podráždění sympatiku. U jedinců s posttraumatickou poruchou se většinou zjišťuje nízká hladina kortizolu, jako projev alterace osy hypotalamus – hypofýza – nadledvinky. Váleční veteráni s posttraumatickou poruchou prý přehnaně reagují na podávání yohimbinu, který svým alfa 2 antagonistickým účinkem vyvolává u těchto osob nikoliv vyšší sexuální vzrušení, nýbrž panické reakce a přehnaně vegetativní vedlejší účinky. **(pokračovanie na strane 12)**

Exogenní testosteron je podstatně méně nebezpečný, než se obecně soudí

Jaroslav Zvěřina

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

Súhrn

Pozdní hypogonadismus a jeho terapie testosteronem se dnes dostává stále více do popředí pozornosti nejen v léčbě sexuálních dysfunkcí, ale také ve vztahu k příznivému účinku na symptomy „metabolického syndromu“ (obezita, diabetes 2, hyperlipidémie, ischemická choroba srdeční, hypertenze), únavnosti, deprese a demence. Část lékařské veřejnosti je stále rezervovaná k této léčbě pod vlivem „hormonofobie“. Kardiovaskulární rizika a riziko karcinomu prostaty při terapii testosteronem u mužů s hypogonadismem nejsou u zdravých mužů důvodem k obavám.

Klíčové slová: *pozdní hypogonadismus mužů, sexuální dysfunkce, metabolický syndrom, terapie testosteronem.*

Úvod

Je tomu už téměř třicet roků, když do Prahy přijel přednášet jeden z nizozemských klasiků „mužského klimakteria“, tedy pozdního mužského hypogonadismu, profesor L. Gooren. Tehdy se ten stav nazýval PADAM (partial androgen deficiency of aging males). Byla to myslím tehdy zejména tato nizozemská endokrinologická škola, která prosazovala léčení tohoto stavu exogenním testosteronem. Od počátku bylo zřejmé, že terapie testosteronem nejen zlepšuje sexuální funkce starších mužů s podprůměrnými hladinami testosteronu, ale že také výrazně zlepšuje jejich metabolismus a redukuje známou viscerální obezitu. Ne že bychom v sexuologii již předtím testosteron nepředepisovali. Byl to jeden z mála prostředků, jak pohnout s nízkou sexuální aktivitou sexuálně méně aktivních mužů ve středním a starším věku. Od té pionýrské přednášky klasika prodělaly naše postoje k exogennímu testosteronu u dysfunkčních mužů několik vln střídavého nadšení a obav. Také u nás tato „substituční léčba testosteronem“ byla doporučovaná (5, 7, 10). Docela nedávno proběhla poměrně intenzivní diskuse o údajných kardiovaskulárních rizicích, spojených s léčbou testosteronem. Sama slovnatá americká instituce FDA docela tehdy varovala před podáváním testosteronu stárnoucím mužům pro údajné riziko

Summary

Late onset hypogonadism and its treatment with testosterone is actually in growing popularity not in the treatment of sexual dysfunctions only, but in relation toward many other symptoms, as „metabolic syndrome“ (obesity, diabetes 2, hyperlipidemia, cardiovascular diseases, hypertension), weariness, depression and dementia. Great part of the medical professionals is toward the testosterone treatment very reserved under influence of „hormonophobia“. In fact are by testosterone therapy cardiovascular risks and risks to prostatic carcinoma not great.

Keywords: *late onset hypogonadism of men, sexual dysfunctions, metabolic syndrome, testosterone therapy.*

kardiovaskulárních komplikací. Dlouho se také traduje, a to v podobných vlnách, obava z toho, že terapie testosteronem buď přímo vyvolává, nebo alespoň velmi zhoršuje rakovinu prostaty.

Kardiovaskulární rizika exogenního testosteronu se nesporně přeceňují. Mnozí experti považují dosavadní studie, které takové negativní vedlejší efekty popisovaly, za málo průkazné. Na druhé straně se zdá, že dobře indikovaná terapie testosteronem výrazně zlepšuje jak metabolický stav pacientů, tak jejich kardiovaskulární kompenzaci. Redukuje se obezita a zlepšuje insulinová rezistence (8, 9). Tyto příznivé metabolické vlivy testosteronu jsou často podceňovány a odborná i laická veřejnost je neustále pod vlivem nejrůznějších alarmistických negativních zpráv o údajných kardiovaskulárních rizicích exogenního testosteronu. Ve své nedávné přednášce A. Morgentaler hovořil dokonce o „hormonofobii“ odborné veřejnosti, která ve vztahu k exogennímu testosteronu přeceňuje jak údajně negativní vztah ke kardiovaskulárnímu riziku, ale také k riziku u karcinomu prostaty (8). Dnes již vcelku není pochyb o tom, že léčba testosteronem u mužů s hypogonadismem nezvyšuje riziko karcinomu prostaty. Není také pravda, že vznik karcinomu prostaty je závislý na výšce hladiny testosteronu. Evropská urologická asociace (EAU) ve svých guidelines o mužském hypogonadismu uvádí, že také u mužů po chirurgickém odstranění lokalizovaného karcinomu prostaty bez

známek aktivity onemocnění, mohou být za jisté opatrnosti kandidáty na terapii testosteronem. Soudí se, že při hladině PSA pod 4 ng/ml je léčba testosteronem poměrně bezpečná (2). Recentní stanovisko kolektivu expertů ISSM zastává podobný postoj (3).

V současné době panuje obecný souhlas v tom, že nízká hladina testosteronu je u starších mužů spojena s vyšší mortalitou, rozvojem arteriosklerózy a ischemie myokardu. Podávání testosteronu mužům s tak zvaným „pozdním hypogonadismem“ snižuje mortalitu léčených mužů na polovinu ve srovnání s neléčenými kontrolními skupinami. Obecně se významným způsobem zlepšují všechny kardiovaskulární rizikové faktory takzvaného „metabolického syndromu“ (nadváha, viscerální obezita, insulinová rezistence, hypercholesterolemie). Kvalita života takto léčených mužů se podstatně zlepšuje nejen v sexuální aktivitě, ale také v obecné aktivitě pohybové a v emoční bilanci. Exogenní testosteron zvyšuje antidepresivní účinek psychofarmak a podstatným způsobem potencuje vliv inhibitorů PDE 5 na problémy s erekcí (9, 11).

Vyšetření hladiny testosteronu v séru je indikováno u mužů z celé řady symptomů. Kromě sexuálních dysfunkcí a zejména snížené sexuální apetyce také u „metabolického syndromu“ (hyperlipidémie, diabetes 2. typu, obezita, hypertenze atd.), kardiovaskulární insuficience, únavnosti, depresi, demenci. Za podprůměrnou se hladina celkového testosteronu považuje, pokud je nižší než 10 nmol/l. Ukazuje se, že není nijak podstatný rozdíl mezi hladinou testosteronu v krvi, odebrané ráno a večer (6). V klinické praxi je pro pokračování v terapii testosteronem důležité zejména subjektivní zlepšení nálady, pohybové kondice a sexuální apetyce pacienta. Dávkování testosteronu má být uvážlivé. Příliš vysoké dávky jsou spojeny s rizikem nežádoucích účinků psychických, jako jsou předrážděnost, agresivita, deprese, ale též somatických, jako je polycytémie (1). Vždy je třeba hledat minimální ještě účinnou dávku. Vhodné se nám také zdá intermitentní podávání této medikace. Dva nebo tři týdny přestávky v aplikaci se zdají podporovat účinnost další medikace. Při terapii testosteronem je třeba samozřejmě monitorovat jak jaterní testy a krevní obraz, tak hladinu PSA a její případné změny. Vše ve zhruba ročních intervalech.

Pro klinickou praxi se dnes nabízí několik preparátů testosteronu k parenterálnímu podání, celkem tři injekční preparáty (Agovirin depot., Sustanon, Nebido). Perorální testosteronový preparát máme nyní na trhu

jen jeden, Undestor. Zaveden je první testosteronový transdermální prostředek, Androgel. Zejména poslední uvedený preparát by mohl znamenat obohacení našeho terapeutického arzenálu, protože zahraniční zkušenosti s testosteronovými externy jsou jednoznačně pozitivní (4).

Literatura:

- 1/ Buvat, J., Maggi, M. et al.: Endocrine Aspects of Male Sexual Dysfunctions. J. Sex. Med. 2010, 7: 1627-1656
- 2/ Davenport: No Prostate Cancer Risk with Testosterone for Hypogonadism. Medscape Dec. 10, 2014
- 3/ Dean, J. D., McMahon, Ch., Guay, A. T. et al.: The ISSM Process of Care for the Assessment and Management of Testosterone Deficiency in Adult Men. JSM 2015, in Press.
- 4/ Dobs, A., Norwood, P. et al.: Testosterone 2% gel Can Normalize Testosterone Concentrations in Men with Low Testosterone regardless of Body Mass Index. J. Sex. Med. 2014, 11: 857 - 864
- 5/ Kubíček, V.: Substituční terapie androgeny. Interní Med. 2009, 11/2: 80 - 83
- 6/ Malik, R. D., Lapin, B. et al.: Are We Testing Appropriately for Low Testosterone? J. Sex. Med. 2015, 12: 66-75
- 7/ Marenčák, J.: Diagnostika a léčba mužov v andropause. Urológia 2003, 9: 20 - 26
- 8/ Morgentaler, A., Miner, M. M., et al.: Testosterone therapy and cardiovascular risk: advances and controversies. Mayo Clin.Proc. 2015, 90: 224-251
- 9/ Morgentaler, A.: Testosterone Therapy and hormonophobia - cardiovascular risk, the media and the authorities. EAU meeting, Madrid 2015, přednáška
- 10/ Stárka, L.: Substituční léčba testosteronem u mužů v andropause. Prakt.Lék. 2007, 87/3: 184 - 188
- 11/ Yassin, D. J., Doros, G., Hammerer, G., Yassin, A. A.: Long-Term Testosterone Treatment in Elderly Men with Hypogonadism and Erectile Dysfunction Reduces Obesity Parameters and Improves Metabolic Syndrome and Health-Related Quality of Life. J. Sex. Med. 2014, 11: 1567-1576

Kontaktná adresa: Jaroslav Zvěřina
Sexuologický ústav 1.LF UK
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2
zverina.jaroslav@seznam.cz

(pokračovanie zo strany 10) Také snad je zde po yohimbinu pozorován častější „flashback“, tedy více vzpomínek a reminiscencí na prožitá trauma.

V rozvoji sexuálních dysfunkcí se zde uplatňuje nejen zmíněný kortizol, tedy jeho nižší hladina, ale též ostatní hormonální komponenty, zejména noradrenalin, oxytocin a testosteron. U lidí bez posttraumatické poruchy se jak dopamin, tak noradrenalin uplatňují ve vztahu k sexuálním funkcím pozitivně. Naproti tomu u jedinců s posttraumatickou poruchou je tomu naopak, jak ukazují zmíněné zkušenosti s yohimbinem.

Osoby s posttraumatickou stresovou poruchou jsou dnes téměř univerzálně léčení antidepresivy SSRI kategorie. Sexuální dysfunkce jsou u nich častými vedlejšími účinky. Není zde zmínka o atypických antidepresivech, avšak lze zřejmě očekávat, že jejich noradrenalin a dopaminergní efekt může u jedinců, postižených posttraumatickou stresovou poruchou vyvolávat zmíněný idiosynkratický efekt, typický pro yohimbin.

Jaroslav Zvěřina

Poruchy lubrikácie u ženy a ich liečba

Michal Chovanec¹, Petra Vrzáčková², Pavel Turčan³, Petr Weiss⁴

FF UK Praha¹; Ambulancia klinickej a dopravnej psychológie Považská Bystrica¹

Gynekologicko-pôrodnická klinika VFN a 1. LF UK, TH klinika Praha²

Centrum MEDIOL, s.r.o., Ordinance sexuologie a andrologie Olomouc³

Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK Praha⁴

Súhrn

Poruchy lubrikácie sú častou sexuálnou dysfunkciou u žien a spôsobujú somaticko-psychologický diskomfort, ktorý môže viesť až k rozvinutiu ďalších sexuálnych dysfunkcií u žien (dyspareunia alebo algopareunia). Zlyhanie genitálnej odpovede sa v porovnaní s mužmi dá veľmi ľahko a jednoducho odstrániť použitím lubrikačného gélu. Dôležité je použiť ten správny, k čomu majú príspeť informácie z článku.

Kľúčové slová: zlyhanie genitálnej odpovede, druhy lubrikačných gélov.

Úvod

Sexom a vôbec všetkým, čo ho sprevádza, sme až priveľmi zaujatí. Na jednej strane je zdrojom našich najintenzívnejšie prežívaných radostí, na druhej strane nám často v živote spôsobuje ťaživú a zničujúcu mizériu (Diamond, 1999).

Vaginálna lubrikácia je prirodzená schopnosť zvlhčenia vagíny (pošvy) a pošvovej sliznice, ktorá redukuje trenie počas súložie. V určitých fázach života ženy a v rámci niektorých ochorení a ich liečby môže dôjsť k poruche tvorby lubrikačnej tekutiny a tým k suchosti vagíny. Nedostatočná vlhkosť pošvového vchodu a sliznice je príčinou vzniku dyspareunií (F52.6), ktoré môžu vážne ohroziť sexuálny život ženy a jej partnera, čím sa môže zásadne poškodiť ich vzájomný sexuálny život. Lubrikačné gély sú voľne predajné prípravky, ktoré môžu podstatným spôsobom zvýšiť kvalitu sexuálneho života.

Lubrikačná tekutina

Lubrikačná tekutina sa skladá z vody, pyridínu, močoviny, skvalenu, kyseliny octovej, kyseliny mliečnej, komplexu alkoholov a glykolov, ketinov a aldehydov. Tekutina sa môže líšiť hustotou, charakterom, farbou

Summary

Insufficient lubrication is one of the frequent sexual problems in women. It can cause psychophysical discomfort and help to develop other sexual dysfunctions (mainly pain syndrome during sexual activities). Contrary to treatment of male arousal dysfunction, therapy of insufficient lubrication is much more easier to deal – with the use of lubricant. The important fact is to use the right one, and the aim of this article is to give enough information to help with the choice.

Keywords: Female sexual arousal disorders, Lubricants and moisturizers gels.

a vôňou, v závislosti od sexuálneho vzrušenia, obdobia menštruačného cyklu, prítomnosti infekcie, genetických faktorov a diéty (Vrzáčková, 2012).

Poruchy lubrikácie, zlyhanie genitálnej odpovede (F52.2)

Genitálna porucha sexuálneho vzrušenia sa prejavuje nedostatočnými prejavmi genitálneho vzrušenia. Subjektívne (psychogénne) pocity vzrušenia môžu byť zachované, ale pri akejkoľvek forme (genitálnej - negenitálnej) stimulácie nedochádza k adekvátnej vaginálnej lubrikácii. Žena nepociťuje zdureníe či zvlhčenie genitálu, pričom subjektívne pohlavné vzrušenie býva v rámci negenitálnej stimulácie zachované. Okrem iného, rozlišujeme ešte kombinovanú subjektívnu a genitálnu poruchu sexuálneho vzrušenia, pri ktorej ide o absenciu pocitu sexuálneho vzrušenia (excitácia a rozkoš), pri akomkoľvek druhu sexuálnej stimulácie a súčasne nedochádza k prejavom sexuálneho vzrušenia v oblasti genitálu, resp. insuficientná lubrikácia a prekrvenie (Pastor, 2012).

Žena so zníženou lubrikáciou sa bude typicky sťažovať na suchosť vagíny alebo na diskomfort počas súložie.

„U ženy nedochádza ani počas kvalitnej sexuálnej stimulácii k lubrikácii a k vytvoreniu orgazmickej

manžety (Raboch, 2006, s. 156).“

Šrámková (2013, s. 47) definuje poruchu vzrušivosti, ktorá sa u „žien prejavuje nedostatočnou vaginálnou lubrikáciou a môže sa objavovať v kombinácii so stratou sexuálnej apetencie a vtedy hovoríme o frigidite.“

Medzinárodný prieskum sexuálnych dysfunkcií urobený v 29 krajinách ukazuje, že prevalencia problémov s lubrikáciou je v rozpätí od 18,4% do 38,2% v závislosti od regiónu (severná Európa 18,4%, južná Európa 16,1 %). Navyše, so zvyšujúcim sa vekom sa problém s lubrikáciou zvyšuje (Laumann a kol., 2005; Kirana, 2012).

Subpopulácia lesbických žien rieši problémy s lubrikáciou oproti heterosexuálnym ženám pomerne menej často. Nie že by sa u nich problémy s lubrikáciou nevyskytovali, ale vďaka tomu, že lesbické ženy majú v rámci sexuálneho uspokojenia k dispozícii širší repertoár nepenetračných praktík, nepredstavuje porucha lubrikácie v sexuálnom uspokojení až takú neprekročiteľnú bariéru (Makkadon a kol., 2007; Turčan, 2015).

Na posúdenie problému s lubrikáciou uvádzame dve štúdie, ktoré boli zamerané na riešenie problémov sexuálneho vzrušenia. V týchto štúdiách bola prevalencia sexuálneho vzrušenia závislá od problémov s lubrikáciou (tab. č. 1).

Tabuľka č. 1 – Prevalencia žien uvádzajúcich poruchu vzrušenia a poruchy lubrikácie (Bancroft a kol., 2003; Dunn a kol., 1998)

| štúdiá | poruchy vzrušenia | poruchy lubrikácie |
|----------|-------------------|--------------------|
| Bancroft | 12,20 % | 31,20 % |
| Dunn | 17 % | 28 % |

Ďalšia štúdiá ukázala, že 12% žien uvádza problémy s lubrikáciou a 63% z týchto žien to považuje za problém (Fugel-Meyer, K. a Fugel-Meyer, A., 2002).

V longitudinálnom výskume (Weiss a Zvěřina, 2013) na reprezentatívnej vzorke českej populácie žien (N = 1000) malo problém s nedostatočným zvlhčením vagíny v roku 2013 štyridsaťpäť respondentiek, t. j. 70,1% z tých, ktoré uviedli, že trpia sexuálnou poruchou. Výskyt problémov s nedostatočným zvlhčením vagíny v jednotlivých rokoch longitudinálneho výskumu zobrazuje tab. č. 2.

Tabuľka č. 2 – Nedostatočné zvlhčenie genitálu (Weiss a Zvěřina, 2013)

| nedostatočné zvlhčenie vagíny | roky | | |
|-------------------------------|------|------|------|
| | 2004 | 2009 | 2013 |
| áno N* | 45 | 108 | 45 |
| % | 43 | 54,3 | 70,1 |
| nie N* | 60 | 91 | 19 |
| % | 57 | 45,7 | 29,9 |

N* - počet respondentiek

Príčiny porúch lubrikácie

Organické príčiny

Miechové lézie, ochorenia CNS alebo periférneho nervového systému sú príčinou rôznych sexuálnych dysfunkcií. Považujeme za potrebné podotknúť, že pri inkompletnom spinálnom poškodení sú sexuálne cítenie a vaginálna lubrikácia zachované.

S nedostatočnou lubrikáciou sa môžeme stretnúť pri nízkej sexuálnej vzrušivosti (frigidita, nedostatočne prežívaná sexuálna slasť, F52.11), ktorú, okrem iného, sprevádza problém s dosiahnutím a udrжанím dostatočnej tumescencie genitálu (Zvěřina, 2003).

Ďalšiu podstatnú skupinu tvoria ženy trpiace diabetom, u ktorých je častá porucha lubrikácie ako dôsledok mikroneuropatie a vaskulopatie (Bitzer a Alder, 2009). Diabetičky s autonómnou urogenitálnou neuropatiou a endoteliálnou dysfunkciou môžu mať problémy s dosiahnutím vazokongescie pošvy, lubrikáciou a orgazmom (Šrámková, 2010).

Estrogény zohrávajú významnú úlohu v riadení ženských sexuálnych funkcií, a preto insuficiencia estrogénu sa výraznou mierou podieľa na nedostatočnej lubrikácii vagíny (Stárka, 2010).

Čiastočná alebo úplná strata lubrikácie môže byť zapríčinená gestagénou kontracepciou, ktorá má inhibujúci vplyv na sexualitu, čo sa prejavuje zníženým libidom alebo poruchami lubrikácie. V štúdiách zaoberajúcimi sa výskumom sexuality onkologických pacientok sa opisuje zníženie sexuálnej túžby, orgazmického prežitku a poruchy sexuálneho vzrušenia (lubrikácie). Podľa etiológie môžeme dyspareuniu zaradiť do skupiny sexuálne príčiny v užšom zmysle slova – poruchy lubrikácie a túžby. Vaginálne operácie spravidla nemajú následný negatívny vplyv na ženský sexuálny život. Ak sa však po nich vyskytnú komplikácie, potom ide najmä o: poruchy lubrikácie, dyspareuniu, vaginizmus a iné (Pastor, 2010). Nádor a dôsledky onkologickej terapie vedú u ženy k pocitom nízkej sexuálnej atraktivity a zníženému záujmu o sex, negatívne ovplyvňujú frekvenciu sexuálnych stykov, sexuálneho vzrušenia a lubrikáciu i dosiahnutie orgazmu (Šrámková, 2013).

Hormonálna zmena v popôrodnom období sa prejaví v morfológických a funkčných zmenách so zhoršenou lubrikáciou vagíny a zmenou zloženia pošvového sekrétu (Líbalová, 2010).

Sekundárna dyspareunia a algopareunia u žien v menopauze môže byť spôsobená karenciou estrogénov, ktoré znižujú trofiku pošvových stien a úroveň lubrikácie (Zvěřina, 2010).

Sexuálny život pacientiek s roztrúsenou mozgovou sklerózou je poznačený inhibíciou sexuálneho záujmu, poruchami lubrikácie, poruchami orgazmu a parestéziou genitálu (Zvěřina, 2010).

Stómia môže byť dôvodom poruchy lubrikácie nielen z organického dôvodu, ale aj psychogénnym vplyvom, a to je spôsobené tým, že ženy vnímajú viac fyzický hendikep daný stómiou. Znížená lubrikácia sa objavuje aj po ovarektómii („kastrácia ženy“) pred menopauzou (iatrogénna menopauza) (Šrámková, 2010).

Na konci tejto časti spomenieme paradox, ku ktorému dochádza pri syndróme strateného penisu (syndrome of the lost penis). Objemná vagína neposkytuje penisu dostatočnú treciu a stimulačnú plochu, a tým sa môže spolupodieľať na poruchách erekcie u muža. K podobnému fenoménu môže dochádzať u žien s nadmernou lubrikáciou.

Senescencia je prirodzeným a ireverzibilným dejom v živote každého človeka a u žien je spojená s úbytkom estrogénov. Okrem iného (atrofia kože a slizníc, atrofia labia majora a minora, čiastočná strata pubického ochlpenia) sa pri pohlavnom vzrušení znižuje spontánna lubrikácia (u mladých žien dochádza k pošvovému zvlhčeniu do 10 – 30 s. od začiatku účinnej pohlavnej stimulácie, zatiaľ čo u starších žien to môže trvať 1 – 3 min.), ktorá vo vyššom veku niekedy úplne vymizne (Pastor a Uzel, 2010). Involúcia je sprevádzaná zníženou troficitou pošvy, problémami s lubrikáciou, atrofiou vaječníkov a inými negatívnymi ireverzibilnými prejavmi (Šrámková, 2010).

Esposito a kol. (2007) sledovali sexuálne funkcie 52 obéznych žien a 66 žien kontrolného súboru s normálnou váhou. Skóre sexuálnych funkcií bolo signifikantne nižšie u obéznych žien a negatívne korelovalo s MBI v položkách vzrušenia, dosiahnutej lubrikácie, orgazmu a satisfakcie.

Liečba afektívnych porúch a porúch nálady antidepressívami, a to predovšetkým skupinou SSRI, má negatívny vplyv na sexuálne funkcie v zmysle porúch lubrikácie a dosiahnutím orgazmu (Žourková, 2010).

Alkohol u žien môže mať premenlivý vplyv na aktivitu a vzrušenie, čo môže súlož skomplikovať a zneprijemniť, a to predovšetkým pre nedostatočnú lubrikáciu. Heroín má rovnako inhibujúci vplyv na ženskú lubrikáciu genitálu (Justinová, 2010).

Psychogénne príčiny

Psychologický komponent je dôležitý pri etiológii všetkých ženských sexuálnych dysfunkcií, pretože emotivita má rozhodujúcu úlohu. Väčšina žien potrebuje pri realizácii súlož väčšiu alebo menšiu (v závislosti od ženy) citovú zainteresovanosť k svojmu partnerovi. Rokmi overenou skutočnosťou je, že kvalita porozumenia a bežná komunikácia sa premietajú do sexuálneho života.

Aging female

V období laktácie a menopauzy dochádza k poklesu hladín estrogénov, ktoré môžu viesť k pošvovej atrofií a s ňou spojenou suchosťou a krehkosťou vagíny. Obdobne je tomu u pacientiek, ktoré podstupujú radikálnu hysterektómiu pre včasné štádium karcinómu krčka maternice. V ich prípade dochádza k porušeniu autonómnej inervácii vaginálnych plexov, čo má za následok insuficientnú transsudáciu tekutiny do vagíny počas sexuálneho vzrušenia. Pokiaľ je súčasťou operácie (u premenopauzálnych žien) tiež bilaterálna ovariectómia, negatívny vplyv na pošvovú stenu je umocnený súčasným deficitom estrogénov (Park a kol., 2007).

Je potrebné pripomenúť a zdôrazniť vedľajšie

nežiaduce účinky farmakoterapie, ako sú napríklad niektoré antihistaminiká, anticholinergiká alebo sympatolytiká, ktoré lubrikáciu vagíny znižujú.

Terapia porúch lubrikácie

Najčastejšou sexuálnou dysfunkciou u žien je porucha vzrušivosti. V porovnaní s poruchou mužskej vzrušivosti (erektilná dysfunkcia) je u žien terapeuticky ľahko ovplyvniteľná v porovnaní s mužom, pretože použitím lubrikačného gélu, zakúpeného v lekární alebo v obchode, sa dá problém s lubrikáciou úplne odstrániť, a to za predpokladu, že existuje dostatočná a adekvátna stimulácia. Ak je tomu tak, potom použitie lubrikačných gélov je vysoko indikované (Kirana, 2012). Na druhej strane, samotné lubrikačné gély nedokážu odstrániť problém s insuficientným vzrušením, prekrvením či zdurením pošvy, čím môže dochádzať k bolesti počas penetrácii penisu do vagíny a k nedostatočnému sexuálnemu prežitku. Hroziacim rizikom pri rekurentnej a/alebo chronickej bolesti počas penetrácii penisu do vagíny je vznik algopareunie alebo dyspareunie. Ďalej výsledkom insuficientného sexuálneho prežitku môže byť vyhýbanie sa koitu.

V rámci terapie sa odporúča všetko, čo by partnerovi/partnerom mohlo pomôcť pri navodení erotickej nálady, a tak zlepšiť znížené vzrušenie (napr. vibrátory, ktoré sú v súčasnosti veľmi rozšírené a prinášajú potešenie, dobrodružstvo a môžu aj orgazmus).

Typy lubrikačných gélov – výhody a nevýhody

Lubrikanty môžeme rozdeliť podľa zloženia ich základnej bázy na vodné, olejové a silikónové. Ďalšou skupinou sú gély so spermicídny účinkom, anestetické, análne a špeciálne masturbačné gély (tab. č. 3).

Gély na vodnej báze sú u nás dostupné v lekárnach, drogériách i v erotických obchodoch. Ceny sa pohybujú od niekoľko až po desiatky eur. Sú ľahko zmývateľné a nezanechávajú stopy na bielizni. Ich výhodou je možnosť použiť ich so všetkými typmi vibrátorov, plastových a silikónových erotických pomôcok. Nevýhodou je ich relatívne krátka životnosť po otvorení a krátky účinok (rodidlá sú skoro opäť suché). Možno ich kúpiť v rôznych vôňach a príchutiach.

Gély na olejovej báze majú výhodu v dlhšom čase účinku. Na druhej strane, zanechávajú škvrny na bielizni a ich primárnou nevýhodou je narušenie integrity latexových kondómov, čo znižuje tak ich antikoncepcný, ako aj antiinfekčný účinok.

Gély na silikónovej báze sú dostupné predovšetkým v erotických obchodoch. Môžu sa používať súčasne s kondómami, ich trvanlivosť je minimálne 1 rok, účinok počas sexuálnych aktivít je veľmi trvalý, a to aj pri veľmi malom množstve. Sú bez zápachu a chuti. Nevýhodou je vyššia cena, môžu zanechávať škvrny na bielizni. Rovnako aj olejové gély sa ťažšie zmývajú z pokožky. Niektoré silikónové gély nie je možné použiť so silikónovými erotickými pomôckami, pretože narušujú ich povrch a môžu tak výrobok poškodiť a znehodnotiť.

Tabuľka č. 3 – Rozdelenie a porovnanie lubrikačných gélov na Slovensku a v Českej republike

| báza | výhody | nevýhody | cena €/Kč | prípravky (výrobca) |
|--------------------|--|--|-------------------------------|--|
| vodné | nezanecháva škvry, kompatibilita s kondómami a erotickými pomôckami, bežne dostupný v lekárňach a drogériách | krátky čas účinku | 6,50 – 10 € 70 – 600 Kč | Eros lubricant gel (Megasol UK), Glide liquid pleasure (Megasol UK), Primeros enjoy (Vulkan Intim Brands), M Eros woman liquid aqua based (Megasol UK), Durex play (Durex) |
| olejové | dlhší účinok | nekompatibilný s latexovými kondómami | 3,90 – 17,50 € 70 – 400 Kč | Ty&Já s olejom z čajovníku austrálskeho 100 ml (Dr. Müller PHARMA), Yes lubrikačný gél na báze oleja 75 ml (YES) |
| silikónové | dlhý účinok, malá spotreba, bez chuti a zápachu | zanecháva škvry, nekompatibilný so silikónovými vibrátormi | 8 – 17 € 300 – 1000 Kč | Pjur original 100 ml (pjur), M Eros bodyglide 100 ml (Megasol), M Eros Anal silicone 100 ml (Megasol), M Eros woman liquid silicone based 100 ml (Megasol UK) |
| spermicídne | antikoncepčný, antibakteriálny, antiviroidný | prísne dodržanie návodu na použitie | 7 – 10 € 66 – 250 Kč | Pharmatex globule, krém (Pharmatex) |

Spermicídne gély a krémy sú prípravky, ktoré obsahujú účinnú látku 9-nonoxynol. Táto chemická látka vytvára v géli prekážku, ktorá spermie inaktivuje a zabíja. Pre pomerne vysoký Pearllov index (3 – 21) je nutné túto metódu kombinovať s inou formou bariérovej kontracie, napr. s kondómom.

Nová generácia spermicídnych gélov obsahuje účinnú látku benzalkonium-chlorid, ktorého spoľahlivosť je porovnateľná s perorálnou antikoncepciou. Pre dobrý účinok je potrebné dodržiavať návod na použitie! Tieto prípravky majú navyše výhodu v pridanej hodnote (schopnosti) pôsobiť antibakteriálne a antivirotický (Vrzáčková, 2012). Forma gélu alebo krému pozitívne ovplyvňuje vlhkosť pošvovej sliznice. Nevýhodou spermicídnych gélov je pomerne veľké množstvo prípravku v jednej dávke – tzv. „syndróm strateného penisu“ opísaného vyššie v časti Príčiny porúch lubrikácie – Organické príčiny.

Kde nakupovať a ako vybrať lubrikačné gély?

Na Slovensku a v Českej republike možno zakúpiť lubrikačné gély v lekárňach, drogériách, erotických a internetových obchodoch. Podľa našej skúsenosti cena pozitívne koreluje s kvalitou. Lacné gély na vodnej alebo olejovej báze sa väčšinou netešia veľkému úspechu, pretože nie je príjemná ich konzistencia, zápach alebo chuť, navyše olejové prípravky nemožno užívať s latexovými kondómami. Pri lacných géloch je často nepraktické balenie v tubách, pri ktorých sa pri pokuse o vytlačenie gélu získa viac, ako sa spotrebuje. Silikónové gély sa javia ako najvhodnejšie, i keď

počiatočná investícia je vyššia v porovnaní s vodnými alebo olejovými. Ďalej je potrebné vyzdvihnúť fakt, že silikónové gély je nutné používať skutočne v malom množstve, takže počiatočná investícia nie je taká vysoká vzhľadom na dĺžku používania. Spermicídne gély sú vhodným variantom u pacientok, ktoré nechcú iné formy hormonálnej antikoncepcie, ich sexuálny život je občasný a zároveň sa s ich použitím aspoň čiastočne zníži riziko pohlavných infekcií. Problémom, ktorý má veľa našich pacientok, je nákup v erotických obchodoch, ktoré sú i v dnešnej dobe pre nich tabu. V takýchto prípadoch odporúčame používať internetové obchody, kde objednávka príde v nenápadnom obale a nie je potrebná intrapsychická tenzia plynúca z hanby v „kamennom“ obchode.

Dotazník na zistenie porúch lubrikácie

Na posúdenie sa používa sebaopisovacia škála Index sexuálnej funkcie ženy (Female Sexual Function Index – FSFI). Ide o 19-položkový klinický dotazník, ktorý diskriminuje medzi klinickou a neklínickou ženskou populáciou. Bol navrhnutý ako krátka multidimenzionálna introspektívna škála na posúdenie sexuálnych domén (funkcií) ženy a kvality ich života v klinických skúškach a v epidemiologických štúdiách. Ľahko sa administruje, má široký vekový záber vrátane postmenopauzálnych žien. Dotazník sa používa bežne a môžeme ním okrem vzrušenia a lubrikácie posúdiť aj túžbu, orgazmus, všeobecnú spokojnosť a bolesť. V roku 2000 bol validizovaný. Štyri položky z dotazníka sú skórované od 5 do 1 a zvyšných 15 položiek od 0

do 5, pričom 0 znamená bez sexuálnej aktivity za posledný mesiac, resp. 4 týždne. Respondentka si vyberie z možností a označí ju. Jednotlivé skóre pre jednotlivé domény (túžba, vzrušenie, lubrikácia, orgazmus, všeobecná spokojnosť a bolesť) sú získané pridaním skóre jednotlivých položiek, ktoré tvoria doménu a násobením súčtu faktorom domény podľa tabuľky – napríklad: ot. 1 a 2 majú skóre od 1 do 5, tak sa to spočíta, pričom min. je 2 a max. 10. Potom vynásobíme faktorom z tabuľky, ktorý je uvedený pre danú doménu – čo je v tomto prípade 0,6. Teda, keby pacientka uviedla skóre pri oboch otázkach 1, súčet je 2 a $2 \times 0,6 = 1,2$, t. j. minimálne skóre. Maximálne skóre pre otázky 1 a 2 je $10 \times 0,6 = 6$. V ostatných doménach dotazníka sa postupuje rovnako. Následne sa jednotlivé skóre zapíše ku každej doméne a spočítajú sa. Ak je celkové skóre $\leq 26,55$, je to klasifikované ako ženská sexuálna dysfunkcia (Rosen a kol., 2000; Meston, 2003; Wiegel a kol., 2005; Kirana a kol., 2013).

Farmakoterapia porúch lubrikácie

V rámci farmakoterapie porúch lubrikácie sa používa Phentolamin (40mg je bezpečný a dobre tolerovaný), ktorý je nešpecifický β^1 - a β^2 - adrenergny antagonist, ktorý spôsobuje relaxáciu hladkej svaloviny a ciev. V experimentoch, kontrolovaných pletyzmografiou, sa potvrdzuje čiastočné zlepšenie vaginálneho prekrvenia a lubrikácie (Rosen a kol., 1999).

Z lokálnych prostriedkov sa dá použiť, hlavne u žien v období menopauzy a u žien so zníženou hladinou estrogénov (dojčenie, gestagénna antikoncepcia), topická liečba estrogénmi vo forme estrogénových masť, krémov alebo čípkov, ale je možné použiť aj prostriedky, ktoré radíme medzi parafarmaceutiká, napríklad lokálne aplikovaný gél s fytoestrogénmi či prípravkami s kyselinou hyaluronovou (Turčan, 2011).

Terapia porúch lubrikácie mechanickými prostriedkami

Okrem bežných erotických pomôcok sem môžeme zaradiť Eros Therapy™ (*Eros clitoral therapy device*). Skladá sa z klobúčiku, ktorý sa prikladá na klitoridálnu oblasť. Prostredníctvom vákua, vytvoreného pumpičkami napájanými cez batérie, sa vytvorí v klobúčiku podtlak. Výsledkom by malo byť zvýšenie krvného prietoku tkaninou klitorisu, očakáva sa vyššia senzitivita a lubrikácia, lepšie dosiahnutie orgazmu a sexuálna satisfakcia. Využíva sa na individuálny pravidelný nácvik, a aj na navodenie vzrušenia priamo pred súložou (Kratochvíl, 2008; Kirana, 2012).

Psychoterapia porúch lubrikácie

Sexuálna terapia je komplexný psychoterapeutický prístup k liečbe funkčných sexuálnych porúch. Vychádza z práce Mastersa a Johnsonovej (1970), ďalej rozvinutý Kaplanovou (1974 a 1979) a následne ďalšími autormi. Terapia sa orientuje na priame a rýchle odstránenie symptómu pri spoločnej terapeutickú práci s manželskou alebo partnerskou dvojicou, ktorá od terapeuta dostáva sériu na seba nadväzujúcich úloh a ktoré

s terapeutom preberajú (jednotlivé úlohy a pocity z nich). Týmto postupom sa dosahuje otvorená komunikácia (o prianiach, pocitoch a s tým súvisiace uvoľnenie tenzie), funkcionálny tréning (postupný tréning narušenej funkcie s nachádzaním a využitím čo najúčinnnejšie pôsobiacich sexuálne stimulujúcich faktorov) a desenzibilizácia in vivo (Kratochvíl, 2008).

Pri poruchách lubrikácie sa odporúča: 1. dlhšia predohra, aby sa mohli dostatočne rozvinúť prípravné pochody vedúce k oroseniu pošvových stien a transudát sa dostal v dostatočnom množstve až do pošvového vchodu, 2. eliminácia možných negatívnych psychických (negatívne emócie, napr.: strach z gravidity, z prichytenia či odhalenia a iné) vplyvov (Kratochvíl, 2008).

Vo všeobecnosti sa ďalej môže použiť kognitívna terapia a behaviorálne cvičenia. Táto kombinácia vedie k zlepšeniu subjektívneho sexuálneho vzrušenia a k zlepšeniu fyzického sexuálneho vzrušenia (Kirana, 2012; Kirana a kol., 2013).

Záver

Sexuálne funkcie patria medzi základné súčasti kvalitného života. Lubrikácia pošvy slúži ako prirodzená ochrana pošvovej sliznice a je základným predpokladom bezbolestného pohlavného styku. Podľa subjektívneho názoru žien dostatočná lubrikácia vagíny zvyšuje vzrušivosť a celkový pôžitok počas sexuálneho dráždenia. Rovnako to je aj u mužov, ktorí môžu pri použití vhodného (ideálne silikónového) gélu zvýšiť citlivosť glans penis, predovšetkým v prípadoch retardovanej ejakulácie. Ošetrojúci lekár by mal aktívne pátrať po dyspareunii a problémoch so vzrušivosťou. Ak sa vyskytnú, mal by situáciu adekvátne riešiť, a to nielen predpisom vhodnej systémovej alebo lokálnej hormonálnej substitúcie, ale tiež odporúčaním voľne predajných lubrikačných gélov. Napokon, lubrikačný gél je vhodnou a hlavne príjemnou pomôckou pri sexuálnych hrách, a to aj bez indikácie.

Literatúra

- BANCROFT, J., JOFTUS, J. LONG, S. 2003. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav 2003; 32:193-208
- BITZER, J., ALDER, J. 2009. Diabetes and female sexual health, Women's Health (Lond Engl) 2009 , Nov;5(6):629-36
- DIAMOND, J. 1999. Prečo máme radi sex? Evolúcia sexuality. ARCHA s.r.o., Bratislava. s. 163. ISBN 80-7115-150-5
- DUNN, K., CROFT, P., HACKETT, G. 1998. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Fam Pract 1998; 15:519-524
- ESPOSITO, K., CIOTOLA, M., GIULIANO, F.,SCHISANO, B. 2007. Association of body weight with sexual function in woman. J Impot Res 2007; 19(4): 353 – 357
- FUGEL-MEYER, K., FUGEL-MEYER, A. 2002. Sexual

- disabilities are not singularities. *Int J Impot Res* 2002;14:487493
- JUSTINOVÁ, J. 2010. Vplyv psychoaktívnych látok na sexualitu. In: WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8
- KIRANA, E. 2012. Female sexual arousal disorder (FASD). In: PORST, H., REISMAN, Y. a kol. 2012. *The ESSM Syllabus of Sexual Medicine*. Amsterdam, second edition, p. 1223. ISBN 978-94-91487-02-6
- KIRANA, P., S., TRIPODI, F., REISMAN, Y., PORST, H. a kol. 2013. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*. first edition, p. 1365. ISBN/EAN 978-94-91487-10-1
- KRATOCHVÍL, S. 2008. *Sexuální dysfunkce*. Grada Publishing, 3. doplněné a aktualizované vyd., Praha, 2008. s. 304. ISBN 978-80-247-8
- MAKKADON, H.J., MAYER, K.H., POTTER, J., GOLDHAMMER, H. *The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health*. 2007. Philadelphia, p. 526, ISBN 978-1-930513-95-2
- MESTON, C., M. 2003. Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther.* 2003;29:39-46
- LAUMANN, E., O., NICOLOSI, A., GLASSER, D., B., PAIK, A., GINGELL, C., MOREIRA, E., WANG, T., GSSAB Investigathors' Group. 2005. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17:39-57
- LÍBALOVÁ, Z. 2010. *Sexualita v těhotenství a v laktaci*. In: WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8
- PARK, SY., BAE, DS., NAM, JH a kol.. 2007. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with general population. *Cancer* 2007 110:2716- 25
- PASTOR, Z. 2010. *Sexuologická problematika v gynekologii*. In: WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8
- PASTOR, Z. 2012. *Ženské sexuální dysfunkce*. In: TURČAN, P., POKORNÝ, P., FAIT, T. a kol. 2012. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Maxdorf, Praha, 1. vyd., s. 437. ISBN 978-80-7345-291-9
- ROSEN, R., C., PHILLIPS, N., A., GENDRANO, N., C., FERQUSON, D., M. 1999. Oral phentolamine and female sexual arousal disorder: a pilot study. *J Sex Marital Ther.*; 1999, 4-6; 25(2): 137-144.
- ROSEN, R., BROWN, C., HEIMAN, J., LEIBLUM., S., MESTON, C., SHABSIGH, R., FERGUSON, D., D'AGOSTINO, R. 2000. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multi-dimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*; 2000, 26:191-208
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. TRITON, Praha, 4. vyd., s. 211. ISBN 80-7254-746-1
- STÁRKA, L. 2010. *Hormony se vstahem k sexuálním funkcím*. In: WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8
- ŠRÁMKOVÁ, T. 2010. *Sexualita handicapovaných*. In: WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8
- ŠRÁMKOVÁ, T. 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. 2013. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 216. ISBN 978-80-247-4453-7
- TURČAN, P. 2011. *Vaginální dysmikrobie*. In: FAIT, T., SLÍVA, J. a kol. 2011. *Volně prodejné přípravky v gynekologii*. Pordobný průvodce pro lékaře a farmaceuty. Maxdorf. Praha. s. 266. ISBN 978-80-7345-250-6
- TURČAN, P. 2015, *Specifika lékařské péče o lesbické ženy*. *Česká gynekologie*; 2015, 80(2):104-114
- VRZÁČKOVÁ, P. 2012. *Lubrikačné gely*. In: TURČAN, P., POKORNÝ, P., FAIT, T. a kol. 2012. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Maxdorf, Praha, 1. vyd., s. 437. ISBN 978-80-7345-291-9
- WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2013. *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. Praha
- WIEGEL, M., MESTON, C., ROSEN, R., C. 2005. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31:1-20
- ZVĚŘINA, J. 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno, Akademické nakladatelství Cerm, vyd. 1, s. 287. ISBN 80-7204-264-5
- ZVĚŘINA, J. 2010. *Sexuální dysfunkce*. In: *Sexuologie*, 2010. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 387 - 416. ISBN 978-80-247-2492-8
- ŽOURKOVÁ, A. 2010. *Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů*. In: WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Grada Publishing, 1. vyd., Praha. s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8

Kontaktná adresa:
michal.chovanec@gmail.com

Správy

III. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ SEXUOLOGIE ČGPS ČLS JEP

Proměny ženské sexuality v posledních desetiletích

Kongresové centrum Floret, Průhonice | 17. 10. 2015

Prejav psychologických charakteristík pri sexuálnych dysfunkciách v MMPI-2

**Robert Máthé, Ivana Bledá, Martin Jakubek,
Jana Štefániková**

Katedra psychológie FF UK, Bratislava

Súhrn

Práca sa zaoberá obrazom sexuálnych dysfunkcií v psychodiagnostickej metóde MMPI-2. Podáva prehľad o využiteľnosti tejto diagnostickej metódy pri posudzovaní sexuálnych dysfunkcií, ako aj sumarizáciu výskumných zistení zahraničných aj slovenských autorov v danej súvislosti. Prináša výsledky z komparácie vzorky 69 osôb so sexuálnymi dysfunkciami s bežnou populáciou, vyzdvihujúc určité diferencie v osobnostných charakteristikách mužov so sexuálnou dysfunkciou s poukazom na odraz týchto odlišností v jednotlivých škálach MMPI-2. Dosaiahnuté výsledky svedčia tiež o diferenciacnom potenciáli MMPI-2 medzi erektilnou dysfunkciou a predčasnou ejakuláciou. Výsledky poskytujú dôležité informácie prehlbujúce poznanie psychiky najmä mužov so sexuálnymi dysfunkciami využiteľné v diagnostickej aj terapeuticko-praxi.

Kľúčové slová: MMPI-2, sexuálne dysfunkcie, erektilná dysfunkcia, predčasná ejakulácia, osobnosť mužov so sexuálnymi dysfunkciami.

Úvod

Sexuálne dysfunkcie majú podstatný vplyv na osobnosť a prežívanie človeka, vyvolávajú množstvo psychických ťažkostí a narušajú kvalitu života. Okrem toho sú nezriedkavým priamym prejavom psychických aj somatických porúch a rôznych problémov v živote človeka. Na diagnostikovanie tohto súboru psychických korelátov sexuálnej dysfunkcie sa javí mimoriadne vhodná psychodiagnostická metóda – Minnesotské multifaktoriálne osobnostné inventórium (MMPI-2).

MMPI-2 je psychodiagnostická metóda, ktorá slúži na zisťovanie psychických porúch a poskytuje obsiahle informácie o osobnostných charakteristikách vyšetrovanej osoby. Využíva sa v najrozličnejších psychologických oblastiach a hoci nebola vyvinutá špeciálne na skúmanie či diagnostikovanie osôb so psychosexuálnymi problémami, je možné použiť ju aj

Summary

Article focuses on sexual dysfunctions and its correlates in Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2. Results of a number of domestic and foreign research articles are discussed and the utility of MMPI-2 in assessment of sexual dysfunctions is presented. A group of 69 men and women with sexual dysfunctions were compared to a normative group, focusing on a number of differences in personality characteristics of men with sexual dysfunctions reflected in specific MMPI-2 scales. The results provide useful information for differential diagnosis of erectile dysfunction and premature ejaculation. Further aspects regarding personality characteristics of men with sexual dysfunctions are presented and provide useful information for clinical psychologists and therapists.

Keywords: MMPI-2, Sexual dysfunctions, Erectile dysfunction, Premature ejaculation, Personality characteristics of men with sexual dysfunctions.

na tieto účely (Máthé, 2007). MMPI-2 dnes patrí medzi jeden z najpoužívanejších a najviac preskúmaných psychodiagnostických inštrumentov hodnotiacich psychopatológiu a osobnostné črty na svete (Ben-Porath, 2006). Na Slovensku sa spočiatku MMPI používalo neštandardne na základe neoficiálnych prekladov s nemeckými alebo maďarskými normami, neskôr sa začala používať česká verzia s českými normami (Máthé, 2007). V súčasnosti sa dokončila aj slovenská štandardizácia testu – o jej čiastkových výsledkoch na viacerých fórach referovali Máthé a Štefániková, okrem iných aj s označením tejto metódy za test primárnej voľby v rutínnej praxi v oblasti klinickej psychológie (Máthé, Štefániková, 2013).

Hoci MMPI-2 je dobre preskúmané v mnohých aspektoch klinického posudzovania, dostupná literatúra nepodáva vyčerpávajúci pohľad na rolu MMPI-2 pri posudzovaní osôb so sexuálnymi dysfunkciami. Väčšina štúdií sa zaoberá skôr etiológiou a nie vzťahom medzi

osobnosťou, prežívaním a sexuálnymi dysfunkciami. MMPI-2 sa pritom môže podľa nášho názoru využiť aj na zistenie, či sa sexuálne dysfunkcie vyskytujú nezávisle, alebo komorbidne s inými psychickými poruchami, ako napríklad s depresiou, úzkosťou alebo ako symptómom poruchy osobnosti, či inej psychiatrickej diagnózy (pozri napr. Šedivá, 2013). Je nevyhnutné, aby terapeut zväžil túto možnosť pred začatím sexuálnej terapie vzhľadom na fakt, že pri väčšine psychických porúch sa spravidla sekundárne objavujú špecifické zmeny sexuálnej reaktivity, zároveň sexuálne dysfunkcie môžu mať etiopatogénny vplyv, teda môžu spätne vyvolať viac alebo menej závažné problémy v oblasti duševného života.

Je nesporné, že nie je vhodné založiť diagnózu sexuálnej dysfunkcie iba na základe výsledkov tejto metódy. Po hlbšom preskúmaní problematiky by však MMPI-2 mohlo pomôcť odhaliť určité špecifické zmeny osobnosti pacientov so sexuálnou poruchou a poukázať na prítomnosť charakterových črt alebo psychopatológie, ktoré by mohli súvisieť s určitou sexuálnou poruchou. MMPI-2 by mohlo teda slúžiť na odhalenie prítomnosti sexuálnych problémov, ktoré klient zamlčal. Môže sa cítiť nekomfortne alebo zahanbene rozoberaním alebo priznaním jeho sexuálnych problémov. Z toho dôvodu by mohli byť informácie o osobnosti jedinca so sexuálnou poruchou získané prostredníctvom MMPI-2 významné pre lepšie pochopenie a diagnostikovanie problému.

MMPI-2 umožňuje zoskupovanie symptomatických odpovedí do okruhov, na ktoré sa problémy vyšetrovanej osoby viažu, pričom medzi tieto okruhy (kritické položky) patria aj problémy v oblasti sexuálneho života a deviantná sexualita. Dáta doplnené dôkladným klinickým interview môžu poskytnúť hlbšie porozumenie problému a cenné, v terapii užitočné informácie o pacientoch.

Poskytuje informácie o motivácii, postojoch, obranných mechanizmoch a skrytých symptómoch, o ktorých klient nechce hovoriť alebo o nich nevie,

a ktoré sú dôležité pre terapeuta aj klienta (Butcher a Perry, 2008; Graham, 2006). Takéto informácie sú nápomocné pri plánovaní terapie a voľbe vhodných terapeutických postupov. Ako to Máthé a Štefániková (2013) uvádzajú, terapeut sa na základe získaných dát môže zamerať na kritické oblasti prežívania a správania, môže sledovať zmeny v priebehu terapie a objektívne zhodnotiť účinnosť terapie po jej ukončení (napr. zmiernením symptómov, porovnaním s normou), čo pre klienta môže znamenať kvalitnú spätnú väzbu.

Štúdie naznačujúce súvislosť medzi sexuálnymi poruchami a výsledkami v MMPI-2

Hoci MMPI-2 je dobre preskúmaný v mnohých aspektoch klinického posudzovania, je prekvapivo málo literatúry k jeho role v posudzovaní sexuálnych dysfunkcií. Leonard a Dorfman (1996) uvádzajú, že väčšina tejto literatúry sa zaoberala určením etiológie mužských sexuálnych porúch, teda či ide o psychogénnu, alebo biogénnu poruchu. Niekoľko štúdií sa však venuje aj významnému spojeniu medzi profilom MMPI a typom sexuálnej poruchy.

Tieto štúdie majú však svoje limity, ktoré obmedzujú ich užitočnosť. Leonard a Dorfman (1996) uvádzajú, že žiadna z nich nebola vykonaná s hlavným zámerom – určiť spojitost medzi sexuálnymi dysfunkciami a MMPI profilom. Mnohé zo štúdií sú zastarané, čo sa odráža v terminológii a klasifikácii diagnóz, ktoré sú obvyklé pre čas, v ktorej boli dáta zozbierané. Niektoré výrazy sú neurčité, nejasné, dokonca možno subjektívne (napr. sexuálna maladjustácia). Ďalším nedostatkom v niektorých štúdiách je veľmi malá vzorka.

Leonard a Dorfman (1996) v tabuľke 1 sumarizujú zistenia z doterajších štúdií a poskytujú súhrn MMPI kódových typov a zvýšených škál, ktoré naznačujú prítomnosť sexuálnych dysfunkcií.

Tabuľka 1 Klinicky odvodené MMPI profily súvisiace so sexuálnymi dysfunkciami

| Profil | | Štúdia |
|--------------------------------|--|--------------------------|
| Vysoká škála 2 (depresia) | u žien, menej heterosexuálnych potrieb | Brown a Goodstein, 1962 |
| Nízka škála 4 (psychopatia) | nízky heterosexuálny pud | Meehl, 1951 |
| Vysoká škála 7 (psychasténia) | genitourinárne ťažkosti | Cantor, 1952 |
| Vysoká škála 8 (schizofrénia) | sexuálna predpojatosť, nymfománia, bizarné sexuálne fantázie, sexuálna zmätenosť | Mello a Guthrie, 1958 |
| 13/31 (hypochondria, hystéria) | nedostatočný sexuálny pud | Halbower, 1955 |
| 23/32 (depresia, hystéria) | „frigidita“, impotencia, sexuálna neprispôsobenosť | Butcher a Williams, 1992 |
| | u žien - sexuálna dysfunkcia | Greene, 1991 |
| | u žien - história sexuálnej „frigidity“ a manželské ťažkosti | Guthrie, 1949 |
| 24 (depresia, psychopatia) | symptómy sexuálnych problémov | Anderson a Bauer, 1985 |

| Profil | | Štúdia |
|--|--|--|
| 27/72 (depresia, psychasténia) | trápenie zo sexuálnych konfliktov | Guthrie, 1949 |
| 34/43 (hystéria, psychopatia) | manželské ťažkosti a sexuálna neprispôsobenosť | Guthrie, 1949 |
| 57/75 (maskulinita –feminita, psychasténia) | interpersonálne a/alebo heterosexuálne ťažkosti | Greene, 1991 |
| 58/85 maskulinita –feminita, schizofrénia | sexuálne konflikty | Greene, 1991 |
| | asexualita | Tanner, 1990 |
| 68/86 (paranoja, schizofrénia) | sexuálna predpojatosť | Greene, 1991 |
| 78/87 (psychasténia, schizofrénia) | sexuálna neadekvátnosť | Graham, 1993 |
| | sexuálna neuspokojenosť | Lewak a spol., 1990 |
| 89/98 (schizofrénia/mánia) | nedostatočná sexuálna prispôsobivosť | Butcher a Williams, 1992; Graham, 1993; Duckworth a Anderson, 1995 |
| 94/49 (mánia, psychopatia) | sexuálna neprispôsobivosť, maladjustácia | Guthrie, 1949 |
| 123/321/213 (hypochondria, depresia, hystéria/.../...) | slabý sexuálny pud; nedostatočná heterosexuálna prispôsobivosť | Butcher a Williams, 1992 |
| | nedostatok sexuálneho pudu | Graham, 1993 |
| | nedostatok sexuálnej žiadostivosti, sexuálna averzia | Duckworth a Anderson, 1995 |
| | sexuálne problémy, znížený sexuálny pud | Gilbertstadt a Duker, 1965 |

Aj ďalšie výskumy (Leonard a Dorfman, 1996) dokazujú súvislosť medzi MMPI výsledkami a sexuálnymi poruchami, aj keď pacienti so sexuálnou dysfunkciou dosahovali výsledky na MMPI škálach v rámci normy.

Výskum Stančáka, Safka, Hubovej (1994) poukazuje na zvýšené hodnoty na škálach hypochondrie (1 – Hs) a schizofrénie (8 – Sc) u mužov so sexuálnymi poruchami oproti kontrolnej skupine. Autor predpokladal, že premorbidne schizotýmne osobnosti s pohotovosťou k hypochondrickým reakciám môžu na sexuálny stresor reagovať neuroticky a špecifickými poruchami sexuálnej funkcie.

Uvedené štúdie potvrdzujú, že MMPI-2 by mohlo byť užitočné v rámci zdravotnej starostlivosti o osoby so sexuálnymi dysfunkciami, zároveň však rôznorodé výsledky štúdií demonštrujú, že jeho rola pri posudzovaní týchto osôb zostáva stále nedostatočne definovaná a je potrebné robiť ďalšie výskumy v danej súvislosti.

Realizácia výskumu a výskumná vzorka

Skúmanú vzorku tvoria sexuálne dysfunkční klienti, ktorí od roku 2010 navštívili psychologickú ambulanciu PsyRM, spol. s r. o., v Nových Zámkoch. U všetkých

skúmaných osôb bol vylúčený organický podklad poruchy, klienti sa podrobili verbálnej explorácii problému, zisteniu sexuálnej anamnézy a stanoveniu konkrétnej sexuálnej dysfunkcie. Následne im bol administrovaný dotazník MMPI-2. Výpočet hrubého skóre škál protokolov sa vykonal pomocou počítačového softvéru vytvoreného firmou Hogrefe-Testcentrum.

Kritériami neprijateľnosti protokolu boli nasledujúce podmienky:

viac ako 30 nezodpovedaných položiek, hrubé skóre škály F > 25, Fb > 30, VRIN > 13, TRIN > 13.

Konečná výskumná vzorka pozostáva zo skupiny 51 mužov vo veku od 20 do 56 (s priemerom 35,6), pričom 38 z nich trpí erektilnou dysfunkciou, 9 predčasnou ejakuláciou a 4 zníženou sexuálnou apetenciou; zo skupiny 18 žien vo veku od 21 do 36 (s priemerom 30,3) v zastúpení 10 žien so zníženou sexuálnou apetenciou, 5 s vaginizmom a 3 s anorgazmiou.

Kontrolnú skupinu tvorí normatívna vzorka, zozbieraná od roku 2008 za účelom reštandardizačného procesu MMPI-2 v slovenských podmienkach. Tvorí ju 266 žien a 425 mužov bez psychopatologických príznakov.

Metódy analýzy dát

Pri štatistickom porovnávaní súborov sme kvôli kompatibilite dát pracovali s hrubým skóre, pričom údaje sme spracúvali za pomoci štatistického softvéru IBM SPSS Statistics 20. Pri štatistickej komparácii kontrolnej a dysfunkčnej skupiny mužov a žien sme použili metódu jednovýberového t-testu (*one-sample t-test*), ktorý spočíva v porovnaní „nášho“ výberového priemeru s priemerom populácie, teda s normou.

Pri štatistickom porovnávaní súborov s erektilnou dysfunkciou a predčasnou ejakuláciou sme pracovali s metódou t-test pre dva nezávislé výbery (*Independent samples t-test*). T-test pre nezávislé výbery je všeobecne používaná metóda na vyhodnotenie rozdielu v priemeroch dvoch skupín.

Aby sa dal ale profil interpretovať aj v klinicko-psychologickom kontexte, vytvorili sme profil priemerného T skóre dysfunkčných mužov a žien.

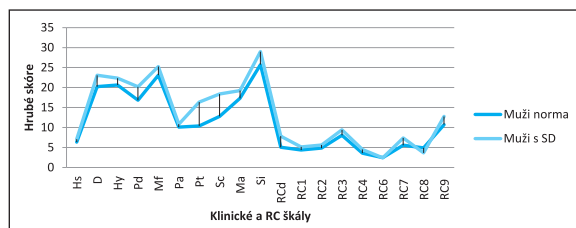
Výsledky

Z výsledkov prezentovaných v tabuľke 2 sme zistili, že muži so sexuálnou dysfunkciou skórovali vyššie ako norma na všetkých klinických a RC škálach (s výnimkou RC6), avšak štatisticky významný rozdiel ($p < 0,05$) sa preukázal na klinických škálach 2 (D), 3 (Hy), 4 (Pd), 5 (Mf), 7 (Pt), 8 (Sc), 9 (Ma), 0 (Si) a na RC škálach RCd, RC3, RC4, RC7, RC8, RC9 v smere vyššieho priemerného skóre pre sexuálne dysfunkčných mužov (graf 1).

Tabuľka 2 Rozdiel v priemernom hrubom skóre na klinických a RC škálach medzi súborom mužov so sexuálnou dysfunkciou a normou

| T- test | Muži norma | Muži s SD | Sig. | T- test | Muži norma | Muži s SD | p |
|---------|------------|-----------|------|---------|------------|-----------|------|
| Hs | 6,34 | 7,06 | ,196 | RCd | 5,04 | 7,82 | ,001 |
| D | 20,22 | 23,06 | ,002 | RC1 | 4,36 | 5,14 | ,097 |
| Hy | 20,64 | 22,35 | ,002 | RC2 | 4,84 | 5,63 | ,085 |
| Pd | 16,82 | 20,18 | ,000 | RC3 | 8,04 | 9,41 | ,007 |
| Mf | 23,08 | 25,25 | ,000 | RC4 | 3,58 | 4,51 | ,031 |
| Pa | 10,09 | 10,84 | ,182 | RC6 | 2,44 | 2,43 | ,986 |
| Pt | 10,40 | 16,35 | ,000 | RC7 | 5,56 | 7,39 | ,005 |
| Sc | 12,80 | 18,37 | ,000 | RC8 | 4,9 | 3,65 | ,005 |
| Ma | 17,30 | 19,25 | ,010 | RC9 | 10,72 | 12,78 | ,003 |
| Si | 25,73 | 29 | ,012 | | | | |

Ak je $p < 0,05$, tak existuje štatisticky významný rozdiel, ak je $p < 0,01$, existuje štatisticky vysokovýznamný rozdiel



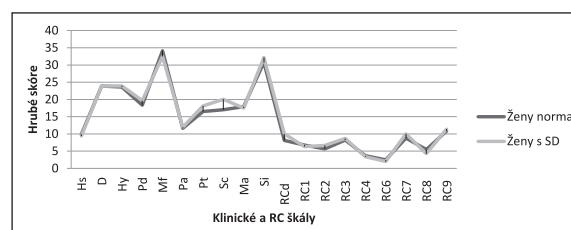
Graf 1 Grafické znázornenie rozdielov na klinických a RC škálach medzi mužmi so sexuálnou dysfunkciou a normou

Čo sa týka súboru žien, z výsledkov prezentovaných v tabuľke 3 sme nezistili štatisticky významný rozdiel na žiadnej z klinických a RC škál medzi skupinou žien so sexuálnou dysfunkciou a normou. Výsledky dysfunkčných žien a normy sú veľmi podobné, skoro totožné, čo znázorňuje tiež graf 2.

Tabuľka 3 Rozdiel v priemernom hrubom skóre na klinických a RC škálach medzi súborom žien so sexuálnou dysfunkciou a normou

| T-test | Ženy norma | Ženy s SD | p | T-test | Ženy norma | Ženy s SD | p |
|--------|------------|-----------|------|--------|------------|-----------|------|
| Hs | 9,88 | 9,39 | ,735 | RCd | 8,1 | 10 | ,213 |
| D | 23,87 | 23,89 | ,989 | RC1 | 6,75 | 6,33 | ,717 |
| Hy | 23,6 | 23,94 | ,815 | RC2 | 5,67 | 6,67 | ,065 |
| Pd | 18,35 | 19,67 | ,275 | RC3 | 8,21 | 8,67 | ,660 |
| Mf | 34,14 | 32,5 | ,160 | RC4 | 3,65 | 3,39 | ,541 |
| Pa | 11,61 | 11,94 | ,636 | RC6 | 2,48 | 2 | ,296 |
| Pt | 16,49 | 18,11 | ,558 | RC7 | 8,76 | 10 | ,381 |
| Sc | 17,01 | 20,06 | ,225 | RC8 | 5,48 | 4,28 | ,202 |
| Ma | 17,91 | 17,5 | ,768 | RC9 | 10,8 | 11,39 | ,669 |
| Si | 30,76 | 32,17 | ,487 | | | | |

Ak je $p < 0,05$, potom existuje štatisticky významný rozdiel, ak je $p < 0,01$, existuje štatisticky vysokovýznamný rozdiel



Graf 2 Grafické znázornenie rozdielov na klinických a RC škálach medzi ženami so sexuálnou dysfunkciou a normou

Komparáciou súboru sexuálne dysfunkčných mužov s normou sme dospeli k štatisticky signifikantnému rozdielu v priemernom hrubom skóre na všetkých zvolených obsahových a doplnkových škálach v prospech vyššieho skóre pre dysfunkčných.

Pri porovnaní súboru žien so sexuálnou dysfunkciou a normy sme nezistili štatisticky signifikantný rozdiel na žiadnej z vybraných obsahových a doplnkových škál.

Sexuálne dysfunkční muži dosahujú zvýšené T-skóre (65 a viac) na škálach ANG (70,18) a MDS (65,3), mierne zvýšené (60 - 64) na škálach, FAM (62,4), FAM1 (62,04), ANX (60,28), PS (60,08), NEGE (60,02).

Ženy so sexuálnou dysfunkciou dosahujú priemerné vysoké T-skóre (65 a viac) na škálach NEGE (70,39), LSE1 (68,61), ANG2 (68,44), ANG (67,72), MDS (67,72), FAM1 (67,33) LSE (67), WRK (66,44), PS (66) a mierne zvýšené (60 - 64) na škálach DEP3 (64,17), FAM (64), PK (63,61), DEP1 (63,06), DEP (62,83), ANX (61,33), ANG1 (60,28), A (60,06).

Muži s erektilnou dysfunkciou dosiahli štatisticky

významne vyššie skóre ako muži s predčasnou ejakuláciou na škálach: FBS, D, D2, D-S, Pa-S, SOD, HEA3, INTR, R, Re (tab. 4).

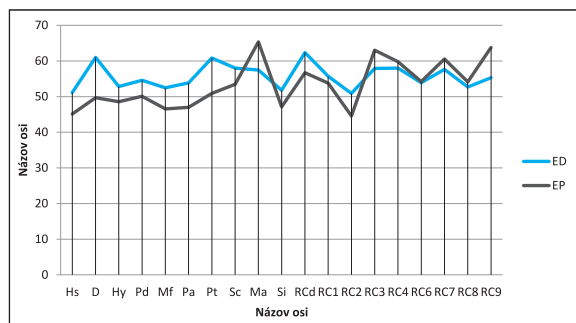
Tabuľka 4 Signifikantne zvýšené škály u mužov s ED

| | ED | EP | P<0,05 | | ED | EP | P<0,05 |
|-------------|-------|-------|--------|-------------|-------|-------|--------|
| FBS | 12,79 | 10,11 | ,030 | HEA3 | 1,87 | 1 | ,010 |
| D | 23,92 | 18,33 | ,000 | LSE1 | 4,13 | 2,11 | ,035 |
| D2 | 6,34 | 4,67 | ,046 | SOD2 | 2,87 | 1,56 | ,036 |
| D-S | 11,21 | 8,67 | ,015 | INTR | 13,68 | 10,44 | ,003 |
| Pa-S | 6,53 | 4,78 | ,031 | R | 17,66 | 14 | ,025 |
| SOD | 8,26 | 4,67 | ,042 | Re | 20,42 | 17,33 | ,037 |

Muži s predčasnou ejakuláciou dosiahli štatisticky významne vyššie skóre ako muži s erektilnou dysfunkciou na škálach: Ma, RC9, Ma2, Ma4, FAM1, AGGR, DISC (tab. 5, graf 3).

Tabuľka 5 Signifikantne zvýšené škály u mužov s EP

| | ED | EP | P<0,05 | | ED | EP | P<0,05 |
|------------|-------|-------|--------|-------------|-------|-------|--------|
| Ma | 18,89 | 22,67 | ,049 | FAM1 | 3,13 | 4,22 | ,041 |
| RC9 | 11,87 | 15,89 | ,023 | AGGR | 7 | 9,89 | ,006 |
| Ma2 | 5,37 | 6,67 | ,028 | DISC | 12,61 | 15,33 | ,041 |
| Ma4 | 2,63 | 4,67 | ,007 | | | | |



Graf 3 Znárodnenie priemerného T-skóre na klinických a RC škálach u mužov s ED a EP

Diskusia

Viacere štúdie (Munjack, Kanno, Staples a Leonard, 1980; Stuart, Hammond a Pett, 1986; Safir a Almagor, 1991; Baisdena Baisden, 1979; podľa: Leonard, Dorfman, 1996) zistili, že pacienti so sexuálnymi dysfunkciami skórovali na klinických škálach vyššie ako norma. Platnosť tohto zistenia sa nám potvrdila iba čiastočne. Muži dosahovali oproti norme vyššie skóre na všetkých klinických škálach, no na škále hypochondrie a paranoje sme nezistili štatisticky významné výsledky. U žien sa tento predpoklad nepotvrdil vôbec, nakoľko výsledky dysfunkčných žien a normy boli takmer totožné. Zdá sa, že muži pravdepodobne prežívajú sexuálnu dysfunkciu ťažšie ako ženy a jej dosah na ich psychiku je teda značnejší.

U mužov sa významné rozdiely od normy

potvrdili na väčšine škál, preto môžeme tvrdiť, že sexuálne dysfunkcie negatívne vplyvajú na mnohé oblasti psychického života. *Škála 2 (De)* zisťuje symptomatickú depresiu charakterizovanú všeobecnou nespokojnosťou s vlastným statusom, nedostatkom vitality a nedostatočnou vierou v budúcnosť. *Škála 3 (Hy)* je zameraná na odhaľovanie osobnosti prejavujúcej histriónske rysy, teda osôb, ktoré sú navonok vysoko prispôsobivé, ale pod stresom sa prejavujú sklonom ku konverzným symptómom. *Škála 4 (Pd)* posudzuje všeobecné sociálne prispôsobenie, absenciu príjemných zážitkov a zahŕňa v sebe tiež rodinný nesúlad. *Škála 5 (Mf)* nie je primárne škálou psychopatológie, vo všeobecnosti odráža dimenziu šírky záujmov a aktivity - pasivity, resp. „mužských“ a „ženských“ osobnostných čŕt v tradicionalistickom ponímaní (dominancia vs. submisivita, kompetitívnosť vs. kooperácia, hrubý vs. jemný, technické záujmy vs. varenie atď.). V súvislosti s cieľom nášho výskumu je škála Maskulinity - Feminity užitočná pri posúdení toho, ako sa vzorka mužov, resp. žien identifikuje so svojou rolou a do veľkej miery je závislá od interpretácie ďalších doplnkových a obsahových škál. Ako uvádza Nichols (2011), u mužov so zvýšeným skóre na škále 5 (Mf) sa môžu sexuálne dysfunkcie objaviť v komorbidite s inými poruchami. *Škála 7 (Pt)* vypovedá o psychastenickej symptomatike, postihuje sebakritickosť, problémy s koncentráciou pozornosti, pocity viny, abnormné strachy. Zachytáva anxiózu ako osobnostnú črtu. *Škála 8 (Sc)* postihuje veľmi rozmanité obsahy a okrem bizarných myšlienok a podivných percepcií sa zameriava tiež na sociálne odcudzenie, zlé rodinné vzťahy, problémy s koncentráciou pozornosti a ovládaním impulzov, nedostatok hlbších záujmov, problémy vlastnej hodnoty a *sexuálne problémy*. *Škála 9 (Ma)* postihuje miernejšie stupne manickej excitácie, ktorá je charakterizovaná povznesenou, ale nestabilnou náladou, psychomotorickým zrýchlením a myšlienkovým tryskom. Položky sa zameriavajú na obsahy ako podráždenosť, egocentrickosť, hyperaktivita. *Škála 0 (Si)* sa týka dimenzie introverzia - extroverzia, pričom zvýšené skóre vypovedá o nepohode v sociálnych interakciách, preferencii byť sám alebo v malom okruhu priateľov, a tiež o sebaopodceňovaní a plachosti.

Mohli by sme predpokladať, že za celkovým zvýšením škál stojí zvýšenie škály demoralizácie (RCd) - ktorá je sýtená faktorom všeobecnej nespokojnosti, nepohody, rozčarovania, ktorý sýti všetky štandardné klinické škály. Zisťuje všeobecnú mieru distresu spojeného s nespokojnosťou so životom, úzkosťou, depresiou, s tendenciou neustále uvažovať o zlyhaní, bezmocnosťou a beznádejou, pocitom neúčinnosti a nízkym sebavedomím. Zvýšené skóre oproti norme sa nám však potvrdilo aj na zodpovedajúcich reštruktúrovaných RC škálach (s výnimkou RC2 škály), ktoré majú vyextrahovaný tento faktor, a teda merajú jadrové komponenty klinických škál.

RC3 - škála cynizmus, meria negatívny alebo prehnane kritický pohľad na svet spojený so zvýšenou

pravdepodobnosťou zhoršenia medziľudských vzťahov, hostilitou, hnevom a neprijateľným správaním na pracovisku. RC4 zachytáva antisociálne správanie ako nedodrievanie pravidiel a spoločenských noriem, nezodpovednosť a impulzivitu, ktorá sa často prejavuje v agresii alebo zneužívaní látok. RC7 meria dysfunkčné negatívne emócie, strachovanie sa, nervozitu, pocity mrzutosti. Osoby so zvýšeným skóre sa cítia ako obeť a majú tendenciu vyhodnocovať situácie spôsobom, ktorý podporuje negatívne emócie. Škála RC8 – abnormálne zážitky meria riziko psychózy, zahŕňa nezvyčajné myslenie a vnímanie. Škála RC9 – hypomanická aktivácia postihuje charakteristiky mánie ako agresia, popudlivosť a slabá kontrola impulzov.

Vyššie spomenuté charakteristiky vyplývajúce z daných škál MMPI-2 sú v súlade s psychologickými charakteristikami sexuálne dysfunkčných mužov prezentovanými rôznymi autormi, ako úzkosť a obavy, neurotizmus, depresívne ladenie, strata sebavedomia, pocity menejcennosti, pocity viny, predpokladaný neúspech v budúcnosti, psychasténia, rodinný nesúlad, zhoršená koncentrácia pozornosti, podráždenosť, plachosť, negatívne emócie a pod. (napr. Kratochvíl, 2008; Šrámková, 2006; Palečková, Jakubek, 2011; Caisová, 2013). Zvýšenie hodnoty na škálach 9 (Ma) a RC9 (hypomanická aktivácia) prisudzujeme zvýšenému skóre u mužov trpiacich predčasnou ejakuláciou, ktoré sa preukázalo v našich výsledkoch. Priemerný profil sexuálne dysfunkčných mužov dosahuje najvyššie hodnoty na klinických škálach 7 (Pt) a 2 (D), pričom tieto hodnoty patria do pásma iba mierne zvýšeného skóre. Na RC škálach dosahujú muži taktiež iba mierne zvýšené, subklinické skóre na škálach RCd (61,92), RC3 (59,02), RC4 (58,84) a RC7 (58,7).

Nami zistené zvýšenie skóre na škále 7 a RC7 svedčia o tendencii sexuálne dysfunkčných mužov byť ustráchaní, obávať sa, mať nechcené, vtieravé myšlienky, ruminovať o zlyhaniach, o ich neistote a citlivosti voči prípadnej kritike, ako aj o tom, že sa cítia ako obeť. Javia sa úzkostní, so zvýšenou tenziou a vznetlivosťou, nerozhodní, sebaspochybnujúci. Prejavujú zvýšený záujem o svoje telesné funkcie. Ich telesné ťažkosti všeobecne odrážajú vysokú úroveň úzkosti a jej účinky na somatické funkcie. Zvýšené skóre škály depresie (2-D) svedčí o tom, že sexuálne dysfunkční muži bývajú nespokojní sami so sebou a so svojou situáciou, rozladení, plachí, so sklonom k obavám a negatívnym pohľadom na budúcnosť. Mávajú zníženú sebadôveru, časté sú u nich obavy a pocity viny, udrzujú si odstup vo vzťahoch, často sa u nich prejavujú somatické symptómy a ťažkosti. Škála RC2 nepoukazuje na jadrové komponenty depresie, avšak zvýšená škála demoralizácie (RCd) vypovedá o všeobecnej miere distresu a nespokojnosti. Takéto osoby sa cítia všeobecne nešťastné a nespokojné so životom, prežívajú úzkosť, majú pravdepodobne nízke sebavedomie a tendenciu neustále uvažovať o svojich zlyhaniach, ktoré očakávajú aj v budúcnosti.

Prejavuje sa u nich tiež prehnane kritický pohľad

na svet spojený so zvýšenou pravdepodobnosťou zhoršenia medziľudských vzťahov, hostilitou, hnevom a neprijateľným správaním na pracovisku. Možné je aj nedodrievanie pravidiel a spoločenských noriem, nezodpovednosť a impulzivita, ktorá sa často prejavuje v agresii alebo v zneužívaní látok.

Naše výsledky sú čiastočne v súlade s výskumami Munjacka, Kanno, Staplesa a Leonarda (1980, podľa: Leonard, Dorfman, 1996), ktorí zistili, že pacienti výlučne so sexuálnou dysfunkciou skórovali v MMPI v subklinickom pásme, jedinci bez sexuálnej a psychickej poruchy skórovali v rámci normy a psychiatrickí pacienti so sexuálnou dysfunkciou dosahovali skóre v klinickom pásme. Výsledky nášho výskumu síce preukázali, že sexuálne dysfunkční muži skórujú vyššie ako norma a nedosahujú skóre v klinickom pásme, no subklinické skóre dosahovali iba na klinických škálach Pt a D.

Výsledky teda potvrdzujú, že sexuálne dysfunkcie nemusia byť spojené s vážnymi psychickými poruchami a môžu mať odlišné profily od oboch – normy aj psychopatológie. Priemerný profil sexuálne dysfunkčných žien dosahuje najvyššie hodnoty rovnako ako u mužov na klinických škálach Pt a D, pričom tieto hodnoty patria do pásma mierne zvýšeného skóre. Mierne zvýšené skóre dosahujú taktiež na škále Sc. Čo sa týka RC škál, ženy dosahovali vysoké skóre ($T \geq 65$) na RCd, RC7 a mierne zvýšené skóre na škálach RC3, RC9, RC8, RC4 a RC1.

Avšak ženy so sexuálnou dysfunkciou neskórovali na žiadnej z týchto škál signifikantne odlišne od normy. Ich dosahované skóre bolo takmer rovnaké, preto zvýšenie skóre na týchto škálach neprisudzujeme sexuálnej dysfunkcii, ale všeobecne vyššiemu dosahovanému skóre u žien.

Mnohí autori (Kratochvíl, 2008; Máthé, 2007; Palečková a Jakubek, 2011; Koehler, 2002; Ward a Ogden, 2010; Meana, 2009; Šrámková, 2006; Caisová, 2013) uvádzajú, že sexuálne dysfunkční ľudia sa prejavujú zvýšenou úzkosťou, bojzlivosťou, depresívnou náladou, hnevom, zníženou sebaúctou, rodinnými a pracovnými problémami, zníženým záujmom, negatívnym sebapoňatím, zvýšenou dráždivosťou a hádavosťou, pocitmi neschopnosti, rodinným nesúladom a odcudzením sa rodine, negatívnou emocionalitou a neurotizmom, vzťahovými konfliktmi. Zároveň úzkostnosť ako osobnostná črta, depresia, neurotizmus, nízke sebavedomie, problémy v práci a prepracovanosť, problémy v rodine, pruderna výchova, traumy a vzťahové konflikty prispievajú k vzniku sexuálnych dysfunkcií.

Tieto názory potvrdzujú aj výsledky nášho výskumu, avšak znova iba pre súbor mužov. Komparáciou súboru sexuálne dysfunkčných mužov s normou sme dospeli k štatisticky signifikantnému rozdielu v priemernom hrubom skóre na všetkých zvolených obsahových a doplnkových škálach v prospech vyššieho skóre pre dysfunkčných. Pri porovnaní súboru žien so sexuálnou dysfunkciou a normy sme opäť nezistili štatisticky signifikantný rozdiel na žiadnej z vybraných obsahových

a doplnkových škál, čo rovnako vysvetľujeme tým, že muži pravdepodobne prežívajú sexuálnu dysfunkciu ťažšie ako ženy a dosah na ich psychiku je teda značnejší.

Sexuálne dysfunkční muži dosahujú zvýšené T-skóre (65 a viac) na škálach ANG (Zloba - 70,18) a MDS (Škála distresu v manželstve - 65,3), mierne zvýšené (60 - 64) na škálach FAM (Problémy v rodine - 62,4), FAM1 (Rodinný nesúlad - 62,04), ANX (Úzkosť - 60,28), PS (Posttraumatická stresová porucha - 60,08), NEGE (Negatívna emocionálna/neuroticizmus - 60,02).

Výsledky MMPI-2 naznačujú, že muži s SD pociťujú hlavne hnev a hostilitu, sú dráždiví, popudliví, vznetliví, agresívni, strácajú sebaovládanie, majú nízku frustračnú toleranciu a sú citliví na kritiku. Majú pocit, že okolie ich vníma ako „ufrflných“. Pociťujú významnú nespokojnosť v manželskom alebo partnerskom zväzku, distres vo vzťahoch a všeobecnú nespokojnosť so životom.

Ďalej prežívajú značný rodinný nesúlad, v ich rodinách je málo lásky, podpory a družnosti, rodinná atmosféra je konfliktná a plná hádok, majú negatívne vzťahy a na partnerské vzťahy nahliadajú nepriaznivo a majú negatívny postoj k inštitúcii manželstva. Vypovedajú tiež o zažívaní konfliktov v rodine a o častých sporoch s ostatnými členmi rodiny. Sú pre nich typické symptómy úzkosti, nervozita, obavy, nerozhodnosť, život považujú za namáhavý, pociťujú stres a napätie, sú neistí a majú zníženú sebadôveru. Sú disponovaní k prežívaniu negatívnych emócií, zameriavajú sa na problematické aspekty vecí, typické sú obavy, pocity viny, zvýšená sebakritickosť, tiež sklúčená nálada a úzkosť a majú tiež sklon k somatickým ťažkostiam.

Ženy so sexuálnou dysfunkciou dosahujú priemerné vysoké T-skóre (65 a viac) na škálach NEGE (Negatívna emocionálna/neuroticizmus), LSE1 (Sebapochybnosti), ANG2 (Iritabilita), ANG (Zloba), MDS (Škála distresu v manželstve), FAM1 (Rodinný nesúlad), LSE (Nízka sebaúcta), WRK (Poruchy pracovného výkonu), PS (Posttraumatická stresová porucha) a mierne zvýšené (60 - 64) na škálach DEP3 (Sebaznehodnocovanie), FAM (Problémy v rodine), PK (Posttraumatická stresová porucha), DEP1 (Nedostatok pudenia), DEP (Depresia), ANX (Anxiózita), ANG1 (Explozivita), A (Úzkosť).

Takéto zvýšenie škál sa však nepreukázalo signifikantne odlišné od normy. Výsledky sexuálne dysfunkčných žien a normy boli takmer totožné, preto zvýšenie na týchto škálach prisudzujeme celkovo vyššiemu dosahovanému T-skóre u žien, a nie sexuálnej dysfunkcii.

Muži s predčasnou ejakuláciou (EP) skórovali vyššie na škálach Ma (Mánia), Ma2 (Psychomotorické zrýchlenie), Ma4 (Rozpínanie ega) a RC9 (Hypomanická aktivácia), čo značí miernejší stupeň manickej excitácie charakterizovaný povznesenou, nestabilnou náladou a psychomotorickou excitáciou. Muži s ED a EP sa špecificky odlišujú v subškálach Ma - Psychomotorické zrýchlenie (Ma2) a Rozpínanie ega (Ma4). Pre mužov s EP je teda typická hyperaktivita, labilita a pocit

nepokoja. Majú sklon unikáť pred vnútorným životom a úzkosťou do akcie a prejavujú sa nerealistickým veľikáštvom. Osoby so zvýšeným skóre sú opisované ako aktívne a energické, ale tiež impulzívne, súťaživé a povrchné v sociálnych vzťahoch. Nevedia ovládať svoje správanie a impulzy, čo môžeme označiť za podstatu ich dysfunkcie. Toto zistenie sa zhoduje so zistením Tonda, Cantone, Carta a Laddomada (1991, podľa: Leonard, Dorfman, 1996), že muži s EP skórovali signifikantne vyššie na škále 9 ako muži s ED. Výsledky podčiarkuje zvýšené skóre na škále DISC (Nedostatočná sebakontrola). Zvýšenie skóre v tejto škále vypovedá o impulzivnosti, sklone k rizikovému správaniu a rýchlemu nástupu pocitu nudy.

Muži s EP taktiež skórovali vyššie na škále Agresivita (AGGR) - tá sa v interpersonálnom styku spája s dominanciou - a na škále FAM1 (Rodinný nesúlad), čo iba potvrdzuje už viackrát spomínaný rodinný nesúlad, závažné konflikty a časté spory v rodine.

Naopak, u mužov s erektilnou dysfunkciou sa signifikantne vyššie oproti mužom s predčasnou ejakuláciou preukázali byť viaceré škály týkajúce sa depresie a zlé sebaopätie. U týchto mužov sa prejavuje ľahká depresia charakterizovaná všeobecnou nespokojnosťou s vlastným statusom a nedostatkom vitality, psychomotorickou retardáciou a sociálnou dištanciou, ktorá sa preukázala aj v škále Introverzie, Sociálnej nepohody a Plachosti. Tie svedčia okrem sociálneho stiahnutia, znepokojenia medzi druhými aj o nízkej pozitívnej emocionálnosti, depresívnej nálahe, nedostatočnom orientovaní na výkon, anxióznosti a častejších somatických poruchách. Na rozdielnosť medzi mužmi s EP a ED poukazujú aj škály R (Potlačenie) a Re (Sociálna zodpovednosť), ktoré vypovedajú o nadmernej kontrole erektilne dysfunkčných, neochote komunikovať o svojich problémoch, ktoré popierajú, o zodpovednosti a zmysle pre povinnosť, zatiaľ čo muži s EP sú skôr impulzívni so sklonom k rizikovým prejavom.

Muži s ED majú tiež vyšší sklon zaoberať sa svojím telesným zdravím a fungovaním, čo logicky vyplýva z ich poruchy.

Čo sa týka profilu v T-skóre, muži s ED dosahovali najvyššie hodnoty na škále D a Pt, javia sa teda ako anxiózni s ľahším depresívnym ladením, pričom muži s EP dosahovali najvyššie skóre na klinickej škále Ma, prejavujú sa teda opačným smerom, energickosťou, aktivitou, excitáciou, impulzívnosťou a povznesenou náladou.

Záver

MMPI-2 poskytuje užitočné informácie o osobnostných korelátach pacientov so sexuálnymi dysfunkciami a informácie použiteľné v terapii najmä v populácii sexuálne dysfunkčných mužov.

U žien sa predpoklad priemetu psychických zmien pri sexuálnych dysfunkciách do škál MMPI-2 nepotvrdil. Výsledky dysfunkčných žien a normotvornej skupiny boli takmer totožné.

Zdá sa, že muži pravdepodobne prežívajú sexuálnu dysfunkciu ťažšie ako ženy a dosah na ich psychiku je teda značnejší.

U mužov sa preukázalo celkové zvýšenie skóre klinických škál oproti norme, pričom skóre nedosahovalo klinické pásmo, čo potvrdzuje, že sexuálne dysfunkcie nemusia byť spojené s vážnymi psychickými poruchami.

Ako typická pre sexuálne poruchy sa javí byť konfigurácia zvýšených klinických škál 1 (D – Depresia) a 7 (Pt – Psychasténia), čo vypovedá o anxióznom a depresívnom ladení týchto pacientov.

Sexuálne dysfunkční muži majú sklon pod stresom somatizovať, majú nižšiu mieru sociálneho prispôsobenia, nižšiu mieru maskulinity, prejavujú sa neuroticizmom, úzkostnosťou, problémami s koncentráciou, nižším sebahodnotením, vyššou mierou impulzivitu, plachosťou, všeobecnou nespokojnosťou so životom a kritickým pohľadom na svet, rumináciou o zlyhaní a zhoršením vzťahov. Oproti mužom bez SD sa prejavili aj vyššou mierou hnevu a hostility, nízkou frustračnou toleranciou a citlivosťou na kritiku, významnou nespokojnosťou v partnerskom vzťahu a konfliktnou rodinnou atmosférou, pocitmi stresu, napätia a zameraním na negatívne aspekty života. Tiež sa u nich prejavilo nižšie sebavedomie, pocity neschopnosti a pracovné problémy.

MMPI-2 diferencuje medzi mužmi s ED a EP. Ako typický sa javil medzi nimi rozdiel na škálach Mánie (Ma) a Depresie (D). Zatiaľ čo muži s ED skórovali signifikantne vyššie na viacerých škálach týkajúcich sa depresie, muži s EP skórovali signifikantne vyššie na viacerých škálach týkajúcich sa mánie.

Za limity práce považujeme hlavne nižšiu vzorku, čo sa týka žien a niektorých typov sexuálnych dysfunkcií, a taktiež nerovnomerné zastúpenie rôznych typov sexuálnych dysfunkcií v súbore dysfunkčných mužov a žien. Za nedostatok tiež považujeme vytvorenie súboru všeobecne sexuálne dysfunkčných mužov a žien, ktorý vyplýval z nižšieho zastúpenia niektorých dysfunkcií. Presnejšie výsledky by sme dostali pri porovnávaní každého typu sexuálnej dysfunkcie s normou zvlášť.

Naše odporúčania pre budúci výskum smerujú teda hlavne k preskúmaniu väčšieho súboru pacientov so sexuálnou dysfunkciou, k porovnávaniu sexuálne dysfunkčných pacientov s normou pre každý typ sexuálnej dysfunkcie zvlášť a k pokračovaniu porovnávaní pacientov s rôznymi sexuálnymi dysfunkciami navzájom. S úmyslom dosiahnuť čo najpresnejšiu diferenciáciu by bolo prínosným prebádanie aj ostatných MMPI-2 škál. Zaujímavým by mohlo byť rozšírenie výskumného záberu na parafílie v analogických intenciách aj v záujme porovnania aktuálnych výsledkov so skorším výskumom realizovaným pôvodnou verziou MMPI (Weiss, 1989).

Literatúra

CAISOVÁ, D., 2013. Diagnostika a liečba erektilnej dysfunkcie (ED) v klinickej praxi. In: *Sexuológia* :

časopis Slovenskej sexuologickej spoločnosti. Roč. 13, č. 1, s. 28-31. ISSN 1335-8820.

GRAHAM, J. R. (2006). *MMPI-2: assessing personality and psychopathology* (4th ed). New York: Oxford University Press.

KOEHLER, J. D., 2002. Vaginismus: diagnosis, etiology and intervention. In: *Contemporary Sexuality*. Vol. 36, No. 9, pp. 1-8.

KRATOCHVÍL, S., 2008. *Sexuální dysfunkce 3., doplnené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2476-8

LEONARD, S.T., DORFMAN, W.I., 1996. The role of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in the assessment of the sexual dysfunctions: A review. In: *Clinical Psychology Review*. Vol. 16, No. 4., pp. 317-335.

MÁTHÉ, R., 2007. Psychologická sexuológia. In: HERETIK, A., HERETIK, A., jr. a kol.: *Klinická sexuológia*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof. s. 815. ISBN 978-8089322-00-8.

MÁTHÉ, R., ŠTEFÁNIKOVÁ, J., 2013. Čo môže MMPI-2 poskytnúť v súvislosti so psychoterapiou? *Psychiatria- psychoterapia- psychosomatika*, 20(4), 61-63. ISSN 1338-7030.

MEANA, M., 2009. Painful Intercourse: Dyspareunia and Vaginismus. In: *Journal of Family Psychotherapy*, 20(2-3), 198-220.

NICHOLS, D. S., 2011. *Essentials of MMPI-2 Assessment* (Second edition). Hoboken, New Jersey: Wiley.

PALEČKOVÁ, D., JAKUBEK, M., 2011. Neurotizmus a sexuálne správanie. In: *Sexuológia: časopis Slovenskej sexuologickej spoločnosti*. Roč. 11, č. 2, s. 26-32. ISSN 1335-8820.

PRESSING L., SZAKÁCS, F., 1990. Az MMPI próba új Magyar standardja. Budapest: Társadalmi Beilleszkedési Zavorok c. kutatás Programirodája.

STANČÁK, A., SAFKO, Š., HUBOVÁ, D., 1994. Psychogénne poruchy sexuálnej aktivity. In: Máthé R. (Eds.) *Klinická sexuológia z pohľadu košických sexuologických dní. Košické sexuologické dni 1988, 1990, 1992*. Nové Zámky: Psychoprof. ISBN 8096714821

ŠEDIVÁ, D.: Sexuálne poruchy ako súčasť duševných ochorení. *Sexuológia/Sexology* 1: 23 – 27, 2013.

ŠRÁMKOVÁ, T., 2006. Erektílne dysfunkcie, Kapitola 4 Pohľad sexuologa, Erektílne dysfunkcie z pohľadu sexuologa.

WARD, E., & OGDEN, J., 2010. Experiencing vaginismus – sufferers' beliefs about causes and effects. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 434-446.

WEISS, P.: Některé psychologické prediktory recidivity sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 85, 1989, 250–255.

Kontaktná adresa:
psychoprof@psychoprof.sk

Empirická sonda do praxe polyamórnych vzťahov

Marcela Bírová, Jana Plichtová

Katedra psychológie FiF UK, Bratislava

Súhrn

Podľa ideológie polyamorie, obhajujúcej emocionálnu a sexuálnu slobodu, ako aj súbežnosť viacerých ľúbostných vzťahov, je tradičný monogamný systém partnerstva príliš obmedzujúci, zaťažovaný privlastňovaním si partnera/ky s nárokmi na jeho/jej exkluzivitu (eufemizmus označujúci vernosť). Monogamnosť je podľa tejto ideológie údajne zodpovedná aj za rodovo nespravodlivú deľbu partnerských a rodičovských rôl. Cieľom tejto empirickej štúdie je kriticky preskúmať, či aplikácia ideológie slobodnej sexuality a emocionality poskytuje všetkým zúčastneným partnerom väčšiu slobodu a spokojnosť v intímnom a rodinnom živote, či opustením normy partnerskej vernosti vzniká skutočne rovnocennejší a dôstojnejší priestor pre ľudskú intimitu, a to z pohľadu oboch rodov. Budeme analyzovať, aké emócie partnerská neexkluzivita vyvoláva a ako ju partneri a partnerky v reálnych životných situáciách zvládajú prostredníctvom výpovedí účastníkov/čok a sledovaním príbehov niekoľkých polyamórnych vzťahov. Okrem toho sa pokúsime analyzovať polyamorné vzťahy z hľadiska moci a možností jednotlivých aktérov a aktérok konať slobodne a nezávisle. Predpokladáme, že nerovnosti v ekonomickom a spoločenskom statuse zúčastnených partnerov, ako aj v ich rétorických schopnostiach presvedčať, môžu značne problematizovať proklamovanú slobodnú voľbu každého zúčastneného aktéra.

Kľúčové slová: polyamoria, žiarlivosť, autonómia, nezávislosť, gender, rovnosť, vzájomnosť.

Úvod

Ideológia polyamorie, ktorá vyzýva k oslobodeniu sa od monogamných noriem a ktorá sľubuje slobodnejší a viac uspokojivý spôsob partnerského spolužitia, je ukotvená v individualistickom pohľade na jednotlivca a sociálne vzťahy, ktorý považuje slobodu jednotlivca za najvyššiu hodnotu. Hodnoty, ktoré prispievajú sociálnym vzťahom – ako rovnosť, vzájomnosť, dôvera – ,sa tak stávajú druhoradé. Právo byť úplne sám sebou, užívať si je prototypickým znakom individualistickej ideológie, s ktorou súvisí aj konzumný životný štýl (Lipovetsky, 2003).

Argumentatívnou stratégiou zástancov polyamorie (napr. Robinson, 1997) je kritika jej opaku –

Summary

According to the ideology of polyamory, promoting the emotional and sexual freedom and romantic involvement with more than one person at the same time, the traditional monogamous partnership is too restraining and based on unrealistic demand of exclusive partnership. Monogamy is – according to this ideology - responsible for maintaining of patriarchy with inequality in partner and parent roles. Aim of this study is to examine empirically (based on interviewing people involved in polyamorous relationships, in situ observation) two premises. Firstly, an application of the idea of unrestricted sexual and emotional freedom in practice of everyday life provides to all participated partners more freedom and satisfaction in intimate and family life. Secondly, a rejection of social norm of fidelity leads to improvement of partnerships both in terms of its quality and gender equity. We shall examine demanding cognitive and emotional strategies necessary for coping jealousy induced by nonexclusive relationships. We shall focus on issue of power and real possibilities to act according to one's free will of all involved partners. We assume that disparity in social and economic status of partners as well as in their persuasive capabilities can problematize proclaimed freedom of choice.

Keywords: Polyamory, Jealousy, Autonomy, Independence, Gender, Equality, Mutuality.

monogamie. Tradičnej forme partnerského vzťahu pripisujú zodpovednosť za existenciu rodových nerovností a privilegované postavenie mužov prostredníctvom práva exkluzívneho vlastníctva vecí a osôb.

Zástanovia polyamorie „demaskujú“ aj spôsoby udržiavania monogamného poriadku, ako sú ideály romantickkej lásky vyjadrené v najrozmanitejších podobách v umeleckých artefaktoch, v snoch, predstavách a v morálnom cítení (Luhman, 2002; Bosá, 2005). Zástanovia polyamorie kritizujú aj priveľké nároky, ktoré dnešné monogamné vzťahy kladú na partnerov. Partnerstvo má naplniť emocionálne, sexuálne, intelektuálne, sociálne a iné potreby (Newman, 1999). Vysoké nároky kladené na partnerov

predstavujú vážny problém, lebo, ako poznamenáva Hultsch (2014), keďže sa len ťažko dajú úplne uspokojiť, vedie to k sklamaniam a k pochybnostiam o tom, či partnerská exkluzivita (vernosť, oddanosť) je splniteľným ideálom. Niektorí zástancovia polyamorie rozvíjajú túto argumentačnú stratégiu, aby podporili tvrdenie, že jeden partner/ka nie je schopný naplniť všetky potreby, a preto je potrebné rozdeliť svoje očakávania medzi viacerých partnerov/ky. Inverznej otázke, koľkým partnerom a aké očakávania je jediniec schopný a ochotný naplniť, sa však už nevenuje pozornosť. Táto argumentačná línia sa tiež vyhýba kritickému preskúmaniu otázky, či polyamoria v skutočnosti nezvyšuje nároky na udržanie vzťahov. Neskúma ani náročnosť zvládavania polyamorie u primárnych partnerov, od ktorých vyžaduje, aby akceptovali skutočnosť, že náročnosť späť s vedením viacnásobných vzťahov narastá a časová a emocionálna investícia do primárneho vzťahu klesá. Zástancovia polyamorie tvrdia, že rovnosť a vyváženosť vzťahov možno dosiahnuť vzájomnou komunikáciou, vytvorením vlastných, pre všetkých vyhovujúcich pravidiel. Je však vôbec možné vyhovieť všetkým partnerom/kám? Čo ak sú prania a potreby partnerov protirečivé? Je realistické očakávať, že rovnako budú zohľadnené aj prania a potreby submisívnejšieho primárneho partnera, príp. partnera sekundárneho a terciárneho?

Beck (2004) ako zástanca polyamorie tvrdí, že protirečenia sa dajú prekonať, ak sa aktéri nedržia stereotypných predstáv a konvenčných pravidiel a ak neustále pracujú na porozumení potrieb všetkých zúčastnených. Podľa argumentácie tohto autora prostredníctvom slobodných rozhodnutí, za ktoré aktéri preberajú individuálnu zodpovednosť, získavajú skúsenosti, ktoré utvárajú ich identitu, podnecujú rozvoj ich autonómie, osobnej zodpovednosti, čím sa vytvára aj priestor na autentickú realizáciu ich intimitu. Na polyamorné vzťahy treba hľadieť podľa ich zástancov ako na dynamické štruktúry, ktorých pravidlá fungovania sú predmetom neustáleho vyjednávania vzťahu a v ktorých sa pozícia zúčastnených neustále vyvíja. Autonómia, nezávislosť, schopnosť formulovať a presadzovať svoje prania a potreby sú nevyhnutnými predpokladmi na to, aby sa vytvorilo rovnocenné a vyvážené partnerstvo.

Uvedený argument však možno aplikovať rovnako na monogamné, ako aj polyamorné spolužitie. Napríklad Pláňava (1998) uvažuje o autonómii v zmysle nezávislosti, samostatnosti, starostlivosti o seba a o sebarealizácii v kontexte monogamného partnerstva. Popri autonómii súčasne uvažuje aj o druhom pilieri partnerstva – o intimite, ktorou označuje úsilie byť druhému čo najbližšie. Pre dynamickú stabilitu partnerstva považuje Pláňava za kľúčové neustále vyvažovanie protichodných tendencií autonómie a intimitu. Ak by dominovala intimita, mohla by mať za následok závislosť, ovládanie a kontrolu partnera. Prevala autonómie by zasa viedla k paralelnému spolužitiu. Dôsledkom nedostatočne rozvinutej autonómie je vzdávanie sa vlastných potrieb

a prispôsobovanie sa druhým, čo podporuje nerovnomerné rozloženie moci medzi partnermi, stavajúc jedného partnera do znevýhodnenej pozície.

Ak práca na monogamnom vzťahu je dosť náročná záležitosť, nenarastie táto náročnosť na neúnosnú mieru v polyamornom partnerstve? Ako pôsobia ďalšie vzťahy na intimitu a autonómiu partnerov v primárnom partnerstve?

Akcent na nezávislosť a slobodu nastoľuje zásadné otázky. Ako vyriešiť rozpor medzi potrebou slobody, sebarealizáciou na jednej strane a záväzkom a zodpovednosťou voči partnerovi na strane druhej? Akým spôsobom polyamorní partneri dospievajú k slobodným rozhodnutiam prijateľným pre všetkých zainteresovaných, akým spôsobom sa vyrovnávajú so žiarlivosťou, ako komunikujú o svojich sekundárnych vzťahoch, ako riešia prípadne rozpory v hodnotách a ako prekonávajú rodovú nerovnosť a stereotypné rodové roly? Facilituje polyamoria skutočne emancipáciu žien od rodových stereotypov alebo nie?

Na tieto otázky sa pokúsime odpovedať prostredníctvom empirickej analýzy reálnych príbehov polyamorných vzťahov, tak ako o nich vypovedali samotní polyamorní aktéri a aktérky. Druhým zdrojom empirických dát sú výpovede, ktoré sú zverejňované na internetovom fóre *polyamore.de*. Toto fórum slúži vyznávačom polyamorie 1. na výmenu skúseností, poznatkov a informácií, 2. na nadväzovanie kontaktov a 3. na vzájomnú podporu pri zvládaní problémov, ktoré súvisia s otvorenými a dynamicky sa vyvíjajúcimi vzťahmi. Následne budeme diskutovať o našich empirických indiciách v konfrontácii s inými empirickými výskumami.

Metóda

Participantov – účastníkov polyamorných vzťahov – sme získavali metódou snehovej gule. S každým zo 6 participantov (3 páry, ktoré boli v dlhodobom primárnom vzťahu) sme realizovali neštruktúrované interview. To sa orientovalo na témy: príbeh prechodu z monogamného vzťahu na polyamorný, žiarlivosť, jej zvládanie a rozloženie práv a povinností medzi partnermi. Najprv sme však každému participantovi vysvetlili, aké sú ciele nášho skúmania a ako ochránime jeho identitu, pokiaľ bude súhlasiť s účasťou na výskume. Keďže ide o intímne témy, o ktorých sa ľahko nezdôveruje, zvolili sme formu chápaného rozhovoru. Tento spôsob vedenia rozhovoru vyžadoval od výskumníčky (prvá v poradí), aby participantom poskytovala povzbudenie, emocionálnu podporu, ubezpečenie, že ich skúsenosti sú veľmi cenné a zaujímavé. Rozhovory sa realizovali najčastejšie v domácom prostredí, resp. na pokojnom verejnom mieste, ktoré si zvolil participant. Rozhovory trvali približne 60 - 90 minút a realizovali sa v rokoch 2012 - 2013. Tematická analýza doslovných výpovedí participantov bola zameraná na zodpovedanie vyššie formulovaných otázok, na pochopenie vzťahovej dynamiky. Dynamiku a vývoj polyamorných vzťahov sme sledovali v priebehu troch rokov.

Z dôvodu malého počtu participantov sme naše

údaje doplnili o výpovede polyamoristov na internetovom fóre *polyamore.de*. Zamerali sme sa na 6 participantov praktizujúcich polyamoriu. Ich príspevky sme sledovali počas jedného roka, v rokoch 2014 – 2015. Výsledky z oboch zdrojov uvádzame podľa tém. Mená participantov sú vymyslené, aby sme zabezpečili ich anonymitu.

Empirické skúmanie polyamorických vzťahov v ich prežívaní a každodennej praxi, s kritickým odstupom od pojmov, explanácie a hodnotovej orientácie polyamórie je nevyhnutné, ak chceme odpovedať na tri kľúčové otázky: 1. V čom sa odlišuje nevera (sériová, viacnásobná) od praxe polyamórie? 2. Sú rozhodnutia všetkých zainteresovaných osôb pre polyamóriu skutočne slobodné? 3. Umožňuje polyamória väčšiu rodovú rovnosť partnerského vzťahu?

Výsledky

Vznik polyamorického vzťahu

Rozprávanie našich participantov ukázalo, že páry alebo „single“ muži a ženy nadväzujú polyamorický vzťah za rozmanitých okolností, pričom iniciatíva vychádza tak zo strany mužov, ako aj zo strany žien. Naši participantí zdôvodňovali iniciáciu polyamórie predovšetkým potrebou oslobodiť sa od stereotypov a noriem, ktorých napĺňanie monogamný vzťah vyžaduje. Polyamória práve tým, že nemá vopred jasné pravidlá, aké roly a s nimi spojené práva a povinnosti majú na seba muži a ženy prevziať, umožňuje slobodne experimentovať a hľadať také podoby vzťahov a pravidiel, ktoré konkrétnym jednotlivcom najlepšie vyhovujú. Franko to vyjadruje nasledovne:

„Chcem sa jednoducho cítiť slobodný, chodiť na stretnutia, kde sa cítim dobre bez pocitu „to nesmieš“.“

Sekundári/e partneri/ky zasa frekventovane uvádzajú ako dôvod pre iniciáciu či akceptáciu polyamórie *menšiu emocionálnu zaangażovanosť vo vzťahu a zodpovednosť za jeho kvalitu a trvanie*. Po viacerých emocionálne náročných vzťahoch sa nemienili plne angažovať v novom partnerstve a pozícia sekundárneho partnera im plne vyhovovala. Naopak, *oživenie partnerstva* býva dôvodom na experimentovanie s polyamóriou u dlhodobých partnerov.

Transformácia monogamného vzťahu na polyamorický

Ako dokumentujú príbehy našich participantov, prechod monogamného vzťahu na polyamorický nie je jednoduchou záležitosťou. Len v niektorých prípadoch sa stane, že obaja partneri vidia v polyamórii príležitosť, ako dosiahnuť lepšie uspokojenie svojich potrieb. Napríklad: Daniela spočiatku považuje návrh svojho partnera otvoriť ich vzťah tretej osobe za možnosť, ako môže aj ona sama prežiť ďalšie ľubostné vzťahy bez pocitov viny:

„V zásade som „poly“, ale nikdy som tak nemohla žiť, pretože môj bývalý muž chcel žiť monogamne {...} Vo všetkých dlhších vzťahoch, kde bol ten druhý monogamný, som sa potom do niekoho iného zalúbila a vždy som sa za to cítila veľmi previnilo.“ Omnoho častejšie však jeden z partnerov otvorenie vzťahu odmieta. Návrh na polyamóriu býva vnímaný ako ohrozenie súčasného vzťahu, a preto býva

odmietaný. V mnohých prípadoch sa aj napriek prvotnému a jednoznačnému odmietnutiu zo strany partnera/ky polyamorická osoba nevzdáva a snaží sa svoju „polovičku“ ďalej presvedčať. Na dosiahnutie svojho cieľa využíva príslušnú „odbornú“ literatúru, ktorá prezentuje polyamóriu ako cestu k skutočnému naplneniu svojich intímnych potrieb, príležitosť k osobnostnému rastu a k oslobodeniu sa od nefunkčnej a obmedzujúcej monogamie. Ďalšou stratégiou, akou sa pokúšajú polyamorické osoby legitimizovať polyamóriu v očiach svojho partnera, je prezentovať ju ako rozšírený a spoločensky príťažlivý spôsob života. Tomuto cieľu slúži zoznamenie sa s atraktívnymi osobami, ktoré sa hlásia k polyamórii, spoločná účasť na tantra seminároch, návšteva swinger klubov a podobne. Sandra svoje snahy presvedčiť partnera opisuje nasledovne:

„Rozprávala som sa s mojim mužom o tom, že chcem mať v živote aj iných mužov s možnosťou citového vzťahu. Dosť váhal. Pri čítaní kníh som narazila na pojem „polyamoria“. {...} žiaľ, nechcel tie knihy čítať.“

Keď si obaja partneri stoja na svojom a odmietajú sa prispôbiť, vyvoláva to hádky, výbuchy emócií a žiarlivosť, pretože obaja sa cítia nepochopení. Tento stav môže trvať mesiace, a aj roky. Mnohí, či už z vlastnej vôle na základe porozumenia potrebám partnera/ky, alebo zo strachu z rozpadu vzťahu, či otrávenosťou vzájomnými konfliktmi súhlasia s polyamóriou. Namiesto spoločného rozhodovania a spoločnej dohody, ktorá zaväzuje oboch partnerov, nezriedka dochádza k jednostranným rozhodnutiam, voči ktorým polyamoristi od svojej „polovičky“ následne vyžadujú podporu bez ohľadu na jej odmietavý postoj. Častým riešením je teda aj nadviazanie mimopartnerského – mimomanželského intímneho vzťahu bez súhlasu partnera/ky, čo nastoluje otázku, či ešte ide o polyamóriu, keďže v takom prípade je len ťažko možné hovoriť o slobodnej a vzájomne rešpektujúcej dohode. V rozpore s proklamovanou otvorenosťou a férovosťou polyamórie sú napokon aj dohovory, ktoré o ďalšom vzťahu zachovávajú mlčanlivosť, ako to ilustruje nasledovný extrakt:

„Máme dohodu, že budem moju ženu strániť tejto témy a ona sa na oplátku nebude pýtať.“ (Franko)

V iných prípadoch ani po spoločnom rozhodnutí otvoriť svoj vzťah nenastáva fáza konsolidácie. Hoci vyjednávanie hraníc a zosúladenie potrieb stojí všetkých zúčastnených aktérov veľa času a úsilia, keďže vyžaduje intenzívnu, otvorenú a vzájomnú komunikáciu o vlastných pocitov, prianiach a očakávaniach, čo je psychicky veľmi náročné, nie je vylúčené, že dosiahnutá dohoda prestane po krátkej dobe platiť, pretože prestala niekomu vyhovovať. Z pohľadu súčasného rýchleho životného štýlu, v ktorom človek s vypätím síl stíha plniť svoje pracovné, rodičovské a iné záväzky, sa problémy polyamorických vzťahov javia ako luxus, ktorý si hocikto nemôže dovoliť.

Dobré komunikačné schopnosti, ochota prispôbiť sa, ako aj porozumenie vlastným potrebám a potrebám partnerov sú predpokladom pre nájdenie spoločného modus vivendi. Naopak, nechota ustúpiť

z vlastných nárokov môže spôsobiť koniec vzťahu. Po dvadsaťjedenročnom monogamnom manželstve sa Sandra dva roky pokúšala manžela presvedčiť o tom, aby akceptoval polyamoriu, avšak bez úspechu. Ako píše na internetovom fóre *polyamore.de*, bolo pre ňu veľmi náročné presadzovať svoje potreby, pretože jej muž neustále diktoval podmienky. Pre silnú žiarlivosť a odpor manžela sa rozhodla svoje dlhoročné manželstvo ukončiť. O tom, či sa Sandre podarilo vytvoriť uspokojivé polyamorné vzťahy, sa však už z jej spovede nedozvedáme.

Podľa výpovedí participantov diskusie o možnostiach, ako transformovať monogamný vzťah do polyamorného tak, aby vyhovoval všetkým zúčastneným, sú nielen veľmi náročné, ale niekedy sa vhodný modus spoluzitia ani nepodarí nájsť. Skutočnú dohodu nahrádza kvázi dohoda typu: „*intimitu bez sexu môžeš a na oplátku nechcem počuť o твоjich vzťahoch*“. Tieto dohody sú však vratké a v niektorých prípadoch nie sú ani mienené úprimne. Polyamórne osoby však vytrvalo hľadajú spôsoby, ako si udržať primárneho aj sekundárneho partnera/ku. Konverzácia o „metóde“, ako udržať polyamorné vzťahy, patrí medzi tie najfrekvencovanejšie, či už na internetových fórach, alebo na osobných stretnutiach. Polyamoristi využívajú na výmenu skúseností i vzájomné rady aj sociálne siete.

Žiarlivosť a jej zvládanie

Otvorenie vzťahu zo strany jedného alebo oboch partnerov vyvoláva komplex emócií, ako je strach, podozrievanie, nedôvera, úzkosť a zlosť. Okrem toho sa viaže s pocitmi zrady, odmietnutia zo strany partnera, čo prežíva ten druhý partner ako emocionálne zranenie, ohrozenie a osamenie. Martina hovorí v tomto kontexte o emocionálnej prázdnote a samote, ktorú pociťovala, keď sa Braňo zaľúbil do novej partnerky:

„*Chcela som sa z jeho novej známosti tešiť, ale bolo pre mňa veľmi ťažké zniesť tú vzdialenosť, ktorá medzi nami vznikla. Najťažšie bolo vidieť, ako je do nej zaľúbený a koľko jej dáva lásky. Zrazu som sa cítila taká sama.*“

Tieto pocity sa údajne dajú zvládať vtedy, keď partner/ka dôveruje príslubom svojho partnera/ky v primárnom vzťahu zotrvať. Je to však predovšetkým kvalita pôvodného vzťahu, autonómia a rozvinutá sebaúcta, ktorá dotknutým pomáha prekonávať neistotu a strach. Ako ukazuje výpoveď Ilianty, intenzívnu zaangažovanosť partnera v novom vzťahu zvládla, pretože primárny vzťah nestratil na svojej kvalite:

„*Je úžasný muž a otec. Poznáme sa a ľúbime sa už viac ako 20 rokov, máme stále veľmi naplňajúci sexuálny život a rozumieme si okrem iného tiež veľmi dobre.*“

Polyamoristi sú presvedčení, že žiarlivosť možno zvládnuť, resp. predchádzať jej, ak sa využijú kognitívne techniky¹. Tými sa snažia ovplyvniť emocionálne prežívanie želaným smerom. Jednotlivci zameriavajú

pozornosť v prvom rade na seba, vlastné prežívanie situácie, a nie na zmenu situácie vyvolávajúcej žiarlivosť. Snažia sa sami seba presvedčiť, že môžu cítiť to, čo chcú. Peter opisuje túto mentálnu sebamanipláciu nasledovne:

„*Je vždy ľahšie veci vyriešiť v sebe. To neznamená, že ich nesmieme vyriešiť vo vonkajšom prostredí. Ale keď to najskôr vyriešiš v sebe, potom sa to často vonku vyrieši automaticky a potom stačí urobiť iba pár krokov a ide to samé.*“

Samotní polyamoristi pripúšťajú, že zmena spôsobov myslenia a prežívania žiarlivosti je dlhodobý a nestabilný proces, pričom k zmenám dochádza veľmi pomaly. Pocity strachu zo straty partnera/ky a neistoty ohľadom budúcnosti vzťahu sa napriek enormnej snahe opätovne vynárajú. Koniec koncov okrem príslubu partnera/ky neexistuje žiadna istota, že primárny vzťah takú záťaž vydrží.

Daniela opisuje svoje procesy reflexie, akými sa chce dostať k prevzatíu zodpovednosti za svoje pocity žiarlivosti takto:

„*To ego mi hovorí, čo je správne a čo nie, čo smiem vo vzťahu a čo nie. Avšak správne a nesprávne existuje len v mojej hlave. Je to moja osobná norma, ktorú som pripravená zmeniť.*“

Je zrejmé, že reflexia dôvodov žiarlivosti – ako proklamujú polyamoristi – nevedie k zvládnutiu žiarlivosti cez lepšie sebaopoznanie a uvedomovanie si svojho podielu na vlastnom prežívaní, ale skôr ku kontrole jej prejavov a k pocitom viny žiarlivej osoby, že svoje emócie dobre nezvláda. Práve neúspechy v regulovaní žiarlivosti môžu zosilniť pocity menejcennosti, viny a spôsobovať dlhodobú frustráciu. Psychickú pohodu dotknutej osoby naruša prinajmenšom znížené sebavedomie a sebaúcta prinajhoršom depresia. Prenášanie zodpovednosti za pocity žiarlivosti na monogamného partnera je teda psychickou manipuláciou s vážnymi dôsledkami. Tvrdenie, že za svoje prežívanie sme zodpovední iba my sami, nezodpovedá poznatkom sociálnej psychológie, ktorá disponuje dôkazmi, že emocionálne prežívanie závisí aj od hodnotenia a vzťahu významných iných. Človek vo všeobecnosti je vo svojom sebahodnotení a v prežívaní vlastnej hodnoty závislý od hodnotenia a správania druhých osôb, špecificky tých, ktorí sú pre neho dôležití a významní. Človek totiž hľadá na seba samého očami tých významných druhých. Úplné prekonanie tohto zrkadlového efektu nie je ani celkom možné, ani žiaduce. Je totiž zdrojom našej sociability a empatie.

Nástup tretej osoby do monogamného vzťahu vyvoláva aj porovnávanie sa s rivalizujúcou osobou, pochybnosti o svojej hodnote, ako to dokladá nasledovný extrakt:

„*Žiarlivosť vo mne nevyvolalo ani tak bezprostredne Petrovo správanie, ale moje vnútorné procesy, pocit, že nie som celkovo dosť dobrá, že nie som hodna lásky. Nebolo pre mňa ľahké sa s tým konfrontovať.*“ (Daniela)

Práve prežívané ohrozenie vlastnej hodnoty cez pochopenie prepojenosti sebahodnoty s ocenením a pozornosťou partnera, ktorá v dôsledku sekundárneho vzťahu značne poklesla, môže motivovať dosiaľ monogamných partnerov, aby aj oni nadviazali ďalší vzťah.

¹ Stuchlíková (2002) rozumie pod kognitívnym spracovaním situácie zmenu interpretácie zážitkov vyvolávajúcich žiarlivosť. Deje sa tak modifikáciou svojich myšlienok, presvedčení, postojov a spôsobov nahliadania na situáciu s cieľom o ich zvnútornenie.

Polyamoristi odporúčajú zvládať žiarlivosť aj prostredníctvom tzv. *fyziologicalkej kontroly*², ktorá je zameraná na reflexiu telesných stavov. Naša participantka, ktorá túto metódu vyskúšala, o nej referuje pozitívne:

„...keď som zvládla v tej fáze bolesti zostať pri mne a naozaj tú bolesť nechať úplne vyjsť na povrch a cítiť ju, tak to zrazu zmizlo a vo mne bol mier a otvorenosť ostatným a veľmi veľa lásky. {...} bolo to ako očista.“ (Daniela)

Z tzv. *nešpecifických metód*³ bežne využívajú cvičenie jogy, meditáciu a rôzne dychové cvičenia.

Náročnosť zvládania žiarlivosti spochybňuje jednak predpoklad, že ide o výlučne naučenú emóciu a jednak nastoľuje otázku, či by nebolo zmyslupnšie vyvinúť skôr techniky na ovládanie emocionálnych a sexuálnych túžob polyamoristov. Čo keby to komunikačné úsilie, ktoré investujú do hľadania dohody v polyamorii, investovali do svojej polovičky, do jej psychickej pohody a osobnostného rozvoja? Nezistili by, že takto svoju lásku môžu obnoviť a prehĺbiť?

(Ne)rovnosť v polyamorných vzťahoch

Ako sme sa už zmienili, náš výskum dokumentuje, že polyamorné vzťahy nie sú založené len na dobrovoľnosti a dohode, ako sa to proklamuje, ale aj na rezignácii, na akceptácii vnútených pravidiel, ktoré všetkým zúčastneným úplne nevyhovujú, resp. kladú na nich neúnosné nároky. Ten, kto ich nastoľuje, je pravdepodobne sociálne dominantnejšia a možno aj fyzicky atraktívnejšia a spoločensky viac uznávaná osoba. Jednostranné nastoľovanie pravidiel je zrejme frekventovanejšou formou prechodu od monogamného vzťahu k polyamorii, než pripúšťajú jej proklamácie.

Nerovnosť v partnerských vzťahoch však možno pozorovať aj pri porovnávaní primárnych, sekundárnych a terciárnych vzťahov, ako polyamoristi zvyknú rozlišovať svoje intímne vzťahy. Obvykle ide, ako už názvoslovie napovedá, o hierarchickú štruktúru, s klesajúcou mierou záväzkov voči ďalším partnerom/kám. Nerovnosť medzi jednotlivými partnerstvami sa utvára prostredníctvom inštrumentalizácie jednotlivých zúčastnených. Primárne partnerstvo stojí na prvom mieste a prípadné potreby tretej osoby sú tomu podriadené:

„Pre mňa je dôležité, aby si nová partnerka nerobila príliš veľké nároky na čas alebo nemala nejaké očakávania spoločnej budúcnosti. Pre mňa je dôležité žiť tu a teraz.“ (Robert)

Polyamorné zoskupenia, ako dokumentujú aj naše pozorovania, sú málo stabilné. Jedným zo zdrojov nestability je zmena postoja sekundárnych a terciárnych partnerov/iek k polyamorii a ich prípadná snaha o privlastňovanie si partnera. Daniela v tomto kontexte referuje o prechovávaní rivality a žiarlivosti zo strany

sekundárnej partnerky svojho manžela voči jeho ostatným sekundárnym vzťahom. Tá sa snažila získať si Danieline sympatie ako primárnej partnerky a v spolupráci s ňou exkomunikovať ostatné sekundárne partnerky.

Napriek pôvodnej hierarchizácii vzťahov, v ktorej je primárny vzťah nadradený nad ostatné, nie je vôbec vylúčené, že polyamorné osoby zanechajú primárny vzťah a nadviažu nové primárne partnerstvo s dovtedy sekundárnou partnerskou osobou. Z nášho sledovania vyplýva, že v primárnom a súčasne sekundárnom vzťahu sa podarilo zotrvať len jednému páru. Ďalšie dva dlhodobé vzťahy sa rozpadli, pričom jeden z respondentov následne nadviazal primárny vzťah s dovtedy sekundárnou partnerkou.

Rodová (ne) rovnosť

Hoci slobodný vstup do polyamorie sa prezentuje ako jej najdôležitejší predpoklad⁴, Danielina výpoveď skôr poukazuje na nerešpektovanie tejto podmienky a presadzovanie partnerových potrieb na jej úkor. Nasledujúci príklad poskytuje výstižnú ilustráciu takýchto praktík:

„...povedal, že je zalúbený a je medzi nimi taká príťažlivosť, že s tým nedokáže nič robiť. Spomínam si, že som mu povedala, že ak to inak nejde, tak ako že si to má prežiť, aj keď mi to totálne ubližuje.“

V tomto prípade postavil partner Danieľu pred hotovú situáciu, pričom od nej vyžadoval súhlas, odvolávajúc sa na svoju bezmocnosť. Jej finančná závislosť a citová naviazanosť ju primäla v tomto vzťahu zotrvať a pristúpiť na jeho požiadavky.

„...cítila som zrazu obrovský strach a veľkú bolesť. Tá bolesť bola zmesou hnevu, pochybností, smútku a jednoducho strach, že ten vzťah teraz skončí, že budem teraz s tým malým dieťaťom opustená.“

Danielina sloboda rozhodovania bola teda výrazne obmedzená jej ekonomickou závislosťou od partnera. Ďalším problémom, s ktorým ženy v patriarchálnej spoločnosti zápasia, je nerovnomerné rozdelenie starostlivosti o deti a domácnosť. Tieto činnosti sú časovo veľmi náročné a na rozdiel od platenej práce sú časovo neobmedzené. Ženy, matky malých detí sú v porovnaní s mužmi, čo sa týka možnosti investovať čas do nového vzťahu vo veľkej nevýhode. Voľný čas im jednoducho nezostáva.

Dôsledkom nerovnomerného rozloženia povinností medzi partnerov je preťaženie žien a z toho vyplývajúca nespokojnosť, frustrácia a hnev na partnera, či dokonca aj na deti. Okrem toho, patriarchálne obrazy dobrej matky a manželky vytvárajú očakávanie, že je nekonečne altruistická a potreby iných zásadne uprednostňuje pred vlastnými:

„Ja na to, aby som tiež popri deťoch vôbec mala čas pre seba, musím byť vo vzťahu úplne egoistická a vziať si čas pre seba. Ale ja nechcem byť egoistická. Ja som od prírody ohľadupľnejšia {...} Nesmiem robiť to, čo chcem, lebo potom

² Gendling (1978) je presvedčený, že cieľom fyziologicalkej kontroly emócií je vedome ponechať priestor pocitom žiarlivosti, a tak posilniť prijatie vlastného prežívania a orientovanie sa v ňom. Jej dlhodobé praktizovanie údajne vedie k rozvoju schopnosti spracúvať svoje pocity.

³ Stuchlíková (2002) do nešpecifických spôsobov zaraďuje rôzne relaxačné techniky.

⁴ Schroedter (2010) pri definícii polyamorie vychádza z predpokladu, že všetky zúčastnené osoby sú si vedomé všetkých podmienok vzťahu a na základe toho sa preň slobodne rozhodujú.

som zlá matka, zlá partnerka. Vždy beriem ohľad na rodinu, na deti a tak.“ (Daniela)

Z Danielinej výpovede je zrejmé, že podlieha tlaku normativity dobrej matky a manželky, pre ktorú je prirodzené potláčať svoje potreby a slúžiť napĺňaniu potrieb iných. Zohľadňovanie vlastných potrieb interpretuje v zhode s kultúrnymi normami ako egoizmus a bezohľadnosť, čo ju udržiava v znevýhodnenom postavení. Avšak aj tieto hlboko zakorenené presvedčenia sa menia, keď dochádza k uvedomeniu, že ich dôsledky sa už nedajú ďalej znášať:

„Človek to až dovtedy znáša, kým to už ďalej nejde.“ (Daniela)

Danielina výpoveď sa vzťahuje na rozhodnutie jej primárneho partnera stráviť deň ich výročia so sekundárnou partnerkou. Jeho nezáujem a necitlivosť voči jej potrebám viedol k rozhodnutiu ďalej svoju nevýhodnú pozíciu neakceptovať. Rozhodujúce bolo uvedomenie si toho, že má možnosť voľby, čo ju primárne aktívne konať a brať do úvahy aj vlastné potreby. A práve takéto emancipačné rozhodnutie vedie k ukončeniu polyamorného vzťahu. Z toho vyplýva, že ani polyamorné vzťahy nie sú zbavené od patriarchálnych rodových nerovností. Egalitárske partnerstvo vyžaduje u oboch partnerov rovnaké možnosti sebarozvoja, autonómie a napĺňania svojich potrieb a túžob. Akceptácia emócií a citov sa nemôže zúžiť len na prípad jedného z partnerov, potrebná je vzájomná akceptácia a podpora, a to nielen v intimite, ale aj v ostatných dimenziách partnerského spolužitia.

Napriek všetkým proklamáciám a snahám o partnerskú rovnosť aj v polyamorii pretrvávajú problém rodovo nerovnomernej deľby starostlivosti o deti a domácnosť. Ženy obvykle vykonávajú väčšinu neplatennej práce, a tak im nezostáva toľko času na osobnostný rozvoj a spoločenské aktivity ako mužom. Naša empirická sonda nepriniesla žiadne dôkazy o tom, že polyamorné spolužitie túto patriarchálnu prax mení.

Súhrn

Výpovede našich participantov naznačili, že deklarované princípy polyamorie, ktoré ju majú odlíšiť od nevery (či už mnohonásobnej, alebo sériovej) a tým ju aj legitimizovať, sa často nedodržiavajú. Týka sa to najmä ústredného princípu dobrovoľného a informovaného súhlasu všetkých dotknutých osôb. Rekonštrukcia jednotlivých príbehov otvorenia monogamného spolužitia poukázala na nerovnosť v nastolovaní pravidiel, na psychické útrapy tých, ktorí boli okolnosťami prinútení znášať prítomnosť tretej alebo ďalšej partnerskej osoby. Ako dokumentujú výpovede, participant si vplyvom ideológie polyamorie znázornili zodpovednosť za svoje pocity neistoty, ohrozenia, za emócie strachu, hnevu, smútku, za svoje obavy o budúcnosť vzťahu, ktoré žiarlivosť sprevádzajú, čo na nich kladie mimoriadne vysoké nároky. Prílišná kontrola negatívnych emócií a únik pred riešením nevyhovujúcej situácie nielen negatívne ovplyvňuje ich psychickú i fyzickú pohodu, ale vedie ich k depersonalizácii svojej osoby, teda k necitlivosti voči vlastným

pocitom, emóciám a potrebám. Zatiaľ čo životná pohoda polyamornej osoby sa nadviazaním ďalšieho vzťahu zvyšuje, pohoda primárnej partnerskej osoby, pokiaľ nemá príležitosť alebo nechce žiť vo viacerých vzťahoch, klesá a ešte sa od nej očakáva, že s dôledkami tejto ujmy sa vyrovná sama.

Ideológovia polyamorie teda vytvorili nový diskurz, ktorý stavia do falošného protikladu liberálnosť polyamorie a konzervatívnosť monogamie. Tento diskurz zľahčuje dôsledky viacerých intímnych vzťahov, znehodnocuje význam partnerskej vzájomnej závislosti a redukuje spokojnosť v intímnom živote len na otázku slobodného individuálneho rozhodnutia uskutočňovať svoje túžby bez akýchkoľvek obmedzení. Emocionálne a sexuálne uspokojenie však nie je výsledkom individuálneho rozhodnutia, ale záležitosťou oboch partnerov. Intimita oddelená od hodnoty vzájomnosti a zdieľania vedie k inštrumentalizácii intímnych vzťahov, a teda aj k ich citovému vyprázdneniu.

Tento záver považujeme za predbežný. Jeho overenie si vyžaduje ďalší výskum, ktorý by sa zamerával aj na otázky moci, spoločenskej dominancie a fyzickej atraktivity tak polyamoristov, ako aj ich monogamne či polyamormne žijúcich primárnych, sekundárnych a terciárnych partnerov. Tak by sa dal overiť predpoklad, že polyamoria je privilegiom len pre spoločensky dominantných, fyzicky aj sociálne atraktívnych jedincov, ktorí disponujú sociálnou mocou a sofistikovanými sociálnymi spôsobilosťami inštrumentálne využívať partnerské osoby. Ak sa pokúsia o polyamoriu menej „zdatné“ osoby, polyamorné vzťahy sa rýchlo rozpadnú.

Náš výskum, ako aj výskumy iných autorov poukázali na to, že proklamácia rovnocenných vzťahov muža a ženy nie je polyamoristami systematicky a cieľavedomo napĺňaná. Ani tie najlepšie intencie polyamoristov nie sú dostatočnou zárukou, pokiaľ ich partneri/ky nedisponujú podobnými rétorickými schopnosťami a odvahou presadzovať svoje potreby a otvorene vyjadrovať svoje emócie a pocity. Krucálnou podmienkou egalitárskych vzťahov je finančná nezávislosť a podobný spoločenský status. Polyamoria však podľa nášho názoru priamo nefacilituje vzájomné vnímanie partnerov ako rovnocenných bytostí.

Analýza našich dát ukázala, že ekonomicky závislé partnerky prežívajú silnejšie pocity neistoty, strachu a obavy z rozpadu partnerstva. Ekonomická závislosť umožňuje silnejšiemu partnerovi zneužívať závislosť partnerskej osoby vo svoj prospech a vmanipulovať ju do akceptácie ďalšieho vzťahu. Hoci socioekonomická nezávislosť žien je jedným z najdôležitejších faktorov predchádzania manipulácie a zneužívania závislosti, pre realizáciu egalitárnej praxe polyamorie nepostačuje. Rovnocennosť vo vzťahu vyžaduje aj to, aby sa muži vzdali svojich tradičných privilegií a neponechávali väčšinu rutínnej a neplatennej práce v domácnosti a v starostlivosti o deti na svoje partnerky. Ak sa tak nestane, ženy-matky majú podstatne menšiu možnosť sebarealizácie, rovoja autonómie a uspokojenia svojich potrieb.

Diskusia

Naše zistenie považujeme za predbežné, pretože náš súbor pozorovaných a interviewaných osôb je malý a nezaručuje, že sme pokryli všetky rozmanité variácie polyamorných vzťahov. Navyše, metóda interview, ktorá sa pri zbieraní empirických dát používa najčastejšie, má svoje úskalia, pretože samotní účastníci nemusia odhaľovať všetky uvedomované pohnutky ani podať autentickú reflexiu svojich myšlienok, pocitov a emócií. Preto je dôležité, aby výskumníci realizovali interview nielen s polyamoristami, ale aj s ich primárnymi a sekundárnymi partnermi a tieto výpovede konfrontovali. Častokrát žijú tieto partneri de facto monogamne, nemajúc možnosti, predpoklady či dôvod využiť dohodu o slobode intímneho života. Metódu interview je potrebné doplniť dlhodobým pozorovaním jednotlivých párov, čo sa v prípade nášho výskumu mimoriadne osvedčilo, hoci trvalo len tri roky. Tak sme mohli sledovať, či sa polyamoristom podarilo zachovať primárny vzťah a vytvoriť si predstavu o tom, aká je stabilita polyamorných vzťahov.

Na základe našich zistení významným faktorom pri nadväzovaní polyamorných vzťahov je potreba slobody a odpor voči normám. To potvrdzuje Smiler (2010) a polyamoriu nazýva „vzťahovou anarchiou“. Rovnaké presvedčenie prezentuje aj Nordgreen (2015). Je však otázne, či táto pohnutka je primárna a či odpor voči monogamnej normatíve nie je len dôsledkom osvojennej ideológie polyamorie.

Druhým dôvodom nadväzovania vzťahov u polyamorných interviewaných osôb môže byť jednoducho zvedavosť a túžba experimentovať, čo sa týka najmä asolescentov. Früchtel a kol. (2000) tvrdia, že v dnešnej dobe so vzťahmi experimentujú skoro všetky páry a vzťahy musia byť neustále nanovo vyjednané. Podľa Schulza (1992) kategorickým imperatívom dnešnej doby je experimentovanie a zbieranie autentických skúseností, v ktorých aktéri spoznávajú samých seba.

Nevylučujeme, že pre niektoré páry môže polyamoria predstavovať cestu, ako prekonať pocit vzájomného odcudzenia alebo vniesť do stereotypného partnerského života novú dynamiku, čo považuje Matějková (2009) za významný motív nevery u dlhodobých partnerstiev.

Hoci náš výskum naznačil nestabilitu polyamorných vzťahov, nevylučujeme, že za istých podmienok môže polyamorné spolužitie pretrvať, ako to predpokladá Hülshoffov model (2012). Hülshoff uvažuje o podmienkach stabilizácie polyamorie v kontexte jednotlivých fáz, ktorými prechádza partner polyamoristu. Ide o fázu separácie, individualizácie a integrácie. Separácia nastáva v dôsledku dezilúzie a uvedomenia si, že polyamorný partner momentálne nie je v k dispozícii, nedokáže naplniť jeho/jej potreby a preberá za ich uspokojovanie zodpovednosť sám, čo sprevádza smútok, neistota, pochybnosti a podobne. Po tejto fáze nasleduje individualizácia, ktorá, pokiaľ sa úspešne zvládne, charakterizuje pocit emocionálnej a osobnej nezávislosti. V mnohých prípadoch sa aj monogamná osoba začína angažovať v nových

vzťahoch. V tejto fáze je nebezpečie rozchodu vysoké. Ak však polyamorní partneri dokážu riešiť konflikty, vnímať a rešpektovať svoje rôzne očakávania a potreby, integrovať ich a ujasniť si, ktoré potreby si budú aj naďalej naplňovať s primárnym partnerom a ktoré si budú uspokojovať v iných vzťahoch, ich primárne partnerstvo sa stabilizuje. Súčasťou overovacieho výskumu by mal byť aj časový manažment, ktorý považujú polyamorné osoby za jednu z najväčších výziev.

Dôkladnejšie preskúmanie si vyžaduje aj samotná konceptualizácia žiarlivosti. Zástancovia polyamorie odmietajú evolučné poňatie žiarlivosti (White, Mullen, 2006; Fisher, 2007) a tvrdia, že žiarlivosť je naučená emocionálna reakcia, ktorá vyplýva z noriem monogamnej kultúry (Easton, Hardy, 1997). Ak je žiarlivosť naučená, tak potom sa ju možno aj odučiť. Zaužívané vzorce myslenia, ktoré majú vplyv na jej prežívanie, treba jednoducho nahradiť novými. Za želanú reakciu na príchod tretej osoby považujú „frubbly“, teda radosť z partnerovho nového vzťahu. Uznávajú však, že ide o náročný proces, pretože primárny partner sa musí deliť o lásku a pozornosť so sekundárnymi partnermi/kami. Častejšie prežívanou reakciou je „wibbly“, ktorá opisuje emocionálny stav neistoty, hnevu a strachu spojený s nadväzovaním nových vzťahov.

Žiarlivosť sa iste nedá chápať ako jednoduchá emocionálna reakcia, lebo súvisí aj so špecifickými myšlienkami a s úsilím tieto negatívne emócie ohrozujúce pocity a myšlienky prekonať, zvládnuť. Preto ju psychológovia považujú za multidimenzionálny fenomén (Sharpsteen, 1991; Guerro et al, 2004). Z hľadiska evolučnej psychológie, ktorá sa považuje za jeden z najdôležitejších teoretických rámcov, ktorý sa pokúša vysvetliť tento komplexný fenomén, sa žiarlivosť vyvinula v evolúcii ako dôležitý nástroj na udržanie rodičovského vzťahu. Trvácnosť takéhoto vzťahu totiž zvyšuje jednak šance na prežitie samotných rodičov, jednak šance na prežitie ich detí. Z hľadiska evolučnej psychológie žiarlivosť plní dôležitú funkciu ochranného a výstražného systému, ktorý citlivo vyhodnocuje aj veľmi jemné zmeny v partnerskom vzťahu a núti preventívne konať a znemožniť partnerovi, aby zo vzťahu odišiel (Buss, 1994). To zdôrazňuje hĺbku a závažnosť komplexných emócií a pocitov spätých so žiarlivosťou.

Techniky využívané na zvládanie žiarlivosti podľa našich predbežných zistení neprinášajú veľký úspech a skôr vedú ku kontrole prejavov žiarlivosti, ako k jej dlhodobému a stabilnému zvládnutiu. Zástancovia polyamorie tým ignorujú skutočnosť, že polyamoria nielen ruší emocionálnu a sexuálnu exkluzivitu, ale oslabuje aj dlhodobu budovanú vzájomnosť a dôveru, ako aj spoločne akumulované zdroje, ktoré sú z hľadiska ich prežitia a prežitia ich potomkov významné.

Jednou z argumentačných stratégií, ktorá slúži k legitimizácii polyamorie, je jej prezentácia ako cesty k odstráneniu rodovej nerovnosti. Tému, že polyamoria mení stereotypné rodové roly k väčšej rovnosti, podrobila empirickému overovaniu už Sheffová (2005).

V závere konštatuje, že väčšina žien sa v monogamnom vzťahu cítila zbavená svojprávnosti a polyamoria im ponúkla pocit oslobodenia. Angažovanie sa v polyamorii im pomohlo zbaviť sa stereotypného presvedčenia o ženskej role, ktorej súčasťou je uprednostňovanie potrieb ostatných pred vlastnými. K podobným záverom dospela aj Barkerová et al. (2005). Zvýhodňovanie mužov a prechovávanie stereotypizovaných rolových obrazov v polyamorii popierajú. Tvrdia, že práve polyamoria svojou neštruktúrovanosťou poskytuje priestor na vytvorenie rovnocenných partnerstiev. To, aký vzťah si partneri vytvoria, záleží len na nich, na kvalite ich komunikácie, vzájomnom rešpekte, úcte a ocenení.

Záver, ku ktorému uvedené autorky dospeli, nie sú dostatočne presvedčivé, lebo od kvality komunikácie, vzájomného rešpektu a ocenenia závisí aj rovnocennosť monogamných vzťahov. Monogamnosť nevylučuje rovnocennosť. V našom súbore respondentov sme pozorovali rodové nerovnosti a nerovnomerné rozloženie práv a povinností, kde ženy nemali rovnaký priestor na osobnostný rozvoj ako ich partneri. Polyamoria teda sama osebe nezaručuje zrovnoprávnenie partnerov. Proti takémuto záveru hovorí aj inštrumentalizácia sekundárneho alebo terciárneho partnera/ky, ktorá je obvyklou praxou polyamorie (Früchtel a kol., 2000). Partneri si zo sekundárneho alebo terciárneho vzťahu zoberú to, čo potrebujú, čo im vyhovuje, stanovujú hranice, ktoré táto osoba nesmie prekročiť. Keď dostanú to, čo chcú alebo keď začne sekundárny či terciárny vzťah ohrozovať ten primárny, tak ho zrušia a vymenia za iný. Polyamoria teda skôr legitimizuje nerovnosť v partnerských vzťahoch. Autonómiu a rovnoprávnosť žien však podporuje ich ekonomická nezávislosť, na čo poukazuje aj Sheffovej výskum (2005). Finančne nezávislé ženy po zmene monogamného vzťahu na polyamorný boli menej neisté a ohrozené ako ženy, ktoré boli od svojho partnera finančne závislé. Ekonomická nezávislosť, a nie polyamoria je nevyhnutnou podmienkou emancipácie žien od kultúry a noriem patriarchálnej spoločnosti.

Na dôležitosť socioekonomickej rovnosti pri dosahovaní egalitárnej praxe v rámci polyamorných vzťahov poukazuje aj Klesse (2013). Finančná nezávislosť žien od mužov je však dôležitá aj v monogamnom spoluzití, pokiaľ má byť vyvážené a uchránené od rodovej stereotypizácie. Finančná nezávislosť a profesionálne uplatnenie oboch partnerov zvyšuje slobodu rozhodovania a prispieva k rodovo rovnocennému napĺňaniu aj emocionálnych a sexuálnych potrieb.

Záver

Naše pozorovania a výpovede participantov naznačujú, že praktiky polyamorie nie sú v súlade s proklamáciou slobodného súhlasu všetkých zainteresovaných či už v počiatočnej fáze polyamorie, alebo v priebehu jej fungovania. O podobných zisteniach referuje aj Klesse (2006).

Okrem toho naše dáta naznačujú, že snaha kognitívne kontrolovať žiarlivosť a s ňou späté pocity

neistoty, strachu a existenčných obáv býva problematická. Neúspešné pokusy zvládnuť tieto pocity a emócie vyvolávajú frustráciu a pocit nedostatočnosti, čo následne nepriaznivo pôsobí na psychické i fyzické zdravie, vedie k dištancovaniu sa od vlastných pocitov a k strate orientácie, ktoré emócie sú autentické a ktoré prebraté, ako na to poukazuje aj Rastetterova štúdia (2008). Diskusia o možnostiach kognitívnej kontroly žiarlivosti by si však vyžadovala osobitný priestor.

Naše pozorovania nepotvrdzujú, že polyamoria podporuje rodovú rovnosť partnerov. Naopak, svedčia o prechovávaní stereotypizovaných rolí a normatívnych očakávaní. O nerovnocennosti polyamorných vzťahov vypovedá aj inštrumentalizácia a emocionálne zneužívanie sekundárnych a terciárnych partnerov na kompenzáciu nedostatkov primárneho vzťahu. Podľa výpovedí polyamoristov však nejde o zneužívanie, pretože sa vedome usilujú o to, aby uspokojili sekundárnych a terciárnych partnerov, a to dokonca aj na úkor vlastných potrieb (Zika a kol., 2013). Pred vyvodzovaním záverov, by však bolo potrebné konfrontovať výpovede polyamoristov s výpoveďami ich primárnych, sekundárnych, prípadne terciárnych partnerov. Hierarchizácia vzťahov je však už sama osebe indikátorom inštrumentalizácie.

Literatúra

- Anapol, D. 1997. *Polyamory: The New Love Without Limits*. San Rafael: IntiNet Resource Center, 1997. ISBN 1-880789-08-6
- Barker, M., Ritchie, A. 2005. Hot bi babes and feminist families: Polyamorous women speak out. In *Lesbian & Gay Psychology Review* [online], Vol. 8, Issue 2, 2005. [cit. 2012-08-07]. Dostupné na: <http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uid=F36303BC-1143-DFD0-7E5B-5FEDE370DA1B&ext=pdf>
- Bednářiková, H. 2005. *Materstvo ako súčasť ženskej identity: Od individuálneho zážitku k solidarite*. In Ružový a modrý svet: rodové stereotypy a ich dôsledky. Bratislava: Aspekt, Občan a demokracia, 2005. ISBN 80-89140-02-5.
- Bosá, M. 2005. *Prečo ženy zažívajú násilie: Nerovnováha moci medzi ženami a mužmi*. In Ružový a modrý svet: rodové stereotypy a ich dôsledky. Bratislava: Aspekt, Občan a demokracia, 2005. ISBN 80-89140-02-5.
- Brown, G. 2015. *Yes, Abuse Can Show Up in Polyamorous Relationships – Here Are 7 Red Flags to Watch Out For*. [online] [cit. 2015-06-29] Dostupné na: <<http://everydayfeminism.com/2015/05/abuse-in-poly-relationships/>>
- Buss, D. M. 1994. *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books.
- Easton, D., Hardy, J. W. 1997. *The Ethical Slut: A Practical Guide to Polyamory, Open Relationships & Other Adventures*. San Francisco: Greenery Press, 1997. ISBN 0-890159-01-8.
- Fisher, H. 2007. *Warum wir lieben...und wie wir besser lieben können*. München: Knauer Taschenbuch Verlag, 2007. ISBN 978-3-426-77901-9.
- Früchtel, F., Stahl, Ch. 2000. *Zwei plus X – postmoderne*

- Partnerschaftsmodelle?* Opladen: Leske + Budrich. ISBN 3-8100-2893-2.
- Gendling, E. T. 1978. *Focusing*. New York: Everest House. 1978.
- Guerro, L. K., Spitzberg, B. H., Yoshimura, S. M. 2004 Sexual and emotional jealousy. In J. H. Harvey, A. Wenzel, S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationship* (pp. 311-345). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hultsch, D. 2014. Romantische Liebesbeziehung, Polyamory und reine Beziehung. In *Politix: Sexualität und Geschlecht* [online], Issue 36, pp 16–18. 2014. [cit. 2015-05-03] Dostupné na: <https://politikwissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_politikwiss/Politix/politix_36.pdf>
- Hülshoff, T. 2012. *Emotionen*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2012. ISBN 978-3-8252-3822-3.
- Klesse, Ch. 2006. Polyamory and its „Others“: Contesting the Terms of Non-Monogamy. In *Sexualities* [online], Issue 9, pp 565–583. 2006. [cit. 2012-11-30] Dostupné na: <<http://sexualities.sagepub.com/cgi/reprint/9/5/565>>
- Klesse, Ch. 2013. Poly economics: Capitalism, class, and polyamory. In *International Journal of Politics, Culture, and Society*. [online] Vol. 27, Issue 2, pp 203-220 [cit. 2015-06-29] Dostupné na: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10767-013-9157-4#page-1>>
- Lipovetsky, G. 2003. *Éra prázdnoty. Úvahy o súčasnom individualizmu*. Praha: Prostor, 2003.
- Matějková, E. 2009. *Řešíme partnerské problémy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-247-2338-9.
- Nordgren, A. 2015. Polyamory – mnohočetné partnerské vzťahy: Osm bodů o vzťahové anarchii [online] [cit. 2015-06-06] Dostupné na: <<http://polyamory.eleferno.cz/index.php?text=21-osm-bodu-o-vztahove-anarchii>>
- Rastetter, D. 2008. *Zum Lächeln verpflichtet: Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich*. Campus Verlag: Frankfurt am Main. ISBN 978-3-593-38483-2.
- Robinson, V. 1997. My baby just cares for me: feminism, heterosexuality and nonmonogamy. In *Journal of Gender Studies*, 6 (2), 143-157.
- Sharpsteen, D. J. 1991. The organization of jealousy knowledge: Romantic jealousy as blended emotion. In P. Salovey (Ed), *The psychology of jealousy and envy* (pp.31-52). New York: Guilford Press.
- Schroedter, T., Vetter, Ch. 2010. *Polyamory: Eine Erinnerung*. Stuttgart : Schmetterling Verlag, 2010. ISBN 3-89657-659-3.
- Schulze, G. 1992. *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt am Main, 1992.
- Sheff, E. 2005. *Polyamorous women, sexual subjectivity and power*. In *Journal of Contemporary Ethnography*, Georgia: Sage Publications. 2005. Vol. XX No. X, Month 2005 1-34
- Smiler, B. 2010. There's No Such Thing As Polyamory. In *Electronic Journal of Human Sexuality*. [online] Vol 14 [cit. 2013-04-03] Dostupné na: <<http://www.ejhs.org/volume14/NoSuch.htm>>
- Szolnokiová, J. 2005. Skúsenosť a stereotyp: Sociálne kontexty materstva. In *Ružový a modrý svet: rodové stereotypy a ich dôsledky*. Bratislava: Aspekt, Občan a demokracia, 2005. ISBN 80-89140-02-5.
- White, G.L., Mullen, P.E. 2006. *Žárlivost: teorie, výzkum a klinické strategie*. Praha : Triton.
- Zika, E., Herbert, M., Radeva, A. 2013. Polyamorie: Warum (nicht) einfach lieben? In *Systeme*. [online] [cit. 2015-06-18] Dostupné na: <http://www.erikzika.at/wp-content/uploads/2010/11/1_2013_Herbert_et_al_Polyamorie.pdf>

Kontaktná adresa:
marcela.birova@gmail.com

Recenzia

Anton Heretik, st.: Zlo. Spomienky súdneho znalca.
Bratislava: IKAR, 2015. 184 s. ISBN 978-80-551-4265-4.

Zlo je ďalšou publikáciou prof. Heretika, ktorá po sérii tých vážnych – o ktorých sám autor hovorí, že sú to tie, s ktorými urobil zadosť svojmu akademickému postaveniu – predstavuje po naoko ľahšom námete (*Humor je vážna vec* – publikácia bola recenzovaná našom časopise č. 1/2015) návrat k ťažším témam, ale už v ľahšom podaní. Samotný názov knihy *Zlo*, pravda, nesľubuje žiadnu romantiku, avšak vážne veci sú v nej podané skôr beletristickým, „nevedeckým“ spôsobom, v zmysle rozprávania o stretnutiach s páchatelmi najťažších zločinov, najmä vražd, o ich životných osudoch a ich obeti, s ľahkým osvetovo-úvodným uvedením každej kapitoly.

Knih vznikla ako spomienka profesora Heretika s tridsaťpäťročnou praxou súdneho znalca odboru

psychológia a prináša prepis, dá sa povedať aj známych, aj menej známych, ale o to zaujímavejších prípadov z jeho praxe. Nemožno si pritom nevyšmúť realistický a neúprosne plynúcim tokom času daný výrok v úvode knihy: „Spomienky má človek písať vtedy, keď už má na čo spomínať a ešte si niečo pamätá“.

Knih pozostáva zo 17 kapitol, ktorým predchádza úvodné osobné vyznanie autora pod titulom *Moje stretnutia so Zlom*, s autobiografickými prvkami zasadenými do obdobia počnúc 50. rokmi minulého storočia.

Popri opise „klasických slovenských vražd“ (podľa autora s prvkami podobnými gréckej mytológii), v pozadí ktorých sú konfliktové vzťahy v rodine, dokresľované alkoholickými ebrietami, nachádzame v publikácii aj opis prípadu pod názvom *Boss slovenského podsvetia* („Miki ako bos“), vraždy na objednávku, vraždy, ktorých sa dopustili tí, ktorí by mali „pomáhať a chrániť“, o vražde vlastnej učiteľky, o róm-ských vraždách, a dokonca aj úvahu o existencii kanibala na Slovensku v 21. storočí. (*pokračovanie na strane 37*)

Falopletyzmografický test a stálost pedofilní preference

Jaroslav Zvěřina

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

Souhrn

V Severní Americe proběhla zajímavá diskuse nad výsledky falopletyzmografických testů u pedofilních mužů. Někteří autoři se domnívají, že pedofilní erotická preference nemusí být za všech okolností neměnná. Jiní předpokládají spíše její celoživotní povahu. PPG test je některými experty považován za „zlatý standard“ v diagnostice pedofilní preference mužů. Je zřejmé, že je to zatím standard spíše pomocný, než rozhodující.

KLíčové slová: falopletyzmografie, pedofilie.

Úvod

Zajímavou polemiku vyvolalo sdělení kanadských autorů Müllerové a spol. z Univerzity v Otavě, kteří publikovali výsledky PPG testu u většího souboru mužů (N = 43), diagnostikovaných jako pedofilové (1). Většina z nich (N=33) spáchala sexuální delikt na dítěti. Podle jejich kritérií dítě do 13 let. PPG test u nich prokázal pedofilní erotický zájem. Šlo o vyšetření na přístroji s odporovou hadičkou (strain gauge) a byly předkládány zvukové podněty, čtené příběhy. Pokud respondent reagoval na „dětský“ podnět (není specifikován) lépe než na „dospělý“, byl jeho „pedofilní index“ pozitivní. Jako signifikantní reakci brali prodloužení detekční hadičky alespoň o 3 mm. Po šesti měsících test u respondentů opakovali a zjistili, že u 22 z nich byl pedofilní index shodný. Avšak ve 21 případech respondenti na „dětské“ podněty pozitivně nereagovali. Zajímavá je věta z úvodu studie, ve které autoři praví, že „PPG test je v Kanadě a USA zlatým standardem při vyšetřování pedofilní preference“. Autoři si kladou otázku, zda některé diagnózy pedofilie nemají jen relativní a dočasný charakter. Zcela nevylučují ani chybu metody a ovlivnění výsledku samotnými respondenty. Není ovšem vyloučeno, že jejich výsledky naznačují možnost, že pedofilní preference nemusí být u všech jedinců celoživotním sexuálním motivačním prvkem.

Uvedenou studii komentuje poměrně obsáhle J. M. Bailey (Northwestern University, Evanston, IL) v časopise IASR (2). Ohrazuje se především proti tvrzení kanadských autorů, že PPG představuje

Summary

Overview about latest discussion about validity of PPG test in a diagnosis of a pedophilic preference. Some authors are the opinion that pedophilic erotic preference should not be under each circumstances immutable. Most of experts hold the statement of lifelong character of pedophilic preference. Penile plethysmography is for some experts a „gold standard“ in diagnosis of pedophilia. Such a standard seems to be actually rather auxiliary as decisive one.

Keywords: penile plethysmography, pedophilia.

„zlatý standard“. Tato metoda je zatížena mnohými nepřesnostmi a chybami a je třeba ji hodnotit s opatrností. Tento autor také dává přednost volumetrickému principu měření vazomotorických změn penisu, protože odporová hadička, měřící obvod penisu je zejména u menších reakcí málo citlivá. Jeho laboratoř používá silné erotické podněty ve formě filmů, avšak i tak musí někdy až třetinu vyšetřovaných vyřadit pro nedostatečně silné reakce. Obecně se řídí zásadou, že reakce, jsou-li velmi nízké, není možné brát jako přesné. Do úvahy je třeba brát i další faktory, zejména intrapsychické a situační. Předpoklad, že pedofilní preference není celoživotní vlastností, Bailey komentuje s tím, že diskriminační postup, použitý pro zjištění pedofilní preference není dost exaktní. Mnozí ti muži reagovali také na dospělé podněty, avšak poněkud méně než na podněty dětské. Může jít také o prostý projev nepřesnosti zvolené metody. Někteří autoři pracují s předpokladem, že erotické preference, jako pedofilie, nejsou neměnné. Předkládány jsou zejména kasuistická pozorování. Autor zmiňuje svůj nepublikovaný průzkum mezi pedohebefilními muži, kteří v anonymní anketě popisovali své pedofilní zájmy jako dlouhé roky neměnné.

Ve stejném čísle ASB se zmíněným článkem zabývá také James M. Cantor z Toronta (3). Nepovažuje závěry autorského kolektivu za validní. Každý PPG test považuje za falešně pozitivní či negativní až ve 25% případů. To pak platnost jediného vyšetření výrazně snižuje. Považuje také za možné, že vyšetřování mužů při opakovaném testu potlačovali reakce na dětské podněty.

Stálostí pedofilních zájmů se zabývá ve své úvaze Martin L. Lalumière (4). Lze souhlasit s tím, že většina odborníků v této oblasti chápe pedofilii jako jednu z možných sexuálních orientací, podobně jako heterosexualitu a homosexualitu. Polemizuje s představou, že téměř polovina mužů v souboru Müllerové a spol. během půl roku ztratila své pedofilní zájmy. Chybí základní data o přesnosti průkazu pedofilní preference PPG testem. Lze tedy předpokládat, že někteří „pedofilové“ v souboru 43 mužů prostě nebyli pedofilně orientovaní. V jejich případech se tedy test prostě zmyšlil. PPG test nelze tedy považovat za stoprocentně spolehlivý. Specifikou této testové problematiky je negativní stigmatizace pedofilní preference. Z toho plyne pochopitelná tendence vyšetřovaných, pedofilní preferenci potlačovat.

Ve svém vyjádření kanadští autoři trvají na svém a soudí, že jejich data ukazují, že pedofilní preference se může v čase změnit (5). Výsledkem celé diskuse je zejména otázka, zda sexuální orientace může znamenat něco jiného než sexuální zájem.

Na této zajímavé disputaci mne zaujalo několik témat. Především je pozoruhodné, že někteří kanadští a američtí experti považují PPG za „zlatý standard“ při vyšetřování pedofilní preference. Je zřejmé, že v tomto směru je severoamerická sexuologie velmi podobná té naší. Dále je zřejmé, že také zaoceánská pracoviště mají problém s porovnáváním různých metod PPG snímání. Také v tom se naše situace té americké podobá. Diagnostika PPG s použitím audio podnětů má u nás minimální zastoupení. V tomto směru mám dojem, že naše převážně optické podněty jsou pro stanovení erotické preference vhodnější. Takový podnět má okamžitou platnost a specifická erotická reakce poskytuje vyšetřovanému jen malý prostor pro úmyslné ovlivnění výsledků testu (6).

Co se týče stálosti pedofilní erotické preference, pak není pochyb, že většina našich pedofilních pacientů vykazuje stejnou erotickou preferenci dlouhé roky. Opakovaně jsem se setkal s pedofilními delikventy, kteří tvrdili, že po mnoha letech pobytu

ve vězení a po dlouhém útlumovém léčení se jejich pedofilní preference „normalizovala“. Většina pedofilních jedinců ostatně je schopna nějakého sexu s dospělými objekty. Platí to pro pedofily homosexuální i heterosexuální. Žádný tuzemský výzkum, podobný tomu kanadskému neznám. Nicméně tato problematika by za prozkoumání nepochybně stála. Jako doklad pedofilie coby celoživotního sexuálního programu bych mohl nabídnout několik kastrovaných pedofilních delikventů, kteří se dopustili dalšího pohlavního zneužívání dětí po mnoha letech od chirurgického výkonu. Druhým argumentem by mohl být dobře známý „dvouhrbý“ charakter křivky věku v souborech pedofilních delikventů, kteří často recidivují i desítky roků po prvním sexuálním deliktu.

Literatura

- 1/ Müller, K., Curry, S., Ranger, R., et al.: Changes in Sexual Arousal as Measured by Penile Plethysmography in Men with Pedophilic Sexual Interest. *J.Sex.Med.* 2014, 11/10: 1121 – 1129
- 2/ Bailey, J.M.: A Failure to Demonstrate Changes in Sexual Interest in Pedophilic Men: Comment on Müller et al. (2014). *Arch. Sex. Behav.* 2015, 44/1: 249 – 252
- 3/ Cantor, J.M.: Purported Changes in pedophilia as Statistical Artefacts: Comment on Müller et al. (2014). *Arch. Sex. Behav.* 2015, 44/1: 253-254
- 4/ Lalumière, M.L.: The Liability of Pedophilic interests as Measured by Phallometry. *Arch. Sex. Behav.* 2015, 44/1:255-256
- 5/ Fedoroff, J.P. et al.: Evidence That Arousal to Pedophilic Stimuli Can Change. *Arch. Sex. Behav.* 2015, 44/1:259-263
- 6/ Zvěřina, J.: Falopletyzmozografické reakce pachatelů sexuálních deliktů. *Čs.Psychiatrie* 1987, 83:145-149

Kontaktná adresa: Jaroslav Zvěřina
Sexuologický ústav 1.LF UK
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2
zverina.jaroslav@seznam.cz

(pokračovanie zo strany 35) V publikácii nechýbajú ani kapitoly, ktoré sa týkajú vrážd so sexuálnou motiváciou, resp. prípadov, v ktorých zohráva rolu napr. neopätovaná láska. Sexuológov určite zaujme kapitola *Deviant a deviantka* s krátkym uvedením do problematiky sexuálnych deviácií s poukazom na historicky podmienené zmeny v pohľade spoločnosti na to, čo je a čo nie je v sexuálnom živote normálne a úchylné. Poukazuje aj na mýtus spoločenskej nebezpečnosti sexuálnych deviantov, ktorí zďaleka tak často neporušujú zákon ako ľudia s poruchou osobnosti (psychopati). Opisuje zaujímavý prípad, ktorému dal príliehavý literárny názov *Markíz de Sade z Nových Zámkov*. V neposlednom rade zaručene upúta aj prípad už zmieneneho kanibala, ktorý bol medializovaný v roku 2011, keď neznáma osoba zo Slovenska sľubovala istému Švajčiarovi, že ho skonzumuje, s neutajovaným

sprievodným deviantným sexuálnym apetítom (najviac túžil po penise a semenníkoch, ktoré ešte neochutnal, lebo „chlapa ešte nemal“).

Didaktický tón možno pripísať posledným desiatim stranám, v ktorých autor vysvetľuje nosné pojmy z oblasti agresológie – agresia, agresivita, hostilita, hnev; poskytuje stručný prehľad teórie agresivity a vysvetľuje model extrémnej agresie. Neopomína ani tzv. dobrú agresivitu, ktorá je zrelá, konštruktívna a zvyšuje kvalitu života.

Kniha je nesporne ďalšou pútavou publikáciou prof. Heretika, ktorá prináša ťažkú tému odľahčeným štýlom. Právom ju zaraďujeme medzi tie, ktoré prečítate na jeden dúšok.

Robert Máthé

Fear no more – aneb Konec strachu: meeting UNAIDS a EATG (European AIDS Treatment Group)

Ve dnech 22.-24.6.2015 se v chladném a často deštivém Bruselu uskutečnil meeting věnovaný preexpozici profylaxi (PrEP) u gay mužů v Evropě, kterého se zúčastnilo přes dvacet HIV aktivistů převážně ze západní Evropy.

Zatímco CDC v USA již preventivní užití Truvady schválilo, tak evropská agentura EMA váhá, přestože obě významnější evropské studie (Proud, Ipergay) již prokázaly pozitivní efekt v prevenci HIV.

Meeting se zaměřil především na připravenost komunit a společnosti, na možné benefity a problémy, které zavedení přináší. Jen okrajově se zabýval biomedicínskými aspekty. Jednoznačně nejdále v diskusích o PrEP pokročily Británie a Francie, které se podílejí na zmíněných evropských studiích. Naopak váhavý postoj má Německo, které to vysvětluje především nízkou HIV incidencí (ta je vzhledem k počtu obyvatel srovnatelná nebo jen o málo vyšší než v naší zemi). Překvapivě první evropskou zemí, která bude PrEP svým obyvatelům bezplatně poskytovat, by mohlo být Slovinsko. I to má již vlastní, byť malou studii, a zpracované guidelines včetně informovaného souhlasu.

Mikkelsen (DK, UNAIDS) v úvodním slovu hovořil především o dilematech, která mohou zavádění PrEP podpořit, ale i limitovat. Obava z HIV neznamená jen strach z přenosu (vlastní nákazy či přenosu na partnera), ale i strach ze stigmatizace a sociální izolace, které dnes představují hlavní problém HIV. Ve společnosti existují časté obavy, že PrEP povede ke zvýšení rizikovitosti chování, ale ty připomínají obdobné postoje k hormonální antikoncepci a nezdá se, že by měly vědecky prověřený základ. Naopak by zavedení metody mohlo znamenat zlepšení přístupu k sexuálnímu zdraví u nejohroženějších jedinců v rámci holistické strategie (častější HIV testování, častější poradenství, cílené vyšetřování na jiné sexuální přenosné choroby). PrEP také může zvýšit respekt k diverzitě lidského chování, které se oslabuje i v rámci minorit. Připomnělo mi to, jak se v devadesátých letech v amsterdamské gay sauně omlouvali těm, kteří tam nesouloží (tehdejší holandská preventivní strategie zdůrazňovala abstinenci od análního sexu), že nebudou moci využít kondomy zdarma. Hows (UK) upozornil, že život má mnohem více priorit a neměli bychom stavět na piedestal jen zdraví. Dedes (GRE) v reakci na něj upozornil, že lidskoprávní témata se se zdravotními prolínají a nelze je pomíjet. Zástupkyně ILGA-Europe upozornila, že v kategorii mužů majících sex s muži (MSM) nemluvíme jen o gayích, ale i o transgender ženách.

Cairns (UK, NAM) předložil review soudobých odborných poznatků o PrEP z různých studií. V civilizovaných zemích dochází k poklesu užívání kondomů. Zatímco v Austrálii frekvence užívání kondomu u gayů při posledním análním styku dosáhla jen 40% (tedy jako v ČR), u MSM z Pobřeží slonoviny to bylo přes 90%. Kdyby se podařilo realizovat kaskádu 90-90-90 (90% lidí ví o své naze, 90% z nich je léčeno

a z nich 90% má nedetekovatelnou virovou nálož), tak by to snížilo incidenci nových případů nejvýše o 60%. Nasazení léčby HIV pozitivním nemá takový vliv na prevenci, protože k většině HIV přenosů dochází od dosud nedagnostikovaných. Připomněl, že užití léků pro prevenci není novým jevem (antimalarika, hormonální kontracepce, statiny). Pokud je jeden v páru nově zjištěn jako HIV pozitivní a druhý je negativní, tak doporučují nasadit prvnímu léčbu a druhému PrEP souběžně na dobu půl roku, aby se pokrylo období ke spolehlivému poklesu virové nálože. V USA se objevil stigmatizující mediální termín Truvada whores (Truvadové štetky) jako protiklad k těm zodpovědným gayům, kteří používají vždy kondom, nestřídají partnery, atd. Nicméně i k tomuto termínu se někteří uživatelé hlásí a dodávají mu nový, pozitivní význam. Mediální zkratky leckdy nepřispívají k pochopení problému (časopis The Economist referoval o PrEP s titulkem Konec AIDS ?, nebo jiné médium psalo, že gay muži budou muset užívat pravidelně pilulku až do konce života). Problém s přijímáním PrEP v Evropě souvisí i s tím, že evropský systém je založen více na solidaritě a americký spíše na svobodě. Nejsou jasná ani kritéria pro výběr vhodných kandidátů (ve studii Proud to byl ten, kdo měl v posledních 90 dnech nechráněný anální styk, pro Ipergay byli rozhodující nejméně dva partneři s nechráněným stykem během posledního půl roku). Nabízí se i objektivní kritéria, například v minulosti nejméně dvakrát žádal o postexpozici profylaxi nebo minimálně dvakrát prodělal pohlavní nemoc, nejméně jednou v posledních dvanácti měsících. Existují i důkazy o neformálním užívání PrEP (ostatně poprvé bylo popsáno užití před sex party v sanfranciské komunitě). Klienti si tak uschovávají tablety, které používali při postexpozici profylaxi. Existuje i riziko reexportu generik z rozvojových zemí. Zatímco cena originální Truvady je 500 Eur měsíčně, tak generikum pašované z Makedonie či Albánie vyjde na 50 Eur. Možná další nadějí přinese ukončení patentu pro Gilead (2017?), případně zaměření výzkumu i na jiná antiretrovirotika. Na závěr byl Cairns osobní a sdělil, že kdyby PrEP existovala před 40 lety, tak on by ji užíval a nemusel se nakazit virem HIV.

Zatímco převažují názory, že PrEP by mohl snížit marginalizaci HIV pozitivních v rámci gay komunit, objevují se i opačné postoje. Jeden hispánc ze studie iPrex vypověděl, že užívání Truvady mu připomínalo, jakou hrozbou pro něj jsou HIV pozitivní partneři. Také existuje obava, že HIV, které je dnes ze zdravotnického hlediska relativně menším problémem, se zaváděním PrEP znovu démonizuje. Na druhou stranu to zpochybňuje tradovaný názor (spíše mimo gay komunitu), že dnešní gayové se už HIV nebojí. Právě dvojí preventivní zajištění by mělo vést k většímu klidu a sexuálnímu prožitku beze strachu. Přitom snížení úzkosti nelze kvantifikovat a je hodně individuální. Jeden z účastníků sděloval, jak traumatické pro něj bylo, když se ho matka při každé návštěvě vyptávala, jestli když je gay, tak jestli se ještě nenakazil HIV.

I PrEP ale může být stigmatem. Kolik lidí, kteří ho užívají, o tom bude otevřeně hovořit? Nebudou

se bát, že budou sami považováni za HIV pozitivní? Širší zavedení PrEP by (snad) mohlo znamenat i další omezení kriminalizace HIV přenosu (nedávno došlo dle Nooriho (ECDC) ke zmírnění ve Švédsku). Jsou obavy z negativních postojů u zdravotníků, zejména homofobních (ten promiskuitní si přišel pro další Truvadu). Velké (i když asi ne zcela žádoucí) podpory se PrEP dočkal i od producentů bareback porna.

Hayes z Birminghamu (UK) kritizoval, že v jeho městě není zajištěno ani poskytnutí postexpoziční profylaxe o víkendech. Upozornil na možné negativní reakce společnosti, že drahé léky se budou dávat těm promiskuitním gayům, kteří neužívají kondom. Solidarita ve zdravotnictví zahrnuje i individuální přístup podle míry rizika, nikoli, že každý má nárok na vše. Pichon (DK, Checkpoint) připomněl, že v soupeření o finanční zdroje je mocným konkurentem zavádění nové, velmi drahé terapie hepatitidy C. V některých evropských zemích je HIV terapie pozitivním nasazována pozdě (Lotyšsko) nebo je přerušována (Rumunsko). Tam nemůže být realistické uvažovat o rozšíření PrEP.

Feustel (D) konstatoval, že Německo je 1-2 roky pozadu za Francií a Británií. Upozornil, že na zavedení preexpoziční profylaxe až na výjimky (AIDS-Hilfe ?) není připravený zdravotnický sektor. Při zavádění PrEP je třeba získat podporu HIV specialistů, odborníků na veřejné zdraví včetně ministerstva zdravotnictví a nevládních organizací. Je také potřeba výzkumné podpory, která by dokázala odhadnout zájem a informovanost potenciálních uživatelů. Dedes (GRE) uvedl, že současná krize limituje peníze na běžné léky, došlo ke hrozivému zhoršení zdravotního stavu populace a v té době myslet na zavedení preventivního podávání Truvady by bylo bláznovstvím. A to přesto, že Řecko čelí jedné z největších epidemií HIV v Evropě. Navíc by jeho prosazování narazilo na prioritní snahy LGBT organizací o rozšíření manželství na stejnopohlavní páry (případně přijetí registrovaného partnerství), protože nabourává (ne zcela realistické a heteronormativní) představy o konzervativním gay životním stylu. I v rámci gay komunity, je mnoho lidí, kteří se tváří, že gay sex neexistuje nebo jen v monogamním vztahu (ačkoliv svá tvrzení obvykle nepotvrzují, ale to nepřiznají ani sami sobě). Navíc existuje obava, že dojde k posílení předsudků o vyšší promiskuitě gayů.

S hypokritickým přístupem souvisí i problém přiznat si problémy při použití kondomu, které jsou nepochybně mnohem častější, než si z výpovědi svých klientů během předtestového poradenství představujeme. Výhodou PrEP je skutečnost, že na rozdíl od kondomu není vázán přímo na samotný sexuální akt, kdy do hry vstupují emoční faktory.

Ani mezi těmi, kdo mají přístup k informacím, není jednotný postoj. Belli (F) uvedla, že řada jejích HIV negativních kolegů z AIDES, kteří byli vhodnými adepty pro účast ve studii Ipergay, své zařazení odmítli. Dále referovala o podrobnostech této studie, kde se Truvada nasazovala jen „on demand“, před rizikem. To se jeví z pohledu dosažení spolehlivých sérových hladin a zamezení případné resistance poměrně riskantní. Celkem se jednalo o 4 tablety, dvě 2-24

hodin před sexem, a další dvě jednotlivě po 24 a 48 hodinách. Po dvou letech bylo zastaveno placebové rameno studie, protože efekt byl jednoznačný. V další francouzské studii se ptali gayů a jiných osob ve vyšším riziku, zda znají PrEP (kladně odpověděla třetina). Necelá dvacatina souboru (převážně gayů) již měla zkušenost s neformálním užitím Truvady. Na dotaz, zda by chtěli PrEP v budoucnu užívat, nejčastěji odpovídali kladně migranti a heterosexuální muži. Také upozornila, že francouzská výzkumná agentura ANRES připravuje k PrEP souhrnnou zprávu.

Při hodnocení spolupráce AIDS a gay nevládních organizací Bagyinszki (H, AIDS Action Europe) upozornil, že gay organizace sice vstupují do HIV prevence a testování, ale když zjistí HIV pozitivitu, tak od klienta „dávají ruce pryč“. Pokud gay organizace chtějí spolupracovat s lesbickými organizacemi nebo z důvodu omezení stigma vytěšňují často HIV téma ze své agendy. HIV by ale pak mohlo být součástí širší zdravotní prevence. Dobrou příležitostí k oslovení gay komunit jsou sociální sítě a Pride akce, vhodní kandidáti na PrEP se vyskytují v sex klubech, saunách a na holandách. Málo dostupní (a málo rizikovní?) jsou lidé z menších sídel. Jeden z účastníků položil provokativní dotaz, kolik z nás HIV aktivistů se zároveň angažuje v gay hnutí. Zvedlo se jen několik málo rukou....

Větší diskusi si vyžádala i možnost užití PrEP u mladých gayů. Jednoznačně bylo podpořeno předávání informací, ale není jasné, zda jsou vhodnými kandidáty. Není u nich časté střídání náhodných partnerů, ale spíše tzv. konsekutivní monogamie (hledání stálého monogamního partnera), často s nižší percepcí rizika, což pak vede v konečném důsledku k poměrně častým nechráněným stykům. Fahy (IRL) upozornil, že sociální normy tlačí mladé gaye k análnímu sexu (a PrEP by to mohl dále zvýraznit). Když on nemá o anální sex zájem, tak partner často zpochybní jeho gay identitu.

Na závěr byla diskutována i možnost užití PrEP v další klíčové skupině, u migrantů a etnických menšin. Velkým problémem je u nich síla a variabilita náboženských postojů a vztah k tzv. tradiční medicíně. Byl připomenut výrok gambijského prezidenta, který prohlásil, že on osobně pomocí tradiční medicíny vyléčil několik lidí z HIV. Byl také zmíněn problém migrace samotných uživatelů. Co když člověk užívající PrEP bude dlouhodobě pracovním přemístěn do oblasti, kde nebude běžně dostupná?

Předpokládá se, že Evropská AIDS klinická společnost (EACS) zařadí PrEP do svých terapeutických guidelines v říjnu 2015. Byla nastíněna možnost provedení celoevropského projektu. Guidelíny pro PrEP by měla připravit i ECDC, ty by měly definovat kritéria vhodných kandidátů a jejich další sledování. Také by měly apelovat na evropské vlády, aby zajistily úhradu PrEP z veřejných zdrojů. Byl diskutován dopad prvního kladného vyhlášení nestátního sektoru evropských iniciativ HIV Prevention Manifesto, ke kterému došlo v únoru 2015.

Na zakončení se dostavil lord Cashman z britské Sněmovny lordů a Luiz Lourez, ředitel UNAIDS. Oba zdůraznili, že se vytratila vlna společenské mobilizace

z 80.-90. let, ktorá nejen zachraňovala životy, ale prispela i k rade úspechů LGBT hnutí v lidskoprávni oblasti. Přitom boj za lidská práva není nikdy dobojován, historie nás učí, že dochází ke zvrátům. O konci AIDS dnes mluví vědci, ale komunity gayů a HIV pozitivních spíše mlčí. Lourez připomněl, že

důsledky našeho dnešního rozhodnutí nevidíme hned, ale v horizontu nejdříve pěti let. A byl citován Roger Peabody, že účinnost léčby není ani tolik o léku jako chemické substanci, ale o celém systému péče.

Ivo Procházka

12th World Congress of Biological Psychiatry 14. – 18. jún, Atény, Grécko

12. Svetový kongres biologickej psychiatrie organizovala Svetová federácia biologickej psychiatrie (WFSBP).

Odborný program prebiehal paralelne v niekoľkých sekciách a pokrýval celé spektrum duševných porúch. Vysoká odborná úroveň bola garantovaná aktívnou účasťou odborných lídrov z celého sveta. Sexuologický blok venoval pozornosť diagnostike a liečbe parafílií.

Peer Briken (Nemecko) sa v prednáške *Navrhané diagnostické kritériá parafílnych porúch pre ICD-11* venoval navrhovaným diagnostickým kritériám v pripravovanej medzinárodnej klasifikácii. Uviedol, že v súčasnosti pri diagnostike duševných porúch 70% klinických psychológov používa ICD 10, klasifikáciu DSM V využíva viac ako 20% odborníkov, zvyšok iné klasifikácie.

Terénne štúdie podporované WHO prebiehajú v súčasnosti na troch kontinentoch – v Mexiku, Južnej Afrike a Libanone. Zameranie sa líši v závislosti od priority a populácie, zahŕňa právne a politické analýzy týkajúce sa navrhovanej klasifikácie. Štáty s vysokými príjmami budú štúdie financovať samostatne.

V sieti klinických štúdií participujúcich na ICD 11 v súčasnosti evidujeme 11 700 zdravotníckych pracovníkov, z toho 700 profesionálov so zameraním na sexuálne zdravie. Od pripravovanej klasifikácie sa očakáva lepšia konceptualizácia, zlepšenie prístupu zdravotníckych služieb, základ pre formulovanie zodpovedajúcich zákonov, redukcia stigmy, rešpektovanie ľudských práv.

Paul Cosyns (Belgicko) vo svojej prezentácii *Etické úvahy o hormonálnej liečbe parafílií a parafílnych páchatelov* poukázal na skutočnosť, že nie všetci páchatelia sexuálne trestných činov trpia parafíliou a rovnako nie všetci parafílii páchajú sexuálnu trestnú činnosť.

Etickým problémom naďalej zostávajú otázky zníženia testosterónu. Teda aká liečba, komu, či funguje, súčasná úroveň vedeckých poznatkov, monitoring vedľajších účinkov atď. Prehľadne uviedol možnosti liečby znižujúcej testosterón – od chirurgickej kastrácie (50. roky), antiandrogény (60. – 70. roky), 80. roky off label užívanie SSRI, 90. roky GnRh analógy.

Cosyns poukázal na historické skúsenosti s chirurgickou kastráciou a terajším miestom v liečbe. V súčasnosti je dobrovoľná kastrácia legálna v piatich štátoch USA, limitované je využitie v Nemecku. Celosvetovo najväčší počet – viac ako 50 – bol zrealizovaný v rokoch 2001 - 2006 v Česku. Kastrácia má stále opodstatnenie u nespolupracujúcich a výnimočne nebezpečných parafílnych násilníkov. Výstižne pomenoval štyri pôsobiace tlaky – súdny,

nesúdny (rodiny, zamestnávateľ), prestíž terapeuta, vnútorný (vína, hanba, utrpenie).

Upozornil aj na to, že antiandrogénová liečba sa musí viesť v súlade s právnymi princípmi toho-ktorého štátu. Cieľom je redukcia rizika sexuálnej agresivity a zvýšenie pacientovej sebakontroly. V konfliktných prípadoch odporúča konziliárne vyšetrenie nezávislou radou forenzných psychiatrov.

V spore naďalej zostávajú právne a etické otázky zodpovednosti terapeuta, pravidlo dôvernosti, psychiatrická liečba kontra sociálna kontrola.

Florence Thibaut (Francúzsko) uviedla svoju prezentáciu *Odporúčané postupy v liečbe parafílií podľa WFSBP*. Prednášajúca je jednou z autoriek platných gajdlajnov. Primárnym zameraním odporúčaných postupov je farmakologická liečba a manažment parafílií. Keďže terapia neprebíha v izolácii, významnú úlohu predstavuje špecifická psychosociálna a psychoterapeutická intervencia. Dôležitým základom zostáva klinické vyšetrenie s podrobnou analýzou parafílika zahŕňajúce demografické údaje, podrobnú sexuálnu anamnézu, predchádzajúcu liečbu za sexuálne priestupky, compliance, užívanie alkoholu alebo ilicitných látok a pod. Významné je takisto vyhodnotenie empatie, schopnosti zvládania stresu a impulzivity, vŕhľadu, motivácie k liečbe, kognitívnych schopností, popretie.

Algoritmy liečby boli prezentované na šiestich úrovniach podľa rozdielnych kategórií parafílií. Voľba terapie závisí od pacientovej predchádzajúcej anamnézy, spolupráce, rizika sexuálneho násillia, komorbidity – ak je. Terapia nie je časovo ohraničená, má byť komplexná, šitá na mieru. Minimálna dĺžka trvania 3 – 5 rokov.

Dobrou správou je, že v tlači sú gajdlajny pre liečbu adolescentných sexuálnych páchatelov, k dispozícii budú na jeseň. Profesorka Florence Thibaut prízvukovala, že všetky sexuálne aktivity medzi adolescentmi nemusia byť neškodné. Prvým krokom je motivácia k liečbe adolescentných sexuálnych páchatelov, pomoc akceptovať zodpovednosť za ich správanie, zvýšenie impulzívnej kontroly, zvýšenie empatie k obeti, rozpoznanie varovných signálov, získanie komunikačných a sociálnych kompetencií. Otázkou je trvanie liečby, zvolené postupy.

Záverom zostáva poďakovať autorom jednotlivých príspevkov za vysoko profesionálne spracovanie. Sexuologický blok je tradične spojený s vysokým počtom poslucháčov v auditóriu, čo sa potvrdilo aj na tejto konferencii.

Dana Šedivá

Zpráva z XVI. ročníku mezinárodní vědecké konference O sexualitě a lidských vztazích v Uherském hradišti

Konference O sexualitě a lidských vztazích se koná každé dva roky již po dobu úctyhodných třiceti dvou let. Organizátory jsou Sexuologická společnost ČLS J.E.P. a Extima CZ. Stálým tématem konference je „Humor v sexualitě a lidských vztazích“ a ústřední téma té letošní, konané ve dnech 27. až 29. května 2015 bylo „Sexuologické praktikum aneb jak o tom mluvit, jak to dělat a jak to zlepšovat“. Účastníci konference, kterých se letos sešlo 83, se kromě poslechu ústních sdělení mohli zúčastnit také panelové diskuze a šesti workshopů. Celá konference se nese ve veselém, neformálním a přátelském duchu. Organizace konference ponechává dostatečný prostor opravdovým diskuzím o přinesených tématech a rovněž i navazování odborných i přátelských kontaktů mezi jednotlivými částmi odborného programu.

Ale začněme tím, co zaznělo v přednáškách. Účastníci se, jak tradice velí, sešli ve středu odpoledne a byli přivítáni zakladatelem této konference Mgr. PaedDr. Petrem Parmou. Odborný program otevřela dvojice příspěvků na téma orgasmu. První přednesla již zkušená přednášející Mgr. Kateřina Klapilová Ph.D., která společně s Mgr. Lucií Krejčovou připravila příspěvek zkoumající, jaké jsou funkce ženského orgasmu. PhDr. Iveta Jonášová, Ph.D. pak zauvažovala nad problematikou anorgasmie u mužů. V další části odpoledne pak zazněly dva příspěvky na téma sexuální výchovy na školách. Mgr. Zuzana Svobodová představila výsledky dotazníkového šetření, které poukazuje na to, jak komplexní je problematika sexu a to, že učitelům základních škol se nedostává adekvátní přípravy pro to, aby ji byli schopni optimálně pobrat s dětmi. Markéta Zíka Koppová, Dis a Josef Zíka pak představili nový přístup k sexuální výchově v podobě profese „sexological bodyworker“

Mgr. et Mgr. Eliška Steklíková pak přednesla příspěvek na téma sexuality seniorů, využívající výstupy z průzkumu sexuálního chování populace České republiky, který provádí nestoři české sexuologie a sexuální psychologie Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D. a Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. V poslední přednášce středního dne pak Prof. MUDr. Cyril Hoschl přednesl argumenty svědčící o tom, že velikán české hudby Bedřich Smetana trpěl v závěru svého života syfilidou.

Druhý den pak přinesl bohatou úrodu sdělení z různých oblastí sexuologických výzkumů, historie sexuality, gynekologie i právních norem se sexualitou souvisejících.

MUDr. Vanda Lukáčová seznámila účastníky s problémy, které v sexu často zažívají lidé s vysoc-

funkčním autismem. MuDr. Dita Pichlerová posluchačům přiblížila poměrně časté poruchy sexuality u obézních a diabetiků. Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc. přednesl hned dva příspěvky. V prvním přiblížil historii tří sexuálních revolucí v minulém století, v tom druhém zase představil nezvyklé sexuální preference. Příspěvek popsal například abasiofilii, apotemofilii, vomitofilii nebo syndrom Bonnie a Clyda. V počtu příspěvků byl překonán jen manželským poradcem Mgr. et Mgr. Pavlem Ratajem, který kromě dvou příspěvků uspořádal na žádost publika i workshop, vše z oblasti manželské terapie. JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc. tradičně poučil účastníky v jedné z oblastí práva, která souvisí se sexualitou.

V odpolední části MUDr. Václav Urbánek, CSc. varoval před nebezpečími, jaká může přinášet nevědecké míchání spirituálních přístupů do sexuologie a sexuálního chování běžné populace. PharmDr. Radovan Haluza, Ph.D. na konferenci v Hradišti tradičně přináší problematiku testů otcovství. Tentokrát pohovořil o komercializaci této služby. Barbora Ottová se zaměřila na v současnosti populární téma psychických změn a změn sexuality u žen v důsledku užívání hormonální antikoncepce. Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc. ve svém sdělení mimo jiné upozornil na potřebu lepšího psychologické přípravy gynekologů na citlivé odebrání sexuální anamnézy. Předposlední příspěvek z oblasti manželského rozvodového řízení, jehož autorem byl JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc. účastníky konference pobavilo a zvolna naladil na společenský večer. Před ním ještě Julie Gaia Poupětová představila výcvik pro profesionály z oblasti sexuologie „Shame Free Source Training“

Jak vidno z přehledu ústních sdělení, konference byla nabita příspěvky z mnoha oblastí. To však zatím ještě nebyly zmíněny panelová diskuze workshopy, jimiž se tato konference stává obzvláště zajímavou. Kromě poslouchání odborných příspěvků si totiž účastníci mohou mnohé vyzkoušet a zažít na vlastní kůži. Letošní workshopy se převážně držely tématu konference „Jak o tom mluvit“. Tři z workshopů se týkaly komunikace o sexu s klienty či pacienty. Další dva obsahovaly praktické ukázky z oblastí, o nichž byla předtím řeč v ústních příspěvcích, tedy z tréninku „Shame Free Source „a z práce „sexological bodyworkerů“. Největší úspěch pak měl hravý a tvořivý workshop Mgr. Danici Babicové s názvem Hrouda hlíny zpívá si, ve kterém si účastníci vyzkoušeli hovořit o sexu poeticky, tedy formou psaní sexuální poezie. Výsledky této tvorby je možné nalézt na stránkách konference.

Lenka Tichotová

Správy

PRACOVNÍ SCHŮZE SEXUOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

Téma: Etické a právní problémy v sexuologii

Lékařský dům, Praha 2 | 23.11.2015

Androfórum

V dňoch 24. – 25. 4. 2015 sa v hoteli Residence na Donovaloch konal prvý ročník odborného stretnutia urológov so záujmom o andrológiu – Androfóra. Cieľom Androfóra bolo oboznámiť účastníkov s najnovšími poznatkami v piatich základných andrologických okruhoch – erektilná dysfunkcia, mužská infertility, syndróm nedostatku testosterónu, poruchy ejakulácie a Peyronieho choroba. Sedemdesiat účastníkov sa počas dvoch dní dozvedelo od renomovaných odborníkov v danej oblasti o aktuálnom stave poznania etiológie, klinických príznakov, diagnostiky a liečby piatich najčastejších andrologických ochorení.

Program bol rozdelený na päť prednáškových blokov. V každom bloku najprv zaznela prehľadná prednáška o danej problematike, potom nasledovali kazuistiky a blok bol zakončený praktickými odporúčaniami, ktoré jednoduchým a stručným spôsobom danú problematiku sumarizovali. Praktické odporúčania dostal tiež každý z účastníkov v tlačenej

forme pri príchode do prednáškovvej sály. Po každom bloku mohli účastníci rozobrať detaily problematiky v diskusii. Tento nový formát odborného seminára sa u účastníkov stretol s veľmi priaznivým hodnotením. Prednášky a praktické odporúčania sú zverejnené aj na webovej stránke Slovenskej urologickej spoločnosti (www.sus.sk).

V piatok večer po skončení odborného programu mohli urológovia pokračovať v diskusiách počas spoločensko-diskusného večera, ktorý spestrila hudobná skupina Uroband.

Podujatie pod gesciou Slovenskej urologickej spoločnosti pripravila agentúra Amepa s finančným príspevom spoločnosti Eli Lilly, ktorým patrí veľká vďaka za vysokú odbornú aj spoločenskú úroveň seminára.

Vzhľadom na veľmi pozitívne ohlasy na prvý ročník Androfóra plánujeme v organizácii podujatia podobného typu pokračovať aj v budúcnosti.

MUDr. Martin Hrivňák, PhD.,
odborný garant Androfóra

Recenzia

Radim Uzel: Sexuální všehochuť (podle abecedy). Nakladatelství EPOCHA, Praha 2014, ISBN 978-80-7425-227-3

Radim Uzel má pero spisovateľa, znalosti lekára a dušu poeta. Jeho knihy sú zárukou inteligentného humoru, bystrých postrehov a nadhľadu.

Sexuální všehochuť je ďalšou publikáciou tejto výnimočnej osobnosti. Autor v úvode pripomína, že sexualita je všadeprítomná, nie je nemravná, týka sa všetkých, či už prirodzene počatých, alebo zo skúmanky.

Obsah tvorí viac ako sto monotematicky zameraných kapitol, kde v abecednom poradí vykladá terminológiu týkajúcu sa ľudskej sexualitu. Pojmy vysvetľuje z funkčného aj psychologického hľadiska,

uvádza súvisiace kuriozity z histórie. Publikácia má zaujímavý výtvarný dizajn s použitím ilustrácií Jiřího Winttra Nepraktu.

Autor v úvode uvádza, že túto sexuálnu všehochuť možno čítať na „preskáčku“, vo vlaku, v čakárni alebo na záchode. Vie, že všetko so všetkým súvisí, aj zdanlivo nezávislé javy nás vedú k našej prapodstate evolúcie človeka, čo je evolúcia sexualitu.

Dielko má edukačný a výchovný charakter. Je určené najmä širokým masám, no to mu neuberá na kvalite, práve naopak. Cestou láskavého humoru posmeľuje čitateľa opustiť zaužívané vzorce myslenia a pozrieť sa na veci v širších súvislostiach, čo je iste záslužná činnosť.

Knižka si nepochybne nájde svojich čitateľov. Je odrazom formátu osobnosti autora, jeho životných skúseností a názorov.

Dana Šedivá

Správy

ASSM CONGRESS, DURBAN, SOUTH AFRICA

The African Society for Sexual Medicine Congress

will take place on **27-29 November 2015** in Durban, KwaZulu-Natal, South Africa.

For more information visit:
www.assmweb.org



*The Biennial Meeting of the African Society for Sexual Medicine
Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
27-29 November 2015*

**XI. LÁBADYHO SEXUOLOGICKÉ DNI 2015****PROGRAM KONFERENCIE****2.10. 2015 – Piatok****I. ÚVODNÁ PREDNÁŠKA a BLOK PREDNÁŠOK POZVANÝCH HOSTÍ**

Predsedníctvo: Igor Bartl, Petr Weiss

- 8.30-9.00 Prieniky sexuológie
Máthé R¹, Weiss P², Zvěřina J³, Bratislava¹, Praha^{2 3}
- 9.00-9.20 Výsledky terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů
Zvěřina J., Weiss P., Hollý M, Praha
- 9.20-9.40 Sexuální revoluce 20. století
Weiss P., Praha
- 9.40-10.00 Sporné a diskutabilné prípady sexuálneho násilí
Uzel R., Praha
- 10.00-10.20 Vzpomínka na pana profesora Bouchala a jeho humor v sexuológii, Žourková A., Brno

II. BLOK PSYCHIATRICKÁ SEXUOLÓGIA

Predsedníctvo: Dana Šedivá, Jaroslav Zvěřina

- 10.35-10.55 Rodová (gender) terminológia v DSM V
Pečeňák J., Bratislava
- 10.55-11.15 Evolučná sexuológia a jej odraz v printových médiách
Šedivá D., Trnava
- 11.15-11.35 Sexuálne poruchy vo filmovom umení
Trokanová Z., Veľké Zálužie
- 11.35-11.55 Bisexualita – pravda a mýty
Lukáčová V., Praha
- 11.55-12.15 Ambulantná sexuologická skupina
Bernátová E., Caisová D., Korpáš V., Košice
- 12.15-12.35 Vlastná sexualita očami sexuálnych agresorov
Korpáš V., Leczová D., Košice, Rožňava

III. BLOK SYMPÓZIUM BERLIN CHEMIE – MENARINI

Predsedníctvo: Danica Caisová, Martin Hrivňák

- 13.35-14.00 Pokroky v liečbe predčasnej ejakulácie
Caisová D., Košice
- 14.00-14.25 Pokroky v liečbe erektilnej dysfunkcie
Hrivňák M., Košice

IV. BLOK LIEČBA ED RÁZOVÝMI VLNAMÍ

Predsedníctvo: Ivan Kubiš, Stanislav Gerbel

- 14.35-14.55 Léčba ED nízkoeenergetickou fokusovanou rázovou vlnou-
srovnání dostupných přístrojů a terapeutických technik
provedeno na základe léčby 150 pacientů
Motil I., Šrámková T.
- 14.55-15.15 Liečba erektilnej dysfunkcie rázovými vlnami –nový liečebný protokol
Gerbel S., Trnava
- 15.35-15.55 Skúsenosti s liečbou ED rázovými vlnami prístrojom Piezowave2
Kubiš I¹, Motil I², Šrámková T³, Banská Bystrica¹, Brno^{2,3}

V. BLOK GYNEKOLOGICKÁ SEXUOLÓGIA

Predsedníctvo: Miroslav Kozár, Jozef Záhumenský

- 16.10-16.40 Vplyv tehotnosti a pôrodu na sexualitu ženy
Záhumenský J., Trnava
- 16.40-17.00 Od rutinnej epiziotómii k reštriktívnej – je rutinná epiziotómia
prevenciou závažnejších poranení?
Ondačková L., Cupaník V., Marcišová D., Mareš P., Bratislava
- 17.00-17.20 Nekontraceptívne benefity hormonálnej ATC
Petrovičová Z., Banská Bystrica
- 17.20-17.40 Gynekologická sexuologie v obrazech
Šteflová E., Jindřichův Hradec, Česká republika

VI. BLOK SOMATICKY PODMIENENÉ SEXUÁLNE DYSFUNKCIE

Predsedníctvo: Igor Bartl, Taťána Šramková

- 17.50-18.10 Erekttilní dysfunkce a problematika fertility u mužů léčených
pro chronické renální selhání. Vliv hemodialýzy respektive
úspěšné renální transplantace na sexuální funkce
Jarabák J., Zachoval R., Burgelova M., Praha

- 18.10-18.30 Sexuologicko-andrologické konsekvence traumatických míšních lézí
Šrámková T., Brno
- 18.30-18.50 Sexuálna aktivita očami kardiológa
Urban M., Bratislava
- 18.50-19.10 ED - ešte stále podceňovaná komplikácia DM?
Jackuliak P., Bratislava
- 20.15-24.00 DISKUSNO-TEMATICKÝ VEČER • MEMORIÁL Jána VRABCA
15 ROKOV ČASOPISU SEXUOLÓGIA

3. 10. 2015 Sobota**VII. BLOK INFERTILITA**

Predsedníctvo: Martin Hrivňák, Igor Bartl

- 8.30-9.00 Infertilita muža: modalities medikamentózneho liečby v súčasnosti,
vize do budúcnosti, Bartl I., Bratislava
- 9.00-9.20 Mužská plodnosť či neplodnosť a možnosti jej ovplyvnení
Turčan P., Pokorný P., Procházka M., Procházková J., Olomouc
- 9.20-9.40 Klinický význam antispermiových protilátok
Dzurillová Z., Dzurilla M., Nitra
- 9.40-10.00 Liečba mužskej neplodnosti gonádotropínmi po stanovení
genotypu receptora pre FSH.
Grossová M., Váľky J., Černáková I., Bratislava

VIII. BLOK ŽENSKÁ SEXUALITA

Predsedníctvo: Dana Šedivá, Katarína Jandová

- 10.15-10.35 Pohľady na ženskú sexualitu v epochách dejín Európy
Šedivá D., Trnava
- 10.35-10.55 Gynekologická starostlivosť o lesbickú ženu
Záhumenský J., Trnava
- 10.55-11.15 České lesbické ženy, touha po materství a možnosti jejího
naplnění
Turčan P., Pokorný P., Procházka M., Kvintová J., Olomouc
- 11.15-11.35 Súčasný stav sex- biznisovej scény v Bratislave
Kuchárová B., Páleník M., Janda A., Bratislava
- 11.35-11.55 Poruchy lubrikácie u ženy a ich liečba
Chovanec M., Vrzáčková P., Turčan P., Weiss P.
- 11.55-12.15 Úloha testosterónu pri poruchách ženskej sexuality
Lacková E., Jandová K., Rusňák I., Bratislava

IX. BLOK PSYCHIATRICKÁ A PSYCHOLOGICKÁ SEXUOLÓGIA

Predsedníctvo: Robert Máthé, Danica Caisová

- 13.15-13.35 Osobitosti psychologických charakteristík sexuálne dysfunkčných mužov
Máthé R., Bledá I., Jakubek M., Štefániková J., Bratislava
- 13.35-13.55 Couvade syndróm alebo „solidárne tehotný muž“
Jandová K., Bratislava
- 13.55-14.15 Niektoré psychosociálne aspekty body imidžu v kontexte so
sexuálnou spokojnosťou,
Staníková B., Jandová K., Bratislava
- 14.15-14.35 Sexualita zneužívateľov anabolických steroidov
Karbula I., Trnava
- 14.35-14.55 Genitálny piercing u mužov- niektoré medicínske a psycho-
sociálne aspekty
Jandová K., Bratislava

X. BLOK VARIA

Predsedníctvo: Dana Šedivá, Andrej Smetánka

- 15.10-15.40 Pomer počtu mužov a žien v populácii – príčiny a dôsledky
Minárik P., Pezinok
- 15.40-16.00 Je negatívna väzba pozitívna?
Smetánka, A., Bojnice
- 16.00-16.20 Imunomodulačná liečba recidivujúcich infekcií dolných močových
ciest a jej benefity pre sexualitu
Bartl I., Bratislava

16.20 Záver konferencie

Dana Šedivá, prezidentka konferencie

Igor Bartl, predseda výboru Slovenskej sexuologickej spoločnosti



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 inhibitory CYP3A4 alebo alfablokátory sa má zväziť úvodná dávka 25 mg. VIAGRA nie je indikovaná u osôb mladších ako 18 rokov. **Kontraindikácie:** precitlivosť na sildenafil alebo niektorú z pomocných látok, súčasné podávanie s donormi oxidu dusnatého alebo nitrátmi, ochorenia, pri ktorých sa sexuálna aktivita neodporúča (nestabilná angina pectoris alebo ťažké srdcové zlyhávanie), ťažká porucha pečene, hypotenzia (< 90/50 mmHg), nedávno prekonaný infarkt myokardu alebo náhla cievna mozgová príhoda, hereditárne degeneratívne ochorenia retiny (retinis pigmentosa), strata videnia v jednom oku v dôsledku NAION. **Osobitné upozornenia:** Lekár musí zohľadniť kardiovaskulárny stav pacienta a posúdiť riziko podania vazodilatátorov. VIAGRA potencuje hypotenzívny účinok nitrátov. Opatrnosť sa odporúča pri podávaní pacientom užívajúcim alfablokátory a u pacientov s anatomickou 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 ritonaviru 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

