

SEXUOLÓGIA SEXOLOGY



ČASOPIS SLOVENSKEJ SEXUOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI
JOURNAL OF THE SLOVAK SOCIETY FOR SEXOLOGY

Prehľadové štúdie

Prieniky sexuológie

Robert Máthé, Petr Weiss, Jaroslav Zvěřina

Co přinesla nová klasifikace DSM-5

ke kategorizaci ženských sexuálních dysfunkcí?

Zlatko Pastor

Pôvodné práce

Terapeutické kastrace

Jaroslav Zvěřina, Petr Weiss, Martin Hollý

Masturbace a masturbační chování žen

v České republice

Lenka Tichotová, Petr Weiss

*Testosterónová insuficiencia žien: pravda
alebo mýtus?*

Eliška Lacková, Katarína Jandová, Ivan Rusňák

*Léčba erektilní dysfunkce pomocí fokuzovaných
rázových vln nízké intenzity za použití nové techniky*

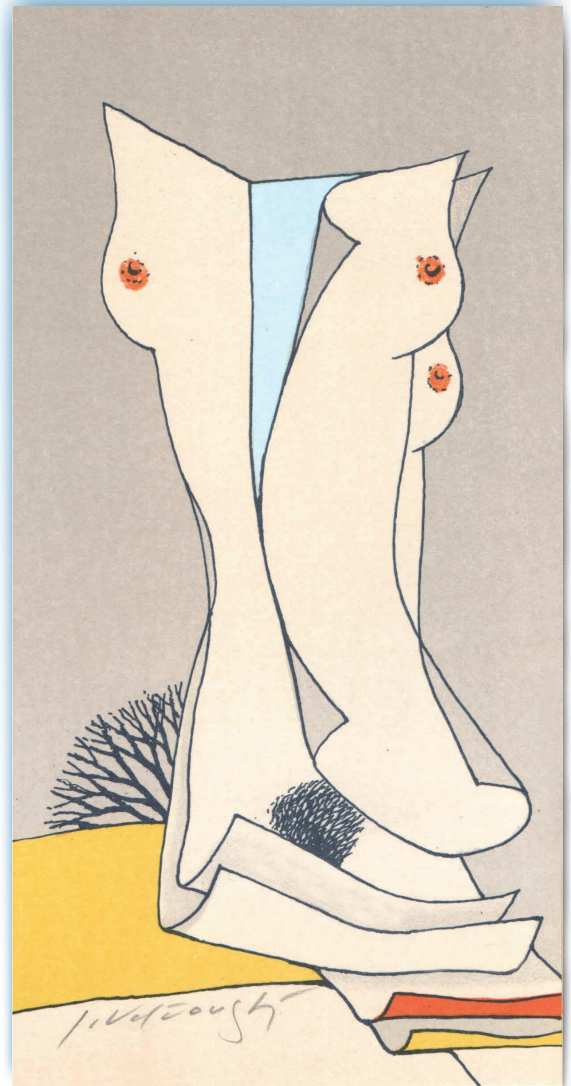
Linear Shockwave Tissue Coverage (LSTC-ED®)

Igor Motil, Ivan Kubiš, Taťána Šrámková

Správy a informácie

Recenzie

Kalendár odborných podujatí



*Jediný perorálny liek schválený
na liečbu predčasnej ejakulácie¹*

Väčšia kontrola nad ejakuláciou,
viac spokojnosti s pohlavným stykom ^{*2}


Priligy[®]
Dapoxetín

Priligy[®] 30 mg filmom obalené tablety, Priligy[®] 60 mg filmom obalené tablety

Liečivo: Jedna filmom obalená tableta obsahuje dapoxetiniumchlorid, čo predstavuje 30 mg alebo 60 mg dapoxetínu. **Pomocná látka so známym účinkom:** laktóza. **Terapeutické indikácie:** Priligy je určený na liečbu predčasnej ejakulácie (PE) u dospelých mužov vo veku 18 až 64 rokov. **Dávkovanie:** Odporúčaná úvodná dávka pre všetkých pacientov je 30 mg, užíva sa približne 1 až 3 hodiny pred sexuálnou aktivitou. Liečba liekom Priligy sa nemá začať použitím 60 mg dávky. Priligy sa nesmie užívať častejšie ako jedenkrát za 24 hodín. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, závažné patologické srdcové ochorenia, ako: zlyhanie srdca (NYHA trieda II-IV), poruchy vodivosti ako AV blok alebo syndróm choreho sínusu, závažné ischemické ochorenie srdca, závažné ochorenie chlopni, synkopa, mánia alebo ťažká depresia v anamnéze, súčasná liečba inhibítormi monoaminoxidázy (IMAO), súčasná liečba tioridazínom, inhibítormi spätného vychytávania serotonínu, vysoko účinnými inhibítormi CYP3A4 ako ketokonazol, itraconazol, ritonavir, sachinavir, telitromycín, nefazodón, neflavin, atazanavir. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Priligy sa nemá predpísať mužom, u ktorých nebola diagnostikovaná predčasná ejakulácia. V prípade, že je v anamnéze zaznamenaná alebo existuje podozrenie na ortostatickú reakciu, liečbu liekom Priligy sa treba vyhnúť. Užívanie Priligy s "rekreačnými" drogami so sedatívnymi vlastnosťami ako sú opiáty a benzodiazepíny, môže zvýšiť ospalosť a závraty. Kombinovanie alkoholu s dapoxetínom môže zvýšiť neurokognitívne účinky, ktoré súvisia s alkoholom a tiež môže zvýrazniť neurokardiogénne nežiaduce účinky ako synkopa, a tým zvýšiť riziko náhodného poranenia. Priligy sa nemá používať u osôb mladších ako 18 rokov. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Priligy nie je určený pre ženy. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Priligy má malý alebo mierny vplyv na schopnosť viesť vozidlá alebo obsluhovať stroje. U subjektov liečených dapoxetínom v klinických štúdiách boli hlásené: závrat, poruchy pozornosti, synkopa, rozmazané videnie a somnolencia. Preto musia byť pacienti upozornení, aby sa vyhli situáciám, pri ktorých môže dôjsť k poraneniu, vrátane vedenia vozidiel a obsluhy nebezpečných strojov. **Nežiaduce účinky: veľmi časté:** závrat, bolesť hlavy, nauzea, **časté:** úzkosť, agitovanosť, nepokoj, insomnia, abnormálne sny, zníženie libida, somnolencia, porucha pozornosti, tremor, parestézia, rozmazané videnie, tinnitus, sčervenanie tváre, kongescia dutín, zívanie, hnačka, vracanie, zápcha, bolesť brucha, bolesť v hornej časti brucha, dyspepsia, flatulencia, žalúdočná nevoľnosť, distenzia brucha, sucho v ústach, hyperhidróza, erektilná dysfunkcia, únava, podráždenosť, zvýšenie krvného tlaku, **menej časté:** depresia, depresívna nálada, euforická nálada, zmena nálady, nervozita, ľahostajnosť, apatia, stav zmätenosti, dezorientácia, abnormálne myšlienky, hypervigilancia, poruchy spánku, problém so zaspávaním, budenie sa, nočné mory, bruxizmus, strata libida, anorgazmia, synkopa, vazovagálna synkopa, posturálny závrat, akatázia, dysgeúzia, hypersomnia, letargia, sedácia, znížená úroveň vedomia, mydriáza, bolesť oka, poruchy videnia, vertigo, sínusová zástava, sínusová bradykardia, tachykardia, hypotenzia, systolická hypertenzia, návaly tepla, bolesť brucha, bolesť v epigastriu, svrbenie, studený pot, zlyhanie ejakulácie, porucha mužského orgazmu, parestézia mužských genitálií, asténia, pocit tepla, pocit paniky, abnormálny pocit, pocit opitosti, zvýšenie srdcového rytmu, zvýšenie diastolického krvného tlaku, zvýšenie ortostatického krvného tlaku, zriedkavé: náhlový závrat, náhle zaspávanie, urgentné vyprázdňovanie. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Berlin-Chemie AG (Menarini Group), Glienicke Weg 125, 12489 Berlin, Nemecko. **Posledná revízia textu:** 02/2014. **Spôsob výdaja lieku:** na lekársky predpis. Pred predpisávaním lieku oboznáňte sa, prosím, s úplnou informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku. **Dátum výroby materiálu:** máj 2016

Pre zabezpečenie správneho užívania prípravku Priligy[®] a na predchádzanie rizika synkopy sú k dispozícii návod na správne používanie lieku Priligy[®] pre lekárov a informačná brožúra pre pacientov. Odporúča sa, aby sa lekári oboznámili s edukačným materiálom pred predpisávaním lieku. Materiály je možné si objednať u spoločnosti Berlin-Chemie Menarini (Palisády 29, 811 06 Bratislava, mail: bratislava@bcsk.sk, telefón: +421 2 54430730) alebo vyžiadať od medicínskeho reprezentanta spoločnosti.

* terapia dapoxetínom vs placebo

1. EAU Guideline on Male Sexual Dysfunction, 2015

2. McCarthy EJ et al. Core Evidence 2012;7:1-14.

Zastúpenie v SR: Berlin-Chemie AG, Palisády 29, 811 06 Bratislava, tel.: 02/5443 0730, fax: 02/5443 0724, e-mail: bratislava@bcsk.sk

Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť.

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Obsah / Contents

Úvodník – 5

Prehľadové štúdie – Review Studies

Prieniky sexuológie – 6

Intersections of Sexology

Robert Máthé, Petr Weiss, Jaroslav Zvěřina

Co přinesla nová klasifikace DSM-5 ke kategorizaci ženských sexuálních dysfunkcí? – 13

What has the new DSM-5 classification brought to the categorization of female sexual dysfunction?

Zlatko Pastor

Pôvodné práce – Original Articles

Terapeutické kastrace – 18

Therapeutic castration

Jaroslav Zvěřina, Petr Weiss, Martin Holly

Masturbace a masturbační chování žen v České republice – 24

Masturbation in women living in Czech Republic

Lenka Tichotová, Petr Weiss

Testosterónová insuficiencia žien: pravda alebo mýtus? – 30

Female testosterone insufficiency: Myth or reality?

Eliška Lacková, Katarína Jandová, Ivan Rusňák

Léčba erektilní dysfunkce pomocí fokusovaných rázových vln nízké intenzity za použití nové techniky

Linear Shockwave Tissue Coverage (LSTC-ED®).

Prospektivní, multicentrická, placebem kontrolovaná studie – 34

Treatment of Vasculogenic Erectile Dysfunction with Piezowave² Device. Application of Low Intensity Shockwaves Using Novel Linear Shockwave Tissue Coverage (LSTC-ED®) technique. A Prospective, Multicentric, Placebo-controlled Study.

Igor Motil, Ivan Kubiš, Taťána Šrámková

Správy a informácie – Reports and Informations of Interest

4. pracovná schôdza Psychiatrického oddelenia FN Trnava (Jandová) – 33

18th Congress of the European Society for Sexual Medicine, 4. – 6. február 2016,

Madrid, Španielsko – (Krištúfková) – 37

XI. Lábadyho sexuologické dni (Jandová) – 39

XXVIII. Bohnické sexuologické dni (Zvěřina, Weiss) – 40

Správa o IV. Vedeckej pracovnej schôdzi venovanej poruchám sexuálnej identity – Košice – (Caisová) – 41

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu (ČSSM) 27. 5. - 28. 5. 2016 – (Bartl) – 41

Recenzie – Book Reviews

Blinka L. a kol.: **Online závislosti.** Grada Publ., Praha 2015 (Zvěřina) – 43

Spiegelhalter, David: **Sex by Numbers. What Statistics Can Tell Us About Sexual Behaviour.**

Profile Books Ltd., London, 2015 (Zvěřina) – 44

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

Dátum vydania periodickej tlače: september 2016

Evidenčné číslo: EV 2987/09

YDAVATEĽSTVO: 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

IČO vydavateľa: 34 132 988

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



Milé čitateľky, vážení čitatelia,

v zjednodušenom pohľade na odbor sexuológie možno pätnásťročný posun v čase hodnotiť z dvoch aspektov – čo pre sexuológiu priniesol a čo ostalo len víziou, resp. čím by sme mohli a mali prispieť k jej ďalšiemu rozvoju.

Medzi prevratné zmeny v sexuológii nesporne patrí vzostup efektívnosti liečby sexuálnych dysfunkcií, najmä u mužov, predovšetkým vďaka už osvedčeným farmakám, špeciálne vyvinutým na tento účel, a aktuálne aj vďaka iným prístupom – liečbe rázovými vlnami –, pričom sa v praxi neopomínajú ani mimoriadne dôležité psychické faktory, a liečbe psychologickými prostriedkami, ktorá má svoju bohatú tradíciu a overenú efektívnosť.

Zdokonalili sa diagnostické postupy vo vzťahu k sexuálnym úchylkám – teória sexuálne motivačného systému (SMS), inovované PPG vyšetrenia s postupným rozširovaním tejto diagnostickej metódy a nepochybne aj terapeutické postupy v súvislosti s parafíliami popri farmakoterapii s akcentom na psychoterapeutické prístupy.

Rozšírili sa konkrétne poznatky o sexuálnom živote tak obyvateľov Česka, ako aj Slovenska, ktoré do značnej miery prispievajú k poznaniu sexuality našich obyvateľov väčšinovej aj menšinovej populácie.

Možno tiež hovoriť o väčšom akcente na interdisciplinárnosti odboru sexuológie, s úsilím o integráciu poznatkového systému rôznych odborov – z medicínskych aj z okruhu iných zdravotníckych profesií, najmä psychológie – do odboru sexuológie, dôkazom čoho je aj zostava článkov v našom časopise.

Aktivita našich sexuologických spoločností – českej aj slovenskej – sa odráža aj v organizácii vedeckých podujatí v zmysle konferencií či pracovných schôdzí usporiadaných v našich krajinách, aj v zmysle informovanosti záujemcov o odbor sexuológie o zahraničných podujatiach v celosvetovom rozsahu.

Náš časopis vždy bol a je pri týchto pokrokoch, ktoré aktívne monitoruje, a svojím čitateľom poskytuje aktuálne informácie.

Druhou stránkou hodnotenia uplynulých rokov sú naše doposiaľ nenaplnené či nerealizované snaženia a vízie, t. j., neminie nás riešenie staronových problémov. Medzi ne patrí stále otvorená otázka koncepcie slovenskej sexuológie, na ňu nadväzujúca otázka vzdelávania v sexuológii tak pre lekárov, ako aj pre ostatné zdravotnícke povolania s vytvorením spoločnej bázy pre toto vzdelávanie. Sexuologická spoločnosť, ktorá združuje množstvo odborníkov rôznych profesií, by práve vzhľadom na túto rôznorodosť mala prispieť aj k šíreniu nielen sexuálnej osvety, ale aj tolerantného a chápevého postoja k inakosti, na vzor konštruktívnej koexistencie predstaviteľov týchto profesií v odbore, čo, ako sami vieme, nie je vždy ľahké.

Pred nami je riešenie naliehavých otázok a problémov LGBTI ľudí s profesionálnym zohľadňovaním ich požiadaviek, ktoré sú neraz predkladané veľmi emotívnym a naliehavým spôsobom. V tejto súvislosti sa žiada v prvom rade vyzdvihnúť problematiku transsexuálnych ľudí a ľudí s homosexuálnou orientáciou.

Stále otvorenou otázkou je aj vytvorenie detenčných ústavov pre rizikových a nebezpečných sexuálnych delikventov.

Už dlhodobo opakované, predsa však stále aktuálne sú problémy týkajúce sa sexuálnej výchovy.

Nevyhnutné je rozvinutie výskumu sexuálneho života, sexuálneho správania, sexuálneho zdravia aj sexuálnej patológie, čo si vyžaduje neúnavnú prezentáciu argumentov o potrebe a dôležitosti týchto výskumov nielen z aspektu vedeckého odhaľovania nepoznaného, ale aj z hľadiska zachytávania kontinuity zmien v prejavoch sexuality.

Naplnenie týchto cieľov si vyžaduje stabilné postavenie odboru sexuológie, ktorý zastrešuje všetky profesie venujúce sa sexuológii – psychiatrickú, gynekologickú, andrologickú, psychologickú a iné sexuológie, facilitáciou ich rozvoja a integrovaním poznatkov.

Naším úsilím je udržať časopis Sexuológia ako konkrétny inštrument tohto poslania. Nech teda čítanie časopisu Sexuológia prispieje nie iba k rozšíreniu odborného obzoru jeho čitateľa, ale kiežby pôsobil inšpiratívne vo formovaní aktuálnych postojov a názorov s ponúkanou možnosťou ich zverejnenia.

S úctou k jej čitateľom

Robert Máthé,
vedúci redaktor

Prieniky sexuológie

Robert Máthé¹, Petr Weiss², Jaroslav Zvěřina²

¹Katedra psychológie FF UK, Bratislava

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

Súhrn

Sexuológia je multidisciplinárny odbor. V plnej miere tomu nasvedčuje história bádania v oblasti sexuológie živená spočiatku laickou zvedavosťou, ktorá s vývojom vedy prerastá do záujmu odborníkov z rôznych oblastí, nielen z medicíny, ale aj z iných vedných disciplín. Aktuálny poznatkový systém odboru sexuológia je teda výslednicou určitých prienikov poznatkov zo širokej variety vedných disciplín, ktoré vytvárajú rôzne „sexuológie“ – urologickú a andrologickú, gynekologickú, psychiatrickú, psychologickú a iné, vo všeobecnom medicínskom poňatí lekársku sexuológiu či sexuálnu medicínu. Autori prinášajú pohľad na priemet týchto prienikov sexuológie nie iba na sexuologickú prax – starostlivosť o klienta s dysfunkčnou a deviantnou či minoritnou sexualitou, riešenie forenzných káz – ale aj na pre- a postgraduálne vzdelávanie v sexuológii so spoločným základom pre všetky zainteresované odbory s diferencovaným prehlbovaním teoretických poznatkov a praktických zručností. Ďalší rozvoj odboru sexuológia vyžaduje aj koordinovaný výskum, s akcentom na jej bio-psycho-sociálne aspekty. Autori vyzdvihujú najmä benefity zladenej interdisciplinárnej kooperácie predovšetkým v záujme maximalizovania objektivity diagnostických záverov a efektivity terapeutických postupov.

Kľúčové slová: sexuológia, multidisciplinárny odbor – história sexuológie – diagnostická a terapeutická prax v sexuológii – sexuálne menšiny – výskum v sexuológii – vzdelávanie v sexuológii – prieniky sexuológie.

Úvod

Odbor sexuológia sa nesporne rozvíja prienikom poznatkového systému a praxe mnohých odborov, síce s akcentom na zdravotnícke povolania, ale aj mimo nich, o čom svedčí aj náš stručný historický prehľad hlavných etáp formovania sexuológie ako medicínskeho odboru s vyzdvihnutím odborností príslušných kľúčových postáv.

Summary

Sexology is a multidisciplinary branch. It is proved by a history of the sexological research, in the beginning based on the laic curiosity, later in association with the scientific research of physicians and other experts. The current paradigm of sexology is an intersection of findings from broad variety of branches creating different „sexologies“ – urological and andrological sexology, gynecological sexology, psychiatric sexology, psychological sexology etc., generally in the concept of medical sexology or sexual medicine. The authors provide the projection of these concepts of sexology not only into practice (care about patients with dysfunctions, with paraphilias and sexual variations, forensic cases), but for the pre- and post-graduate educational purposes as well, with a common base for all these branches. The further development of sexology demands the coordinated research with bio-psycho-social accent. Authors stress the benefits of interdisciplinary cooperation, with maximalization in the objectivity of diagnostic findings as well as in the effectivity of therapy.

Keywords: sexology, multidisciplinary – history of sexology – diagnostical and therapeutical practice in sexology – sexual minorities – research in sexology – education in sexology – intersections in sexology.

Multidisciplinárnosť odboru ilustruje aj samotná diagnostická a terapeutická prax v rámci zdravotníckych zariadení, ktorú vykonávajú lekári rôznych špecializácií a klinickí psychológovia.

Aj výskumné aktivity v oblasti sexuológie predstavujú odborníci veľmi rôznorodého zamerania, ktorí postupne odhaľujú či vysvetľujú menej známe aj doposiaľ neznáme aspekty ľudskej sexuality.

Keď hovoríme o vzdelávaní v sexuológii, nevyhneme sa istým prienikom – veď poznatkový systém sexuológie zahŕňa široké spektrum informácií týkajúcich sa jednak samotného ľudského tela, jednak prežívania človeka.

Zmienené okruhy prienikov sexuológie rozhodne nie sú konečné a vyčerpávajúce, pretože do sexuologickej problematiky do značnej miery zasahuje aj spoločenská klíma utváraná ideológiou aktuálne vedúcich politických strán, na ktoré sa priamo viaže aj právny systém tej-ktorej krajiny.

Cieľom autorov, síce len z dvoch špecializácií zdravotníckych povolání – psychiatrie, klinickej psychológie – je poukázať na zmienené prieniky s akcentom na potrebu ich konštruktívneho uchopenia v záujme ďalšieho rozvíjania odboru sexuológie.

Interdisciplinárna povaha sexuologie – historické poznámky

Jaroslav Zvěřina

Sexuální potíže trápily lidstvo od nepaměti. Ve starověkých kulturách byla podobně jako dnes sexuální potence výrazně „mužským“ problémem. Kromě problematických *rostlinných afrodisiak* se v jejich léčeni uplatňovaly zejména *přístupy magické a sugestivní*. Od těchto počátků s námi i v *dnešní postmoderní společnosti prvky magie a iracionality zůstávají*. Uplatňují se v přístupech k sexuálním problémům někdy více, než by nám, stoupcům medicíny, založené na důkazech, bylo milé.

Z historického a evolučního hlediska je třeba uvést, že regulace sexuálního chování je v lidských kolektivech prastarou potřebou. Primární sociální kodexy v tlupách hominidů se nepochybně týkaly především postavení mužů, jejich hierarchie ve vztahu k přístupem k ženám. Z evolučního hlediska na počátku vývoje lidstva se formovaly párové i skupinové sexuální vlastnosti druhu, které dnes známe jako základy sexuální přirozenosti. Každá další kulturní formace v historii vytvářela také svůj sexuální kodex z hlediska obecné morálky a trestně právní regulace.

Počátky vědeckého studia sexuálního chování byly poznamenány znatelnou „medicinalizací“ sexuality a jejích problémů. Když *Krafft-Ebing* v roce 1886 vydal svoji monografii o sexuální psychopatologii, vše, co přesahovalo tradiční heterosexuální model sexuality, bylo považováno za patologické, abnormní a hodné terapie. Platilo to nejen o různých oblastech sexuálního chování, ale také třeba o onanování a vůbec autoerotice. Z těchto počátků se postupně v sexuologických kruzích mezinárodně ustavil konsensus v klasifikaci sexuálního chování.

Již na počátku mezinárodních sexuologických aktivit bylo zřejmé, že některé sexuální deviace jsou natolik benigní, že by měly být nejen *odkriminalizovány, ale také odmedicinalizovány*. Asi nejvýraznější byl v této oblasti vývoj postojů k homosexuální orientaci. Ta byla počátkem osmdesátých let vynechána ze seznamu duševních nemocí a poruch. Podobně se v posledních letech vyvíjejí postoje k některým benigním fetišismům.

Výrazný problém působí myslím tradičnímu hodnocení lidské sexuality skutečnost, že se k homosexuální lobbii, jejíž požadavky v oblasti lidských práv byla již prakticky v některých zemích naplněny, přidaly lobbistické skupiny transsexuálů, transvestitů a různých „queer“ subjektů. Ty rozšiřují své lidsko - právní požadavky na odmedicinalizování volby a změny pohlaví, což je zdrojem nejrůznějších problémů a nedorozumění.

Od počátku vědeckého studia sexuality lidí, byla tato oblast bádání výrazně interdisciplinárna. Uplatňovali se zde *lékaři* různých oborů, *biologové, antropologové a sociologové*.

V lékařské sexuologii byl postoj k sexuálním poruchám vždy modelován dosaženým pokrokem přírodních, humanitních a lékařských věd. Při omezených možnostech biologických diagnostických a léčebných metod se v této oblasti medicíny uplatňovali *především psychiatři a psychologové*. Vědecký pokrok však přinesl četné impulzy, které k této oblasti přitáhly pozornost lékařů jiných oborů.

Objev pohlavních hormonů a rozvoj behaviorální endokrinologie a neuroendokrinologie zůstává jedním z významných vědeckých impulzů k naší sexuologické praxi. Podobně tomu bylo s pokroky ve výzkumu dominantní sexuální poruchy, erektilní impotence.

Když docent Václav Michal přišel se svými vaskularizačními zákroky na penisu, spoluzakládal Mezinárodní společnost pro výzkum impotence. Tato skupina chirurgů, urologů a andrologů zavedla moderní penilní endoprotézy a intrakavernózní aplikaci vazodilátorů. V devadesátých letech minulého století přišel další výrazný impuls v oblasti poruch erekce, a to objev inhibitorů fosfodiesterázy 5. Konec dvacátého století tak byl ve znamení nástupu Viagry a dalších medikamentů tohoto okruhu. Možnost efektivní terapie samozřejmě přitahuje pozornost celé lékařské veřejnosti k těmto poruchám. Statistiky ukázaly, jak zavedení sildenafilu do praxe podstatným způsobem zvýšilo výskyt diagnózy poruch erekce ve výkazech zdravotních pojišťoven. Urologové u nás i v zahraničí věnují dnes sexuální dysfunctioni svých pacientů podstatně větší pozornost, než tomu bylo před několika desítkami let. V přístupu některých lékařů se dnes zdá, že vyšetřování a léčba sexuálního chování je jakousi aplikovanou kardiologií, cévní medicínou či endokrinologií. Stále však v oblasti sexuálního života platí velký význam vztahu a úrovni komunikace mezi terapeutem a pacientem. V klinické sexuologické praxi dlouho zdůrazňujeme, že též u jednoznačně organicky podmíněných sexuálního chování dysfunctioni má výrazný pozitivní efekt dobrý psychoterapeutický vztah s pacientem.

Roste zájem o sexuální problémy žen. Pokroky v oblasti antikoncepce jsou dnes brány jako samozřejmost. Stály přitom u zrodu toho, čemu se v šedesátých letech říkalo „sexuální revoluce“. Prohloubily se naše znalosti o sexuálních problémech žen v graviditě a po porodu. Podstatně také pokročilo studium sexuálního chování kolem menopauzy. To pochopitelně zvyšuje zájem gynekologů a porodníků o sexuální problémy jejich

pacientek.

Tradičná sexuologická disciplína, studium, diagnostika a terapie sexuálnych deviací a poruch sexuálneho chovania, má rovněž zajímavou historií.

Již klasická mezinárodní sexuologická instituce, „Liga pro sexuální reformu“ (1928 – 1932) měla ve svých cílech tyto body, věnované sexuálnímu chování:

- Správné chápání intersexuálních variant, zejména pak homosexuality mužů a žen.
- Hodnocení poruch sexuálního pudu nikoliv postaru, jako zločinů, hříchů a neřestí, nýbrž moderně, jako více či méně chorobných stavů.
- Sexuální trestní kodex, který by trestal jen skutečně těžké přestupky proti sexuální svobodě jiného člověka, a který by netrestal sexuální jednání, konané dobrovolně a s dodržáním vzájemnosti mezi dospělými lidmi.

Vědecké výzkumy v oblasti intersexuality, sexuálních deviací, ale také nesporné pokroky v oblasti forenzní medicíny by nebyly možné bez interdisciplinárního zapojení odborníků různých oborů. Od kriminalizování a odmedicinalizování homosexuality a s nimi spojená sociální tolerance této sexuální minority jsou liberalizační změny, o které se vědecká sexuologie nepochybně významně zasloužila. Nejde o nikterak starou záležitost. Homosexualita jako duševní porucha byla odstraněna z medicínské klasifikace až počátkem osmdesátých let minulého století. Také prosazení kvalitní a racionální péče o intersexuální děti a transsexuální osoby je zásluhou několika generací sexuologických odborníků různých oborů.

Mezinárodně neujednocený je dodnes sexuologický přístup k parafilně motivovaným sexuálním zločincům. Jejich existenci v nějaké podobě připouští odborníci největších vyspělých zemí. Bylo dosaženo pozoruhodného mezinárodního konsenzu v oblasti biologické terapie parafilí. Podstatně hůře jsme na tom v mezinárodním sjednocení diagnostických kritérií parafilí. Ani poslední dílo Americké psychiatrické asociace v oblasti klasifikace duševních poruch, DSM – V, neznamena všechny uspokojující řešení klasifikace sexuálních problémů a poruch. V oblasti sexuálních deviací je tato klasifikace sympatická snahou po důsledném oddělení atypických (minoritních) sexuálních zájmů, od těch parafilních preferencí, které způsobují zřetelné psychické a sociální problémy, případně přímo motivují delikventní aktivity. V lékařské sexuologii byl postoj k sexuálním poruchám či deviacím vždy modelován dosaženým pokrokem přírodních, humanitních a lékařských věd. Při omezených možnostech biologických, diagnostických a léčebných metod, se v této oblasti medicíny uplatňovali především psychiatři a psychologové. Vědecký pokrok však přinesl četné impulzy, které k této oblasti přitáhly pozornost lékařů jiných oborů. Sexuologie coby lékařská disciplína nemá nikterak dlouhou tradici. Bývalo zvykem jako o „sexuologovi“ mluvit o těch, kteří se zabývali tak či onak výzkumem sexuálního chování. Tak klasik novodobé sexuologie, Alfréd Kinsey byl entomolog. Řada jeho spolupracovníků pak psychologové, sociologové, ale také lékaři.

Jiný klasik novodobé sexuologie, John Money, byl psycholog. Frank Beach, klasik moderní behaviorální neuroendokrinologie, byl etholog. Známy americký sexuologický tandem W. Masters a V. Johnsonová sestával z gynekologa a socioložky. Jednotliví lékaři, kteří se zabývali diagnostikou, studiem a terapií sexuálních problémů lidí, byli zástupci různých oborů. Od klasiků psychiatrie, jakými nepochybně byli S. Freud a třeba R. Krafft-Ebing, se v této oblasti angažovala a angažuje celá řada dermatovenerologů, gynekologů, urologů, nebo endokrinologů. Shora uváděný Václav Michal byl cévním chirurgem, slovenský výzkumník tak zvané „ženské ejakulace“, Milan Zaviačič byl patologem atd. Interdisciplinární povaha sexuologie se projevuje též ve významných odborných publikacích, jejichž autoři zásadním způsobem překračují hranice vlastní profese, a tak demonstrují faktické mezioborové průniky ve vědě i klinické praxi. Příkladem takových prací jsou třeba rozsáhlé výzkumy profesora Jana Rabocha, které publikoval na téma psychosexuálního vývoje několika generací pacientek Františkových Lázní. Nebo publikace psychologa Stanislava Kratochvíla „Sexuální dysfunkce“, vydaná v roce 1999, která se dočkala opakovaných vydání, či publikace psychologa Petra Weisse „Sexuální deviace“ (2002). Zmíněné publikace mají významný klinický záběr a byly zdrojem informací pro řadu lékařů, jakož i odborníků jiných oborů.

Moderní vývoj v oblasti sexuologie

Sexuologie jako vědecká disciplína již dávno není jen výhradně medicínskou disciplínou. Měli bychom dnes hovořit o „sexuologiích“ v plurálu, jak to už několik desetiletí bývá zdůrazňováno. U nás sexuologie díky historii Sexuologického ústavu v Praze jako instituce lékařské fakulty, měla od svých počátků výrazně medicínský charakter, v úzké spolupráci s psychology, kteří byli nedílnou součástí týmu Sexuologického ústavu (I. Šířová, S. Hubálek, P. Weiss). Po politickém převratu v roce 1989 se postupně také u nás aktivizují různé jiné aspekty studia sexuality. Od antropologie, přes genderovou pseudovědu, feministické koncepty, hnutí LGBTIQ, evoluční biologie, etologie atd. V oblasti poruch a problémů lidské sexuality se uplatňují alternativní konzultační, poradenské i léčebné metody. Uplatňují se zde přístupy někdy spíše magické, které mají k praxi, založené na faktech, velmi daleko. Též různí samozvaní poradci, koučové či zcela vágně definovaní „sexuologové“ různých oborů. Pozoruhodný je rozmach alternativních terapeutických konceptů, zejména pak potravinových doplňků, homeopatických přípravků a podobně. Medicína, založená na faktech, musí tento vývoj sledovat i reflektovat. *Rozhodně se nemůžeme vyhýbat interdisciplinární spolupráci.* Naše zkušenosti ukazují, že bychom i nadále měli bojovat za samostatný koncept sexuologie, která se zabývá problémy lidí v sexuální oblasti, a to v nejširším smyslu slova. Ostatně i mezinárodní vývoj nám dává za pravdu, když se stále výrazněji hlásí o slovo „sexuální medicína“.

Diagnostická a terapeutická prax

Robert Máthé

Už zmienenu interdisciplinárnosť k sexuologickému pacientovi citeľne ilustruje aj konkrétna zdravotnícka starostlivosť o neho.

Pozoruhodný je už výber príslušného odborníka prvého kontaktu pacientom so sexuálnou dysfunkciou. Ambulanciu klinického psychológa vyhľadávajú so sexuálnymi problémami najmä muži nižších vekových kategórií – do 40 rokov 44%, vo veku 41 až 50 rokov 32% a vo veku 51 a viac rokov už len 24%. Mladší klienti zrejme vo väčšej miere predpokladajú psychogénnu podmienosť svojej poruchy, kým tí starší počítajú aj s určitými somatickými poruchami, ktoré môžu s dysfunkciou súvisieť, a preto vyhľadajú lekára skôr.

Záleží aj na tom, či sa pacient ako k prvému lekárovi dostane k urológovi alebo k psychiatrovi. Podľa Seagravesa a kol. (1981) ak muž s ED, ktorý vyhľadá ako prvú voľbu urológa, má v 80% prípadov diagnostikovanú organickú etiológiu ED, ten, ktorý vyhľadá psychiatra, má z 80% diagnostikovanú psychogénnu ED.

Je potom vždy na zvážení tohto odborníka prvého kontaktu potreba interdisciplinárnej spolupráce či rozhodnutie o prioritě vlastnej intervencie, alebo intervencie v kompetencii iného špecialistu. Realizáciu diagnostického procesu z pohľadu či už všeobecného lekára, lekára špecialistu, alebo psychológa, považujeme za samozrejmosť. V rámci diagnostickej činnosti je samozrejmosťou aj určitá miera presahovania jednotlivých odborností, veď napr. ani urológ či gynekológ sa nevyhne kladeniu otázok pacientovi či pacientke ohľadne prípadných psychických problémov, a tak isto psychiater či psychológ sa nezaobíde bez otázok týkajúcich sa somatického stavu pacienta.

Azda možno pokladať za prekonanú aj počiatočnú simplifikáciu liečby erektilnej dysfunkcie mechanickou ordináciou niektorého z liekov vyvinutých na liečbu tejto poruchy, s väčším akcentom na prežívanie sexuality dvojicou, a tiež na jej psychické koreláty.

Zo skúseností z praxe zjavne vyplýva aj užitočnosť kombinácie psychoterapie a farmakoterapie. V prípade pacientov rezistentných voči terapii sa osvedčuje cieleňé psychodiagnostické vyšetrenie, ktoré odkryje problematické oblasti, resp. odhalí skrytú menšinovú sexuálnu orientáciu, ktorá pôsobí inhibujúco na prejavy sexuality v klasickej heterosexuálnej dvojici.

Psychologická diagnostika prináša významné informácie aj vo vzťahu k transsexuálnym a transgender ľuďom. Vo významnej miere prispieva k ich poznaniu, a tým aj k vhodnému terapeutickému prístupu tak z hľadiska medicínskeho, ako aj z hľadiska psychologického.

V neposlednom rade sa žiada vyzdvihnúť **užitočnosť komplexného znaleckého posudzovania** dotknutých osôb v rámci mravnostnej, resp. sexuálnej kriminality páchatelov, ako aj ich obetí. Prieniky medicínskeho a psychologického pohľadu na vyšetrovanú osobu nesporne znásobujú objektivnosť diagnostických záverov (Máthé, 2008).

Psychologická diagnostika popri presnom stanovení intelektovej úrovne, potvrdení či vylúčení organického psychosyndrómu, opisu osobnosti, špecifik sociálneho správania, poukázaním na skrytú psychopatológiu poskytuje aj významné oporné body k poznaniu sexuality:

- pri poznávaní psychosexuálneho vývinu vyšetrovanej osoby v širšom rámci jej ontogenetického vývinu je nápomocná komparácia získaných informácií so známymi „normami“ psychosexuálneho vývinu, ktoré pochádzajú z výskumov sexuálneho života reprezentatívnych vzoriek obyvateľov Česka (Weiss, Zvěřina, 2001) či Slovenska (Máthé, Jurkovičová, 2001; Máthé, Ritomský, 2004; Máthé, Ritomský, Bartl, 2005).

- poznanie atribútov väčšinovej sexuality, ktoré sa premietajú aj do psychodiagnostických metód, najmä projektívnych, nám umožňuje vylúčenie parafílie (obvinenia mužov zo strany manželiek počas rozvodového konania alebo po rozvode v záujme znemožnenie kontaktu otca s dieťaťom),

- detekuje problematické sexuálne prejavy – egodystónna sexuálna orientácia či preferencia, úchylné sexuálne správanie symptomatického charakteru, prítomnosť parafílie (klinické metódy, testové metódy – ROR, FDT, dotazníky sexuálneho správania, PPG), všetko v zhode s aktuálnymi diagnostickými manuálmi (MKCH-10, DSM-V) v zmysle zachytávania príslušných symptómov psychodiagnostickými metódami,

- odhalenie disimulačných tendencií, resp. zastierania, tajenia či popierania sexuálnej úchyľky, alebo sexuálneho správania, ktoré je v rozpore so zákonom (MMPI-2, ROR, analýza opisu kritickej situácie),

- stanovenie najpravdepodobnejšieho motivačného pozadia problematického sexuálneho správania,

- vyjadrenie sa k terapeutickému či resocializačnému a reedukačnému prognóze páchatela sexuálne motivovaného trestného činu.

V daných súvislostiach sa žiada poukázať na možnosť využitia klasických testov osobnosti a psychopatológie pri diagnostikovaní „sexuálnej normy,“ detekovaní jasných ukazovateľov sexuálnej úchyľky na pozadí vylúčenia „sexuálnej normy“ a odhalenia nesúlady medzi vlastným opisom neprobémového sexuálneho správania a testovými výsledkami. Výsledky psychodiagnostického vyšetrenia v konfrontácii so sexuálnym motivačným systémom (vzišiel z výskumných prác K. Freunda – psychiatra, J. Madlafouskej – psychologičky, A. Kolářského – psychológa a S. Břichcína – psychiatra) s vysokou mierou pravdepodobnosti odhaľujú problematickú, resp. deviantnú sexualitu.

V konečnom dôsledku aj terapeutická starostlivosť o sexuálnych deviantov pri nespornej zložitosti parafílie ako takej si jednoznačne vyžaduje koordinovaný tímový prístup predstaviteľov rôznych špecializácií, medzi ktorými významné miesto zaujímajú psychoterapeuticky erudovaní odborníci. Myslieť treba aj na poradenskú aktivitu vo vzťahu k sexuálnym minoritám, na ktorých sa vo významnej miere môžu podieľať poradenský psychológovia (Kašáková, Sopko, 2014).

Prístup k sexuálnym menšinám**Petr Weiss**

Druhá polovina 20. storočia bezesporu priniesla veľký pokrok vo vzťahu k sexuálnym menšinám, predovšetkým pak prechod od pouhé institucionalizovanej represe deviantného sexuálneho správania k uvedomeniu si potreby liečby postihnutých jedincov. Ani v tejto oblasti sa však medicína nevyhnula chybným krokom a stávala sa často predĺženou rukou represívnych orgánov. Príkladom zde môže byť niekoľko tisíc nucených kastrovaných či stereotakticky operovaných pacientov a väzňov v USA i v Európe, súdne nařízené pokusy o zmenu sexuálnej orientácie u homosexuálov, i subtilnejšie, ale z etického hľadiska dnes silne kritizované behaviorálne liečebné metódy, ako sú napríklad averzívna liečba či terapie studom (shame therapy).

Současne však jistě platí, že žádná spoločnosť nemôže fungovať bez jistého minima sexuálnych zákonných noriem (Haeberle, 1985). Tieto normy majú dle Bancrofta (1985) troj význam:

- chráni obeť pred násilím;
- bráni sexuálnym prejavom na verejnosti a
- deklaratívne varujú pred chovaním, ktoré spoločnosť neschvaľuje.

Pri koncepcii spoločensky tolerovaného a spoločensky trestaného správania je však nutné mať na pamäti skutočnosť, že uvedené normy sú vždy kultúrne a historicky podmienené a dokonca – jak tvrdí Aresinová a Guenther (1985) – žiadny úsek trestného práva sa nemění tak rýchle ako trestné právo týkajúce sa sexuálnych deliktov.

Berlin (1988) vo svojej úvaze o etických aspektoch posudzovania a liečby sexuálnych deliktov uvádza, že ľudia sa samozrejme nerodí stejní. I v oblasti sexuálnej sa líši prínejmenším v štyroch rôznych aspektoch:

- v tom, akého partnera považujú za sexuálne atraktívneho;
- aké aktivity považujú za sexuálne vzrušujúce; v intenzite sexuálnej potreby (a naopak v tom, ak ľahko či ťažko pak odolávajú sexuálnym pokušením), a nakoniec
- v postojoch k tomu, či majú alebo nemajú pokušením odolávať.

Parafílie si svoju deviaciu nevybírajú dobrovoľne. Jistě sú alespoň do jistě míry zodpovední za odolávanie pokušeniu, ničméně zatím chýbajú dôkazy, že človek môže dokonale kontrolovať tak biologicky determinovanú potrebu, ako je sexuálna, pouhým vedomým rozhodnutím.

Nespoľehlivosť racionálnej kontroly biologických potrieb ilustruje pokus provedený Wirthem a Folsteinem (1982) u dialyzovaných pacientov. Dle inštrukcií lekáre nesmeli pacienti v obdobiach medzi dialyzačnými sezeniami prijímať tekutiny alebo jejich príjem měli podstatně omezit, a to přesto, že dialýza u nich vyvolala intenzívny pocit žízne. Všichni tito pacienti během léčebné procedury excesivně pili, i když si byli na základě sdělení lékaře vědomi, že jim to může způsobit zdravotní komplikace, případně i smrt. Žízeň, jako základní biologická potřeba, byla silnější

než jejich vůle. U biologicky podmíněných potřeb tedy nemusí být oprávněný předpoklad, že kterého vychází většina filozofických modelů morálky – a konečně i zákonodárství většiny zemí – že člověk je plně zodpovědný za své jednání, že dělá jen to, pro co se sám rozhodl, že je schopen vždy spolehlivě kontrolovat své chování silou vůle.

Kromě represe proto většina civilizovaných zemí poskytuje deviantním jedincům i možnost léčby. Adekvátní terapie sexuálních deviantů je proces náročný jak z hlediska počtu a profesionální erudice terapeutů, tak i z hlediska jejich časových a osobních investic. V mnoha případech proto vzniká ve veřejnosti – i odborné – otázka oprávněnosti finančních i lidských nákladů léčby právě tohoto druhu pacientů. Vyvolává ji především hluboce zakořeněná a často neuvědomělá představa, že tito lidé se chovají sexuálně odlišně z jakési vrozené amorálnosti, vady charakteru či z „přesycenosti“ normálním sexem. Podle dosavadních zjištění se však u deviantů (na rozdíl od nedevariantních sexuálních deliktentů, u nichž by trest měl být základním nápravným opatřením) jedná o celoživotní a z hlediska dispozic pravděpodobně vrozený sklon, který nijak nesouvisí s morální či charakterovou úrovní pacienta. Je jistě povinností zdravotníků pomoci klientovi v případě potřeby vyrovnat se s touto nezaviněnou odlišností způsobem přijatelným pro něj i pro společnost.

Výskum v sexuológii**Robert Máthé, Jaroslav Zvěřina**

Výskum v oblasti sexuálnych dysfunkcií je evidentne interdisciplinárny. S rozvojom urologickej andrológie pribúdajú aj autori z tohto odboru (I. Kawiacuk, L. Zámečník, K. Kočí a mnohí ďalší). Urológ a andrológ V. Kubíček je zakladateľom a predsedom Českej spoločnosti pro sexuálnu medicínu (česká pobočka European Society for Sexual Medicine). Z českých gynekológov sa sexuálnym problémom žien venoval napr. A. Doležal, P. Čepický, Z. Pastor. Prínosné sú práce Doležalovej Hrouzkovej ohľadne sexuality užívateľov marihuany.

V podmienkach Slovenska ani Česka nemožno hovoriť o koordinovanom, systematickom a plánovanom výskume v sexuológii. Ide skôr o výskumné snaženia jednotlivcov alebo menších kolektívov v rámci rôznych pracovísk. Vzhľadom na nekoordinovanosť týchto výskumov je neraz problém porovnanie ich výsledkov, či už z prierezového, alebo v longitudinálneho aspektu, čo je na škodu veci. Výsledky výskumov sa spravidla prezentujú na odborných podujatiach, v odborných časopisoch a v médiách.

Už v prvom zborníku prác z Košických sexuologických dní – 1988, 1990, 1992 (Máthé, Stančák, 1994) sa objavujú aj články výskumného charakteru, ktorých autorom je najmä Stančák, resp. Stančák a kol. autorov, so zameraním na sexuálne dysfunkcie:

Primárne a sekundárne sexuálne dysfunkcie – Stančák, Safko, Hubová, Safková

Poruchy sexuálnej funkcie – Stančák, Safko, Hubová

Profil emócií pri sexuálnych poruchách – Stančák

Osobnostné príčiny kriminality – Stančák

Z oblasti gynekológie:

Vplyv sterilizácie na sexuálny život žien – Kolan, Cupaník, Ditte, Vačoková

Časopis Sexuológia/Sexology

Od roku 2001 sa výskumné práce našich odborníkov objavujú v časopise Slovenskej sexuologickej spoločnosti – Sexuológia.

Ide napr. o výskumné práce Zavjačiča o ženskej prostate a ženskom ejakuláte, publikácie Vrabca ohľadne mužskej plodnosti, práce týkajúce sa sexuálneho života obyvateľov Slovenska (Máthé, Rítošský) atď.

Osobitnú pozornosť si zasluhujú aktivity pracovníkov Ústavu výskumu sociálnej komunikácie SAV pod vedením jeho riaditeľa doc. PhDr. Gabriela Bianchiho, CSc.

Zo zameranosti výskumných prác zmieneného Ústavu možno vyzdvihnúť:

- mapovanie sexuálneho správania populácie, identifikovanie rizikových trendov a formulovanie odporúčaní pre sexuálne zdravie,
- problematiku sexuálneho zdravia a sexuálnej výchovy,
- problematiku sexuálneho násillia medzi mladými ľuďmi,
- problematiku udržateľnosti reprodukcie na Slovensku,
- problematiku rodovej rovnosti a rodových stereotypov, ľudských práv sexuálnych menšín či sexualizácie verejného a mediálneho priestoru.

Od roku 1997 organizuje tento Ústav (G. Bianchi, I. Lukšík, M. Popper) pravidelné konferencie o sexuálnej výchove a medzinárodnú vedeckú konferenciu SEXUALITY.

Univerzitná pôda taktiež podporuje výskumné práce vo forme diplomových, dizertačných a habilitačných prác, ktoré sú vypracované pod vedením skúsených školiteľov a konzultantov.

Z príležitosti 40. výročia KSD sme referovali o časti týchto prác pod názvom *Sexualita v diplomových prácach VŠ študentov za posledných 40 rokov* (Máthé, Štefániková, 2010).

Na katedre psychológie je výskumne aktívna najmä v súvislosti s LGBT ľuďmi Hana Smitková – recenzia publikácie *Poradenská psychológia* v časopise *Sexuológia/Sexology* (1/2015) prináša pomerne podrobný prehľad aktivít tejto skupiny odborníkov vo vzťahu k sexuálnym minoritám.

Vzdelávanie v sexuológii

Robert Máthé, Petr Weiss

Vzdelávanie lekárov v sexuológii v Česku zabezpečuje **Vzdělávací program certifikovaného kurzu sexuologie, uverejnený vo Věstníku MZ ČR (č. 5, rok 2013)**. Tento program realizuje Subkatedra sexuologie v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Praze v úzkej spolupráci se Sexuologickým ústavem VFN a 1. lékařské fakulty UK v Praze.

Vzdelávanie v sexuológii na Slovensku neexistuje v ucelenej, komplexnej podobe porovnateľnej s inými zdravotníckymi povolaniami. V špecializačných študijných programoch LF UK nachádzame sexuológiu len v rámci špecializačného odboru psychiatria – psychiatrická sexuológia a gynekológia a pôrodníctvo – gynekologická sexuológia. Zmienku o sexualite nachádzame aj v odbornej náplni venerológie (psychosexuálne a sociálne aspekty PPCH).

Vzdelávanie lekárov v sexuológii istý čas zabezpečoval Inštitút lekárskej sexuológie pod vedením doc. Vrabca, po jeho zániku SZÚ v zastrešení doc. Rakúsom v odbore psychiatrická sexuológia, ktorý však neskôr stratil akreditáciu. Odvtedy, cca od r. 2008 – 2009, nie je doškoľovanie v tejto oblasti v rámci SR doriešené a časť slovenských lekárov sa vzdeláva v sexuológii v Česku.

Pozornosť si zasluhuje aj iniciatíva primárky Psychiatrického oddelenia Fakultnej nemocnici v Trnave, MUDr. Šedivej, ohľadne vytvorenia špecializovaného sexuologického oddelenia. V podmienkach Slovenska je perspektívne rozšírenie jestvujúcich psychiatrických oddelení či nemocníc o sexuologické pracoviská a vytvorenie samostatného detenčného ústavu v každom prípade výsostne aktuálne.

V rámci vzdelávania v odbore psychológia možno hovoriť iba o fakultatívnom pregraduálnom vzdelávaní, podľa vedomia autorov na Katedre psychológie FF UK a Paneurópskej vysokej školy v Bratislave, ako aj na UKF v Nitre, kde je sexuológia pod rôznymi názvami prednášok (Psychologická sexuológia I, II, Sexualita, Sexuálne poradenstvo a psychoterapia, Úvod do sexuálnych a rodových štúdií) v študijnom programe voliteľným predmetom. Na uvedených katedrách prednáša tento predmet aktuálne Dr. R. Máthé. Ďalšie vzdelávanie v sexuológii je istou súčasťou špecializačného odboru klinická psychológia ako súčasť teoretických vedomostí.

V Českej republike takisto neexistuje žiadne systematické vzdelávanie psychológov v sexuologickej problematike. V prípade, že táto téma sa prednáša v rámci pregraduálneho štúdia, je to len vďaka tomu, že sa nájde niekto, kto je ochotný venovať sa jej. Za priekopníka výučby sexuológie v Česku možno považovať prof. Stanislava Kratochvíla z Katedry psychológie PU v Olomouci. Na katedre psychológie FF UK v Prahe prednáša v súčasnosti dvojsemestrový kurz sexuálnej psychológie zakončený skúškou prof. P. Weiss. Postgraduálne vzdelávanie v odbore je ešte menej zabezpečené ako v priebehu štúdia a je plne závislé od eventuálneho záujmu psychológov. Má teda skôr náhodný charakter a spočíva predovšetkým v účasti na postgraduálnych kurzoch či na sexuologických konferenciách. Formálne nie je zabezpečené.

V budúcnosti pritom uvažujeme aj o možnosti certifikovaného kurzu psychologickej sexuológie analogicky s psychiatrickou a gynekologickou sexuológiou, v prípade psychológov so špecializáciou klinická psychológia.

V tejto súvislosti je zaujímavý a inšpiratívny európsky trend reprezentovaný ESSM (Európska spoločnosť

pre sexuálnu medicínu), ktorá popri lekároch ponúka vzdelávanie v sexuológii aj psychológom v certifikovanej činnosti *psychosexuológie* – *psychosexuológie*, ktorá je spoločná psychiatrom, psychológom a lekárom s absolvovaným výcvikom v psychoterapii.

Záver

Sexuológia je nesporne multidisciplinárny odbor s prienikmi poznatkového systému širokého spektra zdravotníckych povolání (lekári, psychológovia) a iných odborností. Navyše je odborom, na ktorý v istej miere vplýva aj aktuálna spoločenská klíma v pozadí s viac či menej liberálnou alebo reštriktívnou politickou situáciou tej-ktorej krajiny.

Smerovanie rozvoja sexuológie nasvedčuje neustálemu formovaniu „sexuológií“, ktoré sú nadstavbou určitých špecializačných odborov a sú zakotvené v systéme zdravotníckych povolání – napr. psychologická sexuológia alebo v terminológii ESSM širšie chápaná *psychosexuológia* ako certifikovaná činnosť lekárov a klinických psychológov, s tendenciou na ich rozširovanie nielen v rámci zdravotníctva, ale aj mimo nich (antropologická sexuológia, evolučná sexuológia).

Flexibilné, konštruktívne, kooperatívne a koordinované reflektovanie rozvoja jednotlivých „sexuológií“ nesporne prispieva k rozvoju odboru sexuológia.

Zárukou efektívnej progredencie odboru sexuológia je evidentne kvalitná edukácia v odbore so spoločným základom pre všetky „sexuológie“ a s akcentom na ich rozvoj v rámci materského odboru, s následným integrovaním týchto čiastkových, daným odborom špecifických poznatkov v zmysle ich prienikov do odboru sexuológia.

Neodškriepiteľným benefitom takto chápanej interdisciplinárnej spolupráce je maximalizácia objektivity diagnostických záverov a efektivity terapeutických postupov.

Literatúra

- Aresin, L., Guenther, E.: *Sexualmedizin*. VEB Verlag, Berlin 1985.
- Berlin, F. S.: *Issues in the exploration of biological factors contributed in the etiology of the „sex offender“, plus some ethical considerations*. In: Prentky, R. A., Quinsey, V. L. (eds.): *Human sexual aggression: Current perspectives*. Annals of the New York Academy of Science, No.

528, 1988.

Haeberle, E. J.: *Sexualitaet des Menschen*. DeGruyter, Berlin 1985.

Kašáková, J., Sopko, B.: *Psychologické poradenstvo v práci s LGBT menšinami*. In: Smitková, H. a kol.: *Kapitoly z poradenskej psychológie*. Univerzita Komenského v Bratislave: 2014.

Kratochvíl, S.: *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada Publishing, 1999, 252 s.

Kratochvíl, S.: *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada Publishing, 2008, 290 s.

Máthé, R., Jurkovičová, J.: *Najnovšie poznatky o sexuálnom správaní slovenských mužov a žien*. *Sexuológia/Sexology* 2: 19 – 22, 2001.

Máthé, R., Ritomský, A.: *Iniciálne sexuálne aktivity v podmienkach Slovenska*. *Sexuológia/Sexology* 2: 15 – 20, 2004.

Máthé, R., Ritomský, A.: *Sexuálne poruchy v reprezentatívnej vzorke obyvateľov SR*. *Sexuológia/Sexology* 2: 9 – 13, 2005a.

Máthé, R., Ritomský, L., Bartl, I.: *Naše sexuálne preferencie*. *Sexuológia/Sexology* 2: 14 – 17, 2005.

Máthé, R., Stančák, A. (Eds.): *Klinická sexuológia z pohľadu Košických sexuologických dní*. Zborník prác KSD 1988, 1990, 1992. Nové Zámky: Psychoprof, 1994.

Máthé, R., Štefániková, J.: *Sexualita v diplomových prácach VŠ študentov za posledných 40 rokov*. *Sexuológia/Sexology* 2: 61-64, 2010.

Segraves, R., T., Schoenberg, H., W., Zarins, C., K., Camic, P., Knopf, J.: *Characteristics of erectile dysfunction as a function of medical care system entry point*. *Psychosom Med*. 1981 Jun;43(3):227-34.

Weiss, P. a kol.: *Sexuologie*. Praha: GRADA Publishing, 2010.

Weiss, P., Zvěřina, J.: *Sexuální chování obyvatel ČR – situace a trendy*. Praha: Portál, s. r. o., 2001, 160 s.

Weiss, P., Zvěřina, J.: *Sexuální chování v ČR: Situace a trendy*. Portál, Praha 2001.

Weiss, P.: *Sexuální deviace*. Praha: Portál, 2002, 360 s.

Wirth, J. B., Folstein, M. S.: *Thirst and weight gain during maintenance hemodialysis*. *Psychosom*. 3, 1982, 1125 – 1134.

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

Kontaktná adresa:
PhDr. Robert Máthé, PhD.
psychoprof@psychoprof.sk



Co přinesla nová klasifikace DSM-5 ke kategorizaci ženských sexuálních dysfunkcí?

Zlatko Pastor

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FNM, Praha
Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha
Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Souhrn

Článek shrnuje základní informace o současných klasifikačních systémech ženských sexuálních dysfunkcí. Porovnává jejich odlišnosti, shody, rozdíly v definování a chápání pojmů, které charakterizují ženské sexuální reakce a jejich poruchy. Poukazuje na problematické body, přínos i úskalí, které přinesl nový diagnostický a statistický manuál. Vytýká DSM-5 jeho minimální kompatibilitu s předchozí verzí (DSM-IV-TR), ale i malou slučitelnost s ostatními mezinárodními klasifikacemi (ICSM, MKN-10). Pro snadnější orientaci nabízí článek komparativní tabulku, v níž srovnává pojetí a klasifikaci tradičních symptomů sexuálních dysfunkcí jednotlivými kategorizacemi. Nový manuál sice přesněji vymezuje poruchy podle délky trvání, frekvence výskytu a jejich závažnost rozlišuje na lehkou, střední a těžkou, ale dělí ženské sexuální problémy pouze do tří široce definovaných etiopatogenních agregovaných konglomerátů (porucha sexuální touhy a vzrušení, poruchy orgasmu, genito-pánevní bolest a penetrační poruchy). Sexuální dysfunkce popisuje převážně jako syndromy, čímž upouští od tradičního symptomatického dělení, které je pro klinickou praxi důležité.

Klíčové slová: ženské sexuální dysfunkce, klasifikace, diagnostický a statistický manuál

Úvod

Ženské sexuální dysfunkce (female sexual dysfunction - FSD) charakterizujeme pomocí fenomenologických metod a členíme je podle symptomatologie. Ideální klasifikační systém by měl precizně definovat nosologickou jednotku i její etiopatogenezi, být založený na vědeckých důkazech a akceptovaný většinou odborné veřejnosti. Třídící

Summary

The article summarizes basic information about the current classification systems for female sexual dysfunctions and compares their differences, conformities, distinction in definition and understanding the concepts characterizing female sexual response and their disorders. It points out the problematic aspects, benefits and difficulties brought by a new diagnostic and statistical manual. The DSM-5's minimum compatibility with the previous version (DSM-IV-TR) and little consistency with other international classifications (ICSM, ICD-10) are criticised. For easier orientation, the article includes a comparative table of the concept and classification of traditional symptoms of sexual dysfunction by individual categorisations. Although new manual more precisely sets disorders according to the duration, frequency and its severity is defined as mild, moderate or severe, female sexual problems are then divided only into three broadly defined etiopathogenic aggregated conglomerates (sexual desire disorder and arousal, orgasmic dysfunction, genito-pelvic pain and penetration disorders). Sexual dysfunctions are described as syndromes, thus traditional symptomatic splitting is abandoned, which is essential for clinical practice.

Keywords: female sexual dysfunctions, classification, diagnostic and statistical manual.

systemy poruch, nemocí a stavů slouží k efektivní komunikaci mezi lékaři, charakteristice pozorovaných jevů a stanovení diagnózy. U většiny FSD přesnou příčinu neznáme, a proto je třídíme podle deskriptivních hledisek. Sexuální poruchy jsou typickým příkladem psychosomatického onemocnění, které jsou navíc modifikovány morálními a ideologickými aspekty společnosti. Současné tři mezinárodní kategorizační systémy FSD nejsou mezi sebou zcela slučitelné, a proto jejich interpretace působí potíže při stanovení

presné diagnózy. DSM-5 agregoval dříve samostatné diagnostické entity (symptomy) do širších syndromů, čímž omezil taxativní diagnostiku dílčích poruch. Článek se snaží přehledným způsobem porovnat současné klasifikace a přispět k orientaci v této problematice.

Historická reminiscence klasifikačních systémů pro ženské sexuální dysfunkce

V polovině minulého století probíhal rozvoj psychiatrie na americkém a evropském kontinentu odlišnými směry. Tato dichotomie se promítla i do klasifikace psychických a sexuálních nemocí. Ve světovém písemnictví existují tři klasifikační systémy, které kodifikují psychiatrické respektive sexuální choroby a stavy. **Mezinárodní klasifikace nemocí** (MKN) se používá v Evropě od roku 1900 ¹. **Diagnostický a statistický manuál duševních chorob** (DSM) Americké psychiatrické společnosti (APA) byl konstituovaný v roce 1952. Klasifikace **ICSM** (International Consultation on Sexual Medicine) byla přijata roku 1998 v Bostonu a revidovaná v roce 2003 v Paříži. Je garantována AUAF (American Urological Association Foundation) v rámci AUA (American Urology Association) ². Zpočátku vedle sebe koexistovaly klasifikace MKN a DSM. První mezinárodní klasifikace nemocí původně vznikla jako seznam příčin úmrtí. Její devátá revize (MKN-9) z roku 1977 obsahovala pro sexuální dysfunkce pouze jednu společnou kategorii (frigidita a impotence). Tato terminologická insuficience byla v **APA** ostře kritizována, neboť klinické zkušenosti a výzkumy jasně prokázaly, že existuje i řada jiných sexuálních dysfunkcí. Z tohoto důvodu přijala APA v roce 1977 americkou modifikaci MKN (ICD-9-CM) a v roce 1980 byly do DSM-III vloženy aktuální termíny pro sexuální poruchy, které korespondovaly s moderními vědeckými trendy. Manuál DSM-III byl impulzem k přehodnocení termínů pro ženské sexuální dysfunkce i v Evropě, a proto byly v roce 1992 v MKN-10 rozděleny FSD do sedmi hlavních kategorií (nízká sexuální touha, sexuální averze, selhání genitální reakce, poruchy orgasmu, vaginismus, dyspareunie, nadměrná sexuální touha). Od tohoto roku koexistovaly dvě sice odlišné klasifikace FSD (MKN -10 a DSM III, IV, IV- TR), které se sice lišily v detailech, ale byly navzájem kompatibilní a byly založené na symptomatickém popisu sexuální poruchy. Vedle zmíněných dvou hlavních třídících systémů, které popisují veškeré nemoci nebo všechny psychiatrické choroby a stavy, v níž FSD věnována pouze parciální část, existuje také klasifikace ICSM. Vznikla širokým konsenzem specialistů (186 expertů z 33 zemí) úzce zaměřených právě na problematiku ženské sexuality, a proto je považována pro klinickou praxi za nejvýhodnější ³. V květnu 2013 byla přijata po dlouhých přípravách, bouřlivých polemikách a kritice pátá revize DSM ⁴. V problematice ženských pohlavních problémů způsobila rozkol. Obsahuje pouze tři taxativní pojmy pro FSD. V tomto smyslu asociuje přijetí nové kategorizace situací z roku 1977, kdy v MKN byla pro sexuální dysfunkce pouze jedna

kategorie a DSM je později rozšířila na sedm. Nyní, o čtvrt století později, je ASA paradoxně opět zúžila na tři položky, které jsou navíc těžko slučitelné s jinými pojmy pro FSD.

Klasifikace FSD

Ženské sexuální dysfunkce (FSD) jsou heterogenní skupina potíží charakterizované porušenou schopností přijímat nebo prožívat sexuální uspokojení ⁴. Jedná se o multikauzální a multidimenzionální problémy, jejichž etiologie je kombinace organických, psychogenních a interpersonálních příčin. V České republice je pro diagnostiku FSD závazná desátá revize MKN- 10 z roku 1992, která dělí poruchy do sedmi hlavních kategorií (Tab. 1) ¹.

Tab. 1 Klasifikace FSD (Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10, 1992)

F 52.0	Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy, frigidita, nízká sexuální apetence
F 52.10	Odpor k sexualitě, sexuální anhedonie
F 52.11	Nedostatečné prožívání sexuální slasti
F 52.2	Selhání genitální odpovědi (chybění lubrikace)
F 52.3	Dysfunkční orgasmus
F 52.7	Nadměrné sexuální nutkání
F 52.5	Vaginismus (neorganický, funkční)
F 94.2	Vaginismus (organický, sekundární)
F 52.6	Dyspareunie (neorganická, funkční)
F 94.1	Dyspareunie (organická, sekundární)
F 52.8	Jiné sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí
F 52.9	Neurčitá sexuální porucha, která není způsobena organickou poruchou nebo nemocí

Kategorizace ICSM se drží tradičního symptomatického rozlišení poruch. Rozděluje FSD na vrozené nebo získané, selektivní či generalizované, částečné nebo úplné a podle příčiny na organické, psychogenní, smíšené a neznámé (Tab. 2) ³.

Tab. 2 Klasifikace FSD (Mezinárodní reklasifikace International Consultation on Sexual Medicine, ICSM, 2010)

I.	Poruchy sexuální touhy A. Snížená sexuální touha B. Sexuální averze
II.	Poruchy sexuálního vzrušení – Subjektivní porucha sexuálního vzrušení – Genitální porucha sexuálního vzrušení – Kombinovaná genitální a subjektivní porucha sexuálního vzrušení – Stálá porucha sexuálního vzrušení
III.	Dysfunkční orgasmus
IV.	Bolestivé sexuální poruchy A. Dyspareunie B. Vaginismus A. Ostatní bolesti spojené se sexuální nekoitální aktivitou

DSM-5 definuje pouze tři FSD (Tab. 3) ⁴.

Tab. 3 Klasifikační a statistický manuál mentálních poruch (Americká psychiatrická asociace, pátá edice, DSM-5™, 2013)

302. 72	Poruchy ženského sexuálního zájmu a vzrušení
302. 73	Poruchy ženského orgasmu
302. 76	Bolesti v oblasti genitálu a pánve/poruchy penetrace

Definice ženských sexuálních dysfunkcí podle klasifikace DSM -5

Podle manuálu DSM-5 ⁴ se ženské sexuální dysfunkce dělí do těchto kategorií:

A. Poruchy ženského zájmu a vzrušení (Female Sexual Interest/Arousal Disorder – SIAD) je stav, který se projevuje minimálně třemi z následujících charakteristik:

1. absencí nebo snížením zájmu o sexuální aktivity;
2. absencí nebo snížením sexuálních myšlenek nebo fantazií;
3. snížením iniciativy k sexuální aktivitě nebo její odmítáním se strany partnera;
4. absencí nebo snížením sexuálního vzrušení/potěšení ze sexuální aktivity ve všech nebo ve většině případů (přibližně v 75-100%);
5. absencí nebo snížením sexuálního zájmu/vzrušení v reakci na vnitřní nebo vnější sexuální/erotické podněty;
6. absencí nebo snížením genitálních nebo extragenitálních pocitů během sexuální aktivity

ve všech nebo většině případů (přibližně v 75-100%).

Symptomy (1-6) trvají minimálně po dobu 6 měsíců a mohou u ženy vyvolat klinicky významný pocit nepohody (distress), který se projevuje nedostatkem zájmu o sexuální aktivity nebo vzrušení či jako nezájem o spokojený život (well-being). Prevalence SIAD je neznámá. Diferenciální diagnóza zahrnuje nesexuální mentální poruchy, vedlejší vlivy farmakoterapie, jiný zdravotní problém (diabetes mellitus, thyreopatie, onemocnění centrální nervové soustavy apod.), osobnostní faktory, jiné sexuální dysfunkce, nedostatek nebo absenci sexuálních stimulů.

B. Porucha ženského orgasmu (Female Orgasmic Disorder – FOD) je stav, při němž během sexuální aktivity dochází vždy nebo skoro vždy (v 75-100% případů) k:

1. k podstatnému prodloužení, snížení frekvence nebo úplné absenci orgasmu;
2. podstatné redukci intenzity orgastického prožitku.

Symptomy (1, 2) trvají po dobu nejméně 6 měsíců. U ženy s diagnózou FOD jsou symptomy doprovázeny významnou nepohodou. Prevalence FOD se pohybuje v širokém rozpětí od 10 do 42% v závislosti na různých faktorech (věk, kultura, doba trvání a vážnost symptomů).

C. Bolesti v oblasti genitálu a pánve/poruchy penetrace (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder) jsou novou

Tab. 4 Komparativní tabulka FSD podle současných klasifikačních systémů.

Symptomy FSD podle současných klasifikačních systémů			
Symptomy	MKN – 10, 1992	ICSM, 2010	DSM – 5™, 2013
Poruchy touhy	Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy F 52.0	Poruchy sexuální touhy	Poruchy ženského sexuálního zájmu a vzrušení F 52.22 (302.72)
Sexuální averze	Odpor k sexualitě, sexuální anhedonie F 52.10	Sexuální averze	Zařazeno mezi nesexuální úzkostné poruchy
Poruchy vzrušení	Nedostatečné prožívání sexuální slasti F 52.11 Selhání genitální odpovědi (chybění lubrikace) F 52.2	Subjektivní porucha sexuálního vzrušení Genitální porucha sexuálního vzrušení Kombinovaná genitální a subjektivní porucha sexuálního vzrušení Stálá porucha sexuálního vzrušení	Poruchy ženského sexuálního zájmu a vzrušení F 52.22 (302.72)
Poruchy orgasmu	Dysfunkční orgasmus F 52.3	Dysfunkční orgasmus	Poruchy ženského orgasmu F 52.31 (302.73)
Dyspareunie	Dyspareunie (neorganická, funkční) F 94.2 Dyspareunie (organická, sekundární) F 94.1	Dyspareunie Ostatní bolesti spojené se sexuální aktivitou	Bolesti v oblasti genitálu a pánve/poruchy penetrace F 52.6 (302.76)
Vaginismus	Vaginismus (neorganický, funkční) F 52.5 Vaginismus (organický, sekundární) F 94.2	Vaginismus	Bolesti v oblasti genitálu a pánve/poruchy penetrace F 52.6 (302.76)
Hypersexualita	Nadměrné sexuální nutkání F 52.7	Stálá porucha sexuálního vzrušení	Neklasifikováno
Ostatní sexuální problémy	Jiné sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí F 52.8 Neurčitá sexuální porucha, která není způsobená organickou poruchou nebo nemocí F 52.9	Ostatní bolesti spojené se sexuální aktivitou	Sexuální dysfunkce vyvolané abúzem nebo léky

nosologickou jednotkou, ktorá v sobě slučuje dvě dříve samostatně uváděné dysfunkce, dyspareunii a vaginismus. Pro stanovení této diagnózy je nutné, aby se u ženy stále nebo opakovaně objevovaly problémy (jeden nebo více) při těchto aktivitách:

1. bolestivá vaginální penetrace;
2. vulvovaginální nebo pánevní bolest během soulože nebo při pokusu o vaginální penetraci;
3. strach nebo úzkost z vulvovaginální nebo pánevní bolesti při očekávání soulože, během ní nebo jako její následek;
4. zvýšená spasticita svalů pánevního dna při pokusu o vaginální penetraci.

Ke stanovení diagnózy všech popsaných dysfunkcí by měly potíže trvat alespoň šest měsíců, vyskytovat se ve většině případů a působit osobní problémy. Neměly by být důsledkem partnerských konfliktů, choroby, farmakoterapie, abúzu nebo vztahových problémů. Prevalence tohoto syndromu je neznámá, odhaduje se, že zhruba 15% žen v severní Americe zaznamenává opakované bolesti při sexuálním styku⁴.

Charakteristiku a definice FSD podle zbývajících dvou systémů (MKN -10, ICSM) uvádím podrobně v jiném článku⁵. Na tomto místě pouze shrnuji nepřehlednou situaci v třídění FSD. Tabulka 4 by měla poskytnout základní představu o současné situaci a umožnit alespoň elementární srovnání v hodnocení symptomů sexuálních dysfunkcí stávajícími klasifikacemi.

Diskuze

Přesné taxonomické uspořádání sexuálních dysfunkcí je vzhledem k jejich psychosomatickému ukotvení velmi obtížné. Přijetí DSM -5 s sebou přineslo nesoulad v definování sexuálních poruch ve srovnání s ostatními klasifikačními systémy a vyvolalo kritické reakce mezi odbornou veřejností⁶⁻¹¹. Nejvíce problematické se zdají být tyto změny a kontraverze:

1. Vyřazení sexuální averze z klasifikace FSD a její přeřazení do nesexuálních úzkostných poruch. Údajně pro nedostatek validních důkazů pro tuto etiologii⁴.
2. Sloučení vaginismu a dyspareunie do jedné etiopatogenetické jednotky. Jannini namítá, že dyspareunie je obvykle organické etiologie a je relativně dobře léčitelná, zatímco vaginismus má většinou psychogenní základ, často nereaguje dobře na léčbu a má odlišný dopad na postižené osoby a jejich partnery⁶. Binik mu oponuje, že pro tyto závěry neexistuje dostatek vědeckých podkladů^{12,13}.
3. Redefinování kritérií k posuzování dysfunkčního orgasmu, hlavně s ohledem na dobu trvání (šest měsíců) a frekvenci výskytu (nejméně v 75% případech)⁴.
4. Spojení HSDD (Hypoactive Sexual Desire Disorder) a FSAD (Female Sexual Arousal Disorder) ve společnou kategorii SIAD (Female Sexual Interest/Arousal Disorder). Kritici DSM-5 namítají, že existence SIAD není vědecky verifikována,

na rozdíl od HSDD, validními studii. Susan Davis poukazuje, že HSDD a FSAD jsou různé diagnózy, které se nemají kombinovat⁶. Bassonová i Brutto v kolektivním článku o připomínkách k nové klasifikaci argumentují, že ženy s adekvátním vzrušením a absencí sexuální touhy, splňují diagnózu HSDD, ale nikoliv SIAD⁶. Potvrzují to i další studie, v nichž se ženy, byť s minimální touhou před koitem, ale dostatečně vzrušené, cítí spokojené^{14,15,16,17}. Sexuální touha a vzrušení jsou samostatné entity a jedna může předcházet druhé nebo se vyskytovat paralelně^{18,19,20}. Bassonová podotýká, že ženy, které mají bezproblémový sex s adekvátním vzrušením, ale zřídka pocítují sexuální touhu, splňují diagnózu HSDD dle DSM-IV, ale neexistují u nich podmínky pro naplnění diagnózy SIAD dle DSM-5. Automatické zařazení pod zastřešující diagnózu SIAD je může stresovat. S jejím názorem se ztotožňuje i Brotto¹⁹. Četné studie uvádějí, že ženy jsou spokojené se svým sexuálním životem i přesto, že před stykem nebo v jeho průběhu pocítují minimální touhu²¹⁻²⁴. Sexuální touha a vzrušení jsou samostatné entity a jedna může předcházet druhou nebo se vyskytovat paralelně²⁵⁻²⁶. Derogatis naopak toto sloučení vítá a zmiňuje studie, jež prokazují překrývání sexuální touhy a vzrušení potvrzují^{6,27}.

5. Kritice DSM-5 namítají, že nerespektuje bio-psycho-sociální pojetí etiologie sexuálních dysfunkcí a akcentuje jejich psychické příčiny FSD na úkor somatické stránky^{11,14}.
6. Oponenti nové klasifikace argumentují, že není postavená na principech evidence-based medicine, má malou oporu ve vědecké literatuře a vychází především z empirických zkušeností¹⁴.
7. Do klasifikace DSM -5 nebyly zahrnuty problémy se zvýšenou sexualitou respektive závislostí na sexu, neboť se pro ně nenašel dostatek vědeckých důkazů.
8. V souvislosti s novou klasifikací se diskutují také komerční aspekty ve vztahu k farmaceutickým firmám a zdravotním pojišťovnám kvůli široce zastřešujícím kritériím pro diagnostiku FSD, pod které se dá zahrnout celé spektrum problémů⁴. Binik se proti tomu ohrazuje argumentem, že diagnostické návrhy v DSM -5 nejsou spojeny s léčebným doporučením⁹.

Všeobecná jednota v táboře oponentů a zastánců klasifikace DSM -5 panuje pouze v názoru, že pro vytvoření vyhovujícího systému třídění FSD budou nutné další výzkumy, mnoho další klinické práce a vytvoření širšího konsenzu při přijetí nové kategorizace.

Závěr

Pátá revize diagnostického a statistického manuálu vymezuje sexuální poruchy především jako syndromy a omezuje diagnostiku monosymptomatických problémů. Nový systém definuje nedostatečně vědecky verifikované etiopatologické entity (např. SIAD).

DSM -5 je nekompatibilní s předchozími i doposud používanými, kategorizacemi FSD. Nová klasifikace se hodí především k multifenomenologickému označení sdružených sexuálních dysfunkcí. Praktickým východiskem ze současné situace by mohlo být použití klasifikací MKN-10 a ICSM v případech, kdy se jedná o jasně vymezený symptom, například poruchu vzrušení a kategorizaci DSM-5 aplikovat v situacích simultánně sdružených sexuálních dysfunkcí. Taková symbióza by mohla být racionálním východiskem ze současné nepřehledné situace při třídění ženských sexuálních problémů.

Literatura:

- [1] World Health Organisation: ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. World Health Organisation: Geneva, 1992.
- [2] Basson, R, Althof, S, Davis, S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2004; 1: 24-34.
- [3] Basson, R, Wierman ME, van Lankveld, J, Brotto, L. Summary of the recommendations. *J Sex Med.* 2010; 7: 314-26.
- [4] American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Press, 2013.
- [5] Pastor, Z. Jak správně klasifikovat ženské sexuální dysfunkce? *Prakt Gyn* 2015; 19(1): 60-65.
- [6] Derogatis, LR, Laan, E, Brauer, M, et al. Responses to the proposed DSM-V changes. *J Sex Med.* 2010; 7: 1998-2014.
- [7] Giraldi, A, Rellini, AH, Pfau, J, Laan, E. Female sexual arousal disorders. *J Sex Med.* 2013;10: 58-73.
- [8] Hendrickx, L, Gijs, L, Enzlin, P. Distress, sexual dysfunctions, and DSM: Dialogue at cross purposes? *J Sex Med.* 2013;10: 630-641.
- [9] Binik, YM, Brotto, LA, Graham, CA, Segraves, RT. Response of the DSM-V Sexual Dysfunctions Subworkgroup to Commentaries Published in *JSM.* *J Sex Med.* 2010; 7: 2382-2387.
- [10] Graham, CA. Reconceptualising women's sexual desire and arousal in DSM-5. *Psychology & Sexuality*, 2015, 1.
- [11] Sungur, M, Gunduz, A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *J Sex Med.* 2014;11: 364-373.
- [12] Binik, YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav.* 2010; 39: 278-91.
- [13] Binik, YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2010; 39: 292-303.
- [14] Both, S, Everaerd, W, Laan, E. Desire emerges from excitement: A psychophysiological perspective on sexual motivation. In: Janssen E, ed. *The psychophysiology of sex.* Bloomington, IN: Indiana University Press, 2007:327-39.
- [15] Everaerd, W, Laan, E, Both, S, Van der Velde, J. Female sexuality. In: Szuchman LT, Muscarella F, eds. *Psychological perspectives of human sexuality.* New York: John Wiley & Sons Inc., 2000:101-46.
- [16] Laan, E, Everaerd, W, Both, S. Female sexual arousal disorders. In: Balon R, Segraves RT, eds. *Handbook of sexual dysfunctions.* New York: Marcel Dekker Inc, 2005:123-54.
- [17] Laan, E, Everaerd, W, van der Velde, J, Geer, JH. Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: Feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology.* 1995; 32: 444-51.
- [18] Laan, E, van Driel, EM, van Lunsen, RH. Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med.* 2008;5:1424-35.
- [19] Brotto, LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav.* 2010; 39: 221-239.
- [20] Graham, CA. The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav.* 2010; 39: 240-255.
- [21] Cain, VS, Johannes, CB, Avis, NE, et al. Sexual function in gynecologic practice: A multi-ethnic study of midlife women: Baseline results from SWAN. *J Sex Res.* 2003; 40: 266-76.
- [22] Avis, NE, Zha, X, Johannes, CB, et al. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2005;12: 385- 98.
- [23] Beck, JG, Bozman, AW, Qualtrough, T. The experience of sexual desire: Psychological correlates in a college sample. *J Sex Res.* 1991;28: 443-56.
- [24] O'Sullivan, LF, Allgeier, ER. Feigning sexual desire: Consenting to unwanted sexual activity in heterosexual dating relationships. *J Sex Res.* 1998;35: 234-43.
- [25] Brotto, LA, Heiman, JR, Tolman, DL. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *J Sex Res.* 2009; 46: 387-98.
- [26] Graham, CA, Sanders, SA, Milhausen, RR, McBride, KR. Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav.* 2004; 33: 527-38.
- [27] De Rogatis, LR, Allgood, A, Rosen, RC, et al. Development and evaluation of the Women's Sexual Interest Diagnostic Interview (WSID): A structured interview to diagnose hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in standardized patients. *J Sex Med.* 2008; 5: 2827-41.

Kontakt:

MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.
pastor.zlatko@volny.cz

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK
a FNM, Praha
www.fnmotol.cz

Terapeutické kastrace*

Jaroslav Zvěřina¹, Petr Weiss¹, Martin Holly²

¹Sexuologický ústav VFN a 1.LF UK Praha

²Psychiatrická nemocnice, Praha 8

Souhrn

Stručná informace o výsledcích terapeutické kastrace u 50 parafilních sexuálních delikventů. Tento výkon výrazně snižuje specifickou recidivu. Jen 2 (4%) respondenti spáchali po operaci další sexuální delikt. Nesexuální delikvence nebyla významně ovlivněna. Somatické a psychologické negativní důsledky kastrace nebyly časté. Výkon významně snížil sexuální aktivitu respondentů. Naprostá většina vyšetřených považuje výkon za pozitivní. Jen malá část, asi desetina souboru, pochybuje o dobrovolnosti svého souhlasu s operací.

Klíčové slova: sexuální delikventi, parafílie, terapeutická kastrace.

Úvod

Od počátku dvacátého století se terapeutická kastrace k útlumu sexuální aktivity nebezpečných sexuálních delikventů prakticovala ve Švýcarsku, Holandsku, Německu, Skandinávii včetně Dánska a Islandu. V současné době jsou v České republice terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů upraveny v Zákoně o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. Provedení terapeutické kastrace na výslovnou žádost pacienta projednává a schvaluje centrální komise, zřízená Ministerstvem zdravotnictví ČR. Sexuologové a psychiatři v České republice považují terapeutickou kastraci u sexuálních delikventů za výkon, který je v dané indikaci součástí dostupných terapeutických metod. Není sporu o tom, že jde o výkon výjimečný, vyžadující zvláštní režim.

Summary

Overview of results of therapeutic castration by 50 paraphile sexual offenders. This surgical procedure substantially reduced specific recidivism. 2 (4%) respondents only committed other sexual delict after the castration. There are not substantially reduction in nonsexual delinquency. Somatic and psychological negative changes after castration were not frequent. This surgical procedure substantially reduced sexual activity of respondents. Majority of respondents judged the surgery as positive. A small part of respondents have some hesitation about voluntariness their consent to the surgery.

Keywords: sexual delinquents, paraphiles, therapeutic castration.

Kastraci lze provést jen na žádost pacienta a po jeho zevrubném poučení o všech důsledcích a souvislostech takové ireverzibilní terapie.

V zásadě se pochybnosti o etických aspektech tohoto zákroku vztahují ke dvěma otázkám: a) zda je kastrace léčbou anebo spíše trestem a b) zda se pro ni pacient rozhoduje opravdu dobrovolně. V posledních letech k těmto otázkám navíc přistupuje i právní problém plynoucí z Evropské úmluvy o lidských právech, který deklaruje právo každého na svobodné zakládání rodiny jako základní lidské právo, a které chirurgická kastrace (nebo i „kastrace chemická“, tedy antiandrogenní léčba) podstatným způsobem dle některých autorů omezuje (Harrison a Rainey, 2009).

Heim a Hurschová (1979) tvrdí, že kastrace je trest společnosti provedený chirurgickými prostředky. Dle

* Studie o výsledcích terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů, o které toto sdělení referuje, byla iniciována a hrazena Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2014 a provedena Sexuologickou společností České lékařské společnosti JEP. Celá studie je dostupná na webu Ministerstva zdravotnictví ČR.

Moneyho (1978) je jejím účelem připravit devianty o jednu ze základních lidských potřeb – potřeby tělesné a pohlavní blízkosti a vůbec lidského tepla. Sigusch (1980) považuje kastraci pouze za znetvořující zákrok, jehož tělesné, psychické a sociální účinky nebyly dostatečně prozkoumány. Tvrdí, že je to trest za činy, které budou zítra posuzovány jen jako nepřistojnost.

Věznění nebo v psychiatrické léčebně internování pachatelé závažných sexuálních deliktů si podle Heima a Hurschové (1979) mohou vybrat mezi dvěma zly: ztratit svoji „mužnost“ nebo svobodu na dlouhá léta, popřípadě navždy. Wille a Boulanger (1984) s jejich názorem – ač jinak nejsou proti kastraci nejsou – v zásadě souhlasí. Uvádějí, že ač jejich kastrovaní pacienti zákroku nelitovali, přesto se jasně kriticky vyjádřili k tzv. svobodě, resp. k terapeutické fikci svobody v zákoně o kastraci.

Je zřejmé, že pro kastraci či jakoukoliv jinou operaci se málokdo rozhoduje zcela svobodně – i při rakovině varlat si pacient vybírá mezi dvěma zly. Sexuální delikvent pak stojí před rozhodnutím, zda přijde o varlata nebo o svobodu. Rozdíl je jen v tom, že v prvním případě jsou determinující faktory biologické a v tom druhém společenské. Kritici kastrace však často neberou v úvahu nejen zájmy potenciálních obětí, ale také moment důležitý pro samotné pacienty. Abnormální sexuální touhy mohou být zdrojem frustrace a utrpení a operace pak může znamenat možnost osobní svobody pro člověka, který by jinak trávil život stále ve vězení či v psychiatrických léčebnách. Podle Willeho a Beiera (1989) pokud budeme brát vážně pacientovo právo na svobodu a současně i normy sociální etiky, pak bude vždy nutné nést odpovědnost i za pouze částečně uspokojivé řešení – kastraci, pokud nakonec slouží i dobru pacienta a jeho biopsychosociálních vztahů. Wille a Boulanger (1984) pokládají negativní etické postoje ke kastraci, jež považují tento zákrok za prostředek pomsty společnosti, za stejně oprávněné jako mínění, že oběť mužství na oltář bezpečnosti pro ženy a děti je nutná. Kastraci považují za terapeutický zákrok, je-li užitá až jako poslední východisko ze situace nepřijatelného dilematu mezi zájmy obecné bezpečnosti a právem na svobodu.

Každý terapeut zabývající se léčbou sexuálních deviantů se musí pokusit vnitřně sladit obojí – jak **zájem společnosti**, tak i nejlepší **zájem pacienta**. Musí si přitom odpovědět na otázku, zda je schopen sám přistupovat ke svým pacientům bez předsudků, nakolik má vyřešené vlastní sexuální problémy, zda je schopen eventuálně svým klientům sloužit jako modelový vzor pro vytváření zralých partnerských vztahů. Měl by být plně schopen snést eventuální frustraci během často velmi komplikovaně probíhající léčby. Musí být schopen vyrovnat se s pocitem částečné odpovědnosti, ale i na možné soudní komplikace následující po některých zvláště závažných trestných činech při recidivách některých nebezpečných pacientů. Terapeutická gratifikace je přitom při léčbě těchto – většinou

nemotivovaných – pacientů minimální. Terapeut nemůže počítat ani s přílišnou podporou okolí, které obecně preferuje spíše trestání sexuálních delikventů a jejich léčbu považuje často za zbytečný luxus. Měl by být proto navíc schopen a ochoten permanentně vysvětlovat smysl léčby a její užitečnost nejenom svým klientům, ale i svým kolegům z jiných oborů a nejšířší veřejnosti v rámci sexuální výchovy a mediální prezentace. Měl by navíc počítat s možností, že selhání jediného bývalého pacienta pak může i na léta zmařit už vykonanou osvětovou práci.

Kritika používání této terapeutické metody v ČR se pak mimořádně vyhrtila v posledních letech, a to především ze strany Rady Evropy, konkrétně Evropským výborem pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále jen „CPT“), který byl zřízen na základě Evropské úmluvy o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále jen „Úmluva“). Česká republika je smluvní stranou této Úmluvy, která byla publikována ve Sbírce zákonů jako sdělení ministerstva zahraničních věcí č. 9/1996 Sb. a pro Českou republiku vstoupila v platnost dnem 1. ledna 1996.

Podle oficiálního vyjádření CPT opakovaně zastává názor, že chirurgická kastrace pachatelů sexuálních trestných činů, kteří jsou omezeni na své svobodě – tedy ve výkonu ústavního ochranného léčení, se rovná ponižujícímu zacházení. Tento názor CPT zastává z hlediska pochybnosti o míře svobodného a informovaného souhlasu se zákrokem.

CPT vyzval české státní orgány, aby zakázaly používání chirurgické kastrace a zabývaly se nalezením alternativního způsobu léčby té skupiny sexuálních delikventů, pro které byla dosud kastrace volbou. CPT dále české státní orgány vyzval, aby v období do provedení výše navržené legislativní změny zavedly moratorium na používání chirurgické kastrace v rámci léčby pachatelů sexuálních trestných činů.

Na základě Zprávy pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou CPT vykonal ve dnech 21. října až 23. října 2009, bylo usnesením vlády č. 482 ze dne 21. června 2010 uloženo ministrově zdravotnictví a zmocněnci vlády pro lidská práva zpracovat a do 31.12.2010 předložit vládě komplexní materiál týkající se problematiky chirurgických kastrací u pachatelů sexuálních trestných činů, ze kterého citujeme v dalším textu uvedením v doslovném znění:

Podle zprávy Ministerstva zdravotnictví ČR „Problematika chirurgických kastrací u pachatelů sexuálních trestných činů“ č.j.: 64560/2010 z roku 2011 kromě ČR i legislativa Německa, Švédska, Švýcarska, Lotyšska, Slovenska, Dánska, Norska a Velké Británie umožňuje provedení chirurgické kastrace v rámci léčebného programu u sexuálních deviantů. Provádění tohoto zdravotního zákroku je však minimální.

Z mimoevropských zemí jsou to pak dle této zprávy především některé státy USA - Kalifornie, Florida, Iowa a Louisiana. Kalifornie přijala v roce 1996 zákon, který nařizuje podstoupení chemické či chirurgické kastrace recidivistům sexuálně motivovaných trestných činů, kteří tento čin spáchali na dětech. Tímto se Kalifornie stala první se zemí USA, která tento striktní požadavek zavedla přímo do zákona. Během dalších let se přidaly i ostatní země USA, které za obdobných, zákonem stanovených podmínek zavedly použití chemické kastrace jako součásti trestu. Některé státy umožňují dokonce možnost volby pro kastraci chirurgickou. Např. Texas umožňuje pouze kastraci chirurgickou jako jedinou možnost léčby, ta však musí být vždy a pouze dobrovolná. Obecně však můžeme shrnout, že chirurgickou kastraci, jež se provádí v České republice, není možno srovnávat se způsobem provádění v zemích USA, neboť ty ji ve svých zákonech pojaly jako součást trestu (ať již chemickou či chirurgickou). V České republice se takto ani chemická ani chirurgická kastrace nevynucuje a není tedy považována za součást trestu, nýbrž naopak, za možnost léčby.

Výbor OSN proti mučení (dále jen „Výbor CAT“) se ve zprávě k úvodní zprávě USA z roku 1995 vyjadřuje, že kastrace jako způsob předcházení sexuálnímu trestným činům je v USA podrobena široké diskuzi. Co se týče protiprávnosti kastrace, tu označuje pouze v souvislosti s nucenou kastrací a nikoliv s kastrací dobrovolnou. Výbor CAT se o chirurgické kastraci ve svých zprávách a závěrečných doporučeních ve vztahu k USA již více nevyjadřuje. I z toho lze nabýt dojmu, že v případech dobrovolné kastrace vykonané se souhlasem osoby, která se zákroku podrobuje, nepovažuje Výbor CAT tento zákrok za porušující základní lidská práva.

V této souvislosti se také často zmiňuje rozhodnutí Nejvyššího soudu Jižní Kalifornie „State v. Brown“. V tomto případě soud nižšího stupně uložil pachateli sexuálního trestného činu trest odnětí svobody ve výši třiceti let s alternativním trestem, který spočíval v tom, že pokud se Brown podrobí dobrovolně chirurgické kastraci, bude podmíněně propuštěn na svobodu se zkušební dobou ve výši pěti let. Ačkoliv Brown sám chtěl tento alternativní trest vykonat, musel vyčkat na stanovisko Nejvyššího soudu, které si nižší soud k takto uloženému trestu nechal vyžádat. Nejvyšší soud však toto rozhodnutí zrušil z důvodu, že takto uložený podmíněný trest je protizákonný a vágní, neboť obsahuje podmínku, která se rovná mrzačení, a je tedy jako trest neústavní, neboť porušuje veřejný zájem a zákaz krutého, tělesného a neobvyklého trestu podle čl. 1 odst. 15 Ústavy Jižní Karolíny a stejně tak osmý ústavní dodatek Ústavy Spojených států amerických, který zakazuje ukládání krutých a neobvyklých trestů.

Z rozhodnutí State v. Brown však nemůžeme vyvodit jednoznačné stanovisko, že jakákoliv provedená chirurgická kastrace, je zákrokem mrzačícím, krutým a nehumánním. Soud ji totiž zde posuzoval pouze z hlediska podmínky pro uložení mírnějšího trestu jako tzv. *conditio sine qua non*. Takto pojatá podmínka

je bezesporu neetická, neboť nedává možnost volby pachateli trestného činu a přikazuje mu přímo v uloženém trestu, čemu se musí podrobit. Zde je nutno zdůraznit, že v České republice se takto formulované podmínky ve výroku o trestu neuplatňují a je zcela na vůli pachatele sexuálního trestného činu, zda projeví svou vůli léčit se a léčbu podstoupí či nikoliv. Pokud léčbu odmítne, bude tak i tak povinen vykonat ochranné léčení, které je uloženo samo o sobě soudem a je prosto jakýchkoliv podmínek, jež by nutily pachatele k léčbě. To se vztahuje nikoliv pouze na kastraci chirurgickou, ale také na kastraci chemickou. V současné době lékař ani soud nemůže uložit ani jednu z těchto variant, bude-li se pachatel stavět proti ní.

Vzhledem k faktu, že v minulosti začalo stále více států USA jako součást trestu ukládat i provedení „kastrace chemické“ (správně hormonální tlumení), musely soudy vyřešit spornou povahu tohoto trestu ve vztahu k osmému ústavnímu dodatku Ústavy Spojených států amerických zakazujícímu kruté a neobvyklé tresty. Při posuzování, zda ukládaný trest porušuje osmý ústavní dodatek, musí soudy zkoumat hned několik otázek. Zaprvé, zda je takový trest sám o osobě krutý nebo nadměrný; zda je přiměřený vůči trestnému činu, který pachatel spáchal; a zda by mohl stát dosáhnout účelu trestu prostřednictvím jiné, méně narušující metody.

Takovouto úpravu stanoví povinnost pachatele podrobit se na základě rozhodnutí soudu chemické kastraci přijalo v minulém roce například i Polsko. Změnou trestního zákona uložilo, aby soud uložil každému, kdo spáchá sexuální trestný čin znásilněním dítěte pod patnáct let či osobu blízkou, povinnost podrobit se léčbě léky („chemická kastrace“), a to od doby šesti měsíců před propuštěním z vězení na svobodu a dále po jeho propuštění. Tento zákon byl taktéž předmětem kritiky ze strany mezinárodních lidskoprávních mechanismů, nicméně se zdá, že inspiroval i další země v úvahách, jaká opatření proti pachatelům sexuálních trestných činů zavést a jaká jsou skutečně účinná.

V níže uvedené tabulce (tab. 1) je přehled počtu provedených chirurgických kastrací/testikulárních pulpektomií v jednotlivých psychiatrických léčebnách ČR k 31.7.2011. Po tomto datu se vyřizovaly ročně jen ojedinělé žádosti, v posledních dvou letech snad žádné.

Důsledkem kastrace dospělého muže je odstranění nejvýznamnějšího zdroje androgenů s následným poklesem hladiny testosteronu v krvi a redukcí sexuální apetence. Zachována přitom zůstává extratestikulární, zvláště nadledvinková produkce testosteronu, která představuje jen zlomek produkce před kastrací. Muž kastrací pozbývá plodnosti. Kastrovaný muž však není zcela desexualizován, o čemž svědčí též pozitivní falopletyzmografické reakce na prezentaci optických erotických podnětů (Zvěřina a spol., 1991). Ti odborníci, kteří v zásadě terapeutickou kastraci

Tab. 1 Přehled počtu provedených chirurgických kastrací/testikulárních pulpektomií v jednotlivých psychiatrických léčebnách ČR k 31. 7. 2011.

	PL BOHNIČE	PL KOSMONOSY	PL DOBRÁNY	PL HORNÍ BĚŘKOVICE	PL BRNO	PL HAVL. BROD	PL OPAVA	CELKEM
2000	1	2	0	1	0	3	0	7
2001	4	2	2	1	2	7	0	18
2002	0	0	0	3	4	0	0	7
2003	0	0	2	3	0	5	0	10
2004	2	1	0	0	2	5	0	10
2005	0	3	0	1	0	6	0	10
2006	1	0	0	1	0	4	4	10
2007	0	1	0	0	0	1	1	3
2008	1	0	0	0	0	1	0	2
2009	0	1	0	1	0	1	0	3
2010	1	1	0	0	0	1	0	3
2011		0	0			0	0	
CELKEM	10	11	4	11	8	34	5	

u sexuálních delikventů neodmítají, jsou opatrní v její indikaci. Již Raboch s Nedomou (1970) považovali kastraci za indikovanou pouze u těch delikventů, u nichž byla deviace skutečnou příčinou sexuálního deliktu. Právě přetrvávající společenská nebezpečnost a současná recidivita pacientů opakovaně neúspěšně léčených jinými prostředky přitom bývají nejčastějšími argumenty pro indikaci kastrace (Brichcín a spol., 1997, Weiss, 2002).

Na podnět Ministerstva zdravotnictví ČR provedla Sexuologická společnost ČLS studii, která měla zhodnotit výsledky terapeutické kastrace u většího souboru kastrovaných parafilních sexuálních delikventů. Ve spolupráci s řadou sexuologů a sexuologických pracovišť se podařilo získat informace o 50 takových pacientech. U 43 respondentů byly získány anonymně zpracované a anonymně zaslané údaje o jejich osobních zkušenostech s tímto léčebným výkonem. Některé výsledky studie předkládáme v tomto sdělení.

I/ Data, získaná z dotazníku pro lékaře:

Charakteristiky souboru 50 mužů po terapeutické kastraci byly následující:

Věk aktuálně: 24 – 72 roků ($x=42,88$ $s=10,47$)

Věk při kastraci: 18 – 61 roků ($x=31,52$ $s=10,61$)

Doba od terapeutické kastrace: 2 - 24 roků ($x=11,44$ $s=5,83$)

Stálý partnerský vztah mělo před kastrací 15 respondentů (30%), aktuálně 17(34%).

<u>Sexuální orientace:</u>	Heterosexuální	36
	Homosexuální	11
	Bisexuální	2
	Neuvedeno	1

Počet sexuálních trestných činů před kastrací:

Žádný trestný čin	5
Jeden	20
Dva	14
Tři	5
Více:	6 (5 – 9)

<u>Povaha deliktů:</u>	Pohlavní zneužívání dětí	23
	Znásilnění a pokus o znásilnění	23
	Sexuálně motivovaná vražda:	4

Nesexuální trestné činy před kastrací spáchalo 15 respondentů (27%)

Diagnostické závěry lékařů:

Pedofilie HS 6 (z toho pedofilní HS sadismus 2)	
Pedofilie HT 12 (z toho pedofilní HT sadismus 2)	
Sadismus, sadomasochismus	17
Patol.sex. agresivita	15
Vedlejší sexuologické dg.: 1 x Transvestitismus, 1x Voyerismus, 1x Pyrofilie	

Psychiatrické komorbidity:

Mentální retardace: 17 (34%) většinou lehkého stupně, pouze ve dvou případech na rozhraní lehké a střední retardace. Porucha osobnosti: 40 (80%). Abúzus alkoholu a/nebo drog: 15 (30%)

V ústavní ochranné léčbě je v době vyšetření 6 respondentů, z toho 1 v detenčním zařízení pro nesexuální násilný delikt. V ambulantní ochranné léčbě je 24 respondentů, zbytek byl z ochranného léčení již propuštěn. Desetina, tedy 5 respondentů, není v pravidelné lékařské dispenzarizaci, 30 dochází k dispenzárním kontrolám pravidelně, 15 zcela nepravidelně.

Specifická recidivita: sexuální delikt po kastraci spáchali 2 respondenti (4% souboru) V obou případech se jednalo o pohlavní zneužívání dětí.

Nesexuální delikt po kastraci je uveden u 10 respondentů (20%). Jednalo se u 8 mužů o delikty majetkové povahy, u dvou pak o delikty agresivní (ubližení na zdraví, jednou s následkem smrti oběti). Agresivní delikty neměly sexuální motivaci. Nepodmíněné tresty po kastraci jsou hlášeny u 15 respondentů, jeden z nich je umístěn v ochranné detenci.

Psychické problémy po terapeutické kastraci: Bez psychických potíží byla polovina respondentů. Jako zlepšený hodnotili lékaři psychických stav 30 pacientů, u 17 nebyla žádná výrazná změna, jen ve 3 případech je uvedeno zhoršení duševního stavu. Nejčastěji uváděnými problémy byla deprese, předrážděnost a pocity izolace. Polovina souboru byla hodnocena bez aktuální psychopatologie. Abúzus alkoholu před kastrací byl uveden u 15 (30%), po kastraci u 7, z toho 3 jsou aktuálně protialkoholně léčení. Abúzus jiných drog před kastrací zjištěn u 7 respondentů, po kastraci u jednoho (pervitin).

Somatické změny: obezita u 18, úbytek tělesného ochlupení u 19, gynekomastie u 8 respondentů. Výsledky denzimetrie kostní tkáně jsou k dispozici u 35 vyšetřených, prakticky u všech se konstatuje osteopenie, u 10 z nich (30%) doporučena medikamentózní terapie tohoto stavu.

Sexualita po kastraci:

Výrazné snížení apetence	25
Ztráta apetence, úplný nezáměr	12
Ztráta orgasmu	8
Beze změny	5

II. Údaje z pacienty anonymně zaslaných dotazníků:

Charakteristiky souboru:

Věk aktuálně: 24 – 72 r., 1x neuveden ($x = 45,63$
 $s = 9,87$)

Věk při kastraci: uvedlo 37 respondentů, 6x neuveden

18 – 61 r. $x = 33,68$ $s = 11,58$

Doba od kastrace: 2 – 24 r. $x = 11,74$ $s = 5,57$ uvedlo 39, 4x neuvedeno

Sexuální delikt po kastraci: 2 respondenti (1x a 8x neagresivní pohlavní zneužití dětí)

Nesexuální delikt po kastraci: 9 ano; 5 neodpovědělo

Sexuální orientace: svou sexuální orientaci hodnotilo 32 respondentů jako heterosexuální, jen dva jako homosexuální, jeden „bisexuální“, 8 neví, nebo si nejsou jistí.

Ambulantní sexuologická péče: pouze 16 respondentů uvádí, že ambulanci navštěvuje pravidelně, další 2 nepravidelně.

Psychické problémy po kastraci: téměř polovina ze 43 respondentů ($N=20$) uvedla, že nemají žádné psychické potíže. Nejčastěji byly uváděny tyto potíže: pocity izolace, pocity méněcennosti, deprese a vztahovčnost. Užívání nelegálních drog před kastrací připouští 4, po kastraci pak 3 respondenti.

Sexuální život po terapeutické kastraci: úplnou ztrátu sexuální potřeby uvedlo v těchto dotaznicích 16 respondentů (36%) a snížení sexuální potřeby 26 (60%). Více než třetina z nich si stěžuje na potíže s erekcí, 12 (28%) má problémy s dosažením orgasmu, 15 respondentů (34%) občas onanuje.

Svoje rozhodnutí k terapeutické kastraci hodnotí jako dobrovolné většina respondentů ($N= 38 - 88\%$), zbytek jako nedobrovolné 5 (12%). Bližší popis nedobrovolnosti: „nebyla jiná cesta pro mne“, „nedostal bych se na svobodu“, „nařízeno soudem“, „nepamatuji se“.

Na otázku, zda by podstoupil kastraci znovu, odpovídá 26 respondentů (60%) kladně a 13 respondentů (30%) záporně. Zbytek si není jist. 37 respondentů (86%) soudí, že byli dostatečně poučeni o následcích operace, 5 (12%) soudí, že nikoliv. Nejčastějšími výhradami v tomto směru byly tyto: nevěděl, že může uložit ejakulát do spermabanky, neznal zdravotní důsledky (obezita, prsa, únava, sexuální život).

Hlavní klady terapeutické kastrace očima respondentů: vyrovnání se s alkoholem, partnerský i pracovní život. Výhra nad sexuální úchylkou, „že už to nikdy neudělám“, „jsem naprosto bez problémů“, „klid od žen“, vyléčení z pedofilie“, „zvládnání agresivity“, „zklidnění, vyrovnání“.

Hlavní negativa: „nemohu mít děti“, „nikdy nebudu mít plnohodnotný sex“, „nebaví mně sex“, „tloušťka“, „zhubl jsem“, „měl jsem uložit sperma do spermabanky“.

Se svým tělesným stavem je po kastraci spokojeno 81% respondentů ($N= 35$), a se svým psychickým stavem pak 88% respondentů ($N=38$).

Uvedená data jsou nesporně zajímavým dokladem obecně známých faktů o výsledcích terapeutické kastrace u parafilních mužů. Je zřejmé, že tento výkon výrazně snižuje specifickou recidivitu kastrovaných pacientů. Z našich padesáti respondentů spáchali po kastraci sexuální delikt pouze dva, což znamená recidivitu 4%. V obou případech se jednalo o pedofilní delikty neagresivní povahy. V tomto směru se náš soubor nikterak neliší od dostupných literárních údajů. Není sporu o tom, že terapeutická kastrace není schopna změnit erotickou preferenci subjektu. V tomto směru jsou zejména pedofilní delikventi, kterých je v našem základním padesátičlenném souboru více než třetina ($N=18, 36\%$) více disponováni k recidivě. Zaslouhují proto po terapeutické kastraci specifickou pozornost.

Ve shodě s dostupnými literárními údaji můžeme konstatovat, že terapeutická kastrace významně nesnižuje nesexuální delikvenci respondentů. Také v psychopatologických komorbiditách se kastrace nikterak významně neprojevila. I po výkonu byla téměř polovina respondentů psychiatricky léčena ambulantně nebo ústavně. Suicidální pokus před kastrací je uveden u 9 respondentů (18%) a po kastraci u 7 respondentů (14%).

Nejčastějšími tělesnými změnami po kastraci jsou obezita (36%), snížení hmotnosti (20%) a oslabení tělesného ochlupení (38%;), dále únavnost (18%) a gynekomastie (16%). Vyšetření kostní tkáně je k dispozici u 35 respondentů, přičemž zpravidla vykazuje známky osteopenie.

Podle očekávání naprostá většina respondentů uvádí pokles zájmu o sex. Snížení, anebo ztrátu sexuální potřeby uvádí 74% respondentů. Na erektilní poruchu si stěžuje 34% a na neschopnost, dosáhnout orgasmu 24% mužů.

Psychické problémy jsou uvedeny u poloviny respondentů. Nejčastěji se jednalo o deprese (8) a pocity méněcennosti (7), předrážděnost (10) a vyšší agresivita (5). Hodnotící lékaři posoudili celkový psychický stav respondentů jako zlepšený ve srovnání se stavem před výkonem u 30 mužů (60%), jako nezměněný v 17 případech (34%) a jako zhoršený u 3 respondentů.

V anonymních dotaznicích, zaslaných přímo respondenty je zajímavým rozdílem proti lékařským závěrům vlastní hodnocení respondenta v odpovědi na otázku, jakou trpí sexuální deviací. Zatímco lékaři

konstatovali pedofilii v 18 případech z 50 (36%) sami pacienti tuto parafilii uvedli jen v 10 případech ze 43 (23%). Častěji než v dotaznících, vyplněných lékaři, uváděli sami pacienti užívání nelegálních drog po kastraci (lékaři 1x, pacienti sami 4x).

Pro hodnocení celého procesu žádosti o terapeutickou kastraci a jejího provedení má podle našeho názoru rozhodující význam odpověď pacientů na otázku po dobrovolnosti rozhodnutí o kastraci. V anonymním dotazníku 88% respondentů odpovědělo, že rozhodnutí bylo dobrovolné. Zbýlá menšina v souladu s možnými vysvětleními se odvolává na jedinou možnost, jak se dostat na svobodu a také na neexistující „rozhodnutí soudu“. Většina respondentů také uvádí, že by kastraci podstoupili znovu (26, tedy 60% ze 43). Třetina respondentů uvedla na otázku, že by výkon znovu nepodstoupila.

Positivně hodnotíme skutečnost, že naprostá většina dotázaných soudí, že byla dostatečně poučena o následcích kastrace (N=37, tedy 86% ze 43). Argumenty, uvedené pacienty pro kladné hodnocení výkonu se nejčastěji odvolávají na snížení sexuálního puzení, na „klid“ od parafilních motivů.

Závěr:

Obecně je zastáván názor, že parafilní sexuální motivace je dlouhodobou, prakticky celoživotní vlastností subjektu. A že tedy recidivu sexuálního deliktu je možné očekávat i po velmi dlouhé době od původních deliktů (Brichcín, Kolářský, 2007, Weiss 2002). U skutečně rizikových případů je ovšem sporné, je-li možné podávání psychofarmak, nebo hormonálních přípravků po dobu řadu let bezpečně a spolehlivě zajistit. Právě v dlouhodobém efektu, nezávislém na pravidelném podávání medikamentů, vidíme hlavní přednost terapeutické kastrace.

Některé získané poznatky ukazují rezervy v péči o tento druh pacientů, a to zejména ve vztahu ke kvalifikovanému poučení pacientů před žádostí u tento výjimečný terapeutický výkon a v následné péči o ně. Za zmínku stojí, že u poměrně velké části pacientů se po terapeutické kastraci neudrží pravidelné kontakty s lékaři. Zlepšení dispenzární péče o tento druh sexuologických pacientů je významným úkolem do budoucna.

Domníváme se, že aktuální úprava kastrací parafilních sexuálních delikventů v České republice splňuje všechna odborná i etická hlediska. Tento chirurgický výkon by neměl být z našeho léčebného

arsenálu vyloučen, protože prokazuje vysokou efektivitu a je relativně dobře tolerován a pozitivně hodnocen, a to jak pacienti, tak lékaři. Z pochopitelných důvodů chybí v této oblasti vědecky kontrolované studie. Bylo by eticky velmi problematické nechat zvláště nebezpečné parafilní sexuální delikventy bez účinné biologické terapie, abychom získali validní kontrolní soubory. Za hlavní přednost terapeutické kastrace v porovnání s medikamentózními léčebnými metodami považujeme dlouhodobou účinnost této léčebné metody a její nezávislost na pravidelné aplikaci medikamentů. Tento jednoduchý chirurgický výkon lze také aplikovat v těch případech, kde medikamentózní léčba je ze zdravotních důvodů kontraindikována.

Literatura:

- Brichcín, S., Kolářský, A.: Přináší terapeutická kastrace prospěch žadatelům o zákrok? XVIII. Bohnické sexuologické dny 2006. 13-19. CERM, Brno 2007.
- Brichcín, S., Holly, M., Kolářský, A., Tsakalidou, A.: Deset let ochranné léčby mravnostních delikventů v PL Praha-Bohnice. Předneseno na IX. Bohnických sexuologických dnech, Praha 1997.
- Harrison, K., Rainey, B.: Suppressing human rights? A rights-based approach to the use of pharmacotherapy with sex offenders. *Legal Studies* 29, (2009) 47-74.
- Heim, N., Hursch, C. J.: Castration for sex offenders: Treatment or punishment? *Arch. Sex. Behav.* 8, 1979, 281-304.
- Money, J.: *Handbook of Sexology*. Elsevier, New York 1978.
- Raboch, J., Nedoma, K.: Indikace testikulární pulpektomie u sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 66, 1970, 152-157.
- Sigusch, V.: *Therapie sexueller Störungen*. Thieme, Stuttgart 1980
- Weiss, P.: *Sexuální deviace*. Portál, Praha 2002.
- Wille, R., Boulanger, H.: Zehn Jahre Kastrationsgesetz in Schleswig-Holstein. *Beibr. Gericht. Med.* 42, 1984, 9-16.
- Wille, R., Beier, K. M.: Castration in Germany. *Ann. Sex. Res.* 2, 1989, 103-133.
- Zvěřina, J., Zimanová, J., Bártová, D.: Katamnézy souboru 84 kastrovaných sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 97, 1991, 28-34.

E-mail: jaroslav.zverina@vfn.cz
Sexuologický ústav 1.LF UK
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2

Správy

AKCE SEXUOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP 2016:

Kongres o sexuální výchově, 13.-15.10.2016, Pardubice

Pracovní schůze Sexuologické společnosti, 21.11.2016

Masturbace a masturbační chování žen v České republice

Lenka Tichotová¹, Petr Weiss^{1, 2, 3}

FF UK Praha¹; Sexuologický ústav VNF² a 1. LF UK Praha³

Abstrakt

Příspěvek představuje výzkum, jehož cílem bylo zmapovat dosud málo probádanou oblast masturbačního chování žen žijících v ČR. Dalším cílem bylo prozkoumat souvislosti mezi některými oblastmi masturbace a sexuálního chování vůbec. Data byla sbírána za pomoci k tomuto účelu sestaveného dotazníku. Dotazník byl vyvěšen na internetových stránkách. Data byla zpracována za pomoci programu Excel a statistického programu SPSS. Výzkumný vzorek tvořilo 1339 žen, které kompletně vyplnily dotazník.

Zjistili jsme, že zkušenost s masturbací má 94,1% respondentek. 71,2% masturbuje alespoň několikrát za měsíc. Další 17,6% několikrát za rok a 5,3% masturbuje méně než 1x za rok. Frekvence masturbace se liší u žen, které mají a nemají stálý partnerský vztah a rovněž u žen, které mají a nemají zkušenost se znásilněním. Frekvence masturbace žen negativně koreluje s věkem. Průměrný věk první masturbace je 13 let. Ženy častěji dosahují orgasmu při masturbaci než při souloži. 75% žen jej dosahuje při 90-100% masturbací. Masturbaci provozují i ženy, které při ní orgasmu nedosahují. Nejčastěji ženy masturbují stimulováním klitoridální oblasti prsty. 65,9% žen při masturbaci někdy využívá erotické materiály.

Klíčové slova: sexualita, ženy, sexuální chování, masturbace.

Úvod

Přístup k tématu masturbace je v naší kultuře silně ovlivněn několikasetletou tradicí, která masturbaci přísně zapovídala a považovala ji za zdroj různých nemocí. Ani v současné době, která přináší do oblasti sexuality rozvolnění mnoha pravidel a mnohá témata odtabuizovává, není masturbace či onanie běžným tématem rozhovoru. A zdá se, že v případě žen jsou ostych a přetrvávající tabu ještě silnější. Slovo

Abstract

The objective of the submitted work was to map out a so far less examined sphere of masturbation behaviour of women living in Czech Republic. And examine a connection between certain aspects of masturbation and sexual behaviour in general. The data have been collected with the help of a specially prepared questionnaire. The questionnaire has been shown on internet pages. The data have been elaborated with the help of the Excel programme and the SPSS statistical programme. Our sample was 1339 women, who completed the whole questionnaire. 94.1% of women have experience with masturbation, 71.2% masturbate at least several times a month, a further 17.6% masturbate at least several times a month. a further 17.6 several times a year. About 5.3% masturbate less than once a year. Frequency of masturbation differs among women who either have or have no partnership relation as well as among women who have or have no experience with rape. The frequencies of masturbation are negatively depending on their age. The average age of the first masturbation is 13 years. Women more frequently attain an orgasm in the case of masturbation rather than in the event of intercourse. 75% of all women achieve it in the event of 100 percent of masturbation. Masturbation is carried out even by women who achieve no orgasm. The most frequent form of masturbation is by a stimulating the clitoral spheres with the fingers of the hand. 65, 9% women at times use erotic material.

Keywords: Sexuality - women - sexual behaviour - masturbation.

„masturbace“ nebo „onanie“ užíváme ve stejném významu a to „vzrušovat sám sebe, dráždit se na přirození“.

Původ slova masturbace není docela jasný. Mohlo vzejít ze spojení latinských slov „manus“, znamenající ruka, a „turbare“, vzrušit. Nicméně je možné i to, že druhým slovem ve spojení byl termín „stuprare“, zhanobit či znásilnit.

Pohled na masturbaci se v evropské historii značně měnil. Ve starém světě nalezneme znázornění mužské masturbace relativně často. Staří Egypťané

oslavovali masturbaci jako proces, kterým bůh Slunce, Atum, stvořil první dvě lidské bytosti Shu a Tefnut. „Rukou boha, Atun onanoval a vytvořil první pár duší.“ Sumerytáni zase píšou o Mezopotámském bohu Enki, který onanoval, a jeho ejakulace naplnila řeku Tigris tekoucí vodou. V průběhu několika prvních století po narození Krista, kdy první křesťané vytvářeli nový, od antických představ zcela odlišný vztah k tělesnosti, nepředstavovala onanie žádný zásadní hřích či ohrožení. Mezi devátým a dvanáctým stoletím se ve spisech objevují nejednoznačné narážky na sebezneuctění, nicméně se jedná se o lehčí hřích. Masturbace se tak nedostala ani do katalogu hříchů vytvořeného ve 12. století (Laqueur, 2004). Na počátku osmnáctého století však došlo k velké změně postoje k masturbaci. Byla nazvána sebezneužitím a byla pokládána za hřích chtíče. Toto hříšné jednání bylo podle tehdejších lékařů příčinou různých neduhů. Masturbace měla způsobovat pohlavní onemocnění, křeče, souchotiny a neplodnost, podlamovat celkový zdravotní stav. (Hall, L.A., 2001, Leitenber a kol., 1993) Tendence považovat onanii za příčinu různých onemocnění byla rozšířena od 18. století až do století dvacátého a někde přetrvává doposud. (Kinsey a kol., 1953, Michael a kol., 1994, Hall, 2001, Gerressuová a kol., 2008).

Mezi autory v posledních desetiletích najdeme různé přístupy k této aktivitě. Někteří pohlíží na masturbaci jako na bezpečnou alternativu nebezpečnějších praktik (Pinkerton a kol., 2002). Jiní ji využívají jako způsob, jak získat potřebné dovednosti a sebevědomí pro partnerský sex, nicméně samu o sobě ji považují za neúplnou či náhradní formu sexuálního chování (Pondělíček, Pondělíčková – Mašlová 1971). Jiní komentují výhody této aktivity a zhodnocení, zda bude považována za plnohodnotnou preferovanou či doplňující sexuální aktivitu nechávají na respondentech či pacientech. (Ellis, 1970, Janus 1993, Pastor, 2007). Mnozí autoři o ní mluví v souvislosti s léčbou sexuálních poruch (Clifford, 1978, Zamboni a Crawford, 2002; Gerressuová, 2008 a další).

Některé výzkumy sexuálního chování provedené u nás se touto oblastí také zabývaly, nicméně nebyly dostatečně podrobné a některé z nich mohou ukazovat již neaktuální výsledky. Rozhodli jsme se proto tuto oblast prozkoumat podrobněji.

Cíle výzkumu:

Hlavním cílem tohoto výzkumu je tedy úvodní zmapování masturbačního chování žen v rámci české populace. Zajímalo nás, jaké techniky a jaké pomůcky ženy při masturbaci používají. Výzkum si nekladl za cíl hlubší pochopení všech souvislostí, přesto jsme se však rozhodli některé za pomoci statistických metod testovat. Jednalo se především o souvislost frekvence masturbace s věkem, s tím, zda má žena stálý partnerský vztah, zda byla zneužita nebo znásilněna, souvislost se sexuální orientací, postojem k masturbaci, se vzděláním ženy a náboženským vyznáním. Dále jsme zjišťovali, zda

při masturbaci ženy dosahují orgasmu snáze než při souloži.

Metody:

K výzkumu byl použitý elektronický anonymní dotazník, sestavený právě pro tyto účely, který vycházel původně z dotazníku pro výzkum sexuálního chování české populace, použitého poprvé v roce 2001 (Weiss, Zvěřina, 2001) a z dotazníku použitého v diplomové práci Ženský orgasmus (Jonášová, 2004). Tento dotazník byl dotazník rozšířen a modifikován pro specifické potřeby výzkumu dané problematiky. Nejdříve byl proveden pilotní výzkum na malém vzorku žen. Na jeho základě byly v dotazníku provedeny další úpravy a byla vytvořena jeho konečná podoba.

Dotazník tvořilo 52 otázek. První část se zaměřuje na partnerské sexuální chování a měla sloužit jednak pro zmapování sexuálního chování u výzkumného vzorku a jednak pro následné zjišťování případných souvislostí mezi partnerským sexem a masturbací. Druhá část se pak věnovala samotnému masturbačnímu chování a také otázkám týkajícím se masturbačních fantazií, které však nejsou předmětem toho příspěvku. Na konci dotazníku byly umístěny demografické otázky. Dotazník automaticky přeskakoval otázky, které byly pro určitou respondentku irelevantní (například otázky týkající se partnerského sexu u respondentky, která doposud nesouložila).

Dotazník byl uveřejněn na webových stránkách a odkaz na něj byl šířen za pomoci mailových konferencí, facebooku a odkazů na dalších serverech. Návratnost dotazníku uvedená provozovatelem serveru byla 50%. Toto číslo představuje, kolik z lidí, kteří dotazník otevřeli, vyplnilo všechny relevantní otázky. Zbýlých 50% tedy mohou tvořit například ženy, které se po zhlédnutí dotazníku rozhodly jej nevyplnit, ženy, které od vyplňování něco vyrušilo, ale také muži, kteří si dotazník chtěli prohlédnout, ačkoli pro ně nebyl určen.

Získaná data byla statisticky zpracována s pomocí programů SPSS a Microsoft Excel. Pro testování našich hypotéz jsme použili t-test, Chí-kvadrát test, Mann-Whitney U test a korelace Spearmanovým koeficientem.

Vzorek:

Výběrový soubor tvoří 1339 respondentek starších 15 let, které vyplnily všechny relevantní otázky dotazníku. Zvolený princip sběru dat pomocí dotazníků je poměrně efektivní metodou. Na druhou stranu s sebou nese výrazný nedostatek, a to, že není možné dosáhnout reprezentativního výběru, tedy charakteristiky výběrového souboru nejsou shodné s charakteristikami souboru základního.

Výsledky:

Frekvence masturbace, věk první masturbace, orgasmus při masturbaci a souvislosti

Výsledky ukazují, že zkušenost s masturbací má 94,1% respondentek. Pokud jde o frekvenci, skórovaly naše

respondentky do odpovědí v rozmezí od několikrát denně přes méně než 1x ročně až po odpověď „vůbec nikdy“. 71,2% masturbuje alespoň několikrát za měsíc. Další 17,6% několikrát za rok. Poměrně malé procento masturbuje méně než 1x za rok a 5,9% žen nemasturbuje nikdy. (viz tab. 1)

Tabulka 1 „K masturbaci u mne dochází“

k masturbaci u mne dochází	četnost	%	kumul.%
denně anebo vícekrát denně	83	6,2	6,2
2x nebo vícekrát za týden	386	28,8	35,0
několikrát měsíčně, nejvíce 1x z týden	484	36,1	71,2
několikrát ročně, nejvíce 1x za měsíc	236	17,6	88,8
méně než 1x ročně	71	5,3	94,1
vůbec nikdy	79	5,9	100,0
celkem	1339	100	

Statistickými metodami jsme zjišťovali, zda frekvence masturbace souvisí s dalšími proměnnými, tedy s věkem respondentky, s tím, zda má respondentka stálý partnerský vztah, zda byla zneužita nebo znásilněna, se sexuální orientací, postojem k masturbaci a s jejím vzděláním a náboženským vyznáním.

Frekvence masturbace se na hladině významnosti $p < 0,001$ signifikantně lišila u žen, které v současné době mají a nemají stálý partnerský vztah ($\chi^2 = 91,229$). Vyšší frekvence masturbace byla zaznamenána u žen, které jej nemají. (viz tab. 2)

Na hladině významnosti $p = 0,025$ se lišila frekvence masturbace u žen, které byly a nebyly znásilněny ($\chi^2 = 12,875$). Vyšší byla zaznamenána u těch, které znásilněny nebyly. (viz tab. 3)

Podarilo se nám také prokázat zápornou korelaci mezi věkem a frekvencí masturbace, a to na hladině významnosti $p < 0,01$ ($R_s = 0,179$).

Další výše jmenované souvislosti se nepodařilo prokázat. V případě zneužití a náboženského vyznání nebyl rozdíl signifikantní. (U dalších proměnných, tedy sexuální orientace, postoje k masturbaci a vzděláním respondentek nebylo možné spolehlivě provést chí-kvadrát test.)

Tabulka 2 „Frekvence masturbace u žen, které mají, resp. nemají stálý partnerský vztah“

masturbuji	má vztah		nemá vztah	
	počet	%	počet	%
vůbec nikdy	59	5,94	20	5,80
méně než 1x ročně	66	6,64	5	1,45
několikrát ročně, nejvíce 1x za měsíc	203	20,42	33	9,57
několikrát měsíčně, nejvíce 1x za týden	386	38,83	98	28,41
2x nebo vícekrát za týden	235	23,64	151	43,77
denně anebo vícekrát denně	45	4,53	38	11,01
celkem	994	100,00	345	100,00

Tabulka 3 Frekvence masturbace u žen, které byly, resp. nebyly znásilněny

masurbuji	znásilněné		neznásilněné	
	počet	%	počet	%
vůbec nikdy	5	3,73	74	6,14
méně než 1x ročně	11	8,21	60	4,98
několikrát ročně, nejvíce 1x za měsíc	26	19,40	210	17,43
několikrát měsíčně, nejvíce 1x za týden	37	27,61	447	37,10
2x nebo vícekrát za týden	40	29,85	346	28,71
denně anebo vícekrát denně	15	11,19	68	5,64
celkem	134	100,00	1205	100,00

Na další otázky týkající se zkušeností s masturbací odpovídaly pouze masturbující respondentky.

Většina respondentek naposledy onanovala v posledních sedmi dnech. Pokud sloučíme odpovědi, zjistíme, že téměř 87% respondentek masturbovalo během posledních 4 týdnů, přibližně 10% v rozmezí 4 týdnů a jednoho roku a 2,7% před více než rokem.

Více než polovina respondentek někdy po skončení masturbace orgasmem začne znovu onanovat.

Věk první masturbace se v našem výzkumném vzorku pohyboval v širokém rozmezí od narození do 60 let. Průměrný a také nejčastější věk byl 13 let. V tomto věku má zkušenost s masturbací více než polovina žen. Nicméně 12,5% žen získalo zkušenost s masturbací až po 18. roce života. Několik respondentek získalo tuto zkušenost až po 40. roce. (viz tab.4)

Tabulka 4 „V kolika letech jste onanovala poprvé?“

věk	četnost	%	kumul.%	věk	četnost	%	kumul.%
0	4	0,3	0,3	20	31	2,5	95,0
2	1	0,1	0,4	21	11	0,9	95,9
3	15	1,2	1,6	22	8	0,6	96,5
4	18	1,4	3,0	23	8	0,6	97,1
5	40	3,2	6,2	24	5	0,4	97,5
6	35	2,8	9,0	25	9	0,7	98,3
7	22	1,7	10,7	26	2	0,2	98,4
8	29	2,3	13,0	28	3	0,2	98,7
9	33	2,6	15,6	29	1	0,1	98,7
10	63	5,0	20,6	30	5	0,4	99,1
11	53	4,2	24,8	33	1	0,1	99,2
12	183	14,5	39,4	34	1	0,1	99,3
13	194	15,4	54,8	35	2	0,2	99,4
14	142	11,3	66,0	36	2	0,2	99,6
15	129	10,2	76,3	40	2	0,2	99,8
16	89	7,1	83,3	48	1	0,1	99,8
17	52	4,1	87,5	50	1	0,1	99,9
18	45	3,6	91,0	60	1	0,1	100,0
19	19	1,5	92,5	celkem	1260	100	

Na otázku: „Uvědomovala jste si hned při první masturbaci, že jde o součást sexuálního chování?“ odpovědělo kladně 52,3% respondentek. Zbytek (tedy 47,7%) si tuto skutečnost v době první masturbace neuvědomoval.

V další části našeho výzkumu jsme zjišťovali údaje týkající se orgasmu při masturbaci.

14% respondentek při ní dosahuje orgasmu každý den. 29,2% několikrát za týden a 32,3% několikrát za měsíc. Pokud tyto skupiny sloučíme, vychází, že tři čtvrtiny respondentek dosahují masturbační orgasmu více než jednou za měsíc. Méně často dosahuje orgasmu 20,3%. Část respondentek, 4,2%, masturbuje, aniž by tak dosahovala orgasmu.

Na otázku „Vyjádřeno v procentech jsem při masturbaci v průběhu minulého roku dosáhla orgasmu“ uvedlo 75,6% respondentek, že orgasmu dosáhly 90-100% masturbací, 10,1% respondentek v 75% masturbací, 4,3% respondentek v 50% masturbací a 4,7% respondentek ve 25% masturbací. 5,3% masturbujících žen orgasmu nedosahovalo.

Následující tabulka ukazuje, jak často masturbují ženy, které uvedly, že při masturbaci v posledním roce dosáhly orgasmu v 0%. Více než třetina z nich masturbuje nejméně několikrát za měsíc. (tab. 5)

Tabulka 5 Orgasmus 0% - K masturbaci u mne dochází:

	četnost	%	kumul.%
denně anebo vícekrát denně	4	6,0	6,0
2x nebo vícekrát za týden	7	10,4	16,4
několikrát měsíčně, nejvíce 1x za týden	11	16,4	32,8
několikrát ročně, nejvíce 1x za měsíc	20	29,9	62,7
méně než 1x ročně	25	37,3	100,0
celkem	67	100	

Údaje týkající se orgasmu při masturbaci jsme porovnávali s údaji z první části dotazníku. V té respondentky odpovídaly na obdobné otázky, týkající se orgasmu při souloži. U žen, které orgasmus při masturbaci i při souloži zažívají, jsme zkoumali, jaký je rozdíl mezi orgasmem při souloži respektive masturbaci co do výskytu, délky a intenzity. 81,6% respondentek uvedlo, že se od sebe liší. Na otázky kdy je intenzivnější a kdy je delší jsme však nedostali jednoznačné odpovědi, ženy skórovaly poměrně vyrovnaně do všech nabízených možností.

Dále jsme srovnávali, jak často respektive v kolika procentech ženy dosahují orgasmu při souloži a při masturbaci. S použitím Man-Whitney U testu se bylo zjištěno, že procento souloží a masturbací, při nichž ženy v posledním roce dosáhly orgasmu, se významně liší na hladině významnosti $p < 0,001$. Zároveň zde byla zjištěna silná korelace: $R_s = 0,728$, $p < 0,001$. Ženy spíše dosahují orgasmu při masturbaci než při souloži. (viz tab. 6 a 7). Následující tabulky zahrnují pouze ty respondentky, které mají zkušenost jak se souloží, tak s masturbací.

Způsoby masturbace, pomůcky, erotické materiály

Více než dvě třetiny respondentek, 68,0%, masturbují drážděním klitorisu a dalších 27% současným drážděním klitorisu a v pochvě. Pouze 4,9% preferuje samotné dráždění v pochvě.

Tabulka 6 Porovnání frekvence orgasmu při masturbaci a souloži

orgasmus	soulož		masturbace	
	četnost	%	četnost	%
denně anebo vícekrát denně	50	4,1	166	13,7
2x nebo vícekrát za týden	365	30,2	351	29,0
několikrát měsíčně, nejvíce 1x za týden	418	34,6	395	32,7
několikrát za rok, nejvíce 1x za měsíc	205	17,0	197	16,3
méně než 1x ročně	59	4,9	52	4,3
vůbec nikdy	112	9,3	48	4,0
celkem	1209	100,0	1209	100,0

Tabulka 7 „Vyjádřeno v procentech jsem při souložích resp. masturbacích uskutečněných v minulém roce dosáhla orgasmu:“

orgasmus v	soulož		masturbace	
	četnost	%	četnost	%
v 90 - 100%	360	29,8	923	76,3
asi v 75%	295	24,4	122	10,1
asi v 50%	163	13,5	49	4,1
asi v 25%	235	19,4	54	4,5
v 0%	156	12,9	61	5,0
celkem	1209	100,0	1209	100,0

Pokud jde o způsob masturbace, využívá 55% respondentek nejčastěji stimulování klitoridální oblasti prsty. Po přibližně osmi procentech respondentek využívá techniky vkládání předmětů do vagíny, tření o polštář nebo deku mezi nohama, dráždění vnějších částí genitálu vibrátorem a stimulací vchodu vagíny. Další uvedené techniky dráždění zahrnovaly stimulaci proudem vody, tření stehen o sebe, popotahování velkých a malých pysků, kolíbání dopředu a dozadu v sedě, manipulaci Venušíným pahorkem, dráždění anální oblasti a bradavek, dráždění hráze a hýždí, hlazení stehen, obličej a celého těla, dráždění genitálií třením o pevný předmět (nábytek, zábradlí), popotahování kalhotek, olizování si prstů, stimulaci samotným svalovým napětím při zavěšení na hrazdě nebo šplhání na tyči, slovní povzbuzování, samotný svalový tonus a pouhou fantazii.

Pokud jde o to, jakých pomůcek ženy při masturbaci nejčastěji využívají, uváděly respondentky vlastní ruku (77,5%), proud vody (11,4%) a vibrátor nebo umělý penis (9,5%). V doplňující otázce mohly uvést, co jiného někdy využívají. V odpovědích se objevily nejrůznější předměty falického tvaru, například různé druhy zeleniny, deka nebo polštář, průmyslově vyráběné erotické pomůcky, nábytek, omyvatelné předměty denní potřeby (například propisovačka) a různé vibrující přístroje, jako elektrický zubní kartáček, míchátko na kávu, automatická pračka nebo vzduchovací strojek od akvária.

18,1% respondentek často využívá při masturbaci nějaké erotické či pornografické materiály. 47,8% je využívá jen občas. Sloučíme-li tyto dvě odpovědi,

zjistíme, že dvě třetiny žen takové materiály někdy využívají.

Diskuze:

Elektronický dotazník šířený na webové stránce se ukázal jako efektivní metoda sběru dat o sexuálním chování. Umožňuje oslovit velké množství osob a také způsob vyplňování je pro respondentky pohodlný. Obvykle nemají obavy ze ztráty anonymity a prostředí internetu je u lidí často prostředím, kde si o intimních věcech troufnou mluvit více než na živo. V neposlední řadě je tato metoda sběru dat finančně nenáročná. Na druhou stranu je třeba počítat s tím, že metoda ovlivní skladbu vzorku a tím se odrazí i ve výsledcích. Rozložení zjišťovaných demografických proměnných v našem výběru neodpovídá jejich rozložení v základním souboru. Ačkoli se v našem vzorku vyskytovaly i ženy nad 70 let, převážná většina respondentek (93,2%) byly ženy do 40 let. Rovněž jsme zaznamenali vyšší procento vysokoškolaček (63,6%) a žen z města nad milion obyvatel (41,8%), než je v základním souboru. Můžeme také předpokládat, že ženy, pro které jsou otázky na sexuální chování či masturbaci spojeny s velkým studem či s tabu, náš dotazník nevyplní nebo jej vůbec neotevrou, což je při kontaktu s živým distributorem poněkud obtížnější.

Výsledky mohou být jistě ovlivněny i tím, že se jedná o sebehodnotící metodu, při níž musí respondentky navíc někdy udělat jakýsi shrnující odhad (např. u otázky: Vydáno v procentech jsem při masturbacích uskutečněných v minulém roce dosáhla orgasmu v...%)

Přejdeme nyní k diskusi nad výsledky. 94,1% respondentek našeho výzkumu alespoň někdy masturbovalo. Toto číslo je mnohem vyšší než procenta získaná v jiných výzkumech sexuálního chování (Weiss a Zvěřina, 2001; Spira a kol., 1994; Michael a kol., 1994 a další). Rovněž frekvence masturbace je vyšší, než v zahraničních výzkumech. 6,2% respondentek uvedlo, že masturbují denně anebo vícekrát denně. 28,8% masturbuje 2x nebo vícekrát za týden, 36,1% jednou týdně až několikrát měsíčně, 17,6% jednou měsíčně až několikrát za rok a 5,3% masturbuje méně než 1x ročně. Podle výsledku Michaela a kol. (1994) jednou nebo vícekrát za týden masturbuje 8% žen (z celkové populace). 2x až 3x za měsíc onanuje 9% žen, 6x až 12x za rok masturbuje 10% žen a 1x až 5x za rok 15% žen. Oproti tomu Janus a Janusová (1993) uvádí, že denně masturbuje 1% žen, několikrát za týden 9% žen, týdně 13% žen a měsíčně 15% žen a zřídka 34% žen.

Tento rozdíl našich výsledků oproti jiným výzkumům může být způsoben zčásti posunem ve skutečném sexuálním chování, z části tím, že věkový průměr výběrového vzorku je nižší než v základním souboru, a z části výše zmíněnou možností, že ženy s negativním postojem k masturbaci nevyplnily náš dotazník.

14% respondentek dosahuje masturbací orgasmu každý den. Necelá třetina několikrát za týden a další necelá třetina několikrát za měsíc. Méně často dosahuje

orgasmu 20,3%.

Je zajímavé, že masturbací ženy dosahují orgasmu častěji než při souloži. Pokud jde o frekvenci orgasmu v kategoriích jako „každý den“, „několikrát za týden“ atd., mohli bychom předpokládat, že je tak tomu díky tomu, že žena není na nikom závislá a má tak k masturbaci více příležitostí. Nicméně častější orgasmus při masturbaci se prokázal i tehdy, když jsme porovnávali údaje o tom, v kolika procentech masturbací respektive souloží v posledním roce respondentky orgasmu dosáhly a tento rozdíl byl statisticky významný. Potvrzuje se tím tvrzení Masterse a Johnsonové (1966), že při masturbaci proběhne více orgasmů než při jakémkoli druhu stimulace partnerem. Dále se v našich výsledcích prokázala korelace mezi tím, v kolika procentech masturbací, respektive souloží v posledním roce respondentky orgasmu dosáhly. Potvrzuje se tak, že ženy, které častěji dosahují orgasmu masturbací, jsou také častěji úspěšné dosahování orgasmu při souloži. Tato zjištění svědčí ve prospěch využívání masturbace a seznamování se s reakcemi vlastního těla v rámci léčby žen, které mají problémy s dosahováním orgasmu při partnerském sexu.

Pokud jde o porovnání orgasmu při masturbaci a souloži, co se týká intenzity a délky, zdá se, že tato záležitost je velice individuální a může se i u jedné ženy při různých příležitostech nebo v různých obdobích lišit.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, že masturbaci provozují i ženy, které při ní nikdy nedosahují orgasmu (tvorí 4,2%). Třetina z nich masturbuje nejméně 2x za měsíc. Obdobný výsledek nalezneme i v práci Ruth Cliffordové (1978). Z jejího vzorku 100 mladých žen masturbovalo 49 s dosažením orgasmu a dalších 25 bez něj. Náš výsledek bychom se mohli pokusit dát do souvislosti se zjištěním, že 10,4% žen z našeho výzkumného vzorku uvádí, že pocítuje při souloži příjemné pocity, které zůstávají celou dobu stejné (nestupňují se k orgasmu). Je tedy možné, že rovněž při masturbaci zažívají některé ženy příjemné pocity a cílem jejich onanie jsou samotné tyto pocity a nikoli orgasmus.

Tato práce potvrdila zásadní význam klitoris u při masturbaci. 95,1% respondentek preferuje právě dráždění klitoris, z toho 27,1% ve spojení s drážděním pochvy.

Pokud jde o techniky masturbace, ukazují naše výsledky, že nejčastějším způsobem je stimulování klitoridální oblasti prsty, dále pak vkládání předmětů do vagíny. Tyto výsledky korespondují s výzkumem Ivety Jonášové (2004). Kromě Jonášovou zaznamenaných technik však naše výsledky ukázaly význam dalších způsobů dráždění, především dráždění anální oblasti a dráždění bradavek, dráždění hráze a hýždí, dráždění genitálií třením o pevný předmět, samotný svalový tonus a pouhou fantazii. Větší pozornost jistě zaslouží technika zavěšení na hrazdě nebo šplhání na tyči, u níž respondentka uvedla, že se jí lze naučit podle návodu. Bylo by tedy zajímavé zjistit, zda lze takový návod použít

při léčbě žen, které mají problémy s dosahováním orgasmu.

Překvapivě velká část respondentek našeho výzkumu (65,9%) při masturbaci někdy využívá erotické či pornografické materiály. Tato skutečnost může souviset s věkovým průměrem respondentek a se snadnou dostupností těchto materiálů v posledních letech, ale také s tím, že v našem výběrovém vzorku mohou být, především ženy, které mají kladný postoj k masturbaci a k sexualitě vůbec. Je tedy možné, že mají vyšší tendenci k experimentování, včetně využívání erotických materiálů. Rovněž se jedná o ženy s přístupem na internet, kde je získávání těchto materiálů velmi snadné.

Závěr

V této práci jsme provedli mapující výzkum masturbace a masturbačních fantazií u českých žen. Pokusili jsme se prozkoumat některé základní souvislosti tohoto chování. Takto rozsáhlý výzkum je v naší společnosti prozatím ojedinělý a jeho výsledky považujeme za přínosné.

Rovněž považujeme za přínos to, že takovýto výzkum může pomoci k odtabuizování tématu masturbace. Mnoho našich respondentek i mnoho mužů, kteří se o výzkumu dozvěděli, na toto téma posléze hovořilo se svým partnerem nebo partnerkou. Další výzkumy se mohou zaměřit především na zmapování situace

u mužů. Kvalitativnímu zkoumání by se mohly podrobit postoje, pocity viny a pocity zahanbení, spojené s masturbací, a rovněž masturbační fantazie.

Vývoj jak postojů, tak samotné masturbační aktivity by bylo také možné zkoumat longitudinálně.

Literatura

- Clifford, R.: Development of Masturbation in College Women. *Archives of Sexual Behavior*, 1978, 7: 559-573.
- Ellis, A.: *Ako milovat*. Bratislava: Smena, 1970.
- Gerressuová, m., Mercerová, c.H., Grahamová, c.A., Wellingsová, k., Johnsonová, a.M.: Prevalence of Masturbation and Associated Factors in a British National Probability Survey. *Archives of Sexual Behavior* 2008, 37: 266-278.
- Hallová, L.: „Masturbation.“ *Encyclopedia of European Social History*. Ed. Peter tears. Vol. 4. Detroit: Charles Scribner's Sons, 2001. 6 vols, 279-289. *Gale Virtual Reference Library*. Gale. Central Library of Charles University. 7. března 2009 <<http://find.galegroup.com/one/103.ruk.cuni.cz/gvrl/infomark>.

Kontakt:

Mgr. Lenka Tichotová
tichotova@centrum.cz

MUDr. Jaroslava Pondělíčková – – Mašlová (1927 – 2016)



Podle sdělení rodiny zemřela dne 29. 6. 2016, a to po dlouhé těžké nemoci, významná představitelka československé sexuologie, MUDr. Jaroslava Pondělíčková – Mašlová.

Kolegyně Jaroslava Pondělíčková se narodila 14. 8. 1927 v Přelouči. Svou lékařskou praxi začínala

na psychiatrickém oddělení v Karlových Varech. Pokračovala pak v Sexuologickém ústavu v Praze od roku 1961 až do roku 2011, kdy ze zdravotních důvodů zanechala klinické praxe. Patřila k zakladatelské generaci pražské sexuologické školy, kterou založil a vybudoval profesor Josef Hynie (1900 – 1989). Její spolupráce s profesorem Janem Rabochem (1917 – 2002) přinesla kromě vědeckých publikací také několik významných sexuálně výchovných titulů.

Ve své klinické i výzkumné činnosti se Jaroslava Pondělíčková věnovala prakticky celé široké oblasti mezioborové lékařské disciplíny, kterou sexuologie byla a je. Od poruch tělesné pohlavního vývoje a poruch plodnosti, až po sexuální dysfunkce, parafílie

i sexuální delikvenci. Během své dlouhé klinické činnosti pomohla vyřešit problémy nesčetného počtu pacientů a pacientek. Jako lékařka byla oblíbená, jako odborník kolegyně uznávaná. Byla autorkou a spoluautorkou mnoha odborných prací. Přednášela na konferencích doma i v zahraničí.

Široká veřejnost ji znala jako autorku četných sexuálně výchovných článků a knížek, které na svou dobu nezvykle otevřeně informovaly o sexualitě několik generací čtenářů. Mezi její sexuálně výchovné publikace patří *Mladá dívka a sex* (1969, 1972), *Lidská sexualita* (1971, 1974 - spolu s Ivo Pondělíčkem), *Manželská sexualita* (1986, 1991), *Třetí pohlaví* (1992 - spolu s Ant. Brzkem), *Pohlavní život* (2005), *O sexualitě a partnerských vztazích* (2005 - spolu s prof. Janem Rabochem), *Sexuální zrání mladého muže* (2007 - spolu s Ivo Pondělíčkem). Byla významnou spoluautorkou rubriky Sally v tehdy populárním časopise *Mladý svět* a vtipnou glosátorkou nejrůznějších problémů lidské sexuality v tištěných masmédiích, v rozhlase nebo televizi.

Byla bytostí vyrovnanou, s neobyčejně pozitivní a společenskou povahou. Do věku velmi pokročilého sportovala, zejména pravidelně hrála tenis. Byla též pečlivou matkou pro svého syna, úspěšného lékaře. Česká medicína ztratila v Jaroslavě Pondělíčkové významnou osobnost, která zanechala pozitivní stopu nejen v sexuologii, ale i v lidech, kteří měli tu čest ji poznat.

Jaroslav Zvěřina
a kolektiv Sexuologického ústavu
1. lékařské fakulty UK v Praze

Testosterónová insuficiencia žien: pravda alebo mýtus?

Eliška Lacková¹, Katarína Jandová¹, Ivan Rusňák²

¹Univerzitná nemocnica, Bratislava

²Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Súhrn

Poruchy ženskej sexuality sú častým problémom žien všetkých vekových kategórií. Najčastejšou príčinou sexuálnej dysfunkcie žien je depresia. Menej diskutovanou príčinou porúch sexuálneho vnímania až sexuálnej absencie je znížená hladina testosterónu v krvi. Testosterón ovplyvňuje ženskú sexuálnu túžbu, spokojnosť a náladu. Medzi najčastejšie symptómy nízkej hladiny androgénov patrí zníženie sexuálnej túžby, ktorá sa často charakterizuje zníženou intenzitou/frekvenciou erotických myšlienok a fantázie, ako aj sexuálnej aktivity.

Práca sa zaoberá fyziológiou pôsobenia androgénov u ženy z pohľadu sexuológie, ďalej diferenciálnou diagnostikou sexuálnych porúch vrátane laboratórneho skríningu hladín androgénov. Rozoberá, u ktorých pacientok a za akých podmienok je potrebné stanovovať hladinu testosterónu, s prihliadnutím na vek a zdravotný stav.

Práca sa zaoberá aj možnosťami substitučnej liečby. Porovnáva možnosti liečby v zahraničí, experimentálnu liečbu a zaužívanú terapiu. Opisuje typy substitúcie testosterónu, od topickej po parenterálnu, gramáž a frekvenciu aplikácie liečby.

Práca poukazuje najmä na ďalšiu možnosť diferenciálnej diagnostiky liečby sexuálnych porúch žien. Odporúča laboratórny skrínig hladiny androgénov pred iniciáciou psychoterapie a liečbou antidepresívami.

Kľúčové slová: androgénna nedostatočnosť, testosterón, postmenopauzálna terapia, vaginálny prietok, transdermálna náplasť, testosterónový gél.

Úvod

Androgény hrajú dôležitú úlohu v oblasti zdravia žien. Známe a dobre preskúmané sú príznaky nadbytku tzv. mužských hormónov v krvnom obehú ženy. Naopak, menej ozrejmené sú symptómy ženskej androgénnej nedostatočnosti. Príznaky sú nevýrazné, málo špecifické, častokrát nevýrazné. Frekventne sa vyskytujúcimi príznakmi sú: svalová slabosť, najmä u atletických pacientok, ďalej únava, vyčerpanie,

Summary

The female sexual disorders are a frequent problem of women all ages. The most frequent cause of sexual dysfunction is depression. Less discussed cause of sexual absence is low blood testosterone level. Testosterone influences female sexual desire, satisfaction and mood. Between the most frequent symptoms of low androgens levels is decreased sexual desire, which is often characteriyed by low intensity/frequency of erotic thoughts and fantasies as well as sexual activities.

Our work speaks about the androgen physiology in women body from the sexuoligical point of view, differential diagnostics of sexual disorders with laboratory screening of adrogen levels. The work analyses in which patients and by which conditions it is recommended to check the levels of blood testosterone according to the age and clinical status of the patient.

The substitution therapy is analysed later on. The work compares the options of treatment abroad, the experimental therapy and the already used medicaments. It describes the alternative types of substitution of low testosterone levels, from topic to parenteral therapy, the doses and frequency of the treatment.

The work points other option of differential diagnostics of sexual disorders in women. The work recommends the laboratory screening of androgen blood levels before the psychotherapy and antidepressant therapy is already set.

Keywords: androgen insufficiency, testosterone, postmenopausal therapy, vaginal bloodflowm transdermal patch, testosterone gel.

redukcia ochlpenia, vypadávanie vlasov, priberanie, problémy pri redukcii váhy. Z psychických symptómov sú to: znížená sexualita, poruchy koncentrácie, zmeny nálad, smútok až ataky panickej úzkosti.

Sexuálne fungovanie a nízka hladina androgénov

Medzi najčastejšie symptómy patrí zníženie sexuálnej túžby, ktorá sa často charakterizuje zníženou intenzitou/frekvenciou erotických myšlienok a fantázie, ako aj sexuálnej aktivity. Poruchy ženskej sexuality sú

častým problémom žien všetkých vekových kategórií. Žena môže zapadnúť do niektorej z kategórií týchto sexuálnych porúch z rôznych dôvodov.

Častou príčinou ženských sexuálnych porúch je depresia. Sexuálne fungovanie môže tiež ovplyvniť chronické ochorenie, ale aj napríklad história sexuálneho zneužívania, domáce násilie, gynekologické poruchy a lieky. Ide o problém, ktorý postihuje všetky vekové kategórie. Avšak menej diskutovanou príčinou porúch sexuálneho vnímania až sexuálnej absencie je znížená hladina testosterónu v krvi. Testosterón ovplyvňuje ženskú sexuálnu túžbu, spokojnosť a náladu. U týchto pacientok je namiesto diferenciálna diagnostika vrátane laboratórneho skríningu hladín androgénov, v praxi sa však častejšie ako prvá voľba iniciuje psychoterapia a liečba antidepresívami.

Testosterón v tele ženy

U žien v reprodukčnom veku je priemerná produkcia testosterónu 0,2 – 0,3 mg za deň. Z tohto množstva sa 50% tvorí v tukovom tkanive, 25% produkujú vaječníky a 25% nadobličky. V čase ovulácie stúpa u žien produkcia testosterónu ováriom o 10 – 15%. Hladina testosterónu v krvi hrá viacero rolí. Testosterón sa považuje za kľúčový hormón základnej sexuálnej túžby u oboch pohlaví. Niektoré štúdie dokazujú priamy vzťah medzi sérovou hladinou testosterónu a sexuálnou túžbou a frekvenciou pohlavného styku. U zdravých mladých žien hladiny voľného testosterónu, ale nie estradiolu alebo progesterónu, korelovali so sexuálnou túžbou a frekvenciou masturbácií. Antiandrogénna liečba sa významne spájala so stratou sexuálnej túžby. Nedostatočné pohlavné vzrušenie môže byť čiastočne podmienené sklonom k zníženému prekrveniu pohlavných orgánov. Cieľom intervencie by teda mohla byť identifikácia androgénnych receptorov v pošve. Testosterón po naviazaní na tieto receptory pôsobí na vazomotorické účinky v pošve, posilňuje vaginálne prietoky krvi a lubrikáciu.

Stanovenie hladiny testosterónu

Pre ženy je produkcia testosterónu rozhodujúca. Testosterón je hlavný prekursor estradiolu a pôsobí priamo na androgénne receptory v celom tele. U zdravých premenopauzálnych žien sú hladiny cirkulujúceho testosterónu približne 10-krát vyššie ako cirkulujúce hladiny estradiolu. Hladina testosterónu klesá s vekom (tab.). U 20-ročných žien v reprodukčnom období dosahujú hladiny testosterónu takmer dvojnásobné hodnoty v porovnaní s premenopauzálnymi štyridsiatnikami.

Kruciálnym je správny odber krvi na stanovenie hladiny testosterónu. Vzhľadom na to, že ide o hormón, ktorého hladiny varujú cirkadiálne, ideálny čas na odber krvi je ráno medzi 8 – 10 hod. Okrem vyšetrenia hladiny testosterónu sa odporúča stanoviť aj hladinu dihydroepiandrosterónu (DHEAS), na odlíšenie adrenálneho a gonadálneho pôvodu androgénov.

Tabuľka Hladiny testosterónu u žien a mužov

chlapci	2,6 - 13,9 nmol/l
muži	9,7 - 40 nmol/l
dievčatá	0,3 - 1,4 nmol/l
premenopauzálny ženy	0,2 - 2,4 nmol/l
tehotné	1,6 - 9,7 nmol/l
postmenopauzálny ženy	0,3 - 1,2 nmol/l

Problémom je stanovenie určených príznakov a rozmedzie hladiny testosterónu v krvi u žien, ktoré by definovali nedostatok testosterónu. Nedostatok testosterónu sa totiž aj u mužov, aj u žien prekrýva s príznakmi iných ochorení. Nízka hladina testosterónu (testosteronémia) sa prejavuje stratou libida, zmenami nálady, únavou. Tieto príznaky však môžu byť tiež znakom depresie, nedostatku železa v krvi, hypotyreózie. U žien je veľmi ťažké stanoviť dolnú hranicu normy hladiny testosterónu, resp. testosteronému. Zdravotné podmienky charakterizované nízkymi hladinami testosterónu zahŕňajú bilaterálnu ovarektómiu, nadobličkovú nedostatočnosť, hypopituitarizmus, užívanie kombinácie orálnej antikoncepcie alebo systémových glukokortikoidov a predčasné ovariálne zlyhanie. Hysterektómia sa tiež spája s nižšou hladinou cirkulujúceho testosterónu. Medzi ženami je interindividuálna variabilita v produkcii testosterónu po menopauze.

Liečba androgénnej deficiencie u žien

Terapia testosterónom u žien nie je postavená na základe symptómov a biochemických parametrov, ale skôr na klinických dôkazoch, že exogénny testosterón znižuje výskyt bežne frekventných sexuálnych problémov, ako napríklad zníženie sexuálnej túžby, pokles vzrušivosti, sexuálneho potešenia a celkovej spokojnosti. U väčšiny žien sa tieto problémy považujú za súčasť kontinua sexuálnych skúseností a sexuálnej zrelosti. Nedávne štúdie hodnotiace účinnosť testosterónu pri liečbe niektorých ženských sexuálnych porúch naznačujú, že terapia testosterónom zlepšuje sexuálnu spokojnosť u žien po menopauze so stratou libida. Pri liečbe týchto pacientok sa zaznamenalo zvýšenie sexuálnej túžby, radosť, vzrušenie a zvýšenie frekvencie orgazmov a zníženie vnútorného napätia.

V Európe (okrem Veľkej Británie) substitučná liečba nie je schválená. V USA sa terapia testuje (RCT – replacement therapy) a používa u postmenopauzálnych pacientok a pri chirurgicky navodenej menopauze. U premenopauzálnych žien ide o tzv. off-label, t. j., o neindikovanú liečbu. Napriek tomu sa v USA v rokoch 2006 – 2007 vydalo vyše 2 miliónov predpisov na testosterónovú substitučnú liečbu a nepriame formy testosterónu (DHEAS) sú voľne dostupné v lekárnach a predajniach so zdravou výživou.

Medzi limitácie paušálneho zavedenia substituenej liečby patria:

- problematické kvantifikovanie sexuálnej dysfunkcie žien,
- limitácie merania aktivity androgénnych receptorov v pošve,
- nedostatok randomizovaných štúdií.

V literatúre a v klinickej praxi sa najčastejšie uvádzajú možnosti liečby androgénnej deficiencie žien po menopauze, či už prirodzenej, alebo navodenej chirurgicky. Hormonálna substitúcia u premenopauzálnych žien je v štádiu klinických skúšaní a v literatúre sa spomína iba okrajovo.

Medzi deriváty testosterónu preskribované u postmenopauzálnych žien patrí v Spojených štátoch amerických už niekoľko desaťročí *Estratest*. Ide o kombináciu estrogénu a metyltestosterónu. Avšak táto substitúcia nevykazuje všeobecnú účinnosť a redukciu klinických príznakov pri liečbe sexuálnej dysfunkcie pravdepodobne preto, že metylovaný derivát testosterónu nie je prirodzeným hormónom.

Medzi priamu substitúciu testosterónu patria rôzne formy aplikácie, kedy sa subkutánne vkladá kapsula s depotným testosterónom. Táto forma prináša okrem nežiaducich účinkov liečiva aj riziko infekcie a vyhojenia sa kapsule. Nejde teda o rozšírenú a obľúbenú formu liečby; schválená je vo Veľkej Británii a v Austrálii.

Známu a rozšírenou formou substitúcie testosterónu u mužov je intramuskulárna aplikácia, v porovnaní u žien sa užíva minimálna dávka. Hladina testosterónu v krvi dosahuje maximum niekoľko dní po injekčnej aplikácii a u pacientok sa vyskytuje neprimerane vysoký výskyt nežiaducich účinkov pri tejto forme aplikácie.

Ako najvhodnejšia forma substitúcie testosterónu u ženských pacientok sa javí transdermálna náplast s depotným uvoľňovaním hormónu. V literatúre sú limitované práce zaoberajúce sa dynamikou a kinetikou takto aplikovaného testosterónu u žien. Je to spôsobené pravdepodobne nutnosťou intenzívneho monitoringu hladín testosterónu a, naopak, nízkym počtom pacientok užívajúcich túto formu liečby. Jednou zo štúdií zameranej na pôsobenie transdermálnej testosterónovej substitúcie bola práca *Shifrena et al. 2006*, ktorá zahŕňala 549 postmenopauzálnych žien s orálnou estrogénovou liečbou kombinovanou s transdermálnou testosterónovou náplastou (300 µg). Záver práce poukázal na signifikantné zvýšenie kvantity aj kvality sexuálnych stykov v porovnaní s placebo ($p < 0.0001$). Laboratórna diagnostika však stanovila porovnateľné hladiny testosterónu s neliečenými ženami. K podobnému záveru dospeli aj práce *Braunstein et al. (2005)*, *Buster et al (2005)*, *Simon et al. (2005)*, ktoré boli 5-ročné paralelné dotazníkové štúdie. Pacientky užívali 300 µg náplaste, majorita pacientok užívala aj perorálny estrogén. Vyhodnotenie dotazníkov poukázalo na zvýšenie počtu sexuálnych stykov z 2 – 3 na 5x mesačne (aktívna látka), 4x mesačne (placebo).

Teda u pacientok s transdermálnou substitúciou dochádza k zmierneniu klinických príznakov, bez

objektívneho vzostupu hladiny sérového testosterónu.

Poslednou používanou formou substitúcie nízkej hladiny testosterónu je aj aplikácia vaginálneho gélu. Predbežné dáta ukazujú, že vaginálna aplikácia 1% testosterónového gélu za deň môže zmierniť bolesť pri pohlavnom styku. V literatúre sa nachádzajú aj práce týkajúce sa napr. žien s karcinómom prsníka, kde výsledky dokázali zlepšenie klinických prejavov bez zvýšenia hladiny cirkulujúceho testosterónu.

Najčastejšou obavou pacientok pri používaní substituenej androgénnej liečby je virilizácia. Medzi nežiaduce účinky patria:

- akné,
- zvýšenie ochlpenia najmä na koži a tvári,
- retencia tekutín, hepatopatia,
- zmeny lipidového profilu,
- riziko vzniku hlbokej venózneho trombozy.

V gravidite je substitučná liečba kontraindikovaná pre 100 %-ný transplacentárny prestup hormónu spôsobujúceho zmeny fetálneho genitálu.

Záver

Sexuálna dysfunkcia u ženy je ťažko kvantifikovateľná. Ide o poruchu multifaktoriálneho charakteru. Identifikácia pôvodu sexuálnej dysfunkcie ženy je komplikovaná. Významnú úlohu zohráva aj zníženie hladiny testosterónu v krvi.

Jedna z prvých prác poukazujúca na vzťah medzi zníženou sexualitou ženy a testosterónovou nedostatočnosťou bola uverejnená v roku 1959 (11). V literatúre pribúdajú práce potvrdzujúce významný výskyt nedostatku androgénov u premenopauzálnych a postmenopauzálnych žien. Napriek tomu je však zaradenie tejto klinickej jednotky do praxe veľmi pomalé. Bolo by vítané, keby sa zlepšilo povedomie o príznakoch, diferenciálno-diagnostických postupoch a vhodnej hormonálnej substitúcii, a tým sa predišlo nesprávnej diagnostike a zbytočnej či neindikovanej intervencii týchto pacientok.

Použitá literatúra

1. Bachmann GA, Bancroft J, Braunstein G et al. (2002) Female androgen insufficiency: The Princeton Consensus Statement on definition, classification and assessment. *Fertil Steril* 77, 665.
2. Braunstein G., Sundwall D.A., Katz M., Shifren J.L., Buster J.E., Simon J.A., et al. (2005) Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual disorder in surgically menopausal women: A randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 165: 1582–1589
3. Buckler HM, Robertson WR and Wu FCW (1998) Which Androgen Replacement Therapy for Women? *J Clin Endocrinol Metab* 83, 3920–3924.
4. Buster J.E., Kingsberg S.A., Aguirre O., Brown C., Breaux J.G., Buch A., et al. (2005) Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: A randomized trial. *Obstet Gynecol* 105: 944–952
5. Davis S, Humberstone A, Milne R and Evans A (2003)

- Measurement of serum total testosterone levels after administration of testosterone can underestimate the amount of testosterone that has been absorbed. Philadelphia, Proceedings of The Endocrine Society's 85th Annual Meeting
- Dennerstein L, Smith A and Morse Burger H (1994) Sexuality and the menopause. *J Psychosom Obstet Gynecol* 15, 56–59.
 - Labrie F, Luu-The V, Labrie C, Belanger A, Simard J, Lin SX and Pelletier G (2003) Role of androgens and DHEA in women. *Endocrine Rev* 24, 152–182.
 - Laughlin GA, Barrett-Connor E, Kritz-Silverstein D and Von Muhlen D (2000) Hysterectomy, oophorectomy, and endogenous sex hormone levels in older women: The Rancho Bernardo Study. *J Clin Endocrinol Metab* 85, 645–651.
 - Mazer NA (2002) Testosterone deficiency in women, etiologies, diagnosis and emerging treatments. In *J Fertil Women's Med* 47, 77–86.
 - Miller KK, Rosner W, Lee H, Hier J, Sesmilo G, Schoenfeld D, Neubauer G and Klibanski A (2004) Measurement of free testosterone in normal women and women with androgen deficiency: comparison of methods. *J Clin Endocrinol Metab* 89, 525–533.
 - Shifren JL, Braunstein G, Simon J, Casson P, Buster JE, Red Burki RE, Ginsburg ES, Rosen RC, Leiblum SR and Caramelli KE (2000) Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Eng J Med* 343, 682–688.
 - Simon J., Braunstein G., Nachtigall L., Utian W., Katz M., Miller S., et al. (2005) Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab* 90: 5226–5233
 - Tuiten A, Von Honk J, Koppeschaar H, Bernaards C, Thijssen J and Verbaten R (2000) Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry* 57, 149–153.

Kontakt: PhDr. Katarína Jandová, PhD.
katarina.jandova@gmail.com

Správa

4. pracovná schôdza Psychiatrického oddelenia FN Trnava

V priestoroch Relax Spa Center Trnava sa 15. marca 2016 konala v spolupráci so Slovenskou sexuologickou spoločnosťou SLS 4. pracovná schôdza Psychiatrického oddelenia FN Trnava. Cieľom podujatia bolo oboznámiť účastníkov s novými pohľadmi na problematiku sexuality z rôznych aspektov medicíny, psychológie, sociálnej a právnej oblasti či cirkvi. Aj napriek tomu, že podujatie malo mať pôvodne lokálny charakter, záujem vysoko presiahol hranice regiónu Trnavského kraja, čo potvrdil veľký záujem odborníkov o podujatie najmä z Nitrianskeho a Bratislavského kraja. Podujatia sa zúčastnilo viac ako 175 odborníkov, predovšetkým z radov zdravotníckych pracovníkov – lekárov, klinických psychológov či zdravotných sestier – z rôznych medicínskych odborov, najmä z odboru psychiatria, gynekológia, dermatovenerológia, urológia a všeobecné lekárstvo.

Pracovnú schôdzu otvorila primárka Psychiatrického oddelenia FN Trnava a zároveň podpredsedníčka Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS MUDr. Dana Šedivá. Program pôvodne tvorilo osem prednášok, avšak prvý prednášajúci doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., sa ospravedlnil a podujatia sa nezúčastnil z naliehavých pracovných dôvodov. MUDr. Michal Kliment, CSc, v prednáške *Zápas o sexuálne a reprodukčné zdravie* predstavil pútavú analýzu problému sexuality a reprodukčného zdravia z aspektu problémov súčasného sveta, ako sú migračná kríza, vojnové konflikty, náboženská intolerancia, negatívny postoj k inakosti, konflikt kultúr, terorizmus ap. MUDr. Dana Šedivá sa v prednáške *Ženské sexuálne dysfunkcie – konflikt tela a duše* zamerala na kategórie sexuálnych dysfunkcií z aspektu ženskej sexuality a poukázala tiež na nedostatky súčasných klasifikácií sexuálnych dysfunkcií. Upriamila pozornosť aj na formy ich terapie, pričom zdôraznila potrebu komplexnej liečby.

MUDr. Ivan Karbula v prednáške *Raritné sexuálne deviácie* vyzdvihol niektoré menej časté sexuálne deviácie, pričom podčiarkol potrebu vybudovania sexuologických oddelení a ambulancií, pretože liečba pacientov so sexuálnymi deviáciami na Slovensku nie je dostatočná. Doc. PhDr. Laura Janáčková, CSc., z Českej republiky predniesla zaujímavú analýzu a porovnanie partnerských vzťahov z historického aspektu i z aspektu súčasného ponímania v prednáške *Partnerské vzťahy v minulosti a dnes*, pričom poukázala aj na medzigeneračné rozdiely v očakávaniach pri výbere partnera. Už tradične zaujímavú prednášku ponúkol RNDr. Peter Minárik, PhD., na tému *Mozog a pornografia*, kde sa zamerával na mozgový systém odmeny a tzv. zrkadliace neuróny vo vzťahu k pornografii. MUDr. Zuzana Hupková v prednáške *Profil konzumenta pornografie z hľadiska frekvencie jej sledovania* poukázala na rôzne aspekty pornografie, pričom predstavila aj viaceré zistenia z dotazníkového prieskumu o používaní pornografie u takmer 450 účastníkov – mužov a žien. Autorka zdôraznila, že nie je jasné, či problémové sledovanie pornografie možno hodnotiť ako závislosť, poruchu impulzov, poruchu zo spektra OCD, alebo ako jeden z prejavov inej psychickej poruchy. Preto sa vynára potreba definovať problémové sledovanie pornografie, spoznať jej podstatu a na základe toho poskytnúť adekvátnu liečbu. Cyklus prednášok uzavrela PhDr. Katarína Jandová, PhD., prednáškou *Metro- a iní sexuáli ako novodobé mužské ideály*. Stručne zosumarizovala mediálne vytvorené novodobé mužské „archetypy“.

Podujatie pod gesciou Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS pripravila agentúra Kami v spolupráci s MUDr. Danou Šedivou, za čo im patrí veľká vďaka, pretože sa im podarilo zabezpečiť skutočne vysokú odbornú aj spoločenskú úroveň schôdze.

Vzhľadom na to, že odozva na pracovnú schôdzu je čoraz pozitívnejšia a má rastúci charakter, je vhodné pokračovať v podobných schôdzach aj v budúcnosti.

Katarína Jandová

Léčba erektilní dysfunkce pomocí fokusovaných rázových vln nízké intenzity za použití nové techniky Linear Shockwave Tissue Coverage (LSTC-ED®). Prospektivní, multicentrická, placebem kontrolovaná studie.

Igor Motil¹, Ivan Kubiš², Taťána Šrámková³

¹Urologické a andrologické centrum, Kuřim

²Urologické a andrologické centrum, Banská Bystrica

³Urologické oddělení a Sexuologická klinika, FN Brno

Súhrn

Rázové vlny nízké intenzity (LiSW) se díky své schopnosti angiogeneze ukázaly být účinnou možností léčby ED. Tato léčba je od r. 2013 považována, společně s inhibitory fosfodiesterázy 5 (PDE5-I), za metodu 1. volby dle guidelines EAU. Cílem této studie bylo prokázat účinnost nové, patentované, terapeutické techniky lineární aplikace nízkoenergetické rázové vlny- Linear Shockwave Tissue Coverage (LSTC-ED®). Celkem 75 pacientů bylo léčeno pomocí přístroje Piezowave² (Richard Wolf GmbH) a rázová vlna byla aplikována metodou LSTC-ED®. Erektální funkce pacientů byla hodnocena za použití modifikovaného lépe validizovaného dotazníku International Index of Erectile Function, IIEF-5 na počátku léčby a 1 měsíc po ukončení. Pacienti byli dále požádáni k vyplnění našeho vlastního dotazníku spokojenosti s léčbou (Treatment Satisfaction Questionnaire - TSQ). Byla také hodnocena placebo skupina 10 pacientů a byly porovnány výsledky obou skupin. Průměrné IIEF-5 skóre pacientů se zvýšilo ze 14,4 při počátečním vyšetření na 18,6 měsíc po léčbě. Podle IIEF-5, byla léčba úspěšná v 81,33% pacientů (61/75). Podle TSQ dotazníku byla léčba úspěšná (odpověď 1-3) u 77,3% pacientů (58/75). V placebo skupině 10-ti pacientů jen 1 pacient vykázal zlepšení na základě IIEF-5 skóre a u 2 bylo pozorováno zlepšení na základě jejich odpovědí na TSQ. Nepozorovali jsme žádné významné nežádoucí účinky v průběhu léčby nebo v období následného sledování. Přístroj Piezowave² a nová technika LSTC-ED® se ukázaly jako vhodné, bezpečné a účinné k léčbě erektilní dysfunkce nízkoenergetickou rázovou vlnou.

Klíčové slová: Piezowave², LSTC-ED®, erektilní dysfunkce, rázové vlny nízké intenzity.

Summary

Low intensity shockwave (LiSW) treatment is known to improve revascularization. The method has been evaluated and is used to treat vasculogenic erectile dysfunction (ED). The present study aimed to demonstrate the efficacy of a linear focused piezoelectric shockwave device (Richard Wolf/ELvation Piezowave²) to treat patients with vasculogenic ED using a novel linear shockwave tissue coverage LSTC-ED® technique. A total of 75 patients were treated using the Piezowave² device and the LSTC-ED® technique. Patients' erectile function was evaluated using the modified IIEF-5 (International Index of Erectile Function) scale at the beginning of treatment and at 1 month post treatment; patients were additionally questioned using our own Treatment Satisfaction Questionnaire (TSQ). The study also included a group of 10 patients treated by placebo; the outcomes of both groups were compared. The average IIEF-5 score of patients in the treatment group increased from 14.4 at baseline to 18.6 at 1 month post treatment. According to the IIEF-5 scale, treatment was successful in 81.33% of patients (61/75). According to the Treatment Satisfaction Questionnaire (answers 1 to 3 of the TSQ), treatment was successful in 77.3% of patients (58/75). In the placebo group of 10 patients only 1 patients showed an improvement based on IIEF score, and 2 reported an improvement based on their answers to the TSQ. No significant adverse effects were observed during treatment or in the follow-up period. The Piezowave² device and the LSTC-ED® technique proved to be suitable and effective to treat erectile dysfunction.

Keywords: Piezowave², LSTC-ED®, erectile dysfunction, extracorporeal shockwaves, low intensity shockwave therapy patch, testosterone gel.

Úvod

Erektilní dysfunkce (ED) je definována jako neschopnost dosáhnout nebo udržet erekci dostatečnou pro pohlavní styk. Cévní onemocnění, jako je diabetes mellitus nebo aterosklerotické vaskulární okluzivní onemocnění, jsou přítomny až u 60% pacientů s ED. Současné způsoby léčby vaskulogenní ED mají za cíl eliminaci příznaků, ale neodstraňují příčinu ED, která je ve většině případů důsledkem endoteliální dysfunkce a/nebo aterosklerózy. Bylo prokázáno, že nízkenergetické rázové vlny mohou stimulovat angiogenezi při léčbě ischemické choroby srdeční [1]. Použití rázových vln k léčbě ED bylo také opakovaně hodnoceno [2, 3] za použití modifikovaného přístroje určeného k léčbě ortopedických onemocnění [4]. Naše studie se zaměřila na zhodnocení bezpečnosti a účinnosti přístroje Piezowave² od německého výrobce Richard Wolf GmbH, a zhodnocení nově vyvinuté, patentované léčebné techniky

Linear Shockwave Tissue Coverage - LSTC-ED[®], která garantuje komplexní pokrytí cílového orgánu rázovou vlnou.

Pacienti a metoda

Studie byla prospektivní, multicentrická, placebem kontrolovaná. Skládala se ze screeningové fáze, fáze léčby a sledování 1 měsíc po léčbě. Ve screeningové fázi bylo provedeno andrologické vyšetření. K léčbě byli vybráni heterosexuální muži ve věku 36 až 71 let trpící vaskulární ED po dobu nejméně 6 měsíců, s indexem IIEF-5 mezi 7 - 21, s alespoň parciální odpovědí na léčbu PDE5-I a ve stabilním partnerském vztahu nejméně 6 měsíců. Vylučovací kritérií byly hormonální, neurologické nebo psychické onemocnění, stav po radikální prostatektomii, poranění míchy, abnormality penisu, klinicky významná chronická hematologická onemocnění, léčba antiandrogeny, onkologická léčba v posledních pěti letech anebo radioterapie pánevní oblasti. Všichni pacienti používali PDE5-I 4 týdny před zahájením léčby a v průběhu léčby. Všichni také vyplnili vstupní hodnotící dotazník, který se skládal z 5 otázek modifikovaného IIEF-5 a po léčbě náš vlastní dotazník TSQ (4 otázky). Oba dotazníky byly také použity pro vyhodnocení léčby jeden měsíc po jejím ukončení. IIEF-5 se používá ke stanovení tíže ED a ke sledování efektu léčby. Skládá se z 5 otázek týkajících se erektilní funkce. Stupnice IIEF-5 se pohybuje v rozmezí od 1-25 bodů, za určitý stupeň ED je považováno skóre pod 21 bodů. Náš vlastní TSQ Dotazník zahrnoval 4 otázky. Léčba probíhala ve čtyřech sezeních vždy jednou týdně a rázová vlna byla aplikována metodou LSTC-ED[®]. Tato léčebná technika byla vyvinuta na našem pracovišti na základě našich zkušeností s vhodnými přístroji k léčbě LiSW V každém sezení bylo aplikováno 4000 rázů o energii 0,16 mJ / mm². Hloubka penetrace fokusu rázové vlny byla nastavena na 10-15 mm. Rázy byly aplikovány na corpora cavernosa (2000) a crura penis (2000).

Oblasti ošetření byly stejné v každém sezení tak, že na konci celé léčby byl celkový počet aplikovaných šoků 16000. Každé sezení trvalo 8,3 minuty, a celková doba léčení byla 33 minut, s celkovou aplikovanou energií 2560 mJ / mm² v jednom sezení. Pacienti v placebové skupině měli stejný léčebný režim, nicméně, přístroj byl po celou dobu léčby vypnut a typický zvuk rázové vlny byl přehráván z reproduktorů MP3 přehrávače. Na léčbu navazovalo vyšetření 1 měsíc po léčbě. Hlavním kritériem úspěchu byl definován nárůst IIEF-5 skóre z výchozího stavu podle : Rosen RC, Allen KR, Ni X, Araujo AB, Minimální klinicky významné rozdíly v Mezinárodním indexu erektilní funkce, European Urology, 2011 Nov; 60 (5) 1010-6 : Při iniciálním skóre 5 až 8 bylo za faktor úspěšnosti považováno zlepšení o 7 bodů nebo více, při iniciálním skóre mezi 9-14 to bylo zlepšení o 5 bodů nebo více a při iniciálním skóre 15-21 bylo nutné zlepšení o 2 body a více.

Použitý přístroj

Přístroj Piezowave² (Richard Wolf GmbH a Elvation Medical GmbH) se liší od jiných podobných zařízení v tom, že používá poslední generaci tvorby rázové vlny (piezoelektrické místo elektrohydraulického nebo

elektromagnetického principu). Zdroj rázové vlny má tvar úsečky (lineární aplikace na rozdíl od staršího fokálního principu) o délce 46mm a šířce 4mm s možností nastavení hloubky průniku do cílového orgánu od 0-20mm. Rázy jsou tvořeny s maximální frekvencí až 8 Hz, což má za následek nejkratší dobu léčby v porovnání se všemi ostatními přístroji. Tyto vlastnosti v kombinaci s LSTC-ED[®] metodou (plynulý pohyb lineární sondy podélně po dorzální straně penisu od kořene ke glandu a zpět a nad crura penis) garantují aplikaci dostatečného množství energie na celou plochu topořivých těles ve velmi krátké době.

Výsledky

Byla vyhodnocena léčba celkem 75 mužů středního věku (průměrný věk: 56,5 let, rozpětí: 36-71 let s vaskulogenní ED. 71% pacientů trpělo komorbiditami jako je diabetes (18%), hypertenze (36%), dyslipidémie (21%), nebo ICHS . V souladu s výsledky získanými na základě dotazníků IIEF-5, byla léčba úspěšná u 81.33% pacientů (61/75).

Náš vlastní TSQ Dotazník se skládal ze 4 otázek:

Q1. Jsem s efektem léčby : 1) velmi spokojen 2) spíše spokojen 3) spokojen 4) spíše nespokojen 5), nespokojen

Q2. Léčba byla: 1) nebolestivá 2) mírně nepříjemná 3) neutrální 4) spíše nepříjemná 5) nepříjemná

Q3. Můj sexuální život po léčbě je: 1) mnohem lepší 2) podstatně se zlepšil 3) lepší 4) minimálně zlepšen 5) vůbec nezlepšen

Q4. Tuto léčbu bych ostatním: 1) rozhodně doporučil 2) pravděpodobně doporučil 3) doporučil 4) spíše nedoporučil 5) určitě nedoporučil

Na základě odpovědí na tyto 4 otázky 58 ze 75 pacientů (77,3%), bylo s léčbou spokojeno (odpověď

1-3). Žádný pacient nehlásil významnou bolest v průběhu léčby, a 82% pacientů uvedlo, že by tuto léčbu doporučilo ostatním.

V kontrolní skupině deseti pacientů léčených placebem pouze 1 pacient vykazoval zlepšení IIEF-5 skóre, na základě TSQ dotazníku pouze 2 pacienti udávali spokojenost po léčbě (odpověď 1-3).

Diskuze

Vzhledem k tomu, že úspěšnost léčby u pacientů s dalšími komorbiditami a počátečním IIEF-5 skóre mezi 6-8 body je jen kolem 20%, zdá se být klíčovým faktorem výběr vhodných pacientů k léčbě. Jinou možností je použití „léčby na míru“. V současné době pracujeme na našem pracovišti s prvním unikátním algoritmem, který jsme vyvinuli a který nám umožňuje přizpůsobit léčbu každému pacientovi. Celkový počet aplikovaných rázů tak bere v úvahu faktory, které mohou mít zásadní vliv na výsledek léčby (např. stupeň erektilní dysfunkce, hladina cukru a lipidů v krvi, kouření, BMI atd.) Domníváme se, že tento přístup dále zvýší účinnost léčby zejména u pacientů, u kterých aplikovaná léčebná dávka nebyla dostačující.

Úkolem do budoucna tedy bude zejména vyhodnotit efekt této „léčby na míru“ aplikované na základě nového algoritmu.

Podle nás je nutné ubírat se v budoucnu jednoznačně touto cestou – směrem k individualizaci léčebné dávky.

Vzhledem k relativně krátké historii této léčby ED (od 2010) bude také potřeba se v dalších letech zaměřit na zkoumání bezpečnosti léčby z dlouhodobého hlediska a také možnosti eventuálně opakovaných aplikací rázové vlny. Pacienti budou sledováni dále po 3 a 6 měsících, následně po jednou a dvou letech. Očekáváme, že IIEF-5 skóre se dále zvýší 3-6 měsíců po léčbě, jak tomu bylo v podobných již provedených studiích. Pokud jde o dlouhodobý efekt této léčby (posouzení v horizontu 2-5 let a více), bude nutné

provést další studie s tímto zaměřením.

Závěr

Výsledky této studie ukazují, že Piezowave² a metoda LSTC-ED[®] jsou účinné při léčbě mírné až středně závažné ED pomocí fokusované rázové vlny nízké intenzity. K objektivnímu zhodnocení a dalšímu zdokonalení léčby bude bezpodmínečně nutná koordinace více center a vzájemné sjednocení parametrů léčby (různé přístroje, různé techniky, různé dávky energie) v rámci dalších provedených multicentrických studií.

Reference

1. K. Ito, Y. Fukumoto, H. Shimokawa, Extracorporeal shock wave therapy as a new and non-invasive angiogenic strategy, *Tohoku J. Exp. Med.*, 2009, 219, 1-9.
2. Vardi Y, Appel B, Jacob G, Massarwi O, Gruenwald I, Can low-intensity extracorporeal shockwave therapy improve erectile function? A 6-month follow-up pilot study in patients with organic erectile dysfunction, *Eur Urol.* 2010 Aug; 58(2):243-8.
3. Vardi Y, Appel B, Kilchevsky A, Gruenwald I, Does low intensity extracorporeal shock wave therapy have a physiological effect on erectile function? Short-term results of a randomized, double-blind, sham controlled study, *J Urol.* 2012 May; 187(5):1769-75.
4. <http://www.medispec.com/ed/ED1000%20brochure-sm.pdf>
5. Rosen RC, Allen KR, Ni X, Araujo AB, Minimal clinically important differences in the erectile function domain of the International Index of Erectile Function scale, *European Urology*, 2011 Nov;60(5):1010-6

Kontakt: MUDr. Igor Motil
igmo@ajem.cz

Správy

CENA JOSEFA HYNIEHO ZA PRÁCE, PUBLIKOVANÉ V ROCE 2015

Na 28. Bohnických sexuologických dnech v únoru 2016 byla vyhlášena tradiční cena Josefa Hynieho, kterou každoročně uděluje výbor Sexuologické společnosti ČLS. Výbor z prací, které byly publikovány v roce 2015, vybral dvě publikace, jejichž autoři se o cenu rozdělili. Prvou je monografie Taťány Šrámkové „Sexuologie pro zdravotníky“, další pak monografie Ludka Daneše „Opožděná ejakulace“. Obě knížky vydalo pražské nakladatelství Grada. Cenu jako každoročně opět dotovala firma PFIZER.

23. CONGRESS OF THE WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH

Pořádá:	World Association for Sexual Health (WAS)
Spolupořádá:	Sexuologická společnost ČLS JEP
Místo konání:	Praha, Clarion Congress Hotel Prague
Datum konání:	28. - 31. 5. 2017
Prezident WAS:	Kevan Wylie
Prezident kongresu:	Petr Weiss
Webové stránky:	www.was2017.org/
Sekretariát:	was2017.secretariat@guarant.cz

18th Congress of the European Society for Sexual Medicine, 4. – 6. február 2016, Madrid, Španielsko

18. kongres Európskej spoločnosti pre sexuológiu (*European Society for Sexual Medicine, ESSM*) sa konal 4. – 6. februára 2016 v Madride. ESSM spája sexuológov z odborov urológie, gynekológie, psychiatrie, endokrinológie a psychológie nielen z celej Európy, ale z celého sveta. Prednášky prebiehali paralelne v štyroch prednáškových sálach. Program bol bohatý nielen čo sa týka prednášok, ale zaujali aj tzv. *master lectures, workshops, posters* a priame prenosy z operačných sál, kde prebiehali najmä urologické operácie.

Pred konferenciou sa každoročne koná predskúškový kurz a následne európska skúška zo sexuológie. Kým predskúškový kurz je len jeden, skúšky sú dve rôzne. Možno sa prihlásiť na ECPS skúšku (*EFSSM Certified Psycho-Sexologists*), ktorá sa koná každý rok. Prvýkrát sa konala v januári 2014 a určená je najmä pre psychologov, psychiatrov alebo lekárov s doplneným tréningom v psychoterapii, ktorí absolvovali dvojročnú postgraduálnu prípravu v sexuológii (certifikáty, odporúčenie od supervízora).

Viac sa dozviete na stránke www.essm.org/education/certifications/efs-essm-certified-psycho-sexologist-ecps/.

Vykonaním skúšky organizovanej ESSM a MJSCM (*The Multidisciplinary Committee for Sexual Medicine*), ktorá je pre doktorov (v už spomínaných oblastiach medicíny, a dokonca aj pre všeobecných lekárov samostatne pracujúcich viac ako 5 rokov), získate certifikát *Fellow of the European Committee of Sexual Medicine (FECSM)*. Viac na <http://www.mjscm.org/>. Táto skúška sa od roku 2012 koná raz za dva roky.

Pozor! ESSM nerozoznáva samostatne gynekologickú, urologickú, psychiatrickú alebo psychologickú sexuológiu, ide o všeobecnú sexuológiu a absolvent musí preukázať znalosti zo všetkých menovaných odvetví. V oboch prípadoch sú to certifikáty, že absolvent je skúsený a má znalosti z oblasti sexuológie na európskej úrovni. Ide o skúšku pre atestovaných lekárov v odbore sexuológia (t. j. na Slovensku atestovaný lekár so subšpecializáciou sexuológia), ktorí si chcú zlepšiť svoj životopis, otestovať svoje poznatky alebo poukázať na svoje neustále vzdelávanie sa v odbore z vlastnej iniciatívy. Podobné skúšky sa konajú aj v odboroch, ktoré sú pod záštitou UEMS (*Union Européenne Médecins Spécialistes*), napr.: v gynekológii a pôrodníctve, psychiatrii alebo v anesteziológii a v intenzívnej medicíne. Viac nájdete na stránke www.essm.org.

Kongresu som sa zúčastnila ako členka rezidentskej sekcie ESSM a zastupovala som ENTOG – *The European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology*. Rezidentská časť ESSM bola založená minulý rok a momentálne išlo o naše druhé stretnutie. Túto sekciu ESSM vedie Dr. Mikkel Fode z Dánska. Sekcia spája atestantov z gynekológie a pôrodníctva (ENTOG), urológie (ESRU – *The European Society of Residents in Urology*), psychiatrie (EFPT – *European Federation of Psychiatric*

trainees) a endokrinológie (EYES – *European Young endocrine scientists*), ktorí sa venujú najmä problematike sexuológie. Náplňou rezidentskej sekcie ESSM bola prezentácia jednotlivých interdisciplinárnych prípadov. Prezentovala som gynekologický prípad, na ktorom pracoval kolega Dr. Ziga Jan zo Slovinska (*Risk reducing surgery & sexual dysfunction*) poukazujúci na zvýšené riziko sexuálnej dysfunkcie u pacientok po profylaktických operáciách (profylaktická bilaterálna mastektómia a bilaterálna salpingoophorektómia) znižujúcich riziko rakoviny prsníka a ovárií pri mutácii BRCA1 a 2 génu. Vzhľadom na efektívnosť týchto preventívnych operácií v znižovaní rizika vzniku karcinómu prsníka a ovária ich odporúčanie odbornou verejnosťou a v neposlednom rade aj ich spopularizovanie (kauza Angelina Jolie) možno predpokladať nárast pacientok, ktoré sa ich budú dožadovať. Tieto preventívne operácie dostanú ženu predčasne do obdobia menopauzy; hypoestrogénny stav vznikne náhle, a preto treba myslieť jednak na klimakterické ťažkosti, riziko osteoporózy a kardiovaskulárnych ochorení, jednak na sexuálne zdravie a život ženy po týchto operáciách, a to napriek hormonálnej substitučnej liečbe. Je nutné venovať čas týmto pacientkám, oboznámiť ich s týmito možnými vedľajšími účinkami a okrem medikamentov zväziť aj niektoré metódy behaviorálnej terapie a psychoterapie. Po prednáškach k urologickým, endokrinologickým a psychiatrickým interdisciplinárnym prípadom prezentovala na záver sekcie Dr. Mariana Pinto da Costa (Portugalsko) výsledky nášho celoeurópskeho prieskumu o výučbe sexuológie v jednotlivých odboroch. Výučba sexuológie v jednotlivých atestačných programoch je na rôznej úrovni. Najmä atestanti v odbore gynekológia a pôrodníctvo najčastejšie uviedli absenciu teoretickej aj praktickej výučby sexuológie počas prípravy a najviac sa dožadovali zlepšenia výučby sexuológie. Jednotlivé výsledky ešte ďalej celkovo spracúvame aj pre jednotlivé odbory a publikujeme.

Odborný program prebiehal paralelne v štyroch sekciách. Vysokú odbornú úroveň garantovala aktívna účasť profesorov z celého sveta. Zúčastnila som sa najmä sekcií venujúcim sa sexuológii v gynekológii a pôrodníctve, z ktorých vám ponúkam tie najzaujímavejšie poznatky.

Zaujímavé boli prednášky v sekcii *How to take the pain out of sex*, kde v popredí stála najmä komunikácia medzi partnermi. Súčasťou sexuálneho uspokojenia je aj spokojnosť vo vzťahu. Diskutovalo sa aj o význame jednotlivých sexuálnych stimulov a o ich vnímaní s vekom. Tretikrát píšem o tom čo sme zažili na „alternatívnej“ škole. Tentokrát, ako to vyzerať, keď sa deti radi učia. Ako príklad Dr. Borg Charmaine (Oddelenie klinickej psychológie a experimentálnej psychoterapie, Univerzita v Groningene) uviedla bozk, čo deťom nie je príjemné; u adolescentov sa už prežívanie odlišuje podľa typu bozku a u dospelých ide o príjemný stimul. V poslednej prednáške tejto časti sa rozoberal aj problém chronickej panvovej bolesti u žien a následnej sexuálnej dysfunkcie a bolesti pri

pohlavnom styku. Chronická panvová bolesť sa dáva do súvisu s iritabilným črevom, iritabilným a bolestivým močovým mechúrom a vulvodyniou. Dr. Ellen T. M. Laan (sexuológ, psychosomatický gynekológ) nazvala panvové dno „emočným orgánom“ a na tzv. „*overactive pelvic floor*“ odporučil skôr relaxačné cvičenia, ako napr. Kiegllove cviky na spevnenie panvového dna.

V nasledujúcej master lectures Dr. Christian Graugaard (profesor psychológie) z Dánska prezentoval najmä význam sexuálnej výchovy a sexuálneho zdravia u ľudí. Za predpoklad zdravej sexuality pokladá vedomosti, zručnosti a tzv. „*sex positive circumstances*“. Vyzdvihol najmä učenie o sexualite spôsobom primeraným veku detí.

Veľmi zaujímavou bola najmä séria prednášok venujúca sa sexualite a koncepcii po gynekologických malignitách. Opäť sa diskutovalo na tému preventívnych operácií u nosičiek mutácie génu BRCA 1 a 2 a sexuality žien po karcinóme prsníka, pretože čoraz častejšie sa vyskytuje u mladších žien v reprodukčnom veku. Prežívanie je v súčasnosti na vysokej úrovni, avšak treba sa zaujímať aj o kvalitu života po vyliečení. Problémom stále ostáva zmena sebahodnotenia ženy, bolesť vychádzajúca zo zmien následkom operačných zákrokov a dôsledkov chemoterapie. V ďalších prednáškach bol komunikovaný význam ponúknutia možnosti zachovania fertility ženy pri diagnostike gynekologického onkologického procesu vo forme zamrzenia oocytov alebo ovariálneho tkaniva. Dr. Isabel White (psychoterapeutka) z Veľkej Británie prezentovala možnosť sexuálnej rehabilitácie u žien po gynekologických malignitách. U žien s chronickým ochorením vzniká negatívny sexuálny kruh, ktorý je nutné preťať. Využíva najmä psychosexuálnu terapiu, lubrikanty, zvlhčovačlá, vaginálne dilatátory a vibrátory, ako aj hormonálnu systémovú alebo lokálnu liečbu.

V prvý deň kongresu bola posledná prednáška veľmi tematická – venovaná erotickému umeniu v The Prado galérii v Madride.

Workshopy, ktoré som absolvovala počas kongresu, sa sústreďovali na hyperprolaktinémiu, menopauzu a infertilitu, resp. sterilitu, a na ich vplyv na sexuálny život a zdravie. Počas workshopu o menopauze sa hovorilo aj o prenesenom vplyve na mužské pohlavie a veľmi komunikovaný bol aj účinok hormonálnej substitučnej liečby u žien. Odporúčala sa najmä lokálna estrogénová liečba a zlepšenie vaginálneho dyskomfortu. Veľmi búrlivá bola debata o sexuálnej dysfunkcii pri infertilitate/sterilite a jej liečbe. Opätovne sa zvýraznil fakt, že sexualita je forma komunikácie medzi partnermi. Kým u mužov pohlavný styk bez myslenia na problémy s otehotnením partnerky vedie k potešeniu, u mužov s poruchami fertility vedie k úzkosti. Taktiež u žien v dôsledku neschopnosti počať „trpiť“ sexualita a najčastejšie dochádza k poklesu záujmu o sex a sexuálnej túžby. K tomuto dochádza človek pre prirodzený reflex chrániť sa pred sklamaním, pocitmi vlastnej neschopnosti. Ak je príčinou infertility len mužský faktor, vedie to u mužov k výraznejším

depresívnym stavom a sexuálnym dysfunkciami. Ako sme už spomenuli, sexualita je forma komunikácie a veľa párov po vyriešení infertility/sterility a konečnom splodení potomka zabudne na túto formu komunikácie a tým aj partnerský vzťah začína kolabovať. Preto sa počas workshopu opakovane prízvukovala nutnosť nielen komunikácie o dávkovaní liekov, harmonogramu odberov a embryotransferov, ale hlavne nutnosť viesť rozhovor aj na tému zdravej sexuality páru. Upozorniť pár, komunikovať a edukovať partnerov o tom, že pohlavný styk nemá byť zameraný len na splodenie potomka, ale najmä na ich potešenie.

Zaujímavým blokom prednášok bol blok pod názvom *Where does normal stop and perverse start?* Prvá prednáška Dr. Paula Enzlina (klinická sexuologička) z Belgicka sa venovala asexualite a jej odlišnosti od hypoaktívnej sexuálnej túžby. Asexualitu zadefinovala ako štvrtú formu sexuálnej orientácie: heterosexuality, bisexualita, homosexualita a asexualita. Týmto osobám pohlavný styk nepomáha k tomu, aby si s partnerom boli bližší, ale robia to preto, aby partner bol spokojný. Môžu dosiahnuť orgazmus, udávajú nízku sexuálnu túžbu, nepociťujú sexuálne uspokojenie a masturbujú, pretože to považujú za fyziologickú potrebu. Profesor Petr Weiss (klinický psychológ, psychoterapeut, sexuológ) z Českej republiky predniesol veľmi zábavnú prednášku o rôznych fíliách. Dr. Tillmann Krüger (pôvodne psychiater) sa vo svojej prednáške venoval možným príčinám vzniku pedofílie – predpokladal formovanie prostredím, sexuálne zneužívanie, poruchu vývoja neurologického systému. Štúdie tiež poukazujú, že pedofili začínajú skôr masturbovať.

Medzi poslednými prednáškami, ktoré som na kongrese absolvovala, bola *master lecture* o mužskej antikoncepcii. Na začiatku sa prezentovali silikónové origami kondómy, ktoré sú údajne praktickejšie a ľahšie nasaditeľné. Následne sa diskutovalo o pretestikulárnej forme antikoncepcie vo forme testosterónu alebo testosterónu v kombinácii s inými molekulami (DMPA, NET). Po približne 24 mesiacoch došlo k oligospermii u všetkých užívateľov a do 16 týždňov užívania sa vyskytli 4 tehotenstvá. Okrem neskorého nástupu účinku je ďalším účinkom priberanie na váhu a akné. Približne 5% populácie sú non-responderi. Postestikulárna forma antikoncepcie využíva inhibitor ALDH1A2, ide o tzv. BDAD – bisdichloroacetyldiaminázu. Výsledkom je zníženie motility spermií, nevýhodou je opäť neskorý nástup kontracepčného účinku.

V posterovej sekcii bolo spracovaných tiež veľa zaujímavých štúdií a tzv. *case report-ov*. Zaujali ma najmä práce o psychologických zmenách u žien po plánovaných hysterektómiách z pracoviska v Lotyšsku; kolegovia z Čiech prezentovali štúdie: *Seeking for sexual normality: sexual activities across czech population* a *Female sexual response to erotic texts is associated with attitudes towards sexuality*.

Kongres ESSM bol naozaj na vysokej úrovni, počas neho sa udelili aj nové granty na nasledujúci rok (jeden z nich získal aj profesor Petr Weiss z Českej republiky), tiež ocenenia za najlepšie prednášky a posteru.

Sexuológia je výrazne interdisciplinárnym odborom, a preto má svoj jednoznačný význam v medicíne. Na Slovensku je potrebné ďalej rozvíjať sexuológiu nielen medzi odborníkmi (sexuológia ako súčasť niektorých predatestačných kurzov), ale aj medzi laickou verejnosťou (sexuálna výučba na školách)

a nevyhnutnosť otvorené rozprávanie sa o problémoch v tejto oblasti.

Kontakt:

MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.
I.gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB
a.kristufkova@gmail.com

XI. Lábadýho sexuologické dni

V hoteli Holiday Inn v Trnave sa 1. – 3. októbra 2015 konali XI. Lábadýho sexuologické dni. Organizátormi konferencie bola Slovenská sexuologická spoločnosť SLS, Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť SLS, Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS a Slovenská urologická spoločnosť SLS. Hlavnou témou konferencie boli *Prieniky sexuológie*, čo podčiarklo interdisciplinárne zameranie podujatia. Súčasťou podujatia bola historicky prvýkrát aj sesterská sekcia, ktorá prebiehala paralelne s lekárskou.

Konferenciu otvorila prezidentka konferencie a zároveň podpredsedníčka Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS MUDr. Dana Šedivá. Na otvorení konferencie sa svojím príspevkom zúčastnil aj vtedajší štátny tajomník Ministerstva zdravotníctva SR MUDr. Mário Mikloši, PhD., riaditeľ FN Trnava Ing. Martin Neštický a predseda Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS MUDr. Igor Bartl. Štátny tajomník MZ SR tiež oznámil, že MZ SR schválilo založenie a vytvorenie Sexuologického centra vo FN Trnava, prvého centra svojho druhu v SR, ktorému poskytlo aj finančnú dotáciu.

Program konferencie prebiehal v dvoch paralelných sekciách – v sekcii lekárov (A) a v sekcii sestier (B). Sekcia lekárov zahŕňala v priebehu dvoch dní 10 po sebe idúcich blokov.

V prvý deň konferencie (piatok 2.10. 2015) v I. bloku odznelo 5 prednášok pozvaných hostí k hlavnej téme konferencie *Prieniky sexuológie*, zdôrazňujúc tak interdisciplinárny charakter sexuológie ako odboru. V spoločnom príspevku slovenských a českých odborníkov v odbore sexuológia poukázal Dr. Máthé, prof. Weiss a doc. Zvěřina na to, že aktuálny poznatkový systém odboru sexuológia je výslednicou určitých prienikov poznatkov zo širokého spektra vedných disciplín, ktoré vytvárajú rôzne „sexuológie“ – urologickú a andrologickú, gynekologickú, psychiatrickú, psychologickú a iné. Autori predniesli pohľad na priemet týchto prienikov sexuológie nielen na sexuologickú prax, ale aj na pre- a postgraduálne vzdelávanie v sexuológii s predpokladom spoločného základu pre všetky zainteresované odbory. Poukázali tiež na to, že ďalší rozvoj odboru sexuológia si vyžaduje aj koordinovaný výskum, s akcentom na jej bio-psycho-sociálne aspekty. Doc. Zvěřina v príspevku *Výsledky terapeutické kastrácie u parafilných sexuálnych delikventů* poukázal na vysokú efektivitu tejto terapeutickéj metódy v zmysle podstatnej redukcie špecifickej recidívy sexuálneho deliktu, pričom za jej hlavnú prednosť v porovnaní s medikamentóznou terapiou sa považuje jej dlhodobá účinnosť a nezávislosť od pravidelnej aplikácie medikamentov. Prof. Weiss sa v prednáške

Sexuální revoluce 20. století zaoberal najväčšími zmenami sexuálneho správania ľudí z rôznych aspektov. Dr. Uzel sa zamerl na sporné a diskutabilné prípady sexuálneho násillia a prof. Žourková predniesla spomienku na prof. Bouchala a jeho humor v sexuológii.

II. prednáškový blok bol venovaný psychiatrickej sexuológii, kde odznelo 6 prednášok odborníkov z odborov psychiatria a psychológia. Doc. Pečeňák sa zamerl na „gender“ terminológiu v DSM-5, Dr. Šedivá referovala o odraze evolučnej sexuológie v printových médiách a Dr. Trokanová upriamila pozornosť na sexuálne poruchy a úchyľky prezentované vo filmovom umení. Dr. Lukáčová z Prahy rozoberala tému bisexuality z aspektu právd a mýtov a Dr. Jandová sa zamerlala na tzv. Couvade syndróm ako syndróm „solidárne tehotného muža“. Autori Mgr. Bernátová, Dr. Caisová a Dr. Korpáš prezentovali skúsenosti z ambulantnej terapeutickéj skupiny pacientov s nariadenou ochrannou ambulantnou sexuologickou liečbou.

III. blok predstavovalo satelitné sympóziu podporené z edukačného grantu spoločnosti Berlin Chemie – Menarini, kde odzneli 2 prednášky zamerané na pokroky v liečbe predčasnej ejakulácie a erektilnej dysfunkcie, ktoré predniesli autori Dr. Caisová a Dr. Hrivňák.

IV. blok sa venoval liečbe erektilnej dysfunkcie rázovými vlnami ako vysokoefektívnej metódy najmä vaskulogénnej ED. K téme odzneli 3 príspevky autorov Dr. Motila a Dr. Šrámkovej z Brna, Dr. Gerbela z Trnavy a kolektívu autorov zo SR a ČR Dr. Kubiša, Dr. Motila a doc. Šrámkovej.

V. blok predstavovala gynekologická sexuológia. Tu sa doc. Záhumenský zamerl na otázky vplyvu tehotenstva a pôrodu na sexualitu ženy, kolektív autorov Dr. Ondačková, Dr. Cupaník, Dr. Marcišová a Dr. Mareš rozoberali okolnosti rutínnej epiziotómie pri pôrode, Dr. Petrovičová poukázala na nekontraceptívne benefity hormonálnej antikoncepcie a Dr. Šteflová z ČR sa zamerlala na problematiku ženskej sexuality z aspektu historických osobností a výtvarného umenia veľkých majstrov.

VI. blok bol venovaný somaticky podmieneným sexuálnym dysfunkciám. V bloku odznelo 5 prednášok. Kolektív autorov z ČR Dr. Jarabák, Dr. Zachoval a Dr. Burgelová predniesli príspevok venovaný erektilnej dysfunkcii a problémom s fertilitou u mužov liečených na chronické renálne zlyhanie. Dr. Šrámková z ČR sa vo svojej prednáške zamerlala na sexuologicko-andrologické konzekvencie lézií miechy a v ďalšej prednáške sa zamerlala na otázky dennej liečby erektilnej dysfunkcie tadalafilem. Dr. Urban rozoberal sexuálnu aktivitu z aspektu kardiológa a Dr. Jackuliak predniesol

príspevok o erektilnej dysfunkcii ako komplikácii diabetes mellitus.

Paralelne s lekárskou sekciou prebiehala aj prednášková sekcia sestier, kde odznelo 20 prednášok rozdelených do siedmich blokov. V I. bloku prednášal hosť MUDr. Radim Uzel, CSc., o prevencii sexuálneho obťažovania na pracovisku. II. blok sa týkal prienikov sexuológie a z aspektu stredného zdravotného personálu. Prednášalo sa o otázkach sexuality onkologických pacientov, o sexuálnom správaní a jeho vzťahu k rakovine krčka maternice a rozoberali sa otázky manažmentu pacienta v sexuologickej ambulancii. III. blok bol zameraný na sexuálne dysfunkcie z hľadiska ženských aj mužských sexuálnych dysfunkcií, a tiež z hľadiska vplyvu psychofarmák na sexuálne funkcie. IV. blok sa týkal sexuálnych deviácií a sexuálnej kriminality. V. a VI. blok sa zaoberali poruchami sexuálneho správania pri duševných poruchách, kde sa diskutovalo o vplyve závislosti od alkoholu na sexualitu, o poruchách sexuality pri mentálnej retardácii, o popôrodnej psychóze či o promiskuitnom správaní pri duševných poruchách. Rozoberal sa aj vplyv afektívnych porúch na sexuálne zdravie, poruchy sexuálneho správania pri schizofrénii, a či je závislosť na internetovej pornografii skutočne závislosťou. VII. blok sa venoval sexualite vo vzťahu k sociálnej patológii. Odzneli prednášky zamerané na vplyv psychoaktívnych látok na sexualitu a na úlohu sestry v endokrinologickej ambulancii.

Prvý prednáškový deň bol zakončený diskusno-tematickým večerom, ktorý bol venovaný 15. výročiu odborného časopisu SEXUOLÓGIA a spomienke na medzinárodne uznávaného odborníka a propagátora odboru sexuológia doc. MUDr. Jána Vrabca, CSc. – Memoriálu Jána Vrabca. Atmosféru diskusného večera spríjemnilo hudobné vystúpenie Pavla Hammela.

Druhý deň – v sobotu 3.10. 2016 – sa pokračovalo VII. lekárskeho blokom, ktorý sa zameriaval na otázky infertility, kde odzneli 4 prednášky. Dr. Bartl predniesol príspevok zameraný na mužskú infertility a na súčasné modalities jej medikamentózneho liečby, autori z ČR Dr. Turčan, Dr. Pokorný, Dr. Procházka a Dr. Procházková rozoberali možnosti ovplyvnenia mužskej plodnosti či neplodnosti. Dr. Dzurillová a Dr. Dzurilla sa zamerali na klinický význam antispermiových protilátok, autori Dr. Grossová, Dr. Války a Dr. Černáková sa venovali terapii mužskej neplodnosti gonadotropínmi.

VVIII. bloku zameranom na ženskú sexualitu odznelo 6 prednášok. Dr. Šedivá sa zamerala na ženskú sexualitu v epochách dejín Európy, doc. Záhumenský rozoberal gynekologickú starostlivosť o lesbickú ženu a možnosti naplnenia je túžby po materstve, autori Dr. Kuchárová, Dr. Páleníková a Dr. Janda poukázali na súčasný stav sex-

biznisovej scény v Bratislave. Kolektív autorov zo SR a ČR Dr. Chovanec, Dr. Vrzáčková, Dr. Turčan a prof. Weiss sa venovali poruchám lubrikácie u ženy a ich liečbe a autori Dr. Lacková, Dr. Jandová a Dr. Rusňák poukázali na úlohu testosterónu pri poruchách ženskej sexuality.

IX. blok rozoberal sexualitu z aspektu psychiatrie a psychológie – odzneli 4 prednášky. Autori Dr. Máthé, Mgr. Bledá, Dr. Jakubek a Mgr. Štefániková predniesli príspevok k osobitostiam psychologických charakteristík sexuálne dysfunkčných mužov a autorky Dr. Staníková a Dr. Jandová sa zamerali na niektoré psychosociálne aspekty body imidžu v kontexte so sexuálnou spokojnosťou. Dr. Jandová vo svojej prednáške rozoberala niektoré medicínske a psychosociálne aspekty genitálneho piercingu u mužov a Dr. Karbula upriamil pozornosť na sexualitu zneužívateľov anabolických steroidov.

V záverečnom X. bloku odzneli 3 prednášky, ktoré sa týkali príčin a dôsledkov pomeru počtu mužov a žien v populácii, ktorú predniesol Dr. Minárik. Dr. Smetánka sa zamyslel nad otázkami negatívnej spätnej väzby v terapeutickom vzťahu pri riešení sexuologických problémov a Dr. Bartl sa zameril na niektoré aspekty imunomodulačnej liečby recidivujúcich infekcií dolných močových ciest a ich benefitov pre sexualitu.

Súhrnne na konferencii odznelo 42 zo 43 prihlásených príspevkov v sekcii lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov, z toho 12 prednášok od autorov z ČR, a 19 z 20 prihlásených príspevkov v sekcii sestier. Celkovo sa na konferencii zúčastnilo cca 180 účastníkov z radov lekárov, psychológov, sociálnych pracovníkov a zdravotných sestier.

Konferenciu pod gesciou Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS pripravila agentúra Kami v spolupráci s MUDr. Danou Šedivou, prezidentkou konferencie a podpredsedníčkou Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS, a MUDr. Igorom Bartlom, predsedom Slovenskej sexuologickej spoločnosti SSS, za čo im patrí veľká vďaka, pretože zabezpečili skutočne vysokú odbornú aj spoločenskú úroveň konferencie.

Odozva na podujatia s odbornou sexuologickou tematikou je veľmi pozitívna a stále viac žiadaná, a tak je vhodné už existujúcu tradíciu týchto podujatí udržať aj v budúcnosti. V pozadí tohto záujmu je pravdepodobne čoraz vypuklejšia problematika sexuality z rôznych aspektov, či už zdravotných, psychologických, alebo sociálnych, forenzných ap. Poukazuje to aj na stále rastúci dopyt po odborníkoch a odborných centrách v odbore sexuológia, ktorých je výrazný nedostatok.

Katarína Jandová

XXVIII. Bohnické sexuologické dny

Ve dňoch 26. a 27. února 2016 sa konala již po osmadvacáté tradiční sexuologická konference v Psychiatrické nemocnici Praha 8, Bohnice. Konference byla tradičně velmi dobře organizačně zajištěna, zúčastnilo se jí více než 100 odborníků. Program zcela

v duchu motto letošního setkání, byl pestrý a zajímavý. Z bohatého programu jen několik témat pro orientaci o zaměření akce.

Kolektiv autorů z Institutu pro kriminologii a sociální prevenci (Š. Blatníková a spol.) referoval o výsledku analýzy několika stovek případů odsouzených pachatelů

znásilnění. J. Švarc polemizoval s koncepci „patologické sexuální agresivity“, který se v soudně znaleckých expertizách často používá nesprávně a nelogicky. Brněnské autorky A. Žourková a spol. referovaly o zajímavých případech „syndromu permanentního sexuálního vzrušení“ (syndrom „persistent genital arousal“ v terminologii anglické). P. Sejblová referovala o velmi zajímavé kasuistice mladíka s epileptickými záchvaty s „erotogenním“ spouštěcím mechanismem. Hormonální útlum antiandrogeny i analogy gonadoliberinu snížil záchvatovou frekvenci významným způsobem.

M. Mittlöhner analyzoval logické nedostatky v definici nového trestně právního deliktu „nedovolený kontakt s dítětem“, jak je uveden v §193 Tr.z. H. Fífková podala zajímavý přehled aktuálního vývoje etické, lidskoprávní a legislativní agenty v oblasti transsexuality a vůbec genderových problémů. Forenzní psycholožka Doc. L. Čírtková pojednala problematické postoje soudů ve vztahu k některým obětem znásilnění. V. Šupina a R. Hajnová se zabývali dobře známým problémem definice „dětské pornografie“ u konkrétních obrázků.

O závěrečný blok se postarali pracovnice

a pracovníci z Národního ústavu pro duševní zdraví. K. Klapilová se zabývala etickými a právními aspekty výzkumu pedofilní preference, zejména pak problematikou vývoje podnětů, které mají specificky stimulovat pedofilní jedince. Velmi zajímavá byla přednáška J. Bintera a spol. o možnostech vývoje erotických stimulačních podnětů ve formě „avatarů“ s využitím moderních softwarů.

Na konferenci byla též vyhlášena Cena Josefa Hynieho, kterou Sexuologická společnost ČLS každoročně uděluje za významné publikační počiny v oboru. Pro rok 2015 se o Hynieho cenu rozdělili T. Šrámková (publikace „Sexuologie pro zdravotníky“) a L. Daneš (publikace „Opožděná ejakulace“). Obě odměněné knížky vydalo nakladatelství Grada v Praze. Hynieho cenu jako každoročně dotovala finanční premií firma Pfizer.

Uznání a díky patří organizátorům konference, především pak řediteli bohnické psychiatrické nemocnice M. Hollému a kolegovi S. Břichčinovi.

Jaroslav Zvěřina, Petr Weiss

Správa o IV. Vedeckej pracovnej schôdzi venovanej poruchám sexuálnej identity

Jarné Košice privítali 13. apríla účastníkov IV. Vedeckej pracovnej schôdze, ktorú organizoval výbor Slovenskej sexuologickej spoločnosti. Odborný program schôdze bol zameraný na poruchy sexuálnej identity. Spoluorganizátorom podujatia bola Lekárska fakulta UPJŠ Košice, podujatie sa konalo na pôde lekárskej fakulty v posluchárni č. 2. Odznelo sedem prednášok. MUDr. Caisová sa venovala komplexnej starostlivosti o transsexuálneho pacienta, MUDr. Cupaník prednášal o tom, aká je starostlivosť z pohľadu gynekológa, MUDr. Hrivňák riešil starostlivosť z pohľadu urológa andrológa. Právnym aspektom premeny pohlavia sa venoval JUDr. Humeník – poukázal na niektoré citlivé otázky premeny, právne otázky manželstva transsexuálnych ľudí pred premenou, vystavovanie nových maturitných vysvedčení či diplomov, ako aj na ľudskoprávne aspekty premeny. Transsexuálni ľudia a psychológ, to bola téma Mgr. Evy Bernátovej. Príspevok Dr. Máthého sa stretol s veľkým ohlasom, venoval sa psychodiagnostickým aspektom starostlivosti. Aktívnu

účasť si vyžiadali aj pracovníci mimovládnej organizácie tretí sektor Mgr. Romina Kollárik a Christian Havlíček – ich prednáška sa opierala o rôzne prieskumy a výskumy ohľadom transrodových ľudí vo svete. Poukázali na to, že transrodoví ľudia sa legislatívne ocitajú často v nezávideniahodnej situácii túžiac po prijatí a rovnosti s ostatnými.

Podujatie technicky štandardne výborne zvládli naši stáli spolupracovníci z cestovnej agentúry Kamí. Ako organizátorom je nám ľúto, že napriek tomu, že sme dúfali v bohatú účasť učiteľov a študentov medicíny, tých bolo poskromne. Uvedomujeme si, že problém porúch sexuálnej identity je z pohľadu medicíny pomerne zriedkavý, lebo transsexuálnych ľudí v populácii nie je veľa. Odhaduje sa, že asi 1% populácie má problém so svojou sexuálnou identitou. Je to však problém interdisciplinárny, presahujúci hranice medicíny; je to aj problém právny, ale najmä ľudský. Veríme, že účastníci odchádzali z podujatia spokojní a bohatší o nové informácie.

Danica Caisová

Správa

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu (ČSSM) 27. 5. - 28. 5. 2016 Městské divadlo Český Krumlov

Česká společnost pro sexuální medicínu (ČSSM) ako člen ESSM (European Society for Sexual Medicine) má vo svojich odborných aktivitách dva základné ciele. Prvým cieľom je aktívna participácia na činnosti ESSM, najmä na jej kongresoch, odborných radách a grantových projektoch. Druhou, nesporne rovnako

dôležitou činnosťou je organizácia odborného podujatia na domácej pôde, už tradične v históriou opradenom juhočeskom mestečku Český Krumlov (od r. 1992 zaradené do zoznamu UNESCO), ktorého pôvodný názov Krummau (krivá lúka) ako nomen omen vytvorila rieka Vltava svojimi meandrami.

Históriu týchto daných benefitov, využívúc genius loci, odpradáva tvorili ľudia obdarení víziou a tvorivým úsilím a niekedy aj silou. Analogicky, ale predsa viac na základe celoživotných odborných skúseností, tvorivých síl a hlavne kolektívnej dôvery došlo na Valnej hromade v priestoroch Městského divadla v Českom

Krumlove z historického hľadiska ku generačnej výmene: pozíciu predsedu MUDr. Vladimíra Kubíčka, CSc., nahradil nám dobre známy MUDr. Ondřej Trojan, FECSM má štvorčlennú radu (prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DrSc., MUDr. Petra Vrzáčková, PhD., Mgr. Kateřina Klapilová, PhD., a MUDr. Marek Broul, PhD.). Dr. Kubíček ako zakladateľ organizácie bol na Valnej hromade zvolený doživotným čestným predsedom ČSSM.

Členskú základňu ČSSM tvorí cca 65 prevažne aktívnych sexuológov zo sexuologických pracovísk a centier v Čechách a na Morave. A že to s kongresom v Krumlove naozaj vedia, svedčí aj účasť vyše 140 účastníkov (z toho 30 zdravotných sestier) za podpory 9 vystavujúcich farnafiriem. Generálnym partnerom kongresu bola tentokrát firma Berlin-Chemie Menarini group, ČR, ktorej zásluhou vznikol aj inovatívny interaktívny projekt v rámci sympózia na tému mužských sexuálnych dysfunkcií s panelom odborníkov symbolicky nazvaný „Druhá generace na scéně“.

Odborný program Sympatibula tvorilo 35 prednášok v trvaní 20 minút, dobrým modelom na získanie drahocenného času sa ukázali aj vo viacerých blokoch využité paralelné sekcie. Ocenené boli aj najlepšie prezentácie: v kategórii nad 50 rokov MUDr. Zlatko Pastor, PhD., s prednáškou: *Co (ne)víme o ženskm orgasmu?* a v kategórii do 50 rokov MUDr. Jiří Kladenský s prednáškou *Erektlní dysfunkce z pohledu komunikačních schopností s našimi pacienty*.

MUDr. Zlatko Pastor, PhD., sa už tradične vo svojom príspevku zamerl na problematiku ženského orgazmu z pohľadu moderných zobrazovacích metód (MRI, SONO) neurovied, hormonálnych a psychologických konzekvencií. Z anatomického hľadiska prirovnal klitoris, veľkosťou podobný toporivým telesám penisu, k ľadovcu, z ktorého vidíme len špičku, avšak podstatne väčší komponent topograficky obopína pošvu v malej panve, a teda aj delenie orgazmu na klitoridálny a vaginálny nie je úplne jednoznačné, pretože ide o ten istý orgán stimulovaný v rôznej lokalite.

Mgr. Semrádová, historička, archeologička sa zamerlala na komparáciu aj sexuologickej symboliky archeologických nálezov so súčasnosťou, napr. každému dobre známa Věstonická Venuša ako symbol ženy a materstva, zavesená na krku dolu nohami, môže mať v náznaku androidnú symboliku.

MUDr. Petra Vrzáčková vo svojom príspevku priniesla korektné informácie o flibanseríne, ako perspektívnom lieku na HSDD u žien, aj za cenu tolerovania pomerne obťažujúcich nežiaducich vedľajších účinkov; ich tolerancia v kontexte torpidných, často celoživotných dysfunkcií má svoje miesto pre konkrétne zlepšenie ťažkostí u pacientok.

MUDr. Taťána Šrámková s kolektívom autorov referovala o svojich skúsenostiach so sexualitou hendikepovaných žien po spinálnom poranení z pohľadu záujmu a naplnenia ich sexuálneho života (plnohodnotný sexuálny život s hendikepom bez predsudkov), techniky sexuálnych praktík (bolesti

a dyskomfort pri sexuálnom dráždení v úrovni miechovej lézie verzus príjemné pocity nad úrovňou spinálneho poranenia), problémov s materstvom a pôrodom (autorka odporúča pôrod sekciou). V ČR boli zriadené 4 vysokošpecializované pracoviská spinálnych jednotiek, dlhodobo aj so záberom na plnohodnotný sexuálny život hendikepovaných pacientov.

MUDr. Viktor Vík vo svojej prezentácii zhrnul najnovšie poznatky o ED a BPH, najmä z pohľadu komorbidného pacienta, t. j., u pacienta so symptómami LUTS/BPH sa treba zamerať aj na vyšetrovanie sexuálnych funkcií a, naopak, pacient s ED by mal byť vyšetrovaný na možné riziko KVS ev. DM ochorení v horizonte 3 – 10 rokov.

MUDr. Libor Zámečník spolu s MUDr. Lukášom Bittnerom mali prezentácie na tému ED a karcinóm prostaty, najmä z pohľadu suplementácie testosterónom pri príznakoch LOH. Podľa výsledkov najnovších klinických štúdií je už prekonaný absolútny zákaz podávania testosterónov pri karcinóme prostaty alebo podozrení na ochorenie. Existuje limitovaná skupina mužov s nízkou hladinou TST, ktorá bude z liečby profitovať. Najbezpečnejšia bude liečba testosterónmi u klinicky stabilizovaného pacienta 1–2 roky po radikálnej prostatektómii (RAPE), s nedetekovateľnými hodnotami PSA (prostatický špecifický antigén – orgánový marker ochorenia prostaty), s Gleason skóre 6 a menej. Väčšie riziko liečby je u mužov po konvenčnej RAT alebo po brachyterapii -- vzhľadom na možnosti reziduálneho ochorenia.

V ďalšej prednáške sa podelili so svojimi vlastnými výsledkami prvých operácií inflatabilných protéz penisu ako III. línie liečby ED. Jedným z pacientov bol práve pacient po radikálnej prostatektómii, kde nebola úspešná liečba I-PDE5 ani kombinovaná liečba s vazoaktívnymi látkami.

Sympóziu Berlin-Chemie Menarini group *Druhá generace na scéně* vynikajúco odmoderoval MUDr. Zlatko Pastor, PhD., s charizmou jemu vlastnou. V zdvojených, vtipne sa prelínajúcich roliach odborníkov a zároveň aj vybraných typológií pacientov nám štvorica sexuológov (MUDr. Marek Broul, doc. PhDr. Laura Janáčková, MUDr. Petra Vrzáčková a MUDr. Libor Zámečník) pod taktovkou skúseného doktora sexuológa (MUDr. Ondřej Trojan) brilantne predstavila Avanafil ako druhú generáciu I-PDE5 s individualizovanou liečbou ED podľa preferencií a reálnych očakávaní páru šitou na mieru konkrétnej typológie pacienta. Vzhľadom na to, že som mal možnosť zúčastniť sa sympózia o Avanafile aj na 18. kongrese ESSM v Madride, môžem objektívne konštatovať, že odborná úroveň sympózia, herecké výkony českých kolegov sexuológov, ako aj celkový impakt podujatia bol v Českom Krumlove rozhodne zrozumiteľnejší a ľudsky bližší nášmu naturelu.

V ďalšom bloku venovanom liečbe ED nízkoenergetickou fokusovanou rázovou vlnou (LISWT) nám MUDr. Igor Motíl na prehľade zrealizovaných klinických štúdií, dostupných prístrojov, liečebných techník a výhľadov do budúcnosti predstavil túto metódu liečby ED zaradenú do I. línie liečby ED. MUDr. Vladimír Kubíček

doplnil spektrum liečby LISWT o ejakulatórne dysfunkcie a CP/CPP syndróm. Súčasné možnosti ultrazvukových, a najmä dopplerovských vyšetrení penisu z vlastnej praxe prezentoval MUDr. Libor Zámečník.

V bloku venovanom fertilite sa MUDr. Martina Novotná venovala darcovstvu gamét z pohľadu medicínskej etiky. Kolektív autorov na čele s MUDr. Danou Novákovou vo svojej práci zvažuje možnosť riešenia odloženého veku materstva zmrazením vlastných oocytov. MUDr. Václav Hána referoval o možnostiach endokrinologickej liečby mužskej infertility.

Sexuálne dysfunkcie u psychiatricky chorých pacientov prezentoval doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., s konkrétnymi príkladmi zo svojej praxe.

Estetika ženského genitálu bola predmetom prednášky MUDr. Zoje Roháčovej (estetická chirurgia ženského genitálu), estetické hľadisko genitálneho piercingu aj jeho prípadné komplikácie spracovala MUDr. Anna Marešová a MUDr. Zlatko Pastor. Celú atmosféru trefne doladila doc. PhDr. Laura Janáčková svojou prezentáciou na tému Feminita.

V poslednom bloku venovanom feminológii sa referovalo o skúsenostiach s fyzioterapiou panvového dna u žien v nadväznosti na sexuálne dysfunkcie (MUDr. Jana Vlková, fyzioterapeutka Ludmila Bruhová) a o riešení komplikácií pri a po pôrode (MUDr. Šárka Pokorná). V tomto bloku bola zaradená aj zaujímavá prednáška MUDr. Pavla Turčana na tému ženských pohlavných hormónov a ich vplyvu na bolesť pri pohlavnom styku. Autor na základe skúseností získaných z literatúry aj z vlastnej praxe zdôrazňuje práve rolu mužských pohlavných hormónov a ich metabolitov na správnom fungovaní ženskej sexuality (napr. niektoré typy antikoncepcie dlhšie trvajúcim užívaním vedú k poklesu androgénov u žien s následným poklesom až stratou libida).

Autori MUDr. Zdeněk Lavička a MUDr. Petr Volf uviedli veľmi zaujímavé kazuistiky o rôznych predmetoch nájdených v uretre a v močovom mechúre svojich pacientov. Tieto predmety tam boli vložené väčšinou pri masturbácii za účelom zvýšenia sexuálneho vzrušenia. Okrem iných predmetov to bola napríklad aj 1,5 metrov dlhá šnúra na vešanie bielizne.

Niekoľko prednášok riešilo aj metódy asistovanej reprodukcie, resp. s nimi spojené etické problémy. Aktuálne sa diskutuje o rôznych aspektoch zmrazovania vajčiek (MUDr. Dana Nováková a jej spolupracovníci) či darcovstva gamét (MUDr. Martina Novotná).

Recenzia

Blinka L. a kol.: **Online závislosti**. Grada Publ., Praha 2015, 198 s., ISBN 978-80-247-5311-9

Publikace je sborníkem devíti textů pěti autorů, které se týkají problémů, které lidé mají ve vztahu k internetu a s ním spojených sociálních sítí a nabídky různých her a jiných podnětů, včetně těch erotických. Závislosti na online počítačovém hraní byly diskutovány již v roce 2013 při formulování klasifikace DSM 5.

Doc. PhDr. Hana Konečná referovala o svojom výskume vekovej preferencie rodičov z pohľadu detí.

V bloku Varia MUDr. Jiří Ponešický poukázal na úzku spätosť sexuálnych dysfunkcií a psychosomatických ochorení. O význame psychosomatického náhľadu nien pre sexuálne dysfunkcie v Nemecku svedčí aj ten fakt, že od r. 1970 bola psychosomatika ochorení zaradená ako povinný predmet štúdia medicíny na lekárske fakultách.

PhDr. Michal Chovanec v prednáške *Penis captivus* vytýčil za cieľ zistiť z literatúry, prípadne zo skúseností iných kolegov reálny patientsky pár liečený emergentne pre „penis v zajatí“. Záverom je konštatovanie, že všetky referencie aj v odborných časopisoch sa odvolávajú na sprostredkované informácie o tejto situácii, kde sa predpokladá skôr ako náhly krč vagíny zvýšený tonus levátora ani.

V prednáške kolektívu autorov Ondřej Trojan, Petr Weiss, Kateřina Klapilová a kol. venovanej validite vyšetovania penilným pletyzmografom u pedofilných jedincov je kľúčová skúsenosť investigátora, najmä aj z pohľadu dodržania reakčného času vyšetrenia.

Na konferencii vystúpili aj dvaja pozvaní hostia, významní českí špecialisti vo svojich odboroch. Prvý z nich bol vedúci Centra adiktológie v legendárnom pražskom Apolinári prim. MUDr. Petr Popov. Pripomenul svojho učiteľa, zakladateľa českej protialkolickej liečby a prvej záchytnej stanice na svete doc. MUDr. Jaroslava Skálu, CSc., ktorý by sa tento rok dožil sto rokov. Jeho prednáška sa týkala vzťahu sexuálnych dysfunkcií a alkoholu. Čerstvo vymenovaná profesorka MUDr. Eva Králiková, Ph.D., odborníčka na odykanie od fajčenia, sa vo svojej prezentácii zamerala predovšetkým na vplyv fajčenia cigariet na výskyt erektilných problémov u mužov.

Záverom možno konštatovať, že Sympatibulum ČSSM 2016 v Českom Krumlove sa nieslo v priateľskej a konštruktívnej atmosfére a záujem veľkého počtu spokojných účastníkov odborného podujatia nás vedie k presvedčeniu zmysluplnosti pokračovať v tejto dobrej tradícii domácich kvalitných vedeckých podujatí. Správa z kongresu môže poslúžiť ako inšpirácia k väčšej účasti slovenských kolegov v budúcom ročníku Sympatibula v Českom Krumlove.*

Igor Bartl

* Fotografie z tohtoročného podujatia sú uverejnené na stránke SSS - www.sexology.sk

Editor publikace popisuje jisté rozpaky, které laici i odborníci mají ve vztahu k „nelátkovým závislostem“. Nepochybně se jednotlivé závislosti na internetu liší také podle toho, jde-li o aplikace herní, pornografické, nebo prostě komunikační. Doporučuje se, zcela v duchu pojetí DSM 5, rozlišovat závislost na internetu (tam, kde stav splňuje kritéria závislosti, tedy emoční fixaci, symptomy abstinence při odnětí, toleranci, relaps a konflikt) a nadměrné užívání internetu (kde nejsou přítomné symptomy závislosti, nebo si jejich

přítomností nejsme jisti).

K. Škařupová v kapitole „Jednání jako droga“ upozorňuje, že WHO nahradila v roce 1964 ve svých dokumentech termín „addiction“ termínem „dependence“. Termín má vyjádřit lépe závislost na látce. Předmětem závislosti mohou být i stavy bez konkrétní psychoaktivní substance s tím, že návykové mohou být některé typy jednání, když klíčem k diagnóze je pak kompulzivita. Nejčastěji se v té souvislosti zmiňují hlavně hráčské závislosti, „gamblerství“. Specifickými symptomy závislosti se rozumí: Salience (objekt závislosti je tím nejdůležitějším v životě), Euforie, Tolerance (stupňující se nároky na aktivitu, dávku), Abstinenci symptomy, Konflikt (psychický, interpersonální, sociální), Relaps (tendence k opakování).

Popisují se souvislosti mezi drogovou závislostí, gamblingem a hypersexualitou, také snad s poruchami příjmu potravy. Cituje Wölflingův dotazník k diagnostice online závislosti (AICGA – Assessment of Internet and Computer Game Addiction). V literatuře nachází také škály, které mají diagnostikovat závislost na online sexu. Zmíněna je osmi položková škála závislosti na facebooku, která prý je turecké provenience.

P. Vondráčková v kapitole „Prevence a léčba závislosti a nadměrného užívání internetu“ uvádí, že hlavní součástí prevence by měla být racionální informace o tomto druhu závislosti a jeho rizicích. Cílit by měla zejména na mládež a rodiče. Terapie je v literárních datech popisována v četných publikacích. Vznikají specializovaná centra na léčbu behaviorálních závislostí. Existují také programy svépomocné. Popisuje také specifické problémy lidí v jednotlivých životních etapách. Zatím nejvíce pozornosti se v této problematice věnuje dětem a dospívajícím, případně mladým dospělým.

L. Blinka pojednal závislost na internetových hrách. DSM 5 v dodatcích uvádí „internet gaming disorder“. Autor se věnuje definici této závislosti, jakož i možnostem škálování a kvantifikace závislosti. MMO hry (Massively Multiplayer Online).

A. Ševčíková v kapitole „Sexuální chování, internet a závislost“ popisuje internetové fenomény, spojené s lidskou sexualitou. Kybersex – výměna erotických a sexuálních vzkazů, často s autoerotickými aktivitami. Také vyhledávání partnerů pro sex (erotické seznamky,

chaty, online fóra). Online prodej erotických pomůcek, sexuálních placených služeb, sledování pornografie. Nový termín „sexting“ – výměna sexuálních a erotických zpráv, obrázků a audiovizuálních programů. Internetový sex přinesl nové kvality (efekt tří A: Anonymita, Affordability (dostupnost), Accessibility (přístupnost)). Někteří internetu přisuzují schopnost pozměnit sexuální spouštěče a scénáře (skript). Nadměrné užívání internetu pro sexuální účely lze diagnostikovat podle MSK 10 jako „hypersexualitu“, tedy specifický případ hypersexuality. Kromě konceptu závislosti se zde může uplatnit též koncept „sexuálně kompulzivního jednání“. Nadměrný konzum internetového sexu může vést i k tomu, že odvádějí pozornost subjektu od partnerské sexuality. Stručně jsou zmíněny též zásady psychoterapie těchto specifických internetových sexuálních závislostí.

Š. Licehammerová se ve své textu zabývá různými formami hráčských závislostí a jejich riziky a negativními dopady. Tato závislost se vyznačuje snadnou dostupností, výraznou anonymitou (většina hráčů hraje z domova) a dlouhá latence bez zjevných příznaků. Výskyt online hazardního hraní v populaci se odhaduje na 3 až 7%. Jedinci, závislí na online hraní přicházejí k terapii podstatně později než ti, kteří hrají off-line.

Editor připojil pak stručné pojednání o nadměrném užívání online sociálních sítí - SNS (Social Networking Sites). Takových komunikačních aplikací existuje mnoho. Mají početné účely a posláním. Důležitým motivačním prvkem je sebe prezentace uživatelů. Uvádí se, že svůj profil na facebooku má dnes již 72% dětí. Jen asi jedna třetina uživatelů internetu vůbec nepoužívá sociální sítě. Riziko rozvoje závislostí na online sociálních sítích existuje, nicméně není zřejmě extrémně vysoké. Hlavní motivační okruhy: Sociální kompenzace (osamělí a úzkostní jedinci, pro které internetové komunikace nahrazují reálné mezilidské kontakty), Sebe prezentace, také jistý narcismus, Prokrastinace, méně svědomití jedinci prý dokáží na internetu trávit více času.

Internetové závislosti jsou typickým postmoderním fenoménem a nepochybně se velmi dotýkají také sexuologické problematiky. Tato publikace proto může být cenným zdrojem informací a podnětů pro klinickou i výzkumnou práci.

Jaroslav Zvěřina

Recenzia

Spiegelhalter, David: **Sex by Numbers**. What Statistics Can Tell Us About Sexual Behaviour.

Profile Books Ltd., London, 2015, 360 s. ISBN 978 781125 329 8

Autor je profesorem statistiky a „Public Understanding of Risk“ na Univerzitě Cambridge. Knížka se zabývá různými aspekty sexuálních průzkumů a dotazníkových akcí, které mají zvláštním způsobem

„kvantifikovat sex“ tak, aby se různé parametry lidské sexuality daly sledovat v časových řadách a aby bylo možné kvantifikovat i výskyt různých sexuálních problémů, také menšinových sexuálních zájmů a preferencí.

Hlavním zdrojem dat pro britskou populaci je v sexuálních průzkumech „NATSAL“ (National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles), což je periodicky se opakující dotazníková akce, která pracuje s více než 15 000 respondenty, muži i ženami, ve věku 16 – 74 roků. Data tento projekt naposledy sbíral v letech 2010 až 2012. Výsledky tohoto britského šetření srovnává

s celou škálou prakticky všech významnějších průzkumů sexuálního chování, od klasiků, jakými byli Magnus Hirschfeld, Alfred Kinsey, až po Shere Hiteovou a její feministicky orientované průzkumy z osmdesátých let minulého století.

Ve vztahu k odbornosti autora se zdají zajímavé jeho snahy o klasifikaci významnosti statistických nálezů z různých výzkumů. Autor rozlišuje tyto kategorie podle spolehlivosti údajů:

4+ „čísla, kterým můžeme věřit“ (vysoké procento porodu dětí mimo manželství, vyšší počet chlapců než dívek mezi novorozenci (21:20) atd.)

3+ „čísla spolehlivě přesná“ Ta mohou být zavádějící – na příklad zjistí průzkum, že z 1000 osob jich 300 mělo první pohlavní styk před 16. rokem. Takový údaj nelze hodnotit bez toho, že vezmeme do úvahy, kdo byl dotázán, a také jakým způsobem byl dotázán. Různé překvapivé údaje, publikované v médiích, pocházejí z průzkumů metodicky velmi nespolehlivých (internetové a časopisecké ankety, telefonické akce).

2+ „údaje, které jsou mimo již delší dobu“ (37% mužů má homosexuální zkušenosti, 70% sexuje s prostitutkami, 17% farmářů má sex se zvířaty atd.)

1+ „údaje nevěrohodné“ (nevyužitelné, zaujaté), jako příklad uvádí Shere Hite a její průzkumy (84% žen je nespokojeno se svým partnerským vztahem, 95% žen je emočně a psychicky obtěžováno muži, 70% vdaných žen má mimomanželské vztahy atd.).

0+ „údaje vymyšlené“ (muži myslí na sex každých sedm vteřin, v UK máme 25 000 „sexuálních otrokyň“)

První sexuální průzkum byl prý uskutečněn v roce 1902 a týkal se výskytu masturbace u členů YMCA. Magnus Hirschfeld se dotazoval pracovníků berlínských oceláren na jejich sexuální orientaci – 1903.

Častost sexuálních styků: autor vysvětluje význam statistického průměru, mediánu a odchylek od průměru. Porovnáním údajů z NATSAL 1990, 2000 a 2010, dospěl k závěru, že častost pohlavních styků u mužů i žen významně klesla, když medián frekvence pro věkovou skupinu 16 – 44 roků činil 1990 5, 2000 4 a 2010 jen 3 sexuální styky za poslední čtyři měsíce. Platí to pro obě pohlaví. Tuto deklinaci vysvětluje skutečnost, že klesá sňatečnost, stále více lidí žije osaměle, „single“, aniž by měl vždy někoho po ruce. Zdá se také, že sex se v posledních dekadách posouvá níže v hodnotovém žebříčku lidí.

V posledním NATSAL průzkumu uvedli muži dvojnásobný průměrný počet heterosexuálních partnerek, než ženy partnerů (M 14, Ž 7). Medián byl pro M 8 a Ž 5. 6% mužů a 1,4% žen uvedlo více než 50 heterosexuálních partnerů.

V textu je podán poměrně obšírný výklad výsledků průzkumů sexuálního chování, jak je provedl tým Alfréda Kinseyho po druhé světové válce.

Homosexuálnímu chování je věnována samostatná kapitola, která je uvedena informací o životě a díle Magnuse Hirschfelda. Popsána je také sedmistupňová Kinseyho škála homo-heterosexuality. Hirschfeld uváděl, že asi 2,2% mužů jsou homosexuálové. Jindy pak uvedl, že 1,5% mužů jsou homosexuálové a 4,5%

bisexuálové. Naproti tomu Alfréd Kinsey tvrdil, že 13% žen a 10% mužů jsou homosexuální.

V různých recentních průzkumech, včetně NATSAL, také v USA a Austrálii se ukazuje, že jako homosexuálně orientovaná se definují méně než 2% mužské i ženské populace. Stejný podíl se pak definuje jako „bisexuální“. Nějakou zkušenost s partnerským homosexuálním sexem má až 20% žen, avšak jen méně než 10% mužů...

Zajímavý je historický přehled vývoje postojů k onanování.

Věk při prvním styku: medián pro muže i ženy je 16 let (zákonná hranice v UK) s tím, že tedy více než 5% má sex předtím – mladé generace pak ještě častěji...

Typ používané antikoncepce u žen je velmi závislý na jejich věku: nejvíce OC používají nejmladší ročníky (16 – 24 roků), mladší ročníky také více používají kondomy. S věkem roste výskyt chirurgických sterilizací.

Hodně mimo statistickou kvalifikaci autora jsou jeho úvahy a sexu, médiích a technologii. Není jasné, jaký vlastně má vliv na mladé lidi expozice pornografickým materiálům a násilí v televizi a audiovizuálních materiálech na počítačích a mobilech. Rostoucí oblba sextingu.

Prostituce: NATSAL 3 v roce 2010 konstatuje, že 3,6% mužů platilo za sex v posledních pěti letech. NATSAL 2 v r. 2000 uvedl, že 9% britských mužů někdy v životě platilo za sex, 2% mužů platilo za sex v posledním roce. V historii byly zřejmě v některých obdobích kontakty mužů s prostitutkami častější. Jeden norský průzkum uvádí, že muži, narození 1927-1934 uvedli kontakt s prostitutkou ve 26% a muži, narození 1975 – 1984 jen v 6%. Ženy platí za sex jen v mizivém počtu (NATSAL 3 2010: kolem 1 z 1000). Prostituční byznys představuje obrovské částky. Pro UK se v roce 2012 odhadovalo, že to činí asi 5,7 mld liber. Oficiální britská vládní agentura uvádí, že v roce 2014 bylo v UK 61 000 prostitutek, mají v průměru 25 klientů týdně a pracují 52 týdnů v roce. Průměrná cena pro jednoho klienta činí prý 67 liber. Více kontaktů s prostitutkami mají muži v Londýně, než na venkově.

Znásilnění, sexuální agrese:

Jen část znásilnění se hlásí, jen část z nich končí obviněním a jen část z těch pak končí odsouzením pachatele. Získat přesné informace není snadné. Podle jedné statistiky 2,5% žen a 0,4% mužů mělo v posledním roce sex, ke kterému byli přinuceni.

NATSAL 3 2010 konstatuje, že pokus o sex proti jejich vůli zažilo někdy v životě 19% žen a 5% mužů, dokonaný sex proti jejich vůli pak 10% žen a 1,4% mužů, medián věku, kdy se to stalo, je u žen 18 a u mužů 16 roků.

Publikace je zajímavou kompilací statistiky a historie průzkumů lidské sexuality a sexuologie. Zásadních statistických dat uvádí autor překvapivě málo, zato se velice snaží o racionální posouzení validity různých údajů z různých průzkumů. V tomto kritickém postoji k datům je zřejmě hlavní hodnota publikace.

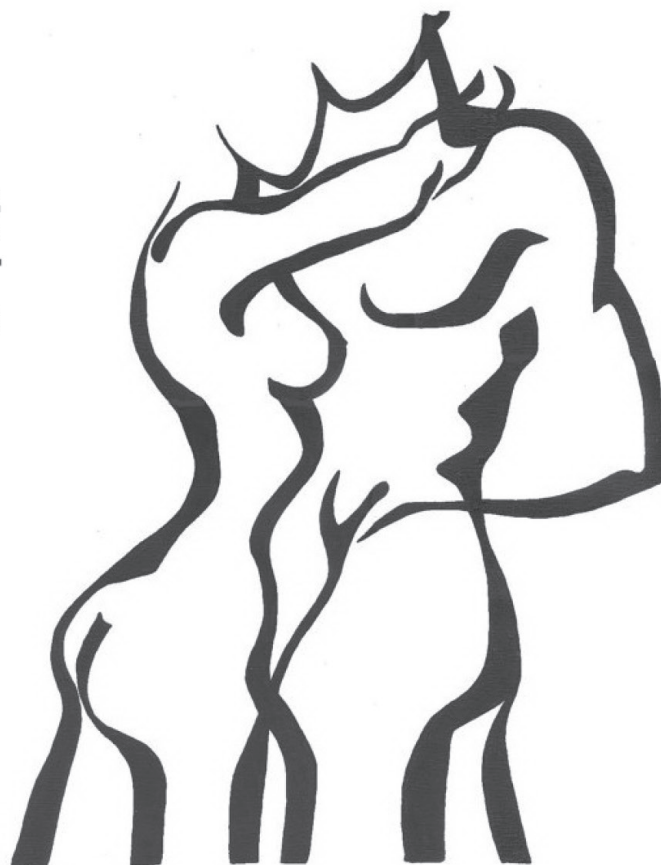
Jaroslav Zvěřina

[7. - 9. června 2017] – [www.sex.systemic.cz]



O SEXUALITĚ

a lidských vztazích



Poradenská skupina Extima CZ
Sexuologická společnost ČLS JEP
Česká systemická společnost

Vás zvou na

XVII. ročník konference

která se bude již posedmnácté konat v Uherském hradišti coby setkání odborníků z oblasti lidské sexuality a mezilidských vztahů

normalita ve vztazích a v sexu
aneb je snad dneska něco ještě nenormální?

[7. - 9. června 2017] – [www.sex.systemic.cz]



extima



XXII. Košické sexuologické dni 2016

Sexualita, komunikácia, médiá

PROGRAM

PIATOK 20. 10. 2016

8³⁰-8⁴⁰ **Otvorenie konferencie**
Igor Bartl, predseda Slovenskej sexuologickej spoločnosti
Martin Hrivňák – prezident konferencie

BLOK I. Sexualita, komunikácia, médiá **Predsedníctvo: Dana Šedivá, Robert Máthé**

8⁴⁰ – 8⁵⁵ Peter Kubínyi
Sex, sadizmus, senzácia

8⁵⁵ – 9¹⁰ Katarína Jandová
Metro- a iní sexuáli ako novodobé mediálne archetypy ideálneho muža

9¹⁰ – 9²⁵ Dana Šedivá
Mení pornografia sex?

9²⁵ – 9⁴⁰ Petr Weiss
Kastrace

9⁴⁰ – 9⁵⁵ Robert Máthé, Jana Štefániková
Osvetovo-edukačný potenciál medializovaných prípadov sexuálnej delikvencie

9⁵⁵ – 10¹⁰ **Diskusia**

10¹⁰ – 10³⁰ **Prestávka**

BLOK II. Osobnosť a parafílie **Predsedníctvo: Danica Caisová, Anežka Imrišková**

10³⁰ – 10⁴⁵ Mária Borzová
Osobnosť a sexuálne deviácie v evolučnej psychológii

10⁴⁵ – 11⁰⁰ Duzbaba Milan, Kolářský Aleš
Sexuální deviace snižuje validitu osobnostního pojetí

11⁰⁰ – 11¹⁵ Herrová Želmíra, Kolářský Aleš
Metodika náhľadovej terapie

11¹⁵ – 11³⁰ Anežka Imrišková
Otázky pedofilnej pornografie

11³⁰ – 11⁵⁰ **Diskusia**

11⁵⁰ – 13⁰⁰ **Obed**

BLOK III. Urologicko-gynekologická problematika **Predsedníctvo: Ivan Kubiš, Katarína Jandová**

13⁰⁰ – 13¹⁵ Rastislav Hejj
Penile Fracture

13¹⁵ – 13³⁰ Michal Chovanec, Petr Weiss
Penis Captivus – fikcia alebo realita?

13³⁰ – 13⁴⁵ Peter Laurinc
Nové výzvy v terapii infertility

13⁴⁵ – 14⁰⁰ Stanislav Kollár, Annamária Fülöpová
Menštruačný cyklus a mesačné fázy...

14⁰⁰ – 14¹⁵ Eliška Lacková, Zoltán Jány, Katarína Jandová, Igor Rusňák
Labioplastika – liečba tela aj duše

14¹⁵ – 14³⁰ **Diskusia**

14³⁰ – 14⁴⁵ **Prestávka**

Blok IV. Workshop

14⁴⁵ – 15³⁵ Danica Caisová, Vladimír Korpáš
Proces diagnostikovania parafilného páchatela sexuálneho deliktu

15³⁵ – 16⁰⁰ **Prestávka**

ANDROFÓRUM II

Firemné sympóziá

16⁰⁰ – 17⁰⁰ **I. Sympóziium - Berlinchemie**
Predsedajúci: Igor Bartl

Danica Caisová
Poruchy ejakulácie
 Martin Hrivňák
Avanafil v liečbe ED

17⁰⁰ – 17¹⁵ **Prestávka**

17¹⁵ – 18⁴⁵ **II. Sympóziium – Recordati**
Predsedajúci: Martin Hrivňák

Peter Laurinc
Sildenafil v liečbe LUTS – aktualizované informácie z klinických štúdií
 Igor Bartl
Multidisciplinárny pohľad na liečbu erektilnej dysfunkcie a sexuálne zdravie muža

Martin Hrivňák
Nová topická forma alprostadilu na lokálnu liečbu ED

Martin Hrivňák
Kazuistika: prípadové štúdie k diskusii
 Igor Bartl

Správna aplikácia liečiva na ED a jeho vplyv na účinnosť

20⁰⁰ **Spoločenský večer**

SOBOTA – 21. 10. 2016

BLOK VI. Sexuálne minority **Predsedníctvo: Danica Caisová, Andrej Smetánka**

9⁰⁰ – 9¹⁵ Eva Jozífková
BDSM: rizika v číslech, ďalší vývoj a zdroje informácií

9¹⁵ – 9³⁰ Lenka Demková
Psychologické charakteristiky ľudí praktizujúcich BDSM

9³⁰ – 9⁴⁵ Hana Fifková
Komplexní péče o děti a dospívající s poruchou pohlavní identity

9⁴⁵ – 10⁰⁰ Danica Caisová
Láska a sex s vlastnou dcérou

10⁰⁰ – 10¹⁵ **Diskusia**

10¹⁵ – 10³⁵ **Prestávka**

BLOK VII. Varia **Predsedníctvo: Igor Bartl, Martin Hrivňák**

10³⁵ – 10⁵⁰ Radim Uzel, Ladislav Hess

„Nová“ afrodisiaka

10⁵⁰ – 11⁰⁵ Peter Minárik

Pomer počtu mužov a žien v populácii – príčiny

11⁰⁵ – 11²⁰ Peter Minárik

Pomer počtu mužov a žien v populácii – dôsledky

11²⁰ – 11³⁵ Monika Piliarová

Farby vzájomnej komunikácie – arteterapia v procese poradenstva

11³⁵ – 11⁵⁰ Martin Hrivňák

Očkovanie proti HPV z pohľadu urológa

11⁵⁰ – 12⁰⁵ **Diskusia**

12⁰⁵ **Záver konferencie**

Martin Hrivňák – prezident konferencie

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

VIAGRA 50 mg orodispergovateľné tablety

Každá tableta obsahuje sildenafiliumcitrát zodpovedajúci 25, 50 alebo 100 mg sildenafilu. **Lieková forma:** filmom obalená tableta. **Farmakoterapeutická skupina:** urológia, lieky určené na liečbu erektilnej dysfunkcie; ATC: G04B E03. **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 1krát za 24 hodín). Maximálna odporúčaná dávka je 100 mg. Ak sa VIAGRA užije spolu s jedlom, tak nástup účinku sa môže oneskoriť v porovnaní s nástupom účinku po užití lieku nalačno. U starších ľudí sa nevyžaduje úprava dávkovania (≥ 65 rokov). 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 v akejkoľvek forme, súbežné podanie so stimulantmi guanylátocykly (napr. riociguát), ochorenia, pri ktorých sa sexuálna aktivita neodporúča (napr. nestabilná angína pectoris alebo ťažké srdcové zlyhávanie), ťažká porucha funkcie pečene, hypotenzia ($< 90/50$ mmHg), nedávno prekonaný infarkt myokardu alebo náhla cievna mozgová príhoda, hereditárne degeneratívne ochorenia retíny (retinín pigmentosa), strata videnia v jednom oku v dôsledku NAION. **Špeciálne upozornenia:** lekár musí zohľadniť kardiovaskulárny stav pacienta a posúdiť riziko podania vazodilatátorov. Medzi pacientov so zvýšenou citlivosťou pri podaní vazodilatátorov patria najmä pacienti s obštrukciou výtoky z ľavej komory alebo pacienti so zriedkavým syndrómom multisystémovej atrofie. VIAGRA potencie hypotenzívny účinok nitrátov. Opatrnosť sa odporúča pri podávaní pacientom užívajúcim alfablokátory a u pacientov s anatomicou deformáciou penisu, resp. s ochoreniami s rizikom vzniku priapizmu. Kombinácia s inými PDE-5 inhibítormi alebo liekmi na liečbu PAH obsahujúcimi sildenafil sa neodporúča. U pacientov s hemoragickými poruchami alebo aktívnym peptickým vredom treba zväziť prínos a riziko liečby. Pacienti majú byť poučení, aby v akomkoľvek

pripade náhle poruchy videnia prestali užívať VIAGRU a ihneď sa poradili s lekárom. Filmový obal tablety obsahuje laktózu. VIAGRA nie je indikovaná u žien. **Interakcie:** súčasné podávanie sildenafilu a ritonaviru sa neodporúča. Pri súčasnom podávaní s inhibítormi CYP3A4 (ketokonazol, erytromycín a cimetidín) sa odporúča zväziť úvodnú dávku 25 mg. Súčasné užívanie riociguátu je kontraindikované. 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. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: bolesť hlavy; časté: závrat, poruchy farebného videnia, porucha zraku, rozmazané videnie, sčervenanie, návaly horúčavy, nazálna kongescia, nevoľnosť, dyspepsia. **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. **Uchovávanie:** filmom obalené tablety uchovávajúte pri teplote neprevyšujúcej 30 °C. Orodispergovateľné tablety nevyžadujú žiadne zvláštne teplotné podmienky na uchovávanie. Uchovávajúte v pôvodnom balení na ochranu pred vlhkosťou.

Táto skrátená informácia o lieku je určená pre odbornú verejnosť.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

Pred podaním lieku sa oboznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC).

Dátum aktualizovania skrátenej informácie o lieku: Máj 2016

Držiteľ rozhodnutia o registrácii:

Pfizer Limited, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Veľká Británia

Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii:

PFIZER Luxembourg SARL, o. z., tel.: +421 2 3355 5500

Upravené podľa SPC schváleného Európskou agentúrou pre lieky (EMA) dňa 29.1.2016.



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



VIAGRA[®]
(sildenafil citrate) tablets