

SEXUOLÓGIA

SEXOLOGY



ČASOPIS SLOVENSKEJ SEXUOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI
JOURNAL OF THE SLOVAK SOCIETY FOR SEXOLOGY

Prehľadové štúdie

Biopsychosociální povaha ľudskej sexuality

Jaroslav Zvěřina

Sexuální zdraví

Petr Weiss

Sexuální chování a sexuální spokojenost perimenopauzálních a postmenopauzálních žen

Eliška Steklíková, Markéta Niederlová, Alexandra Schneider Hrouzková, Petr Weiss

Sme pripravení na surrogátne materstvo ?

Katarína Jandová

Pôvodné práce

Sexuální život a reprodukční potenciál žen

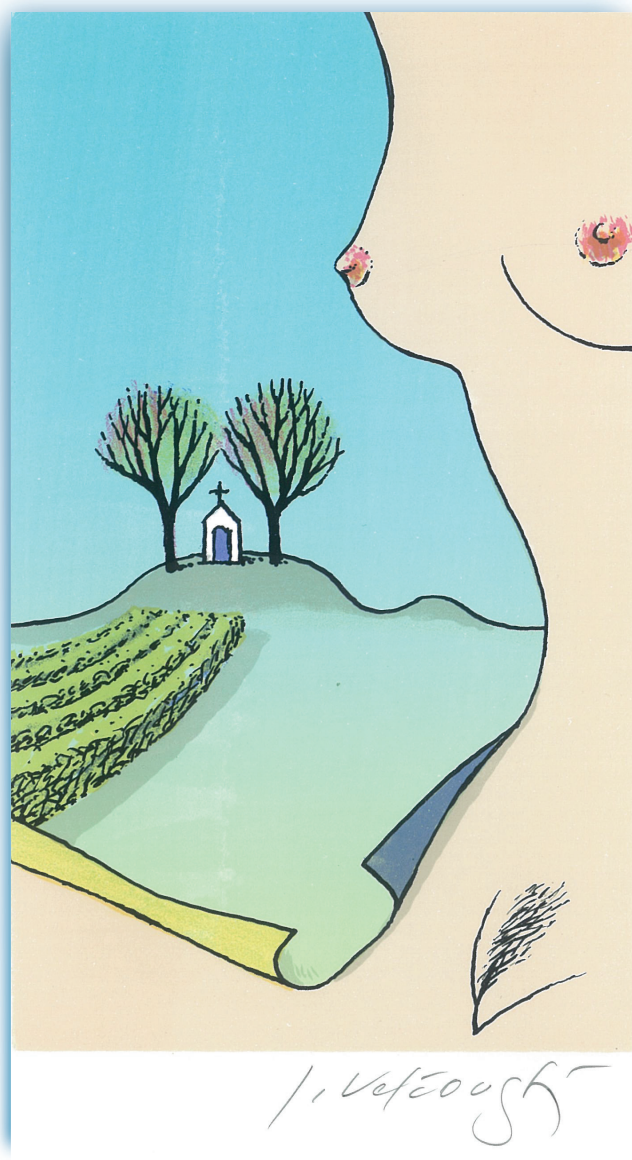
Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserovým syndromem (MRKHS) po operativním vytvoření neovagíny

Zlatko Pastor, Marta Nováčková, Roman Chmel

Správy a informácie

Recenzie

Kalendár odborných podujatí





SLOVENSKÁ SEXUOLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ SLS

XII. LÁBADYHO SEXUOLOGICKÉ DNI

ŽENSKÉ SEXUÁLNE DYSFUNKCIE



13. - 14. 10. 2017
Hotel HOLIDAY INN Trnava
www.sexology.sk

Obsah / Contents

Úvodník – 5

Prehľadové štúdie – Review Studies

Biopsychosociální povaha ľudskej sexuality – 6

Biopsychosocial nature of human sexuality

Jaroslav Zvěřina

Sexuální zdraví – 12

Sexual Health

Petr Weiss

Sexuální chování a sexuální spokojenost perimenopauzálních a postmenopauzálních žen – 19

Sexual behavior and sexual satisfaction of perimenopausal and post-menopausal women

Eliška Steklíková, Markéta Niederlová, Alexandra Schneider Hrouzková, Petr Weiss

Sme pripravení na surrogátne materstvo ? – 23

Are we ready for surrogacy?

Katarína Jandová

Pôvodné práce – Original Articles

Sexuální život a reprodukční potenciál žen Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserovým syndromem (MRKHS) po operativním vytvoření neovagíny – 29

Sexual life of women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKHS) syndrome following the operative creation of neovagina.

Zlatko Pastor, Marta Nováčková, Roman Chmel

Správy a informácie – Reports and Informations of Interest

Za sexuologem Alešem Kolářským (*Slavoj Brichcín*) – 36

Správa z konferencie gynekológov a sexuológov (*Dana Šedivá*) – 37

Správa zo 17. Česko-slovenského psychiatrického zjazdu (*Ivan Karbula, Vanda Valkučáková*) – 38

Správa z XII. Lábadyho sexuologických dní (*Igor Bartl*) – 41

Recenzie – Book Reviews

Luděk Daneš: ***Opožděná ejakulace***. Praha: Grada Publishing, 2015. Počet strán 104, 1. vydanie.

(*Robert Máthé*)

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.
PhDr. Katarína Jandová, PhD.
MUDr. Ivo Procházka, CSc.
MUDr. Danica Caisová-Škultétyová
MUDr. Anežka Imrišková
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: december 2017

Evidenčné číslo: EV 2987/09

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

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



Vážené čitateľky, vážení čitatelia,

pri predstave pradávnej minulosti našej sexuality sa nám črtá obraz pomerne ľahko realizovateľného správania medzi osobami mužského a ženského pohlavia smerujúceho k splodeniu potomstva. Spontánne prejavy jedincov odlišného pohlavia však postupom času začali byť čím ďalej tým viac regulované, usmerňované a v neposlednom rade aj sankcionované, v prípade, ak vybočili z rámca konvencií, resp. ak boli v rozpore so zákonom. Postupne sa do úzadia potlačila bazálna biologická funkcia kohabitačných aktivít – koncepcia, v prospech ich relaxačno-rekreačnej funkcie s nastavením na antikoncepcné prežívanie rozkoše. Priebežne sa postupne formovali a upravovali pravidlá komunikácie medzi prospektívnymi partnermi, tak vzhľadom na ich vek, ako aj vzhľadom na ochotu či neochotu najmä jedincov ženského pohlavia takúto iniciatívu prijať. Nadväzovanie kontaktu, dvorenie prechádzali dlhým a neraz zložitým vývojom, v rámci ktorého sa v úzkej väzbe na dobové kultúrno-spoločenské podmienky formovali určité pravidlá, regule či bontón, s mantinelmi, ktoré ohraničujú konanie kontaktu chtivého jedinca.

Ak sa z hľadiska sexuálnej orientácie budeme držať majoritnej populácie, nemôžeme si nevšimnúť, ako sa postupne formovali zmeny akceptovaných prejavov mužov voči ženám. Mám na mysli pôvodne ženami očakávanú a kvitovanú galantnosť mužov, cez odmietavé postoje časti emancipovaných žien k týmto prejavom mužov a, napokon, v extrémnych prípadoch, až po označovanie týchto prejavov za obťažovanie.

Dostávame sa tak na tenký ľad rôznych foriem obťažovania, s položením si otázky, kedy ide o obťažovanie a kedy o prirodzenú snahu muža dvorením dosiahnuť priazeň ženy. Azda nie je potrebné

vyhrocovať situáciu tvrdením, že akékoľvek oslovenie ženy s úmyslom nejakého návrhu, pozvania, vyjadrenia sympatií alebo toho, že mužovi sa žena páči, by sa hneď zavrholo a hádzalo do jedného vreca s obťažovaním; veď tak by muži nemali šancu nadviazať žiaden kontakt či vzťah so ženami. Na druhej strane, ak muž je skutočne dotieravý, nepríjemný, neslušný, stále je tu ešte možnosť zo strany ženy jeho správanie stopnúť a mala by to urobiť hneď, ešte v zárodku takýchto prejavov. V tejto súvislosti nemám na mysli prejavy sexuálne úchylných mužov, ktorí a priori nevnímajú signály nesúhlasu žien.

V spleti neraz zložitých medziľudských vzťahov, v rámci snahy o dosiahnutie uspokojivého sexuálneho kontaktu a či v rámci snahy o vytvorenie partnerstva s kvalitným sexuálnym životom môžu nastať aj mimoriadne nepríjemné nedorozumenia súvisiace s určitou nezhodou v chápaní toho, čo sa smie a čo nie.

Predsa však, azda dokážeme zachovať súlad medzi prirodzeným a tým, čo nám diktuje duch danej doby!

Azda aj v týchto súvislostiach možno vidieť poslanie našej odbornej spoločnosti, čo dokladáme aj prvými článkami tohto čísla nášho časopisu, s pripomenutím bio-psycho-sociálnej povahy našej sexuality a s vyzdvihnutím toho, čo v súčasnosti považujeme v sexuálnom živote za zdravé.

S prianím prirodzeného, zdravého a uspokojivého sexuálneho života všetkým našim priaznivcom

Robert Máthé,
vedúci redaktor

Biopsychosociální povaha lidské sexuality

Jaroslav Zvěřina

Sexuologický ústav 1.LF UK a VFN, Praha 2

Souhrn

Text se zabývá přehledem vrozených a získaných faktorů v lidské sexuální motivaci. Prezentovány jsou poznatky o genetických a epigenetických faktorech, které se zde uplatňují. Stručně jsou popsána dostupná data z různých oborů, které biologické faktory prokazují coby základ, který je určující, a výrazně se uplatňuje v interakci s vlivy výchovy, kultury a sociálního prostředí.

Klíčová slova: sexualita – sexuální dimorfnost – intersexualita – sexuální identita – sexuální orientace – sexuální chování.

Summary

Overview of contemporary knowledge about congenital and acquired factors in human sexual motivation. Discussion about genetical and epigenetic factors in a development of human sexuality. Data from different scientific disciplines show biological factors as basis, which is working in interactions with factors of education, culture and influences of social environment of human subject in its ontogenesis.

Keywords: sexuality – sexual dimorphism – intersexuality – sexual identity – sexual orientation – sexual behavior.

Úvod

Pohlavní chromosomy

Není sporu o tom, že člověk je živočišným druhem s výraznou **sexuální dimorfností**. Genetický sex je určen v okamžiku početí sestavou pohlavních chromosomů. Pokud oplodňující spermie přináší chromosom X, vzniká sestava XX, tedy **homogametická sestava** ženská. Přináší-li spermie pohlavní chromosom Y, vzniká **heterogametická sestava** mužská, tedy XY. Geneticky založené pohlaví není samozřejmě vždy rozhodující. Definitivní sexuální identita a další vlastnosti motivační sexuální struktury jedince jsou zřejmě formované podstatným způsobem mechanismy epigenetickými, které zatím nejsou podrobně prostudovány (1).

Genetický sex je rozhodující pro vývoj mužských, nebo ženských gonád zárodku. Po šestém týdnu gestace začne plod s Y chromosomem a funkčním **SRY** genem (**TDF** – „Testis Determining Factor“), formovat varlata. Ve fetálních varlatech vytvářený testosteron pak formuje zárodek mužsky, a to v jeho morfologických vlastnostech, a též ve funkcích mozku. Zárodek, na který fetální testosteron nepůsobí, vyvíjí se typicky žensky. Maskulinizace zárodku probíhá z větší části pod vlivem **dihydrotestosteronu**, na který je testosteron konvertován enzymem 5 α reduktázou. Genetické pohlaví se prosazuje prostřednictvím epigenetického

vlivu fetálních hormonů, což se týká jak fenotypu, tak funkčního stavu centrálního nervového systému. Dobře prostudován a doložen je zejména maskulinizační vliv fetálního testosteronu. Pro vývoj feminních vlastností není zřejmě třeba výrazných hormonálních vlivů, avšak předpokládá se, že estrogény, produkované ve fetálních ovariích, se uplatňují ve **feminizaci mozku** (2).

Geneticky podmíněné poruchy sexuálního vývoje (Intersexuality)

Atypické sestavy pohlavních chromosomů jsou poměrně dobře prozkoumanou oblastí. K základním klinickým jednotkám v této oblasti patří **Turnerův syndrom** (45,X0), **Klinefelterův syndrom** (47,XXY), smíšená **gonadální dysgeneze**, „ovotestikulární“ povahy (45,X0/46XY) a smíšená „chimérická“ dysgeneze (46,XX/46,XY). Průzkumy těchto abnormálních sestav pohlavních chromosomů ukázaly rozhodující vliv přítomnosti Y chromosomu, bez něhož je maskulinní vývoj plodu nemyslitelný.

Turnerův syndrom

Jde o nejčastější poruchu sestavy sexuálních chromosomů. Ženy s tímto syndromem se vyznačují specifickým somatotypem a nízkou produkcí estrogenu z ovarií bez oocytů. Vyžadují specifickou hormonální terapii od dětství (3). Kromě nejčastější typické sestavy bez druhého X chromosomu se vyskytují také mosaikové formy s různými atypickými vlastnostmi.

Klinefelterův syndrom

Muži s Klinefelterovým syndromem jsou typickým příkladem hypergonadotropního hypogonadismu. Bez terapeutických zásahů se vyznačují eunuchoidním habitem a často též lehkým mentálním defektem. Jejich varlata jsou tuhá a velice drobná. Někdy se u nich vyskytují zcela bizarní sestavy s mnohočetnými X chromosomy (kromě klasické sestavy 47, XXY též 48,XXXY a 49,XXXXY) v individuálně sestavené mosaice. Fertilita mužů s **Klinefelterovým syndromem** je insuficientní. U jedinců s diagnostikovaným Klinefelterovým syndromem je indikována androgenní substituce od počátku pubescentního věku. Vyskytují se u nich poruchy sexuálního chování, a to jak dysfunkce, plynoucí z hypogonadismu, tak sexuálně deviantní projevy, vzácně též poruchy sexuální identity.

Muži s genotypem 46 – XX („Syndrom de la Chapelle“)

Byl popsán počátkem sedmdesátých let minulého století. Vyskytuje se extrémně vzácně. Tito jedinci vykazují feminní somatotyp s gynekomastií, mají maskulinní zevní genitál s hypoplastickými **varlaty** a malým **penisem**. Vnitřní genitál maskulinní, chybí deriváty **Müllerových vývodů**. Stav je podmíněn přítomností **SR**Y genu na některém z X chromosomů. Identita těchto jedinců je většinou mužská, s heterosexuální preferencí. Mohou být pokládáni za Klinefelterův syndrom, jsou však podstatně vzácnější.

Sexuální orientace a sexuální identifikace

S poruchami sexuální identifikace a sexuální role jsme konfrontováni zejména v případech, kdy tělesně pohlavní vývoj subjektu je prakticky bez odchylek. Tak je tomu v naprosté většině případů **transsexuality**, **transvestitismu** dvojí role, a také u případů „**genderové dysforie**“, motivované jinak. Většina našich znalostí o formování sexuální orientace a identifikace byla získána pozorováním jedinců s tělesnou intersexualitou. V poslední době se objevila řada prací, které se snaží různě kasuisticky popsat případy tohoto druhu shromáždit, a které tedy pracují se soubory, umožňujícími jakousi statistickou analýzu. Většina těchto sdělení pochází z „Bostonské školy“, kterou koordinuje klasik tohoto vědeckého žánru, Heino Meyer-Bahlburg. Medicína se v této oblasti podobně jako v jiných klinických problémech někdy učila také ze svých vlastních omylů.

Pohlaví novorozence je určeno především podle existence penisu, nebo něčeho, co **penis** připomíná. Pokud novorozenec má penis, nebo útvar, který jej připomíná, je to chlapec, pokud nic takového nemá, je to děvče. Za normálních okolností je výsledkem zmíněného procesu biopsychosociálních interakcí jedinec, který nemá problém ani se svou sexuální rolí, ani se svou sexuální identitou. Pro naše chápání souhry faktorů, které ovlivňují ontogenesi lidské sexuality jsou nepochybně velice přínosné klinické zkušenosti s jedinci, jejichž tělesný vývoj je charakterizován nedostatečně diferencovaným, nebo více či méně intersexuálním zevním genitálem. Také samozřejmě stavy, kdy zevní genitál je u dítěte ženského pohlaví **virilizován**, nebo u dítěte mužského pohlaví **feminizován**.

Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH)

Jde o autosomálně (AR) recesivní onemocnění, které postihuje ženy i muže. Projevuje se poruchou syntézy nadledvinových steroidů, nejčastěji (cca v 90%) geneticky podmíněnou insuficiencí 21-hydroxylázy. Jako příčina defektní diferenciací zevního genitálu se uplatňuje klasická porucha CAH, pokud postihuje ženský plod v prenatálním období. Zvýšená produkce androgenů v těchto případech zevní genitál maskulinizuje. Nejnápadnějším fenoménem je pak hypertrofie klitorisu. Takto získaný intersexuální vzhled zevního genitálu může způsobit problémy s určením pohlaví novorozence dítěte^(15,16). V atypických případech není vzhled zevního genitálu po narození nijak nápadný, a příznaky CAH se projeví až později v dětství, nebo v pubertě. Novorozenci s genotypem 46, XX a s CAH, jsou většinou označeni jako dívky. Mají ostatně pochvu, dělohu, vaječníky a vejcovody. Jsou-li adekvátně léčeny glukokortikoidy, jejich vývoj je typicky ženský a zachována je i **reprodukční funkce**.⁽⁶⁾ Někdy je maskulinizace zevního genitálu natolik masivní, že při povrchním hodnocení bývaly tyto děti označeny chybně za chlapce. Některé takové děti pak absolvují změnu pohlaví, jiné nikoliv. Dívky s CAH vykazují různé maskulinní projevy v chování (zájmy, hračky, volnočasové aktivity), a to nejen v dětství, ale také v dospívání a dospělosti. Moderní metody prenatálního i postnatálního screeningu podobné omyly omezují zásadním způsobem^(7,8).

Většina autorů se shoduje, že problémy s pohlavní identifikací nemají u pacientek s kongenitální adrenální hyperplazií žádný vztah ke stupni maskulinizace zevního genitálu. Diamond a Sigmundson⁽¹⁰⁾ doporučují při masivní androgenizaci v případech CAH určit pohlaví jako mužské. Pokud se incidence transsexualismu v ženské populaci uvádí indexem 1:30.000, pak podíl těchto problémů u souboru žen s CAH je nepochybně podstatně vyšší než lze očekávat za normálních okolností. Velká většina těchto žen však žádnou „genderovou dysforii“ netrpí. Sexuální identita se u nich tedy zdá být velice flexibilní.

Novější studie se shodují v tom, že o určení pohlaví je třeba rozhodnout co nejdříve, do 19. měsíce věku dítěte. Ve sporných případech po důkladném zvážení všech okolností. V pozdějším věku by se změna pohlaví neměla již realizovat, tedy nikoliv z iniciativy lékařů. Zatím nedovedeme přesně určit kritéria pro „optimální“ rozhodování o pohlaví dítěte ve sporných případech. Nicméně do třetího roku věku dítěte by i v případech složitějších mělo být o sexuální identitě jasno.

Poruchy metabolismu testosteronu

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

Defekt 5 α -reduktázy

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

testosteronu. Tento špecifický hypogonadizmus popsal poprvé americká endokrinoložka Imperato McGinley se spolupracovníky v roce 1974⁽¹¹⁾. Poznatek o významu této poruchy inspiroval zavedení finasteridu, tedy farmakologického inhibitoru 5 α -reduktázy do terapie hyperplazie prostaty.

Defekt 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenázy (17 β -HSD-3)

Tento isoenzym je nezbytný k syntéze testosteronu, který se pak konvertuje na dihydrotestosteron. Předpokládá se, že hladiny testosteronu jsou v prenatálním období u tohoto stavu nízké, nikoli však nulové, protože jisté množství testosteronu se syntetizuje s pomocí jiných 17 β -HSD izoenzymů. U tohoto enzymového defektu se dítě s maskulinním genotypem XY rodí s obojetným genitálem, který připomíná genitál ženský. Varlata bývají retinována v tříselných kanálech. Penis je rudimentální. Feminizace zevního genitálu je v extrémních případech téměř kompletní, takže děti jsou vychovávány jako děvčata. V pubertě se tito jedinci začínají maskulinizovat, když se aktivují varletní funkce. Penis se zvětšuje, objevují se erekce, růst vousů a hlubší hlas. V některých uzavřených komunitách je výskyt těchto poruch velmi vysoký, až 1:100. Vyšším výskytem se vyznačují ohraničené populace v Gaze, Dominikánské republice, Brazílii, Mexiku, nebo Papua Nová Guinea⁽¹¹⁾.

Necitlivost k androgenům

Androgenní insenzitivita je poruchou maskulinní diferenciace, vázanou na X chromosom. Vyznačuje se absencí nebo defektem genu androgenního receptoru (AR gen). U těchto jedinců s karyotypem 46-XY fetální varlata fungují normálně, ale účinek androgenů ve všech tkáních je blokován. Extrémní variantou je *kompletní syndrom androgenní insenzitivity* (CAIS), který bývá nazýván „*testikulární feminizace*“. Jedinci s CAIS jsou geneticky založeni mužsky (46,XY), ale mají zcela typicky ženský zevní genitál. Vnitřní genitál nemá žádné Mülleriánské struktury (uterus, proximální vagína), protože jejich vývoj byl potlačen produkcí anti-Müller faktoru ve varlatech. V některých případech lze nalézt rudimenty Wolffových vývodů (nadvarlata, chámovody). Distální vagína je obvykle krátká, často připomíná jen jakýsi důlek, ukončená je samozřejmě slepě. Diagnosa se prakticky nikdy neudělá po porodu. Pokud nejsou retinovaná varlata chirurgicky odstraněna, androgeny v nich tvořené se při blokádě jejich účinku na receptorech neuplatní. Výsledkem je typicky feminní somatosexuální vývoj s žensky vyvinutými prsy, ale zcela bez tělového ochlupení v axilách a kolem genitálu („*hairless woman*“ syndrom). O ženském pohlaví těchto jedinců není od narození pochyb. Nevyskytuje se u nich žádný problém s feminní identitou.

Pokud genetický defekt není vyjádřen plně, jedná se o *parciální syndrom androgenní insenzitivity* (PAIS). Ten se projevuje různě nekompletní feminizací a maskulinizací. Zevní genitál může být feminní, nebo je vytvořen penis s perineoskrotální hypospadií. Varlata mohou být sestouplá v rudimentárním šourku, bývají však častěji retinovaná v tříselech. Jindy stav imponuje jako

mikropenis, a to se skrotem, nebo bez něho. Pohlaví při narození bývá určováno jako mužské, nebo ženské, a to podle vzhledu zevního genitálu. Zdá se, že v případech androgenní insenzitivity ve většině případů vinou necitlivosti mozkových tkání k androgenům nedojde k mužské organizaci příslušných mozkových center, a to přesto, že hladiny fetálních androgenů jsou v mezích typických pro mužské subjekty. Naprostá většina těchto genetických mužů je ve své ženské sexuální roli dokonale spokojena.

Mikropenis

Jako mikropenis označujeme stav, kdy penis velmi malých rozměrů obsahuje uretru s ústím na penisu. Jedinec má karyotyp 46,XY, lze nalézt varlata (sestouplá či nesestouplá). Pokud je zachována citlivost periferních tkání na androgeny, lze velikost penisu pozitivně ovlivnit podáváním androgenů, nebo hCG v ranném dětství, do 4 roků věku. Léčba má být opakována na počátku puberty. Někteří tito jedinci jsou chybně sexováni jako ženy a také tak vychováni. Genderová dysfoirie je pak u nich dobře pochopitelná.

Ageneze penisu

Ageneze penisu je vyznačena nepřítomností penisu (aphallia) u jedinců s mužským karyotypem 46 XY. Jde o součást defektu vývoje pánve, často s urorektální komunikací. Varlata bývají retinovaná a vyskytují se i další přidružené kongenitální abnormality (abnormality ledvin, vesikouretrální reflux, neperforovaný anus, abnormity muskuloskeletární a pulmonální). Problémy se sexuální identitou mívají jedinci s agenezí penisu, chybně sexováni jako ženy.

Kloakální extrofie močového měchýře

Kloakální extrofie močového měchýře je extrémní případ epispadie. Penis je často hypoplastický a rozdvojený, někdy zcela chybí. Varlata jsou retinovaná v tříselech, nebo v břišní dutině. Stav vede k vysoké morbiditě a mortalitě. Šance na přežití se zlepšují s moderními chirurgickými rekonstrukčními operacemi. Mužsky sexováni jedinci nemívají se svou sexuální identitou problém. Pokud jsou vychováni k ženské identitě, vyskytují se u nich často genderové dysfoirie.

Ztráta penisu

Ablace penisu, nebo traumatická ztráta penisu se vyskytují jako následek úrazu v dětství, neodborné obřízky, kousnutí psem, či různě motivované mutilace. Před odstraněním penisu se chlapec vyvíjí typicky mužsky, bez problémů. Mayer-Bahlburg⁽¹⁴⁾ našel data o sedmi případech traumatické ztráty penisu v raném dětství, kdy bylo lékaři změněno pohlaví na ženské. Provedena kastrace a chirurgická úprava genitálu na ženský. Z těchto sedmi pacientů žijí 4 v ženské roli, jeden jako žena s gender dysfoirií, dva jako muži.

Tito jedinci, vychováni po úrazu jako ženy, nápadně často vykazují maskulinní rysy v chování, a často také jeví erotický zájem o ženy. Výchova v mužském pohlaví je z tohoto pohledu pro tyto pacienty mnohem méně konfliktní. Někdy jsou překvapivě dobře partnersky adaptováni, častěji však

žijí v nekonsumovaných manželstvích, nebo sami, bez partnerských aktivit.

Ageneze varlat

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

Z literatury i z vlastní klinické zkušenosti známe případy, kdy žena, nebo muž žijí celý život v přesvědčení, že jejich skutečné pohlaví je opačné, a přesto o změnu pohlaví neusilují, nejčastěji pro sociální problémy, spojené s takovou změnou. Nicméně i tak je zřejmé, že sexuální identifikace a sexuální role nemají jen čistě biologický původ⁽²⁾. Obecně platí, že změny z ženského pohlaví na mužské jsou častější než naopak. Avšak ani u intersexuálních jedinců, kteří byli vychováni jako ženy, a jejichž prenatalní prostředí bylo maskulinní co do expozice androgenům, nejsou projevy nespokojenosti s pohlavní příslušností ("gender dysforie") univerzálně přítomny. Zdá se tedy, že hypotézu o biologické dispozici k sexuální identitě, která prostě převládá všechny ostatní determinanty a prosadí se, není možné bez zbytku potvrdit.

Sexuální roli definovali kdysi J.Money a spol.⁽⁵⁾ následovně: „*All those things that a person says or does to disclose himself or herself as having the status of boy or man, girl or woman, respectively. It includes, but is not restricted to, sexuality in the sense of eroticism*“. Citovaná klasická práce konstatovala, že ze 105 intersexuálních jedinců vykazovalo jen 5 známky problémů v sexuální roli a sexuální identitě. Autoři uzavírají, že pro dospělou sexuální roli je nejdůležitější určení pohlaví při narození a způsob, jakým je jedinec vychováván. Zrodila se hypotéza velké plasticity sexuální role a identifikace, a to pod psychosociálními vlivy. Biologické faktory však nelze podceňovat. Historie zná řadu případů, kdy ignorování biologických faktorů vedlo k negativním konsekvencím a ke konfliktům s citěním postižených subjektů. Dodnes platí klasická zásada, že naprosto rozhodující je ve většině případů iniciální stanovení pohlaví dítěte po porodu. Birkmann et al.^(4,9), konstatovali u 37 dospělých intersexuálních subjektů, že tito jedinci hodnotí většinu lékařských intervencí, včetně různých chirurgických výkonů, zpětně spíše negativně. Jako důležité se jim zdá především zachování intimity, důvěry a utajení skutečného stavu věcí. V současné době kompetentní a zkušení odborníci zdůrazňují vysokou míru nejistoty u těchto případů. Postupovat je

třeba kompetentně a citlivě, také ve spolupráci s rodiči dětí s poruchami sexuální diferenciací. Optimální je rozhodovat ve složitějších případech v konziliu více expertů z řad lékařů a psychologů. Ve vztahu k případným chirurgickým korekcím je dnes medicína u těchto stavů velmi rezervovaná⁽¹⁶⁾. Ani špičková péče samozřejmě nemůže stoprocentně zajistit, že v dospívání a dospělosti nebude intersexuální subjekt se svou sexuální identitou spokojen. Je zřejmé, že poruchy sexuální identifikace („genderové dysforie“), podobně jako nestandardní sexuální preference, se u intersexuálních jedinců vyskytují podstatně častěji než u jedinců se standardním somatosexuálním vývojem. To samozřejmě nemá nic společného s údajným porušováním lidských práv těchto subjektů.

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

Biologické faktory sexuální orientace

Podobně jako u jiných behaviorálních vlastností, není jednoduché, prokázat přímou souvislost „nenaucené“ sexuální orientace s konkrétními genetickými faktory. Složitosti lidské osobnosti a sexuální motivace velmi komplikují vědecký výzkum. Lidé jsou v naprosté většině sexuálně orientováni na osoby opačného pohlaví. Jen několik málo procent lidí vykazuje orientaci homosexuální. Další procento můžeme přiřadit lidem, kteří o sobě tvrdí, že jsou orientováni bisexuálně. Různé výzkumy se zdají nasvědčovat tomu, že více žen, než mužů referuje o svých bisexuálních erotických zájmech. Je třeba vzít také do úvahy, že sexuální orientaci subjektu musíme studovat v komplexnosti celé jeho sexuální motivace, která se skládá ze sexuální identifikace, erotické preference (orientace), erotické vzrušivosti a sexuálního chování.

Prvé práce v této oblasti jsou zaměřeny na genetické faktory homosexuální orientace. Je zřejmé, že gayové a lesbičky se nestávají homosexuálně orientovanými působením výchovných a sociálních vlivů. Diskuse v této oblasti jsou od samého počátku zatížené vlivy ideologickými a politickými. Pokud jsme homosexuální orientaci odmedicinalizovali a odkriminalizovali, neznamená to, že přestala jako zajímavý fenomén existovat. Různé lobbystické skupiny LGB (Lesbian, Gay, Bisexual) mají tendenci výskyt homosexuální orientace v populaci výrazně přeceňovat, jejich oponenti činí opak.

Nedávno publikoval obsáhlý přehled historického vývoje poznatků o formování sexuální orientace mezinárodní autorský tým⁽¹⁷⁾. Upozorňují na dobře známou skutečnost, že specifická sexuální orientace

je významne vyšší u mužů, než u žen. Ženskou sexuální orientaci někteří autoři označují jako „fluidní“, měnlivou snáze, než je tomu situačními vlivy podmíněná „non-heterosexuality“, případně „bisexualita“. Podstatným přínosem ke studiu biologických faktorů u sexuální orientace bylo rozpoznání faktoru hormonálního. Zejména vlivu prenatálního testosteronu na organizaci centrálního nervového systému.

První studie, které měly ověřit podíl genetických faktorů na homosexuální orientaci, porovnávaly konkordanci homosexuální orientace u monozygotních a dizygotních dvojčat. Zřejmě nejvýznamnější takovou studii publikovali v roce 1991 Bailey a Pillar⁽¹⁸⁾. U homosexuálních mužů našli konkordanci u monozygotních dvojčat v 52%, u dizygotních v 22%, zatímco u vlastních i adoptivních bratrů byla konkordance jen kolem 10%.

Zajímavou „dvojčecí studii“ publikoval švédský tým Langstrom et al.⁽¹⁹⁾. Pracovali s velkým souborem respondentů ze švédského katalogu dvojčat. Nějakou homosexuální zkušenost během života připustilo v jejich souboru 5,6% mužů a 7,8% žen. Pohlaví se lišila v počtu homosexuálních partnerů. U mužů se uvádí průměr 12,6, zatímco u žen pouze 3,5. Větší procento shody homosexuálního chování bylo u monozygotních než u dizygotních dvojčat. Více genetických prvků konstatují u mužských homosexuálů než u žen s touto orientací.

Pravděpodobně první molekulárně genetickou studii publikoval na toto téma D. Hamer se spolupracovníky⁽²⁰⁾. Analýzou DNA homosexuálních bratrů dospěl ke shodě u lokusu v oblasti Xq28. V souladu s tím prokazoval také, že homosexuální muži mají více stejně orientovaných příbuzných z matčiny než z otcovy strany. Podobně jako u jiných genetických faktorů také zde se ukazuje, že dochází k výrazné modifikaci vlivů uvedeného genu na sexuální orientaci, a to pod vlivem faktorů epigenetických, které genom modifikují. Tak lze vysvětlit skutečnost, že velká část, avšak nikoliv všechny monozygotní páry dvojčat jsou v sexuální orientaci konkordantní.

Poruchy sexuální identity

Genetické faktory se u poruch sexuální identifikace nehledají snadno. Výskyt poruch sexuální identifikace v populaci je řádově nižší, než je tomu u minoritní sexuální orientace⁽⁵⁾. Definované abnormality konstelace pohlavních chromosomů zpravidla nejsou spojeny s poruchami sexuální identifikace. Dostupná data spíše vedou etiologické úvahy směrem k hormonálním poměrům v prenatální fázi ontogeneze. Opakovaně se vyskytují studie, které se snaží nalézt neuroanatomické difference u transsexuálních jedinců⁽²²⁾. Tak Kruijver se spolupracovníky⁽²¹⁾ nacházejí „ženský“ počet neuronů v limbickém systému transsexuálů M-F. Na jistý podíl genetických faktorů ukazují některé výzkumy na dvojčatech, zejména když konkordance poruch sexuální identity je podstatně vyšší u dvojčat jednovaječných, než u dvouvaječných. Studie, které se věnují poruchám sexuální identifikace u dvojčat, mají ovšem daleko k dokonalosti. Dostupné studie tohoto typu pracují samozřejmě s touto sexuální identitou, kterou deklarují respondenti. A ta pochopitelně nemusí odpovídat skutečnosti. Heylens a spol.⁽²³⁾

vystopovali v literatuře 23 jednovaječných dvojčat, kde byla konkordance transsexualismu u 9 případů. V podskupině 45 dvouvaječných dvojčat nebyla žádná konkordance nalezena. Ostatně i tak specifický somatický indikátor prenatálních hormonálních vlivů, jakým je poměr délky druhého a čtvrtého prstu ruky (2D:4D) se podstatně více shoduje u jednovaječných, než u dvouvaječných dvojčat⁽²⁴⁾.

Studium genů, regulujících receptory pohlavních hormonů ukazuje na podíl abnormality receptorů androgenních u transsexuality F-M⁽²⁷⁾. Také se ukazuje souvislost transsexuality s polymorfismem alely CYP17 MspA1, která má vztah k metabolismu pohlavních steroidů. Tato souvislost je vyšší u transsexuality F-M, než u opačné M-F transsexuality⁽²⁸⁾. Stejněmu španělskému týmu se nezdařilo prokázat souvislost transsexualismu M-F s geny *Erβ*, *AR* a *CYP19A1*.

Závěr

Není pochyb o tom, že podstatná část sexuální motivace člověka je založena biologickými faktory. Sexuální dichotomie lidí má přímou souvislost s pohlavními chromosomy. Je dotvářena a definitivně formována poměrně složitými epigenetickými vlivy, které se uplatňují již v prenatálním období, a které nejsou zatím dokonale prostudovány v jejich složitosti. Vlivy výchovné, sociální a kulturní se zde samozřejmě rovněž uplatňují, avšak neměly by být přeceňovány, zejména pak ne z ideologických důvodů.

Literatura

1. Ngun TC, Vilain E.: The biological basis of human sexual orientation: is there a role for epigenetics? *Adv. Genet.* 2014; 86: 167-185
2. Hines M.: Prenatal testosterone and gender-related behaviour. *Eur.J.Endocrinol.* 2006; 155, Suppl.1: 115 – 121
3. Lebl J, Zapletalová J.: Turnerův syndrom. Maxdorf, Praha 2007. 65 s.
4. Birkmann L, Schuetzmann K, Richter-Appelt H.: Gender Assignment and Medical History of Individuals with Different Forms of Intersexuality: Evaluation of Medical Records and the Patients' Perspective. *J. Sex. Med.* 2007; 4(4): 964 – 980
5. Money J, Hampson JG, Hampson JL.: Imprinting and the establishment of gender role. *Arch.Neurol. Psychiat.* 1957; 77: 333-336
6. Simpson H, Hughes, I.: Congenital Adrenal Hyperplasia. *Medicine* 2013, 41/9: 529 – 531
7. Wilson JD, Marco A, Rivarola MD, et al.: Advice on the Management of Ambiguous Genitalia to a Young Endocrinologist From Experienced Clinicians. *Semin. Reprod. Med.* 2012; 30(5): 339–350
8. Dessens AB, Slijper FME, Drop SLS.: Gender Dysphoria and Gender Change in Chromosomal Females with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Arch. Sex.Behav.* 2005; 34(4): 389-397
9. Diamond M, Sigmundson HK.: Management of intersexuality: Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Arch.Pediatr.Adolesc. Med.* 1997; 151: 1046-1050
10. Reichman DE, White PC, New MI, Rosenwaks Z. Fertility in patients with congenital adrenal

- hyperplasia (Review) Fertility and Sterility 2014; 101(2): 301-309
11. Imperato-McGinley J. et al.: Steroid 5 α reductase deficiency in man: an inherited form of male pseudohermaphroditism. Science 1974; 186(4170): 1213-1215
 12. Cohen-Kettenis P.: Gender Change in 46, X, Y Persons with 5 α - reductase - 2 Deficiency, and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency. Arch.Sex.Behav. 2005; 4(34): 399-410
 13. Mazur T.: Gender Dysphoria and Gender Change in Androgen Insensitivity or Micropenis. Arch.Sex. Behav. 2005; 34(4): 411-421
 14. Meyer-Bahlburg HFL.: Gender Identity Outcome in Female-Raised 46,XY Persons with Penile Agenesis, Cloacal Extrophy of the Bladder, or Penile Ablation. Arch.Sex.Behav. 2005; 34(4): 423-438
 15. Meyer-Bahlburg HFL.: Gender dysphoria and gender change in persons with intersexuality. Arch. Sex. Behav. 2005; 34(4): 371-373
 16. Witchel, F.S., Azziz, P.: Congenital Adrenal Hyperplasia. Pediatr. Adolesc.Gynecol. 2011; 24: 116-126
 17. Bailey JM, Vasey PL, Diamond LM. et al.: Sexual Orientation, Controversy and Science. Psychol.Sci. Publ.Int. 2016; 17(2): 45-10
 18. Bailey JM, Pillar RC.: A genetic study of male sexual orientation. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 8: 1089-1096
 19. Langström N, Rahman Q, Carlström E, Lichtenstein P.: Genetic and Environmental Effects on Same-sex Sexual Behavior: A Population Study of Twins in Sweden. Arch. Sex.Behav. 2010; 39: 75-80
 20. Hamer DH, Hu S, Magnuson VL. et al.: A linkage between DNA markers in the X chromosome and male sexual orientation. Science 1993; 261: 321-327
 21. Kruijver FPM, Zhou JN, Pool C.W et al. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. J.Clin.Endocrinol.Metab. 2000; 85: 2034-2041
 22. Coolidge FL, Thede LL, Young SE.: The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. Behav. Genet. 2002; 32:251-257
 23. Heylens G, DeCuyper G, Zucker KJ. et al.: Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature. J. Sex. Med. 2012; 9: 751-757
 24. Gobrogge KL, Breedlove SM, Klump KL.: Genetic and Environmental Influences on 2D:4D Finger Length Ratios: A Study of Monozygotic and Dizygotic Male and Female Twins. Arch.Sex.Behav. 2008; 37: 112-118
 25. Sasaki S, Ozaki K, Yamagata S. et al.: Genetic and Environmental Influences on Traits of Gender Identity Disorder: A Study of Japanese Twins Across Developmental Stages. Arch. Sex. Behav. 2016; 45: 1681-1695
 26. Alanko K, Santtila P, Harlaar N. et al.: Common Genetic Effects of Gender Atypical Behavior in Childhood and Sexual Orientation in Adulthood: A Study of Finnish Twins.Arch. Sex. Behav. 2010; 39: 81-92
 27. Hare L, Berbnard P, Sanchez FJ, et al.: Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. Biol.Psychiat. 2009; 65(1): 93-96
 28. Fernández R, Cortéz-Cortéz J, Esteva I. et al.: The CYP17 MspA1 Polymorphism and the Gender Dysphoria. J.Sex.Med. 2015; 12: 1329-133

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

Recenzia

Luděk Daneš: Opožděná ejakulace. Praha: Grada Publishing, 2015. Počet stránek 104, 1. vydanie.

Malá, avšak informačne obsažná knižná publikácia MUDr. Luděka Daneša, CSc., psychiatra a sexuológa Sexuologického ústavu v Prahe a sexuologickej ambulancie na Poliklinike Zahradní město, je v poradí treťou knihou týkajúcou sa sexuálnych porúch mužov; prvé dve majú názvy Erektlní dysfunkce (2007) a Předčasná ejakulace (2011). Autor je absolventom Fakulty Všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Prahe. Profesionálne sa orientuje na diagnostiku a liečbu sexuálnych dysfunkcií mužov a žien a na vyšetrenia plodnosti mužov.

Zatiaľ čo predošlé dve publikácie rozoberali najčastejšie sexuálne dysfunkcie mužov, táto sa týka podstatne menej častej poruchy, ktorej prevalencia je vzhľadom na nejednoznačnú definíciu tejto poruchy nepresná (podľa DSM-V sa vyskytuje v prípade menej ako 1% mužov). Autorom udávaný výskyt je podľa rôznych literárnych údajov v rozpätí od menej ako 3 % po 11 %, podľa najnovších štúdií však najpravdepodobnejšie okolo 3 percent. Mimoriadne sympatická je autorova diskusia o definícii oneskorenej ejakulácie (ejaculatio tarda - ET), v rámci ktorej dôsledne zdôrazňuje

potrebu zohľadnenia prežívania poruchy zo strany oboch partnerov v partnerskom vzťahu pri menej dôležitom zohľadňovaní časového faktoru ako takého. Napokon dospieva k vlastnej definícii poruchy, ktorú považuje za najvhodnejšiu pre sexuologickú prax (s.15): „ET je porucha ejakulácie, pri ktorej je doba potrebná k dosiahnutiu ejakulácie od vsunutia penisu bez poruchy erekcie do pošvy pocitovaná najmenej jedným z partnerov ako príliš dlhá, čím v ňom vyvoláva sexuálne neuspokojenie, čo vedie k nesúladu vo vzťahu daného páru.“ Cenný je poukaz autora na diferenciálnu diagnostiku v prípadoch porúch ejakulácie, pričom menuje všetky možné varianty jej porúch: ejaculatio praecox, ejaculatio tarda, retrográdna ejakulácia, anejakulácia, bolestivá ejakulácia a astenická ejakulácia. Súčasne pripomína ich možné príčiny. Poukazuje aj na vysokovýznamnú potrebu hľadania psychogénnych faktorov pri vzniku poruchy a na potrebu práce s obidvomi partnermi, neraz pri menej významných alebo nepodstatných somatických príčinách poruchy. Súčasne navrhuje postup pri vyšetrení klienta s ET s akcentom na získanie podrobných anamnestických údajov vrátane informácie o vzdelaní pacienta, osobitostí typu výchovy, ktorej sa mu v rodine dostávalo, formovania jeho citového života, eventuality traumatizujúcich zážitkov, prípadne aj príčin psychiatrickej či psychologickéj liečby. Zo somatických **Pokračovanie na str. 18**

Sexuální zdraví

Petr Weiss

*Sexuologický ústav 1.LF UK, Praha
Katedra psychologie FF UK, Praha
Národní ústav duševního zdraví, Klecany*

Souhrn

Autor se po stručném úvodu zabývajícím se základními milníky historie moderní sexuologie snaží poskytnout definici normality sexuálního chování. S tímto pojmem pak úzce souvisí i pojetí sexuálního zdraví, které lze definovat jako narušení některého z aspektů normy. Závěrem jsou uvedené statistiky z pěti posledních výzkumů sexuálního a reprodukčního chování obyvatelstva České republiky, které by mohli v jistém smyslu poskytnout určité vodítko při určování statistické normy sexuálního chování.

Klíčová slova: normalita – sexuální zdraví – sexuální chování –
– sexuální identita – sexuální orientace.

Úvod

Ve dvacátém století došlo pravděpodobně k největším změnám sexuální morálky a sexuálního chování lidí za posledních tisíc let. Od jeho počátku jsme byli svědky především uvolňování spojení mezi manželstvím a sexem. Toto uvolnění v našem kulturním okruhu souvisí pravděpodobně především s rostoucí sekularizací společnosti, odklonem od striktní sexuální morálky židovsko-křesťanské náboženské tradice a současně i s překonáním tradičního modelu rodiny patriarchálního typu agrární éry. Mění se model soužití mužů a žen - stále přibývá párů vychovávajících své děti mimo manželství, jednopohlavních rodičovských párů, rodin pouze s jedním rodičem či dětí žijících současně ve dvou rodinách svých rozvedených rodičů. Změny sexuální morálky jsou v tomto smyslu projevem odklonu od společnosti centrované na rodinu ke společnosti spíše individualistické, souvisí však i s vývojem ekonomiky sociálního státu a liberální vlády.

Nemalou měrou pak k tomuto osvobození společenských postojů z pout tradiční sexuální morálky přispěl i boj žen za politickou a sociální rovnoprávnost, ženské emancipační hnutí, kterého počátek lze datovat do druhé poloviny minulého století. I když primární byl

Summary

The article provides a short introduction of the milestones in the modern sexology and tries to define the normality of sexual behavior. In the very strong connection with the concept of normality i also the concept of sexual Health, what can be consider as a disturbance of the certain aspect of the normality. Then are introduced the main results of the general population's sexual behavior from the last five waves. These results can provide the statistical norm of the sexual behavior.

Keywords: normality – sexual health – sexual behavior –
– sexual identity – sexual orientation.

boj žen za hlasovací právo, v požadavcích feministek nechyběly ani snahy o sexuální osvobození - například boj o řízení porodnosti, o právu ženy rozhodovat o počtu svých dětí.

V této souvislosti je nutné uznat, že až Freudova koncepce nevědomí, podle níž jsou sexuální pohnutky z hlediska vývoje rozhodující, a jeho odtabuizování masturbace a dětské sexuality umožnily počátkem našeho století první liberalizaci sexuální morálky. Freud provedl průlom do nezkoumané samozřejmosti normality, která nadále přestala být chápána jako předem daný stav zdraví, ale jako šťastná a náhodné výslednice neustále přítomných deviantních dílčích pudů. Perverze pak zde není eo ipso patologie, nýbrž jeden druh a způsob jak se bránit a zpracovávat konflikty a strachy vznikající na podkladě určitých vývojových podmínek. Freud (1971) zjistil, že významnou součástí nevědomí jsou právě sexuální pohnutky, o kterých jedinec nechce vědět hlavně proto, že dvojí morálka měšťanské společnosti vychovávala k pokrytectví.

Přes narůstající sumu poznatků o sexualitě však byly výsledky Kinseyho a jeho spolupracovníků, kteří jako první začali ve čtyřicátých letech zkoumat sexuální chování na základě širokých vzorků obyvatelstva, překvapující a v mnohém šokovaly veřejnost. Získaná data vyvrátila mnohé tvrdošijně přetrvávající mýty -

poprvé bylo zjištěno, v jakém věku začínají lidé sexuálně žít, jak často onanují, jak jsou nevěrní svým manželským partnerům, jak často mají homosexuální zkušenosti. Výsledky "Reportů" (Kinsey et al., 1948, 1953) vyvrátily především iluze o vysokém stupni obecného respektování tradičních morálních norem sexuálního chování. Výzkumy Williama Masterse a Margaret Johnsonové v 50. letech (Masters, Johnson, 1966) pak přenesením vyšetřování lidských sexuálních aktivit do laboratoře dovršily deideologizaci a objektivizaci vědeckého zkoumání lidské sexuality.

Skutečnou změnu sexuálního chování však přinesly až tři velké objevy minulého století. Koncem druhé světové války to byl objev penicilinu, který umožnil léčení kapavky a příjice. Tím druhým byl objev antikoncepční pilulky Pincusem a Changem v 50. letech – schválena pak byla v USA pod názvem Enovid v roce 1957. V Československu přišla na trh v roce 1965 pod názvem Antigest. Hormonální antikoncepce umožnila poprvé v dějinách lidstva to, aby ženy vzali plně do svých rukou vlastní reprodukční historii. Bez ní by ženy musely dodnes spoléhat na odpovědnost svých partnerů. Třetí objev pomohl mužům. Jedná se o objev inhibitorů fosfodiesterázy typu 5, který v devadesátých letech vyústil v uvedení prvního skutečně účinného léku na erektilní dysfunkce. První, sildenafil, přišel na trh koncem minulého století pod názvem Viagra a stal se velmi rychle jedním z neúspěšnějších léků všech dob. Záhy byl následován tadalafil (Cialis) a vardenafilem (Levitra). Zatím poslední u nás prodáván inhibitor je avanafil (Spedra). V sexuálním chování lidí v důsledku těchto objevů definitivně převládla funkce rekreační nad funkci prokreační.

Zmíněné objevy a společenské změny umožnily i sblížení mužské a ženské sexuální role. I když mužské sexuální chování se příliš nemění, ženské se pod vlivem uvedených sociálních změn mění dramaticky a vykazuje velké mezigenerační rozdíly. Ženy se ve svém chování stále více přibližují mužům – zjišťuje se u nich především nárůst masturbačních i předmanželských heterosexuálních koitálních aktivit, nárůst počtu sexuálních partnerů, mimomanželských styků, snižování věku prvního styku. Ze sociologického hlediska to svědčí o celkové liberalizaci a osvobození ženské sexuality od mužských norem.

V postindustriální době, v éře informací, rozpadu totalitních států a blokového vidění světa se postupně mění i sexuální morálka. Neustále se urychluje somatosexuální i psychosexuální zrání mládeže, snižuje se věk počátku sexuálních aktivit, informovanost o sexuálních otázkách i uvědomělost sexuálních menšin. Liberalizují se původně restriktivní postoje k předmanželskému sexu, k masturbaci, homosexualitě, antikoncepci. To, jaké postoje k těmto jevům jedinec zaujme, je stále více ponecháváno na jeho svobodné volbě, na jeho hodnotovém systému, osobních zkušenostech a zrání, na jeho individuálních etických normách.

Normalita sexuálního chování

Z hlediska historického vývoje i z hlediska transkulturního srovnání je dle Weisse (2002)

zřejmá společenská a dobová podmíněnost definice "normálního" a "nenormálního". Sexuální normy, tedy určení chování, jež je v daném kulturním a společenském kontextu považováno za normální (slovo norma znamená pravidlo, předpis, měřítko), se neustále vyvíjejí. Relativní jsou tedy především definice normality sexuálního chování vytvořené na základě **sociálních a kulturních norem**. Tyto normy lze v oblasti lidské sexuality aplikovat pouze s vědomím jejich omezené platnosti, jejich podmíněnosti kulturní i dobové. Z historie morálních systémů plyne jednoznačný poznatek, že sexuální chování, které je v určité době tvrdě sankcionováno, nejednou i pod hrozbou nejvyššího trestu (například i dnes platí, že homosexuální styk je dle zákona trestán smrtí v osmi – vesměs islámských – státech), může být v jiné době či v jiné společenské atmosféře považováno za plně normální nebo maximálně za neškodnou libůstku. Plyne z toho závěr, že když mluvíme o sexuálních anomáliích (deviacích), mluvíme často především o společenském systému, který určil danou sexuální normu. Čím bude tato norma restriktivnější, tím bude ve společnosti i více "deviací" (Schorsch, 1980).

Z hlediska historického lze změny sexuálních norem dobře ilustrovat na příkladu už zmíněného homosexuálního styku, ale i na příkladech pojetí incestu, věku konsensu nebo i v pojetí nevěry. Zapůjčení vlastní ženy je projevem pohostinnosti u více národů, například u Inuitů (Eskymáků). Především v tradičních zemědělských společnostech (v Číně, Indii, tradičním Japonsku, předindustriální Evropě) byl pak aplikován dvojitý pohled na nevěru muže a ženy. Zatímco mužům byla milenka tolerována (většinou však pouze tehdy, když nešlo o ženu vdanou), ženy byly za cizoložství trestány často i smrtí, a pouze jim jediným byla připisována vina. Na druhou stranu afričtí Loziové například nespojují vůbec nevěru s pohlavním aktem – podle jejich zvyku se cizoložství dopustil muž, který ujede kus cesty s vdanou ženou, která není jeho příbuzná, nebo ten, který jí nabídne pivo nebo kus tabáku.

Podobně omezenou platnost má i **norma statistická**, podle které je normální chování či jev s nejvyšším výskytem – u ní samozřejmě automaticky vyvstává otázka, od jaké četnosti výskytu se stávají jednotlivé formy sexuálního chování či určitého jevu "nenormálními". Normalita znamená v tomto pojetí průměrnost, běžnost, a "normální" je tedy člověk, který odpovídá průměru. Homosexualita je pak z tohoto hlediska stejně normální či nenormální jako například naprosto zdravý chrup v dospělém věku – nelze ho jistě označit za poruchu, a to přesto, že jeho výskyt v populaci bude jen několikaprocentní.

Určení statistické normy předpokládá především dostatečnou znalost reálného chování obyvatelstva, založenou na širokých výzkumech reprezentativních souborů obecné populace. Klasickým příkladem, potvrzujícím relativnost normality z hlediska statistického, je přístup k masturbaci. Po dlouhá staletí byla považována za škodlivou, za příčinu homosexuality či duševních chorob, a mluvílo se i o tzv. onanismu ve smyslu samostatné úchylky. Kromě Freuda, který ji začátkem století jako první odtabuizoval, to pak

byly práve statistické výzkumy Kinseyho a jeho spolupracovníků (Kinsey a spol., 1948, 1953 – poprvé prokázaly, že onanie je v podstatě univerzálním jevem), které nakonec vedly – alespoň u většiny odborné veřejnosti – k uznání masturbace jako jevu nejen neškodného a naprosto normálního, ale dokonce pro přípravu k pozdějším partnerským sexuálním aktivitám i užitečného, a z rekreačního či terapeutického hlediska přínosného.

Aplikovat statistickou normu může být zrádné nejen při definici deviace, ale i při určování normality jiných aspektů sexuálního chování. Je například relativně snadné zjistit průměrnou frekvenci či délku soulože a pak na základě směrodatné odchylky určit normu, nicméně v konkrétních případech lze tuto normu aplikovat jen obtížně. Pro některé páry bude totiž úplně normální souložit denně a pro jiné jednou za měsíc, u některých trvá soulož minutu a u některých hodinu. I když se hodinová soulož či každodenní styk jistě vymykají statisticky určené normě, pro mnohé páry mohou být plně vyhovující a odpovídající jejich normě párové.

Příkladem může být v této oblasti i definice překotné či předčasné ejakulace – relativně dlouho jsme se setkávali v učebnicích s tvrzením, že o ejakulatio praecox, tedy o sexuální dysfunkci, jde v těch případech, kdy k výronu semene dochází do dvou minut po imisi. Je však nasnadě, že pokud k orgasmu u obou partnerů (u muže spojeného s ejakulací) dojde třeba i po několika vteřinách soulože, jistě není ani nejmenší důvod považovat jejich sex za dysfunkční.

Další z norem, která je v oblasti sexuálního chování lidí často aplikována, je **norma biologická**. Její podstatou je předpoklad, že normální je takové sexuální chování, které alespoň potenciálně vede k reprodukci. Pokud pomíneme eventualitu, podle které – dovedeno ke krajnosti – nebude z hlediska této normy “normální” žádné nekoitální sexuální chování, a nakonec ani soulož za použití antikoncepce, soulož mimo plodné období menstruačního cyklu ženy či se ženou po menopauze, představuje biologická norma argument především proti normalitě homosexuální orientace. I když pohlavní styk dvou jedinců stejného pohlaví skutečně nemůže vést k reprodukci, většina homoeroticky zaměřených jedinců je potenciálně reprodukce schopna a mnozí z nich za svůj život skutečně děti zplodí. Z tohoto hlediska bude pak spíše “nenormální” pohlavní aktivita neplodného manželského páru jedinců opačného pohlaví a heterosexuální orientace. I u heterosexuálních a plodných párů je přitom plodnost po většinu pohlavně aktivního života spíše na obtíž – pouze asi 5% styků je totiž prováděno skutečně za účelem otěhotnění, při naprosté většině souloží představuje možnost oplodnění nemilou komplikací.

Jeň okrajově – jelikož v oblasti sexuálního chování je jejich význam skutečně pouze marginální – lze zmínit další dva druh norm, a to normu **subjektivní** a normu **ideální** (resp. normu **optimální**). Z hlediska normy subjektivní pak bude pro pedofila subjektivně normální láska k dítěti a pro sadistu svazování žen. Tuto normu však obecně a ani v sexuologii logicky aplikovat nelze bez toho, abychom nedospěli k naprosté anomii (tedy

k situaci, kdy neplatí jakékoliv normy). Úskalím normy ideální (představa životního optima jako “hotového, ideálního stavu”) je pak kromě neujasněnosti v názorech na lidské životní optimum i její nedosažitelnost – dle tohoto pojetí by lidé k normalitě pouze směřovali, více či méně se k ní blížili, ale reálně by kritéria této normy nikdo nemohl naplnit.

I na základě tohoto stručného přehledu norem aplikovatelných na lidské sexuální chování je zřejmá především skutečnost, že jakýkoliv jednostranný pohled – tedy aplikace kterékoliv partikulární normy – má v této oblasti vždy jen relativní platnost. Přesto však lze konstatovat, že některé formy sexuálního chování vybočují i z těch nejšířejí definovaných hranic normality.

Je to především sexuální chování spojené s nadměrnou fyzickou agresí nebo s potřebou poškodit, eventuálně usmrtit objekt svého erotického zájmu – podobné chování jistě nevede k reprodukčnímu úspěchu, a snad neexistuje ani žádné kulturní či sociální prostředí, jež by podobné chování u svých členů akceptovalo. Za běžných okolností pak z toho plyne logický požadavek konsensu všech na daných sexuálních aktivitách zúčastněných partnerů a následně i předpoklad, že dané sexuální aktivity nevedou k jejich duševnímu či tělesnému poškození. V tomto pojetí nelze považovat za normální například sadomasochistické praktiky, a to ani v případě, kdy k nim dochází za vzájemného souhlasu partnerů. Předpoklad vzájemného konsensu pak i z té nejšířší definice normality vylučuje kromě sexuálně agresivních či sadistických i aktivity zoofilní, exhibicionistické, tušerské, froterské, voyeuristické, skatofilní apod.

Je přitom zřejmé, že přes všechnu předchozí relativizaci musí sexuální chování zachovávat určitý, alespoň minimální kontext s danou dobou a daným kulturním prostředím. Doba a kultura nejednou i podstatným způsobem určují vnější projevy vnitřně determinovaných potřeb, a proto nelze od nich plně odhlédnout ani při posuzování těch projevů, jež jsou motivovány sexuálně.

V této souvislosti, tedy při vědomí nutnosti akceptace zachovávání kontextu s požadavky historického období i sociálního okolí, pak při úvahách o normalitě sexuálního chování v našem kulturně-historickém okruhu hraje nejdůležitější roli předpoklad pokrevní nespříznenosti i požadavek adekvátní věkové zralosti sexuálních partnerů, resp. nepřijatelnost sexuálních aktivit dospělých či dospívajících jedinců s prepubertálními dětmi, a to i v případě jejich eventuálního “souhlasu” (lze jen obtížně předpokládat, že se v těchto případech jedná skutečně o souhlas informovaný). Přitom o normalitě či abnormalitě sexuálního chování zde z hlediska sexuologického uvažujeme pouze v souvislosti s psychosexuální a somatosexuální zralostí objektu, nezávisle na zákonem určené hranici věku pohlavního styku.

Na základě uvedených předpokladů (při nichž jsme záměrně odhlédli například od kritérií pohlaví partnerů, jejich počtu, způsobu sexuálního kontaktu, citových aspektů jejich vzájemného vztahu atd.) pak docházíme k minimální, nicméně snad dostačující definici (Weiss, 2002), podle níž lze ze sexuologického

hlediska **za normální považovat takové konsensuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, a jež nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.**

Definice sexuálního zdraví

Světová zdravotnická organizace v roce 2002 definovala sexuální zdraví jako „stav fyzické, emoční, duševní a sociální pohody související se sexualitou; nejedná se tedy o pouhou nepřítomnost nemoci, dysfunkce či slabosti. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a respektující přístup k sexualitě a sexuálním vztahům a zároveň prožívání příjemných a bezpečných sexuálních zážitků, bez nátlaků, diskriminace či násilí. Aby sexuální zdraví bylo získáno a zachováno, musí být respektována, ochraňována a naplňována sexuální práva všech osob.“

Tato sexuální práva byla přijata roku 1999 jako Deklarace sexuálních práv podle World Association for Sexology and Sexual Health (WAS) a novelizována v roce 2005 v podobě tzv. Montrealské deklarace ze 17. kongresu této organizace s názvem Sexuální zdraví pro třetí tisíciletí:

„My, účastníci 17. Světového sexuologického kongresu, vyjadřujeme ve shodě s poselstvím Světové asociace pro sexuologii a sexuální zdraví (WAS), svou snahu všeobecné podpory celoživotního sexuálního zdraví. Současně znovu potvrzujeme závěry diskuse o sexuálních právech z roku 1999, doporučení Celoamerické zdravotnické organizace z roku 2000 a definici Světové zdravotnické organizace (WHO), která deklaruje sexuální zdraví a sexuální práva. Vzhledem k naléhavé potřebě kolektivní akce za účelem podpory trvalých zdravotních a rozvojových cílů vytýčených mezinárodními smlouvami prohlašujeme, že podpora sexuálního zdraví je hlavní cestou k docílení spokojenosti a blaha směřující k dosažení trvalého rozvoje a k dokonalejšímu uskutečnění všech rozvojových cílů vytýčených pro třetí tisíciletí.

Jednotlivci a organizace zabývající se kvalitou života mají plné oprávnění ke stanovení definice směřující k odstranění individuální a sociální nouze. Plně si uvědomují svou individuální a sociální zodpovědnost, snahu o spravedlivé sociální vztahy a podporu sexuálního zdraví vedoucí k upevnění kvality života a dosažení míru. Proto naléháme na všechny vlády, mezinárodní společnosti, soukromé iniciativy, akademické instituce a celou širokou veřejnost, zvláště pak na všechny členské organizace Světové asociace pro sexuální zdraví aby usilovali o uskutečnění následujících cílů:

1. Zajištění, podpora, záruka a obhajoba všeobecných sexuálních práv.
Sexuální práva jsou nedílnou součástí základních lidských práv, a proto jsou nedělitelná a všeobecná. Sexuální zdraví není možno zajistit bez zabezpečení sexuálních práv pro všechny občany.
2. Pokrok v rovnosti pohlaví.
Sexuální zdraví vyžaduje rovnost pohlaví a vzájemný respekt. Pohlavní nerovnoprávnost a nevyváženost

znemožňuje konstruktivní a harmonické mezilidské vztahy a tím narušuje sexuální zdraví.

3. Odstranění všech forem sexuálního násilí a zneužívání.
Sexuální zdraví nemůže být zajištěno, pokud se lidé neosvobodí od potupné diskriminace, sexuálního zneužívání a násilí.

4. Univerzální dostupnost obecných sexuálních informací a výchovy.
K dosažení sexuálního zdraví všech občanů včetně mládeže je zapotřebí mít celoživotní přístup k všeobecné sexuální výchově a informacím, které se týkají sexuálního zdraví a zdravotnických služeb.

5. Zajištění programu reprodukčního zdraví jako hlavní součásti zdraví sexuálního.
Rozmnožování je jednou z hlavních součástí lidské sexuality a může přispívat k upevnění mezilidských vztahů a osobní spokojenosti, zejména pokud se jedná o reprodukci chtěnou a plánovanou. Sexuální zdraví představuje mnohem širší oblast než pouhé zdraví reprodukční. Moderní programy reprodukčního zdraví musí respektovat různé rozměry sexuality v jednotlivých aspektech lidského chování.

6. Zastavení šíření HIV/AIDS a ostatních sexuálně přenosných infekcí (STI).
Všeobecná dostupnost preventivních opatření, poradenství a testování, celková péče a léčení HIV/AIDS a ostatních STI je nedílnou součástí sexuálního zdraví. Vyžaduje bezprostřední zavedení programů zabezpečujících všeobecnou dostupnost.

7. Zjišťovat, oslovit a léčit sexuální potíže, dysfunkce a nemoci.
Vzhledem k tomu, že sexuální aktivita je součástí kvality života, je bezpodmínečně nutné zajišťování prevence a léčení sexuálních potíží, dysfunkcí a nemocí.

8. Dosáhnout poznání sexuálního potěšení jako součásti životní spokojenosti.
Sexuální zdraví představuje víc než nepřítomnost nemoci. Sexuální potěšení a satisfakce jsou integrální součástí pocitu životního blaha a vyžadují všeobecné poznání a podporu.

Sexuální zdraví představuje víc než nepřítomnost nemoci. Sexuální potěšení a satisfakce jsou integrální součástí pocitu životního blaha a vyžadují všeobecné poznání a podporu.

Je zřejmé, že mezinárodní, regionální, národní a lokální akční plány trvalého rozvoje vyžadují intervence do oblasti sexuálního zdraví stejně jako péči o rozmisťování dostatečných zdrojů, odhalování systémových, strukturálních a společenských překážek, jakož i sledování dosažených úspěchů.“

V roce 2002 umístila WHO na své webové stránky do sekce gender a reprodukční práva svou vlastní verzi sexuálních práv. Podle této definice jsou sexuální práva součástí lidských práv, která jsou uvedena v právních předpisech jednotlivých států, v mezinárodních dohodách a dalších dokumentech. Mezi ně patří právo všech osob, aby mohly bez nátlaku, násilí a diskriminace:

- Dosahovat nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví ve vztahu k sexualitě, včetně přístupu k lékařským službám zabývajícím se sexualitou a reprodukci
- Vyhledávat, přijímat a rozšiřovat si informace o sexualitě

- Vzdělávat se o sexualitě
- Udržovat svou tělesnou integritu
- Volit si svého partnera
- Rozhodnout se, zda být sexuálně aktivní či ne
- Mít sexuální vztahy
- Vdát se či oženit
- Rozhodnout se, zda vůbec a kdy mít děti
- Vést uspokojivý, bezpečný a příjemný sexuální život

Odpovědné uplatňování lidských práv dle této definice přitom vyžaduje, aby každá osoba respektovala i práva ostatních lidí.

Je přitom zřejmé, že jak definice sexuálního zdraví, tak i definice sexuálních práv mají zatím ve většině zemí světa charakter pouhého ideálu (navíc zdaleka ne všude univerzálně přijímaného). Jsme dosud svědky pronásledování lidí kvůli sexuální orientaci (nejenom v rozvojových či islámských zemích, ale například i v Rusku), upírání přístupu k sexuální výchově či k plánovanému rodičovství, upírání práva na svobodnou volbu partnera, ale i svědky (žel, často pouhými svědky) deformací sexuality v podobě ženské obrázky.

Sexuální a reprodukční chování obyvatel ČR

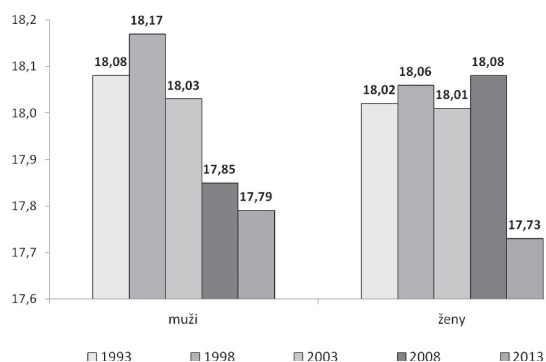
V České republice probíhá od roku 1993 ojedinělý projekt – sledování změn v sexuálním chování obecné populace opakovanými výzkumy v intervalu pěti let. Tento projekt je jedinečný především v tom, že zatím v žádné zemi neproběhlo podobné periodické zkoumání stejnou metodou, tedy že zatím nikde nejsou k dispozici srovnatelná data o dlouhodobých trendech v sexuálních aktivitách obyvatelstva. V zahraničí jsou podobné výzkumy spíše jednorázové, což souvisí jistě i se sexuálně spíše restriktivní atmosférou posledních desetiletí ve většině vyspělých zemí. Výsledky těchto výzkumů byly postupně publikovány knižně i časopisecky (Weiss a Zvěřina, 2001, Weiss, 2011).

Dotazováno bylo celkem 1 719 osob (v roce 1993), 2 003 osob (v roce 1998) a 2 000 osob (v roce 2003, v roce 2008 a 2013). Soubory byly reprezentativním vzorkem populace České republiky starší 15 let. Terénní sběry dat pomocí anonymně vyplňovaných dotazníků administrovaných školenými tazateli (návratnost prvních dvou opakování byla kolem 80%, v posledních dvou přibližně o 20% nižší) proběhly v prosinci 1993, prosinci 1998, prosinci 2003 a prosinci 2008 a 2013.

Jak jsme konstatovali už v předchozích rozborech (Weiss a Zvěřina, 2009, Weiss, 2011), výsledky výzkumů svědčí o tom, že počátky partnerské sexuality se neurychlují. Věk první schůzky, zamilovanosti a polibku se u mužů a žen podstatně neliší a v posledních 10 letech nedošlo k podstatným změnám; tyto aktivity probíhají kolem 15. roku věku. Stejný je i věk zahajování nekoitálních aktivit ve smyslu neckingu (tedy mazlení od pasu nahoru) – u mužů je to kolem 16. roku u žen o rok později. První petting (mazlení po celém těle včetně genitálního dráždění) je u mužů i žen zahajován v průměru kolem 17. roku. První delší partnerské vztahy (tedy delší než šest měsíců) navazují muži i ženy kolem 18. roku věku.

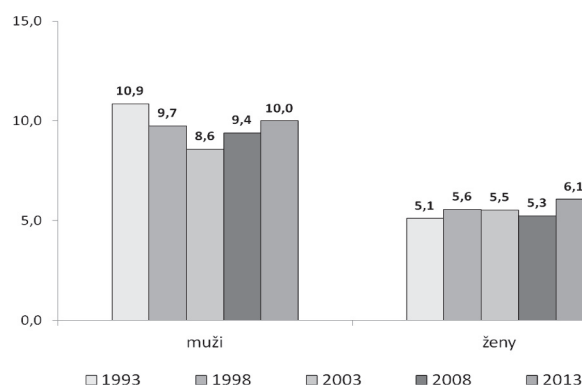
Výsledky těchto výzkumů rovněž vyvrací mnoho obecně tradovaných mýtů o sexuálním chování Čechů a Češek. Prvním takovým zjištěním je fakt, že průměrný

věk první soulože se u mužů a žen dlouhodobě neliší a pohybuje se dlouhodobě kolem 18. roku života. V předposledním výzkumu to bylo 17,8 let u mužů a 18,1 let u žen, v předchozích výzkumech to bylo 18,0 let u mužů a 18,1 let u žen v roce 2003 (v roce 1993 18,1 let u mužů a 18,0 let u žen, v roce 1998 18,2 let u mužů a 18,1 let u žen). V posledním opakování však průměrný věk koitarché viditelně klesl (graf 1).



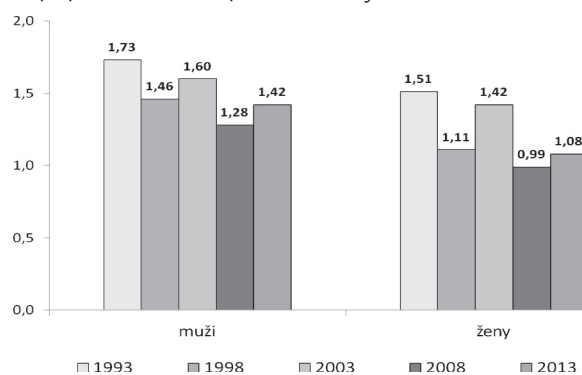
Graf 1: Věk první soulože

Za další důležité zjištění lze považovat skutečnost, že u mužů a ani u žen se nezvyšuje počet sexuálních partnerů (graf č.2).



Graf 2: Počty sexuálních partnerů

To platí i v počtech partnerů uváděných za posledních 12 měsíců (graf č.3). Nelze tedy říci, že by se populace chovala promiskuitněji.

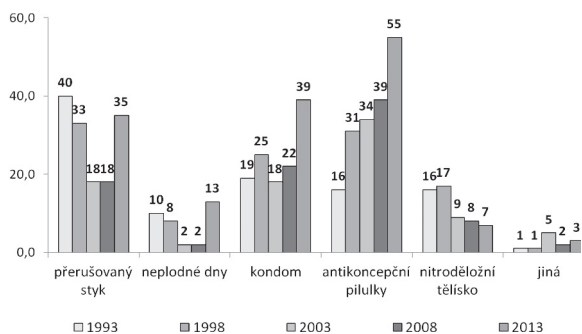


Graf 3: Počty sexuálních partnerů za posledních 12 měsíců

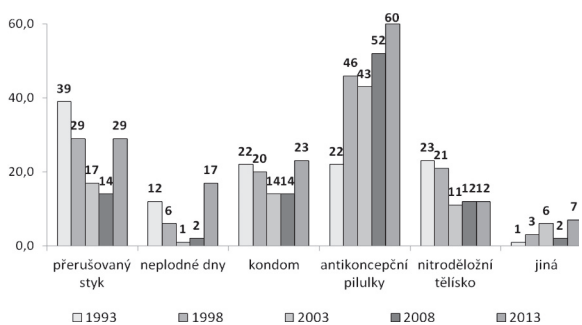
Nejobyklejší partnerskou aktivitou je vaginální soulož, vzájemná masturbace a orální styk. S anální souloží mělo u nás v roce 2013 zkušenost 20% žen a 27% mužů. Ve srovnání s rokem 1993 došlo k výraznému poklesu spokojenosti s vlastním sexuálním životem, a to zvláště u žen – z 82% na 72% spokojených. U mužů činí tento pokles méně – ze 76% na 68%.

V oblasti antikoncepce došlo k nejvýraznějším a vesměs pozitivním změnám. Poklesl počet těch mužů a žen, kteří při prvním styku nepoužili žádnou antikoncepci (z 57% u mužů a ze 64% u žen v roce 1993 na 37% u obou pohlaví v roce 2013) nebo použili nespolehlivý způsob ochrany (např. přerušovanou soulož).

Velmi pozitivně se mění obraz používání antikoncepce ve stálých partnerských vztazích, a to jak u mužů (graf č.4), tak i u žen (graf č.5). V roce 1993 užívalo hormonální antikoncepci pravidelně 22% žen, v roce 2013 60%.



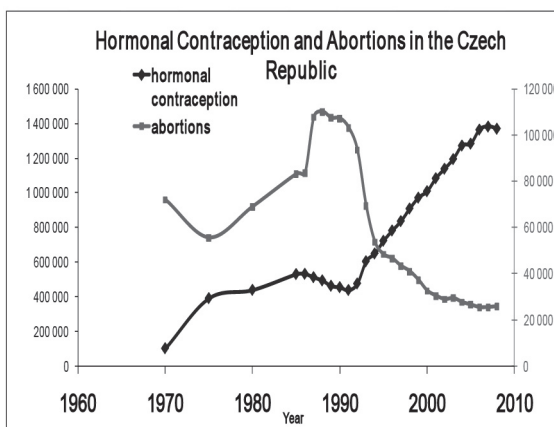
Graf 4: Antikoncepce se stálým partnerem u mužů (v procentech)



Graf 5: Antikoncepce se stálým partnerem u žen (v procentech)

S nárůstem počtu živelek spolehlivé (hormonální) antikoncepce došlo v naší zemi v posledních dvou desetiletích k bezprecedentnímu poklesu počtu interrupcí. Graf č. 6 tuto vzájemnou souvislost nepřímo dokazuje.

Výrazně se změnilo chování mužů při stycích s náhodnými sexuálními partnery. Pravidelně se při takovém styku chrání kondomem 88% mužů (v roce 1993 jen 41%). Lze tedy konstatovat, že česká populace se začíná chovat mnohem odpovědněji a více se chrání proti nežádoucímu otěhotnění i vůči eventuální



Graf 6: počty uživatelů hormonální antikoncepce a počty interrupcí v ČR

infekci pohlavně přenosnými chorobami. Postoje vůči používání antikoncepce jsou už tradičně liberální. Za nepřijatelnou ji považuje pouze 6% žen a 5% mužů. Podobně liberální jsou i postoje české populace k interrupcím, homosexualitě, náhodnému sexu nebo k předmanželským stykům.

Závěr

Podle Zvěřiny (2011) jsou indikátory sexuálního a reprodukčního zdraví rozdílné. Mezi indikátory zdraví reprodukčního autor řadí užívání antikoncepce, těhotenství a porody (childbearing habits), politiku v oblasti interrupcí, demografické charakteristiky, STD a HIV prevalenci. Indikátory sexuálního zdraví jsou tyto: věk konsensu, věk první soulože, těhotenství nezletilých, sexuální výchova, ochrana dětí a mládeže před sexuálním zneužíváním a situace sexuálních menšin (gayů, leseb, transsexuálů).

Při rozboru stavu v naší zemi z hlediska těchto ukazatelů můžeme konstatovat, že ani ve srovnání s jinými evropskými zeměmi nejsme ve většině indikátorů v nevýhodné situaci. Počty uživatelů účinné antikoncepce neustále rostou, novorozenecká úmrtnost patří k nejnižším na světě, i přes velmi liberální interrupční zákon počty umělých potratů neustále klesají (v roce 2011 to bylo ročně 10,2 interrupcí na tisíc žen ve věku 15 až 49 let), počty HIV pozitivních patří u nás k nejnižším v Evropě (prevalence se odhaduje na 0,05% obyvatelstva). V oblasti sexuálního chování je u nás dítě chráněno před předčasnou sexualizací tak, jako ve většině ostatních zemí do věku 15 let, průměrný věk první soulože podstatně neklesá a drží se kolem přijatelných 18 let, těhotenství nezletilých a mladistvých je naprosto výjimečné (pouze asi 3% dětí se rodí matkám do 19 let věku), ochrana dětí před zneužíváním je uzákoněná včetně trestnosti držení dětské pornografie a pomoc obětem zneužití je dostupná na specializovaných pracovištích. Sexuální menšiny postupně dosahují emancipovaného postavení i před zákonem (v roce 2007 byl schválen zákon o registrovaném partnerství) a postoje společnosti vůči nim patří mezi nejliberálnější na světě. Pojišťovny hrazené přeměny pohlaví se u nás provádějí už od 70.

sexuologická sexologie

let minulého stololetí.

Jednoznačne negatívni jsou však trendy v oblasti porodnosti: podobne jako v jiných vyspělých zemích neustále klesá průměrný počet dětí na ženu (v současné době je to 1,3 dítěte, což samozřejmě zdaleka nestačí ani na prostou reprodukci), otázkou je i neustálé zvyšování průměrného věku žen při prvním porodu (v roce 2009 to 29,4 let), což může z hlediska reprodukčního způsobovat problémy. Emancipace menšin před zákonem zatím není na úrovni nejvyspělejších zemí, čeká se na schválení možnosti sňatků a možnosti adopce dětí stejnopohlavními rodičovskými páry. Rovněž v oblasti sexuální výchovy u nás přetrvávají nedostatky a dle výzkumů je u naší populace nejčastějším zdrojem informací o sexualitě ten nejméně spolehlivý – kamarádi, vrstevníci (jako hlavní zdroj informací v této oblasti uvádí rodinu či školu jen asi pětina obyvatelstva). V posledních letech je právě sexuální výchova ve školách problematizována některými minoritními konzervativními aktivistickými kruhy, a to přes důkazy o jejím jednoznačně pozitivním vlivu na snižování rizikosti sexuálního chování mládeže.

Literatura

- Freud, S. (1971): *Práce k sexuální teorii a k učení o neurosách*. Praha: Avicenum, Praha.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. F. (1948): *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia:

Saunders, Philadelphia.

- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. F. (1953): *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: Saunders, Philadelphia.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1966): *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Schorsch, E. (1980): Sexuelle Perversionen: Ideologie, Klinik, Kritik. In: Sigusch, V. (ed.): *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Weiss, P. (2002): *Sexuální deviace*. Praha: Portál.
- Weiss, P. (2011): Trendy a rizikové faktory v sexuálním chování a v sexuálních postojích obyvatel České republiky na začátku 21. století. In Gillernová, I., Kebza, V., Rymeš, M., a kol.: *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí* (69-83). Praha: Grada.
- Weiss, P., Zvěřina, J. (2001): *Sexuální chování v ČR: Situace a trendy*. Praha: Portál.
- Weiss, P., Zvěřina, J. (2009): Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi* 10, 160-163.
- Zvěřina, J. (2011): Indicators of reproductive and sexual health. Presented at 2. Polish Congress of Sexuology. Warsaw

Kontakt:

prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc.
Sexuologický ústav 1. LF UK,
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2
e-mail: petr.weiss@vfn.cz

Pokračovanie zo str. 11 ochorenie je potrebné zamerať sa na prítomnosť diabetu, vysokého krvného tlaku, neuropatie, prekonaných úrazov, urogenitálnych infekcií, chirurgických zákrokov, a tiež na lieky, ktoré pacient užíva. Nevyhnutnou súčasťou somatického vyšetrenia je v prvom rade vyšetrenie genitálu, prostaty, bulbokavernózneho reflexu a tonusu zvierača. Poukazuje tiež na špecifika neurologického a urologického vyšetrenia pacienta.

Autor podrobne rozoberá fyziológiu ejakulácie so zjednodušeným zhrnutím, že rozdiel v neuroregulácii fáz emisie a expulzie je v tom, že emisia je ovplyvňovaná sympatikom a expulzia parasympatikom a somatickými nervami. Pozornosť venuje aj vplyvu transmittorov a hormónov.

Najrozsiahlejšie sú kapitoly o etiológii a terapii oneskorenej ejakulácie.

Príčiny ET rozdeľuje na somatické, so širokou variétou možností, počnúc neurologickými či cievnyimi ochoreniami cez dôsledky chirurgických zákrokov a rôznych somatických ochorení (napr. ochorenie dolných častí tráviaceho a urogenitálneho traktu, zápalové procesy) až po nežiaduce účinky rôznych liekov (najmä antidepresív, antipsychotík a antihypertoník) a návykových látok, najmä alkoholu. Opis možných somatických príčin je mimoriadne hutný. Kapitolu tak možno považovať za prínosnú aj pre lekárov, ktorí ako prví prídu do kontaktu s pacientom s ET.

Psychológov nesporne zaujme časť týkajúca sa psychických príčin oneskorenej alebo chýbajúcej ejakulácie či anorgazmie, pričom však cítiť určitú skepsu

somaticky orientovaného autora, hoci v konečnom dôsledku psychoterapiu hodnotí vo všeobecnosti ako veľmi významnú vo vzťahu k sexuálnym dysfunkciám. V tejto súvislosti odkazuje na znamenité Kratochvílove publikácie (poznámka recenzenta: ich recenzie boli uverejnené v našom časopise).

V každom prípade sa však žiada vyzdvihnúť konštatovanie autora, že žiadna príčina nevedie k úplnej anejakulácii ani k pravidelnej ET, ale skôr len kobčasnej alebo miernej, a že v súvislosti s terapeutickými postupmi tak na prvom mieste stojí otázka, ako zvýšiť citlivosť muža na sexuálnu stimuláciu a ako získať jeho partnerku pre pochopenie a hľadanie jej úlohy pri dosiahnutí uspokojenia v súlade s potrebami partnera, resp. v záujme dosiahnutia spokojnosti páru z koitu. Autor dokonca, ako to sám označil, vyslovuje „kacírsku myšlienku“, že „ideálne by bolo, keby sa muži s ET zmierili a dokonca v ňom videli aj prínos pre sexuálny život“ (s. 60). Predsa však dodáva, že preukázateľné príčiny a komorbidity pacienta by sa mali liečiť, a ak je to možné, mali by sa odstrániť, v súlade s pravidlom, že somatické ochorenia vyskytujúce sa pri sexuálnej dysfunkcii by sa mali liečiť v zásade ako prvé, nie však s tým, že samotnej oneskorenej ejakulácii, ktorá je hlavnou príčinou pacientovej návštevy odborníka, by sa nevenovala špeciálna pozornosť.

Posledná, 8. kapitola publikácie je venovaná terapii oneskorenej ejakulácie. Aj v tejto kapitole sa stretávame s citlivým prístupom autora pri rozhodovaní, či oneskorenú ejakuláciu vôbec liečiť, či ju liečiť medikamentózne, alebo psychoterapiou, a či skôr adaptovať partnerov na túto **Pokračovanie na str. 22**

Sexuální chování a sexuální spokojenost perimenopauzálních a postmenopauzálních žen

Eliška Steklíková, Markéta Niederlová, Alexandra Schneider Hrouzková, Petr Weiss

Katedra psychologie FF UK, Praha

Souhrn

Partnerská a sexuální spokojenost perimenopauzálních a postmenopauzálních žen je úzce propojena s věkem danými zdravotními riziky, peri-menopauzálními a postmenopauzálními tělesnými symptomy, s aplikací hormonální terapie a substituce, s frekvencí a druhem sexuální aktivity, a s přítomností partnerského vztahu a sexuálního partnera. Ačkoli mnoho studií zkoumá rizika spojená se sexuálními aktivitami, pouze minimum se věnuje potenciálním přínosům pro fyzické a psychické zdraví, a jen několik málo z nich zahrnuje detailní rozlišení specifického sexuálního chování a jeho souvislostem s postmenopauzálními symptomy.

Klíčová slova: *spokojenost – sexuální spokojenost – sexuální poruchy – sexuální chování – perimenopauza – postmenopauza.*

Úvod

V současné době neexistují komplexní poznatky o souvislostech mezi tělesnými symptomy, hormonální substitucí, sexuální a partnerskou spokojeností a sexuálními aktivitami u českých pozdně premenopauzálních a postmenopauzálních žen ve věku 45 – 75 let. Vzhledem ke stárnoucí populaci je nezbytné zkoumat nejen zdravotní, ale také psychosexuální souvislosti spojené s perimenopauzálním a postmenopauzálním životním obdobím ženy a přinášet tak nové poznatky a z nich plynoucí přístupy v sexuální medicíně, sexuálním vzdělávání, medicínském a psychologickém praxi.

Je důležité si uvědomit, že postmenopauzu nehodnotíme jako asexuální období (Pastor a Uzel, 2010). Záleží především na předchozí úrovni sexuálního života a na postojích partnera. Některé ženy dokonce období po menopauze hodnotí jako daleko svobodnější a příjemnější (vzhledem ke ztrátě strachu z nežádoucího těhotenství, přehodnocení životních priorit po opuštění domu potomky apod.). Vzhledem k očekávané průměrné délce života se jedná až o více

Summary

Partner and sexual satisfaction in peri-menopausal and postmenopausal women is closely linked with the age given health risks, peri-menopausal and postmenopausal physical symptoms, with the application of hormone therapy and substitution, the frequency and type of sexual activity, and the presence of relationship and sexual partner. Although many studies have examined the risks associated with sexual activity, only dedicated minimum potential benefits for physical and mental health, and few of them includes a detailed resolution of specific sexual behavior and its relationship with postmenopausal symptoms..

Keywords: *Partner satisfaction – sexual satisfaction – sexual disorders – sexual behavior – peri-menopause – postmenopause.*

než třetinu života, kterou ženy prožijí právě v tomto období.

Zjištění, že objekty naší dřívější touhy už nám nepřináší kýžené potěšení, případně přestanou vyvolávat náš zájem úplně, může být pro mnohé prvním jasným přípuštěním si, že stárnou (Fontaine, 1996). Sexualita – z hlediska prožívání, ale i ve svém projevu – se po relativně stabilním období středního věku a u mnohých po tom, co splnila reprodukční funkci, dále vyvíjí. Tento proces může být nečekaný a může člověka zaskočit. Le Goues (2000) popisuje vývoj sexuality ve stáří jako proces disociace prožívání těla a duše – z endokrinologického hlediska dochází nezadržitelně k poklesu hladin hormonů důležitých pro sexuální vzrušení a touhu, avšak je otázkou, do jaké míry si může psyché jedince udržet erotické prožívání nezávisle na somatické stránce (příklady eunuchů či žen po ovariektomii, kteří jsou nadále schopni eroticky snít či dosáhnout orgasmu, jsou známé).

K rozporu v sexuální oblasti u seniorské populace nejčastěji dochází mezi touhou a schopností či možností ji fyzicky projevit – ať už z důvodu špatného zdravotního stavu, absence partnera (obzvláště u žen) či strachu (Friedan, 1995). Obtíže v sexuální oblasti

v pokročilém věku jsou z větší míry zapříčiněny právě psychopatologickými vlivy než samotnou fyziologií (Le Goues, 2000). Jako nejčastější faktory s negativním vlivem na sexualitu u obou pohlaví uvádí Šrámková (2013) následující:

- chronická onemocnění kardiovaskulárního aparátu,
- cukrovku,
- rozedmu plic,
- řidnutí kostí, zánět a degeneraci kloubů,
- močovou inkontinenci,
- depresi a úbytek kognitivních funkcí,
- absenci partnera a osamělost,
- extrémní obezitu,
- některé chirurgické zákroky a onkologickou léčbu,
- užívání léky,
- nespavost,
- špatné strategie zvládnání přirozené involuce a malá podpora okolí,
- změny vnímání tělesného schématu a obavu z podání výkonu při sexu.

K rezignaci na sexuální život pak konkrétně u mnoha žen dochází sekundárně – z důvodu, že jejich partner trpí erektilní dysfunkcí nebo ztratí o sex zájem (Kingsberg, 2002).

Tato zjištění zajímavým způsobem doplňuje mezinárodní studie Camacha a Ortize (2005), ze které vyplývá, že 17% mužů a 23% žen mezi 40–80 lety je přesvědčeno, že staří lidé o sex nestojí. Tato data dále dokresluje výzkum Laumanna a kol. (2005) provedený na 26 000 čtyřiceti až osmdesátiletých respondentech. Tito měli odpovědět na otázku, kdy podle jejich názoru lidé obecně ukončují svůj sexuální život. Kategorie čtyřicátníků obvykle datovala tento mezník mezi 60. a 64. rok, zatímco padesátníci odhadovali přibližně od 70 let, a generace šedesátníků tipovala 75. rok. Anticipace populace se tedy postupně posouvá sama v souvislosti s tím, jak jednotlivci stárnou.

Z výzkumu sexuality nejstarší populace provedeného Winnem a Newtonem (1982) na 106 kulturách vyplývá, že právě kulturní faktory jsou ty, které mají zásadní vliv na skutečnost, zda senioři svou sexualitu stále prožívají, nebo na ni naopak rezignují. V mezikulturním srovnání lze považovat západní kulturu za poměrně vysoce omezující a mající negativní dopad na sexualitu seniorskou částí populace. Potřebu naší společnosti vnímat staré lidi jako asexuální bytosti potvrzují i Hwestone a Stroebe (2006). Lze tedy konstatovat, že předsudky vůči sexualitě seniorů ve společnosti existují, a to nejen mezigeneračně, ale i napříč všemi generačními spektry – tedy jsou v určité podobě zakořeněny i mezi samotnými seniory. I tato skutečnost může být důvodem, proč se senioři, pokud zažívají problémy v sexuální oblasti, nejčastěji na nikoho s prosbou o radu či pomoc neobracejí (27%), případně se ptají blízkého přítele či přítelkyně (20%), rodinného příslušníka (20%), zdravotní sestru (15%), lékaře či jiný ošetřující personál (15%); možnost obrátit se na gynekologa volí senioři ve 3% případů (Dolan et al., 2012).

Výzkum sexuálního chování žen v ČR

Způsob explorační dat může probíhat způsobem anonymního rozeslání dotazníků respondentům,

telefonickou formou, ale i přímým rozhovorem s dotazovanými, případně kombinací těchto přístupů. V ČR již od roku 1993 pravidelně každých pět let probíhá reprezentativní longitudinální výzkum sexuálního chování reprezentativního souboru české populace ve věku nad 15 let metodou anonymního dotazníkového šetření pomocí vyškolených tazatelů. Výzkum je zaměřen na zjištění široké škály sexuálních aktivit, zkušeností i postojů respondentů.

Pokud se zaměříme na některé důležité aspekty ženského sexuálního chování dle výsledků pátého pokračování tohoto výzkumu z roku 2013 je u žen nejčastější sexuální dysfunkcí dyspareunie, poté porucha lubrikace a porucha sexuální apetence. Z výzkumu také dále plyne, že Češi a Češky věnují sexu průměrně jednu hodinu týdně (při sexuální frekvenci 2 krát týdně). Méně než v předchozích letech kdy 8% žen při partnerském sexu nikdy nedosahuje orgasmu, se tento stav pozitivně mění – při posledním průzkumu uvedlo anorgasmii pouze 5% respondentek, 70% ho dosahuje alespoň v polovině těchto styků a častěji, čtvrtina z nich je dokonce multiorgastická.

Nejobvyklejší partnerskou aktivitou je vaginální soulož, vzájemná masturbace a orální styk, s anální souloží má zkušenost 20% žen. V souvislosti s vaginálním orgasmem (orgasmus při souloži bez přídatného dráždění klitorisu) bylo prokázáno, že vaginální orgasmus je spojován s lepším psychologickým fungováním, a že zaměření na pocity při pohlavním styku podporuje vaginální orgasmus a další z toho plynoucí přínosy (Brody a Weiss, 2009). V roce 2013 celkem 86% českých žen uvedlo, že alespoň někdy v životě tento druh orgasmu prožilo.

Někteří terapeuté předpokládají, že i odlišné sexuální chování (nekoitální aktivity, masturbace) poskytuje srovnatelné sexuální uspokojení srovnatelné s orgasmem při vaginální souloži. Bylo však zjištěno, frekvence soulože přímo souvisí se všemi faktory spokojenosti (sexuální, partnerská, životní, zdravotní), dále že frekvence masturbace naopak souvisí inverzně s těmito faktory, a že věk zde přitom nehrál žádnou roli. Výsledky pak konzistentně ukazují, že frekvence soulože, více než ostatní sexuální aktivity, je spojena se sexuální spokojeností, zdravím a well-beingem (Brody a Costa, 2009).

Široká škála ukazatelů lepšího psychického a fyzického zdraví je tedy spojena s frekvencí genitogenitální soulože a jiné sexuální aktivity mají slabší, žádnou nebo (v případě masturbace a análního styku) dokonce inverzní souvislost se zdravotními ukazateli (Brody, 2010).

Frekvence soulože a společný orgasmus při souloži (stejně jako vaginální orgasmus u žen) souvisí také s větší životní, sexuální, partnerskou, psychickou spokojeností (Brody a Weiss, 2010).

Ve srovnání s rokem 1993 došlo v roce 2013 u českých žen k výraznému poklesu spokojenosti s vlastním sexuálním životem – z 82% na 67% spokojených. Na druhou stranu ale v roce 2013 klesl počet žen, které trpěly někdy v životě nějakou sexuální poruchou – ze 17% na 11% – přičemž 65% žen připouští, že alespoň někdy při styku orgasmus předstírá (Weiss a Zvěřina, 2014).

V souvislosti s tělesnými partiiemi (jejichž změny postmenopauzální ženy nevyhnutelně postihují) uvádíme dřívější studii Brodyho (2004), v níž bylo zjištěno, že štiřhlejší pas a štiřhlejší boky jsou spojovány s častější genito-genitální souloží, štiřhlejší pas je spojován u mužů s větší důležitostí soulože. Nekoitální partnerské sexuální aktivity mají méně konzistentní spojitost se štiřhleostí. Štiřhlejší pas a boky jsou spojovány s nižší frekvencí masturbace.

Z provedeného průzkumu a jeho analýzy vyplynul i fakt, že v české populaci starší šedesáti let je nadpoloviční většina osob sexuálně neaktivních, tj. bez potřeby pohlavního vybití (ať už

formou onanie či partnerských sexuálních aktivit). Konkrétně je to 54% mužů a 74% žen. Větší počet žen, které nepociťují potřebu se sexuálně realizovat, může být poplatný obecnému nastavení společnosti, která obecně nepovažuje sexuální touhu ve stáří za normální a akceptovatelnou (Farre et al., 2010; Willert & Semans, 2000), ale také reálnému nedostatku příležitostí a fenoménu vdovství. Rozhodnutí nemít sex je zároveň důležité vnímat a akceptovat jako legitimní volbu každého jedince.

Z našich výsledků můžeme vyvozovat, že pokud starší lidé žijí v trvalém vztahu, obvykle s partnerem udržují i sexuální styky (v 70%). Z hlediska frekvence pohlavního styku muži sdělují měsíční průměr pohlavních styků vyšší – v počtu pěti, zatímco ženy uvádějí tři. Je otázkou a bylo by vhodné ověřit, zda může v tomto ohledu hrát roli například rozdílný věk partnerů; například skutečnost, že muži častěji žijí s mladšími partnerkami. Zároveň, pokud ženy ve vztahu žijí, bývají navíc méně sexuálně spokojené (jen z 41%) než muži ve stejné situaci (51%).

Z našich dat vyplynulo, že masturbaci jako jeden z druhů sexuálních aktivit v současnosti praktikuje 54% mužů starších 60 let a pouze 19% žen stejné věkové kategorie. Pokud porovnáme získaná data s výstupy průzkumu sexuálního chování Weisse a Zvěřiny (2001) z roku 1993, resp. 1998, ze kterých bylo vyvozeno, že napříč populací starší 15 let v současnosti onanuje 51% (42%) mužů a 47% (32%) žen, pozorujeme v rámci mužské populace s věkem narůst masturbací aktivity, zatímco u žen dochází naopak k značnému poklesu. Naše výsledky přitom potvrzují, že i ve věkové kategorii nad šedesát let muži onanují častěji než ženy. Poměrně nízký počet žen, které by v současné době využívaly masturbace jako jedné z forem sexuálního vybití, by mohl být poplatný absentující edukaci veřejnosti o autoerotice, její legitimitě a jejím potenciálně pozitivním vlivu na vnímání sebe sama, prožívání intimity a na snižování míry stresu (Farre et al., 2010).

Doplňující výsledky prezentují Dolan et al. (2012), kteří na základě výzkumu seniorů žijících toho času v sociálních zařízeních, uvádějí, že v domovech seniorů je masturbace s 36% nejčastější sexuální aktivitou (ve 25% je prováděna soulož a ve 3% orální stimulace).

Z hlediska samotného postoje zaujímaného vůči masturbaci lze zjistit poměrně schvalující přístup: nadpoloviční většina mužů a polovina žen považuje onanii za přirozený a zdravý projev sexuality. Přes tento názor se však většina žen v séniu k masturbaci neuchyluje. Zároveň z našeho průzkumu vyplývá, že respondenti, kteří nežijí v trvalém vztahu, v 72%

případů vůbec neonanují; přestože bychom mohli očekávat, že tomu bude právě naopak, jelikož jako alternativní prostředek sexuálního vybití v případě absence partnerských sexuálních aktivit se nabízí právě autoerotika.

Výše uvedené výsledky můžeme dále porovnat s odpověďmi uváděnými na otázku, jakou cestu k dosažení orgasmu ženy v našem vzorku obecně preferují. Z tohoto dílčího šetření vyplývá, že jen mizivé procento dává pro docílení vyvrcholení přednost onanii, většina jednoznačně upřednostňuje partnerskou soulož.

Překvapující bylo zjištění, že žádnou sexuální poruchou netrpí napříč seniorskou populací 71% mužů a 92% žen. Z těchto údajů zároveň vyplývá, že některou ze sexuálních poruch trpí výrazně více mužů než žen. Zároveň, pokud poruchou muži strádají, uvádějí v 17%, že jim tato skutečnost velmi, resp. ve 25% středně ztěžuje partnerské soužití. Ve více než polovině jim život nekomplikuje vůbec. Ženy trpící některou ze sexuálních poruch nikdy nezvolily odpověď, že by jim tato stěžovala partnersky život „velmi“. Střední komplikace sdělilo 36% respondentek. Je otázkou, proč se ve svém vnímání obtíží muži a ženy takto výrazně liší. Nabízí se odpověď, že se ženy s poruchou snaže naučit žít – některé z uváděných poruch se navíc dají poměrně snadno řešit (nejčastěji jmenované poruchy lubrikace například použitím lubrikačního přípravku).

Sexuální problémy žen můžeme ovlivnit především racionálním objasněním problematiky. Sexuální problémy v postmenopauze způsobené nedostatkem estrogenů by měly být kauzálně vyřešeny substitucí těchto steroidů. Hormonální substituce však řeší situaci pouze částečně. Problematika se netýká jenom endokrinní oblasti. Vždy zasahuje i do sféry psychosociální. V indikovaných případech je nutná spolupráce s psychologem nebo psychiatrem (Pastor & Uzel, 2010, s. 268). Podle dat z let 2001 a 2002 mezi 27 000 respondenty ve věku 40–80 let ve 29 zemích 28% mužů a 39% žen mělo alespoň jednu stížnost na některou ze sexuálních dysfunkcí (Camacho & Ortiz, 2005). 68% mužů a 60% žen souhlasilo s užíváním podpůrných medikamentů pro podporu sexuální aktivity či prožitku (tamtéž).

Faktem však je skutečnost, že lékaři, na které se senioři se svými zdravotními problémy obracují, mívají sklon považovat je za asexuální, a proto s nimi ani otázky spojené se sexualitou často vůbec neřeší (Friedan, 1995; Šrámková, 2013). Nezbytné je proto se do budoucna zaměřit na vzdělávání lékařů a ošetřujícího personálu z hlediska problematiky sexuality seniorů, a současně s tím na veřejné úrovni podpořit tvorbu programů komplexní gerontologické péče zahrnující problematiku sexuálního zdraví v séniu.

Závěrem

Jsmo toho názoru, že v současné době neexistují dostatečné informace o souvislostech mezi tělesnými symptomy, hormonální substitucí, sexuální a partnerskou spokojeností a sexuálními aktivitami u českých menopauzálních a post-menopauzálních žen ve věku 45–75 let. Partnerská a sexuální žen této věkové kategorie je dle našeho přesvědčení stále nedostatečně probádána, byla by žádoucí realizace reprezentativního

výzkumu medzi českými perimenopauzálnymi a postmenopauzálnymi ženami vo vekovom rozmedzí 45 – 75 let. Žádoucí by bylo dále získání poznatků o souvislostech mezi tělesnými symptomy, hormonální substitucí, sexuální a partnerskou spokojeností a sexuální aktivitou u žen této věkové skupiny.

Literatura

- Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *J Sex Med.* 2010 Apr;7(4 Pt 1):1336-61.
- Brody, S. (2004). Slimness is associated with greater intercourse and lesser masturbation frequency. *J Sex Marital Ther.* 2004 Jul-Sep;30(4):251-61
- Brody, S., Costa, R.M.(2009). Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies. *J Sex Med.* 2009 Jul;6(7):1947-54.
- Brody, S., Weiss, P. (2009). Vaginal Orgasm Is Associated with Vaginal (Not Clitoral) Sex Education, Focusing Mental Attention on Vaginal Sensations, Intercourse Duration, and a Preference for a Longer Penis. *J Sex Med* 7, 2010; 2774-2781
- Brody, S. Weiss, P. (2010). Simultaneous Penile-Vaginal Intercourse Orgasm is Associated with Satisfaction (Sexual, Life, Partnership, and Mental Health). *J Sex Med.* 2010 Dec 8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02149.x.
- Camacho M.E., Reyes-Ortiz C.A. (2005). Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *International Journal of Impotence Research*,17, pp. 52-56.
- Dolan, I., Grombířová, A., Dolanová, D., Šrámková, T. (2012). Sexuálny život seniorov žijúcich v sociálnych zariadeniach. *Praktický lekár*, 10, pp. 551-554.
- Farre, A., Salas, B. a Gimenez, A. (2010). Secretos y silencios en torno a la sexualidad de las mujeres mayores. *Debate Feminista*, 42, pp. 35-51.
- Fontaine, Y. A. (1996). *L'évolution sentimentale*. Paris: Odile Jacob.
- Friedan, B. (1995). *La revolte du 3e age*. Paris: Albin Michel.
- Hwestone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Kingsberg, S. A. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of Sexual Behavior*. 31, pp. 431-437.
- Laumann et al. (2005). Sexual problem among women and men aged 40-80 years: Prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, pp. 39-57.
- Le Goues, G. (2000). *L'age et le principe de plaisir*. Paris: Dunod.
- Pastor, Z., Uzel, R. (2010) Aging female. In Weiss a kol., *Sexuologie*, pp. 255 – 273. Praha: Grada.
- Šrámková, T. (2013). *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada.
- Weiss,P., Zvěřina,J. (2014). *Sexuální chování české populace*. Cegedín, Praha
- Willert,A.,Semans,M.(2000). Knowledge and attitudes about later life sexuality: What clinicians need to know about helping the elderly. *Contemporary Family Therapy*, 22, pp. 415-435.
- Winn, R.-L., Newton, N. (1982). Sexuality and aging: A study of 106 cultures. *Archives of Sexual Behavior*, 11, pp. 283-298..

Kontakt:

prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc.
Sexuologický ústav 1. LF UK,
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2
e-mail: petr.weis@vfn.cz

Pokračovanie zo str. 18 osobitosť ich pohlavného života poskytnutím vhodnej informácie (napr. o spôsoboch efektívnej stimulácie za účasti partnerky pacienta). Obzvlášť sa žiada oceniť komplexné uvažovanie autora pri terapeutickom prístupe k ET zvážením prípadnej liečby sexuálnej poruchy ženy, ktorá môže s ET partnera súvisieť ako zväzovanie kompatibility páru, v interakcii ktorého sa porucha vyskytuje. Autor v daných súvislostiach poskytuje aj krátke, ilustratívne kazuistiky.

Farmakologická liečba ET je podrobne rozpracovaná a autorom diskutovaná. Autor sa v danej súvislosti zmiňuje o možnostiach liečby amantadínom, bupropionom, buspironom, yohimbinom, cyproheptadínom, oxitocínom, testosterónom a inhibítormi PDE-5.

Pred začatím každej terapie je samozrejmosťou získanie podrobnej auto- a heteroanmnézy a dôsledné klinické vyšetrenie pacienta. Na viacerých miestach autor tiež dôrazne poukazuje na užitočnosť a efektívnosť kombinácie farmakoterapie, psychoterapie a práce s párom, resp. využitia záujmu a pomoci partnerky pacienta.

Autorom vytýčený cieľ, t. j. zhrnúť a komentovať poznatky z literatúry o tejto sexuálnej poruche, môžeme považovať za jednoznačne naplnený, čo možno doložiť aj faktom, že v roku 2016 publikácia získala cenu Josefa Hynieho, ktorú každoročne udeľuje výbor Sexuologické spoločnosti ČLS.

Robert Máthé

Správy

4. PRAŽSKÝ SEXUOLOGICKO-ANDROLOGICKÝ MEZINÁRODNÝ KONGRES

Témata z oboru sexuologie, andrologie, gynekologie a urologie.

Praha 20. 4. 2018 – 21. 4. 2018

Registrace na stránkách: <https://www.medical-services.cz/akce/4-prazsky-sexuologicko-andrologicky-mezinarodni-kongres>

Jednací jazyk: čeština



Sme pripravení na surogátne materstvo ?

Katarína Jandová

Univerzitná nemocnica Bratislava, 1. gynekologicko-pôrodnická klinika
SZU a UNB

Abstrakt

Problémy s plodnosťou majú rastúci trend, pričom ich príčiny sú tak na strane ženy, ako aj muža. Vplyvom čoraz dokonalejších techník asistovanej reprodukcie je problém infertility u mnohých párov úspešne riešiteľný, avšak ich rozvoj umožnil zmeniť aj poňatie plodenia, podľa ktorého už samotný sexuálny akt nie je nevyhnutný na reprodukciu. Moderné techniky asistovanej reprodukcie tak vedú k otázke – kde je hranica? Článok zo psychosociálneho aspektu rozoberá problematiku surogácie, ktorá je pravdepodobne najstarším, a zároveň najkontrovernejším spôsobom asistovanej reprodukcie. Zameriava sa na etickú dilemu surogátneho materstva, pričom podrobne diskutuje triádu surogátneho materstva, ktorú tvorí surogátna matka, objednávajúci pár a objednané dieťa. Práca podrobnejšie rozoberá problém biologickej a vzťahovej väzby v surogátnom procese, motiváciu a osobnostné charakteristiky surogátnej matky a objednávajúcich rodičov. V odporúčaníach pre prax surogácie sa ako na dôležitú súčasť poukazuje na odborné poradenstvo z rôznych oblastí, pretože ide o mimoriadne zložitý problém.

Kľúčové slová: surogátne materstvo – surogátna triáda –
– vzťahová väzba – psychosociálne aspekty.

Úvod

Problémy s plodnosťou v súčasnej dobe majú rastúci trend. Čoraz viac párov ich rieši spoločne ako celok, rieši ich príčiny, ktoré sú tak na strane ženy, ako aj muža. Neschopnosť počať či donosiť dieťa je zdrojom mnohých negatívnych emócií a rôznych konfliktov, a pre mnohé páry bolestnou skutočnosťou. Infertilita totiž nie je len stav, ale aj vzťah – vzťah medzi mužom/manželom a ženou/manželkou, a tiež medzi generáciami. Teda pri riešení infertility nejde iba o prostý záujem jednotlivca. Nikdy to nemôže byť len jednosmerná oblasť – z hľadiska perspektívy je potrebné venovať pozornosť aj deťom a ich túžbam, právam, bolestiam a ich možnému utrpeniu.

Vplyvom čoraz dokonalejších a prepracovanejších

Summary

Fertility problems have a growing trend, with causes both on the side of women and on men. Due to increasingly advanced assisted reproduction techniques, the problem of infertility in many couples has been successfully solved, but their development has also made it possible to change the concept of reproduction, when the sexual act is not anymore necessary for reproduction. Modern techniques of assisted reproduction thus lead to the question - where is the limit? From the psychosocial aspect an article addresses the problem of surrogacy, which is probably the oldest and most controversial way of assisted reproduction. It focuses on the ethical dilemma of surrogate motherhood, discussing in detail the triad of surrogate motherhood, which consist from the surrogate mother, intended parents and the resulting child. The paper discusses in more detail the problem of biological relationship and attachment in the surrogate process, motivation and personality characteristics of surrogate mothers and intended parents. In the recommendations on surrogacy practice, an important part of this is the expert counselling from different fields because it is an extremely complex problem.

Keywords: surrogatne motherhood – surrogate triad –
– attachment – psychosocial aspects.

technik asistovanej reprodukcie sa problém infertility dá u mnohých párov úspešne riešiť. Rozvoj techník asistovanej reprodukcie však umožnil zmeniť aj poňatie plodenia, podľa ktorého už samotný sexuálny akt nie je nevyhnutným predpokladom na reprodukciu. A tak moderné techniky asistovanej reprodukcie zákonite vedú k otázke – kde je hranica? Tieto techniky pôvodne rezultovali z čisto vedeckého záujmu o problém infertility, no v mnohých prípadoch sa postupne stali predmetom komerčného záujmu. Jeho najčastejšia forma sa väčšinou spája so získavaním spermií alebo oocytov, čo eufemisticky často nazývame darcovstvo gamét.

Surogácia je vari najstarším a zároveň najkontrovernejším spôsobom asistovanej reprodukcie. Je to v poslednom čase síce častejšie, ale ešte stále veľmi málo diskutovaná téma, ktorá odbornú aj

laickú verejnosť názorovo rozdeľuje, a predstavuje mimoriadne zložitý problém. Do procesu surrogácie totiž vstupuje veľa ľudí, a tým aj veľa emócií, tak sa dá logicky predpokladať, že sa objavia väčšie či menšie ťažkosti. Ľudskú prirodzenosť to stavia pod tlak, pretože vo vzťahoch vytvára neistotu, čo je ďalekosiahlejšie ako len samotná túžba po dieťati. Aj napriek tomu, že právny systém v Slovenskej republike proces surrogácie neupravuje a za matku dieťaťa sa považuje výlučne osoba, ktorá dieťa porodí, predsa len aj v našej spoločnosti sa vyskytujú ľudia, ktorí pri svojej túžbe po dieťati vo veľmi sofistikovanej podobe proces surrogácie podstúpili.

Proces, ktorý môže pripomínať surrogátne materstvo, siaha už do obdobia pred Kristom a môžeme sa o ňom dočítať v Biblii. Konkrétne ide o príbehy zo Starého zákona, Prvej knihy Mojžišovej, Genesis 16 – príbeh Abraháma a Sarah a jej otrokyne Hagar alebo Genesis 30 – príbeh Jacoba a Ráchel a jej slúžky Bilhy. Tieto praktiky sa využívali na zachovanie rodu. Rozdiel bol však v tom, že tu nešlo o umelé oplodnenie, ale náhradné, resp. surrogátne materstvo sa realizovalo priamo formou pohlavného styku ženy – náhradnej matky a muža ženy, ktorej sa nedarilo otehotnieť. (1) Oba príbehy ilustrujú zároveň distorziu rodinných vzťahov a spoločnosti, ktorá vyplynula z porušenia manželského puta na to, aby sa prekonala neplodnosť – vykonal sa pohlavný styk s treťou osobou.

Surogátne (náhradné) materstvo

Surogácia zahŕňa dohodu „objednávajúceho páru“ (infertilný pár) s „treťou stranou,“ t. z. so ženou – surrogátnou matkou, ktorá zámerne otehotnie s tým, že po pôrode dieťa hneď odovzdá objednávajúcemu páru.

V procese oplodnenia surrogátnej matky sa v súčasnosti používajú bežné techniky asistovanej reprodukcie – odber spermií, oocytov, IVF, ET a i. Veľmi zjednodušene, ide o postup, pri ktorom sa embryo vzniknuté pomocou IVF transferuje do uteru surrogátnej matky, ktorá ho donosí. Po pôrode sa dieťaťa vzdá a odovzdá ho objednávajúcemu páru; od tohto momentu sa títo stávajú alebo by sa mali stať rodičmi dieťaťa.

Existujú dve formy:

- hosťiteľská surrogácia (gestačná alebo úplná), ktorá zahŕňa IVF, keď sa použijú gaméty objednávajúceho páru a/alebo od darcov a vzniknuté embryo sa transferuje do uteru surrogátnej matky. Táto nemá genetický vzťah k dieťaťu;

- priama alebo parciálna surrogácia (tzv. tradičná), keď sa využíva väčšinou arteficiálna inseminácia a použijú sa spermie buď objednávajúceho otca, alebo spermie darcu a oplodní sa oocyt surrogátnej matky, ktorá tak má genetický vzťah s dieťaťom (2).

Viacere centrá asistovanej reprodukcie v zahraničí uvádzajú, že na riešenie infertility páru týmto spôsobom musí byť jednoznačná medicínska indikácia. Najčastejšie ide o ženy, ktorým bol operačne odstránený uterus, alebo o ženy, ktorým bol diagnostikovaný Mayer-Rokitansky-Küster-Hauslerov syndróm. Klinické miesto surrogácie z tohto pohľadu je teda zrejmé.

Od roku 1980 je surrogácia čoraz akceptovanejšia,

a to tak na úrovni odbornej a inštitucionálnej, ako aj laickej verejnosti. Akceptuje ju aj FIGO, ktorá v r. 2007 stanovila podmienky a odporúčania, za ktorých je realizácia surrogátneho materstva akceptovateľná, pričom sa odporúča len úplná surrogácia, a to hlavne zo psychologických dôvodov. FIGO neakceptuje komerčnú surrogáciu. (3) Podobné stanovisko zaujíma aj European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), ktorá realizáciu surrogácie akceptuje výhradne z dôvodu špecifických medicínskych indikácií, pri ktorých je povolená iba primeraná náhrada výdavkov spojených so surrogáciou, resp. s tehotenstvom. (4) Obidve inštitúcie zdôrazňujú, že surrogátne materstvo nemá byť založené na finančnom základe, ale predovšetkým na základe ochoty a vôle pomôcť infertilným párom, pričom práve komerčnú surrogáciu považujú za problém, pretože v podstate ide o „obchod s ľudským telom“. Relatívne akceptovaná je tzv. altruistická surrogácia, keď infertilnému páru pomôže napr. blízka príbuzná z čisto altruistických dôvodov.

Etická dilema

Surogátne materstvo nevyhnutne v sebe zahŕňa rôzne etické dilemy, pretože objednávajúce páry vyhľadávajú ženu (potenciálnu surrogátnu matku) na to, aby pre nich počala, vynosila a porodila dieťa, a to zvyčajne za finančnú kompenzáciu, minimálne za náklady súvisiace s tehotenstvom, či za ušlý zisk súvisiaci s absenciou v zamestnaní z dôvodov tehotenstva a pôrodu. Surogátna matka zas sama nevedome neotehotnie – nech už sú dôvody akékoľvek; počne zámerne, a to s úmyslom vzdať sa dieťaťa, a nie kvôli tomu, že si dieťa ponechá ako súčasť svojej rodiny.

Podľa kresťanských bioetikov je etická iba tzv. záchranná surrogácia (rescue surrogacy), keď surrogátna matka poskytne svoj uterus na záchranu embrya vzniknutého cestou IVF, ktoré bolo zmrazené a je predurčené na likvidáciu. Záchrana nevinného dieťaťa je z tohto aspektu morálne ospravedliteľná. (2)

Navyše, etický problém tu predstavuje aj otázka riešenia akýchkoľvek prípadných zdravotných problémov súvisiacich s tehotenstvom a pôrodom surrogátnej matky a objednaného dieťaťa, najmä tých, ktoré končia fatálne.

Triáda surrogátneho materstva

Pri riešení problémov surrogácie je nevyhnutné mať na zreteli potencialitu psycho-sociálnych problémov, ktoré pramenia zo vzniknutej triády pri procese surrogácie: (a) surrogátna matka (alebo pár) vzdávajúca sa dieťaťa počas tehotenstva alebo krátko po pôrode, (b) objednávajúca matka (alebo pár) prijímajúca „objednané“ dieťa, (c) objednané dieťa.

Surogátne materstvo a akt „objednaného“ rodičovstva je situácia, v ktorej v konečnom dôsledku môže viac ľudí požiadať o uznanie rodičovstva vo vzťahu k objednanému dieťaťu – objednávajúci rodičia, genetická matka a otec a surrogátna matka a otec. Van den Akker (5) uvádza až deväť teoreticky možných kombinácií pre potomkov, ktorí vzišli z procesu surrogácie, kde je gestačná vo všetkých prípadoch

v spojitosti so surogátnou matkou. Vari najhorší scenár predstavuje kombinácia, keď embryo vzniknuté oplodnením darcovského oocytu darcovskými spermiami vynosí surogátna matka, a narodené, t. z. objednané dieťa, sa odovzdá objednáväúcemu páru. V tomto prípade nie je ľahké jednoznačne určiť rodiča. Nech má však scenár akúkoľvek kombináciu, je veľký predpoklad, že to môže spôsobiť značné psychické i sociálne neistoty v krátkodobom i v dlhodobom časovom horizonte všetkým zúčastneným jedincom vrátane výsledných detí.

Táto skutočnosť navyše fragmentuje reprodukčnú funkciu manželstva, resp. partnerského spolužitia, najmä na tieto dôsledky:

- oddeľuje sex od reprodukcie,
- oddeľuje materstvo/rodičovstvo od tehotenstva a
- v konečnom dôsledku rozdeľuje jednotu páru v účasti 3. osoby v rámci potenciálnych rodinných vzťahov.

Novou realitou je aj to, že súčasné zákony a väčšina kultúrnych hodnôt definujú rodičovstvo a rodinu skôr v biologických ako v sociálnych termínoch, čo logicky prispieva k úplnej preferencii medicínskych intervencií pri liečbe infertility v infertilnej populácii. Avšak všeobecné diskurzy o materstve a otcovstve vynechávajú významné biologické fakty, ako je to vidieť napr. (a) v absencii heterosexuálneho sexu pri vzniku tehotenstva pomocou techník asistovanej reprodukcie, či (b) v absencii gestácie a pôrodu v rodičovstve pri gestačnej surogácii. V týchto prípadoch sa objednáväujú rodičia začali považovať za skutočných rodičov „objednaného,“ resp. výsledného dieťaťa, a to aj napriek tomu, že biologické komponenty tu nie sú kompletne alebo nie sú vôbec zastúpené. A naopak, surogátna matka samu seba nepovažuje za skutočnú matku, aj keď v právnej, biologickej či genetickej terminológii ňou je. (5)

Surogácia vs. adopcia

V dnešnej dobe, keď subfertilnej alebo infertilnej populácii je relatívne dostupná možnosť úplného alebo čiastočného biologického potomstva, sa smerovanie k adopcii javí ako posledná eventualita.

Van den Akker (5) na základe viacerých štúdií uvádza aj špirálu preferencií od prirodzeného počatia v úplnom genetickom vzťahu s vynosným a porodeným dieťaťom, až po adopciu bez žiadnej genetickej a biologickej väzby. Na prvom mieste preferencií je prirodzené počatie, nasleduje asistovaná reprodukcia (AR) pri úplnom genetickom vzťahu a gestácii, AR pri čiastočnom genetickom vzťahu a gestácii, AR pri úplnom genetickom vzťahu, ale žiadnej gestácii, AR pri žiadnom genetickom vzťahu a žiadnej gestácii, a až na poslednom mieste je adopcia. Tento fakt je možné vysvetliť odlišnosťou cieľov pri AR a pri adopcii. Pri liečbe alebo riešení infertility je cieľom získať tehotenstvo alebo dieťa pre infertilných rodičov, avšak pri adopcii je cieľom získať rodinu pre dieťa.

Biologická väzba matka – plod a vzťahová väzba (tzv. attachment)

Počas gravidity sa medzi matkou a plodom v jej maternici vytvárajú významné biologické väzby. Jeden

z najšpecifickejších príkladov významu tejto väzby pramení z poznania materno-fetálnej fyziológie.

Napríklad hormón oxytocín hrá kruciálnu úlohu pri zintenzívňovaní reakcií gravidnej ženy v zhode s jej prirodzenými materskými inštinktmi, pretože o. i. jeho vyplavovanie ovplyvňuje aj budúce materské správanie. Z tohto dôvodu vyvstáva obava, že u surogátnej matky sa vytvorí taká pevná emocionálna väzba na plod, že jej separácia od novorodenca po jeho odovzdaní objednáväúcim rodičom môže byť veľmi náročná. Je tu teda vysoké riziko popôrodnej depresie. Toto riziko je umocnené aj pocitmi viny alebo hnevu, a tiež možným odmietavým postojom sociálneho okolia surogátnej matky.

Je tu tiež predpoklad, že surogátna matka bude počas bezproblémového tehotenstva (aj keď v surogátnom usporiadaní) žiť sexuálnym životom so svojim partnerom. A práve surogátne usporiadanie môže viesť k výraznému intrapsychickému konfliktu najmä surogátnej matky. Oxytocín je totiž jedným z výrazných zdrojov túžby po maznaní a dotýkaní (pričom žena čaká „cudzie“ dieťa), taktiež sa jeho hladina zvyšuje pri orgazme a má na svedomí kontrakcie maternice, čo môže byť problémom napr. v prípadoch komerčnej surogácie, keď na základe kontraktu surogátna matka musí dodržiavať stanovené reguly, aby sa zminimalizovalo riziko ohrozenia tehotenstva.

Novorodenec je síce úplne odkázaný na starostlivosť zo strany druhej osoby, avšak je biologicky vybavený, rovnako ako jeho matka, rôznymi mechanizmami, hlavne neuroendokrinnými, ktoré by mu mali zaistiť nielen prežitie, ale aj láskyplnú pozornosť. Kontakt s matkou sa niekoľkonásobne posilňuje dotykom pier novorodenca z prsnej bradavky matky, pričom tento mechanizmus je zodpovedný za blízkosť a pevnosť vzťahu medzi matkou a dieťaťom už v prvých hodinách a dňoch po pôrode, čo sa z aspektu vývinovej psychológie označuje ako „pripútavajúca väzba“ (attachment). Čím dlhšie tento kontakt trvá, tým silnejšie sa táto väzba upevňuje.

Pri porušení procesov pripútavajúcej väzby u dieťaťa stúpa hladina kortizolu, čo sa môže nepriaznivo odraziť tak na aktuálnom stave, ako aj na ďalšom vývine jedinca, pretože môže dôjsť k chronickým, a niekedy nezvratným zmenám vo funkcii i štruktúre mozgu. Psychiatri potom spätne zisťujú narušenie pripútavajúcej väzby pri mnohých psychických poruchách, najmä pri poruchách osobnosti, pochopiteľne, aj s dosahom na partnerský a sexuálny život takýchto jedincov.

Je tiež známe, že u žien sa počas tehotenstva vyvinie rôznych stupeň vzťahovej väzby k svojmu plodu, čo sa taktiež prenáša na dieťa po pôrode. Prenatálnu vzťahovú väzbu ovplyvňujú viaceré faktory, ako je napr. aj vek matky alebo jej postoje k tehotenstvu, ktoré sú pravdepodobne tiež dôležité pre vysvetlenie schopnosti surogátnej matky odovzdať dieťa po pôrode objednáväúcim rodičom. Niektoré štúdie poukázali na to, že surogátne matky majú menšiu vzťahovú väzbu na plod a menšiu väzbu na dieťa po pôrode, pretože sú si vedomé toho, že dieťa nevynosia sebe, ale inej žene. A ako už bolo vyššie spomenuté, nedostatočná vzťahová väzba môže byť prameňom rôznych problémov.

Podľa viacerých štúdií surrogátne matky sú najčastejšie vo veku 25 rokov a staršie, a väčšinou sa považujú za ženy, ktoré už svoju rodinu majú skompletizovanú.

Surogátna matka – motivácia, osobnostné charakteristiky, riziká

Niekoľko menej konzistentných štúdií poukazuje na to, že zo strany surrogátnych matiek dominujú altruistické motívy („dať dar života“), iné štúdie zas poukazujú na komerčný aspekt alebo iné egocentrické motívy, ako napr. zvýšenie sebaúcty a sebavedomia, pozitívny sebarozvoj, vykonanie dobrého skutku alebo vykonanie špeciálneho skutku kvôli zážitku úspechu. Väčšinou však surrogátne matky udávajú také motívy pre surrogáciu, ktoré reflektujú tradičné kultúrne akceptované názory na reprodukciu, materstvo a rodinu. Vyskytujú sa však aj také ženy, ktoré sa stali surrogátnymi matkami s cieľom prekonať hranicu tradičnej ženskej roly tým, že niečo významné urobia v tomto smere pre pár, ktorý má problém.

Ekonomický príjem rodín surrogátnych matiek je zvyčajne nižší a zväčša existujú významné rozdiely v príjmoch a v sociálnej triede medzi surrogátnymi a objednávacími rodičmi, v čom by mohol byť potenciál pre zneužívanie, či až vykorisťovanie ekonomicky slabšej strany.

Aj osobnostné črty surrogátnych matiek boli predmetom záujmu. Keďže však taktiež išlo o nekonzistentné údaje, opatrne možno konštatovať, že surrogátne matky sú zväčša v normálnom rozmedzí osobnostných charakteristík a môžu medzi nimi byť nezávislejšie mysliteľky, ktoré sú menej viazané tradičnými morálnymi hodnotami.

Cicarelli et al. (10) uvádzajú, že ženy sa konzistentne vyjadrujú o vyvíjajúcom sa plode skôr ako o dieťati objednávacího páru než ako o svojom vlastnom dieťati, a v porovnaní s inými tehotnými ženami preukazujú slabšiu vzťahovú väzbu k plodu počas tehotenstva. A tak najmä kvalita vzťahu s objednávacím párom je to, čo značne determinuje satisfakciu surrogátnej matky so svojím stavom. Ďalej poukazujú na to, že vzťah s párom je primárne vzťahom s objednávacou matkou. Tehotenstvo je definované ako ženská rola, a v prípade surrogácie väčšinou dve ženy zdieľajú svoje zážitky a udalosti spojené s graviditou, a tak si často vytvoria silnú väzbu. S nespokojnosťou vo vzťahu k surrogátnemu materstvu sú spojené nenaplnené očakávania surrogátnej matky ohľadom miery blízkosti s objednávacím párom, ktoré sa môžu objaviť kedykoľvek – v iniciálnych fázach surrogácie, v priebehu tehotenstva, ale aj viac rokov po pôrode. Interakcia objednávacího páru so surrogátnou matkou sa javí ako veľmi dôležitý faktor. V prípade, že surrogátna matka môže vidieť a držať dieťa, a keď cíti, že sa s ňou zaobchádza s rešpektom, miera jej spokojnosti je vysoká. Menšina surrogátnych matiek však so surrogáciou spokojná nie je, pretože miera kontaktov s objednávacím párom sa redukuje. Surrogácia je zvlášť ničujúca pre surrogátnu matku vtedy, keď ju objednávací pár po čase opustí.

Profesionálna podpora a intervencia, vrátane

terapie, pred a v priebehu procesu surrogácie môže maximalizovať mieru spokojnosti a vyrovnanosti surrogátnych matiek.

Objednávajúci rodičia – motivácia, charakteristika

Všeobecne platí, že objednávajúci rodičia predpokladajú ťažkosti súvisiace s hľadaním informácií o potenciálnej surrogátnej matke, a tiež v poskytovaní informácií surrogátnej matke o sebe. Tiež niektorí poukazujú na rozpaky súvisiace z udržiavania kontaktu so surrogátnou matkou, a to najmä u objednávacího otca. Väčšina objednávacích rodičov žila v manželstve, bola bielej rasy a mala vyšší vzdelanostný a socioekonomický status. (10)

Objednávajúce matky v porovnaní so surrogátnymi matkami mali tendenciu byť staršie, a väčšinou mali pozoruhodnejšiu gynekologicko-pôrodnú anamnézu. Hlavnou motiváciou pre ne bolo to, že surrogácia bola pre nich jediný možný spôsob, ako mať vlastné dieťa, lebo iné spôsoby zlyhali. Nemali však potrebu zdôvodňovať svoje rozhodnutie. Výpovede mnohých objednávacích matiek ukázali, že väčšina mala v úmysle povedať svojmu dieťaťu už v ranom veku, ako bolo počaté a vynosené, avšak matky mali problém, akým spôsobom to dieťaťu povedať. Otvorenosť o koncepcii, tehotenstve a genetickom pôvode má aj praktické dôvody, a to aj preto, že pre mnohé objednávajúce matky je nemožné skryť pravdu o dieťati z procesu surrogácie v ich sociálnom prostredí, lebo neboli gravidné. (5)

Pri rozhodovaní sa páru podstúpiť surrogáciu bolo pre väčšinu párov primárnou motiváciou biologické príbuzenstvo. Avšak proces surrogácie prekračuje akceptované kultúrne normy, čo si od mnohých objednávacích párov vyžaduje na riešenie problémov súvisiacich so surrogáciou rôzne stratégie redukujúce kognitívnu disonanciu. Najmä pri surrogácii s arteficiálnou insemináciou otcovia často pociťujú diskomfort a rozpaky z toho, že iná žena než jeho manželka je matkou dieťaťa. (10) Tiež môže byť problémom aj fakt, že pri arteficiálnej inseminácii môžu byť v prípade aj mužského faktora neplodnosti použité spermie darcu, čo môže výrazne narušiť sexuálne sebavedomie muža a narušiť tak ďalšie partnerské fungovanie páru.

Na základe vyššie uvedeného je možné konštatovať, že normálna populácia, t. z. nie infertilná, nemá potrebu redefinovať si koncept rodičovstva, a preto sa snaží ostať v stave rovnováhy medzi svojimi presvedčeniami (zväčša tradičnými) a svojím správaním. Z toho pramení vo všeobecnosti zväčša negatívny alebo ambivalentný postoj k surrogácii. Infertilné páry sa pre reprodukciu s pomocou tretej strany zväčša nerozhodnú hneď, ale až po značných úvahách, ako takáto rodina bude fungovať, čo je psychicky mimoriadne náročný proces.

Surogátne potomstvo

Doposiaľ nie sú známe žiadne štúdie skúmajúce kognitívny a sociálny vývin detí narodených ako výsledok surrogácie, no neexistujú ani žiadne porovnateľné paralely. Adopcia vhodným porovnaním pravdepodobne nie je, pretože adoptované deti nemajú

žiadne genetické spojenie ani s jedným rodičom, a zároveň, adopcia je sociálne oveľa prijateľnejší akt, ktorý nenaruša žiadne sociálne normy.

Určitým limitovaným porovnaním môžu byť niektoré štúdie, ktoré skúmajú kognitívny a sociálny vývin detí počatých prostredníctvom iných techník AR, a to najmä štúdie detí počatých prostredníctvom IVF, a najmä s darovanými oocytmi. Prehľad dostupnej literatúry naznačuje, že deti po IVF vo vývinových štádiách od najútlejšieho veku do adolescencie skórujú vyššie v sociálnych a komunikačných zručnostiach. (10)

Základnou otázkou pre všetky typy techník AR, najmä tých, ktoré zahŕňajú tretiu stranu, je, že či a kedy povedať dieťaťu o jeho pôvode.

Riziká v súvislosti s budúcnosťou surrogátnych detí sú v rovine predpokladov. Je potrebné vychádzať z premisy, že právo na dieťa by nemalo byť na úkor práv dieťaťa. Problémom môže byť príliš silná alebo, naopak, slabá väzba na ešte nenarodené dieťa. Tiež je potrebné pamätať na možný rozpor v morálnych pohľadoch – napr. pri zistení vrodenej vývojovej chyby u plodu – objednávajúci pár už takéto dieťa nechce a u surrogátnej matky je proti jej presvedčeniu podstúpiť umelé prerušenie tehotenstva. Svoje významné zastúpenie tu môžu mať aj nenaplnené očakávania a rôzne sklamaná, keď dieťa nenapreduje podľa predstáv objednávajúcich rodičov a veľkým rizikom je aj fakt, že v prípadoch komerčnej surrogácie je dieťa v podstate „komoditou“. Sociálne, psychologické a právne komplikácie sa priamo úmerne zvyšujú so zvyšujúcim sa počtom ľudí, ktorí sa snažia počať pomocou tretej strany.

Stav surrogácie v SR a ČR, v EÚ a v niektorých vybraných štátoch mimo EÚ

Problematika surrogátneho materstva je legislatívne ošetrená v rôznych štátoch rôzne. Pokiaľ ide o Slovenskú republiku, v zmysle § 82 Zákona o rodine (Zákon č.36/2005) ods.1 uvádza, že matkou dieťaťa je výlučne žena, ktorá dieťa porodila. Zákon o rodine nepriamo vylučuje možnosti náhradného materstva v ods. 2 uvedeného ustanovenia, kde stanovuje, že dohody a zmluvy, ktoré sú v rozpore so zásadou „matkou je žena, ktorá dieťa porodila,“ sú neplatné. A keďže pri surrogátnom materstve sa uplatňuje dohoda medzi objednávajúcim párom a surrogátnou matkou, že dieťa, ktoré surrogátna matka vynosi, sa narodením stáva dieťaťom objednávajúceho páru, tá je však v našich podmienkach neplatná. (6)

V Českej republike nový Občanský zákoník v § 804 uvádza, že osvojenie je vylúčené medzi osobami príbuznými v priamej línii a súrodencami. To neplatí v prípade náhradného materstva. Toto je však jediná zmienka o náhradnom materstve v tomto predpise a súčasne jediná v aktuálne platnej legislatíve. Dôvodová správa k novému Občianskemu zákonníku uvádza iba to, že ide o situáciu, kedy sa dieťa narodí žene, ktorá nie je jeho biologickou matkou. Naďalej však bude platiť zásada, že matkou dieťaťa je žena, ktorá dieťa porodila. Vzťahy medzi biologickou matkou a dieťaťom sa môžu upraviť cestou osvojenia. Súčasná právna úprava uzatvorenie zmluvy, ktorej predmetom

by bolo náhradné materstvo, neumožňuje. (7)

Z komparatívnej štúdie, ktorá sa venovala surgácii v členských štátoch EÚ a ktorú v r. 2013 vydal Výbor pre právne záležitosti Európskeho parlamentu, vyplýva, že surrogátne materstvo, a to len v nekomerčnej forme, je povolené vo Veľkej Británii, v Holandsku, Belgicku, Grécku a v Dánsku. V Nemecku, Francúzsku, Taliansku, Rakúsku, Portugalsku, Španielsku a Švédsku je surrogácia zakázaná. (8) V ostatných krajinách surrogátne materstvo legislatíva taxatívne nerieši.

Zvláštne postavenie majú niektoré štáty mimo EÚ, napr. Ukrajina, ktorá má legislatívne ošetrené náhradné materstvo bez obmedzenia na altruistickú formu, čo niektoré kliniky reprodukčnej medicíny využívajú v rámci svojej propagácie. Náhradným matkám na Ukrajine sa môže oficiálne zaplatiť odmena aj nad rámec bežných výdavkov súvisiacich s tehotenstvom. Tým však vzniká priestor, v analógii so sexuálnym turizmom, pre rozvoj tzv. reprodukčného turizmu. (9)

Z mimoeurópskych štátov sa intenzívne diskutuje o cezhraničnej surgácii, hlavne v súvislosti s Indiou a jej klinikami reprodukčnej medicíny, ktoré ponúkajú nízku cenovú úroveň, ale tiež o komfortnom servise pre budúcich rodičov, obvykle z USA, ale aj z Európy. V USA je surrogátne materstvo vo väčšine federálnych štátov povolené vrátane komerčnej formy, kde existujú aj agentúry vytvárajúce databázu potenciálnych náhradných matiek. Náhradné materstvo sa tak „normalizuje“ ako súčasť ponúkaných možností asistovanej reprodukcie, surrogátne matky sa združujú kvôli vzájomnej pomoci a podpore a zdieľajú vzájomne zdieľajú svoje príbehy. (9) Komerčná surrogácia funguje aj v Rusku, Číne, Izraeli, Thajsku, Iráne, Argentíne, JAR, Guatemale, Gruzínsku, Bielorusku, či v Kazachstane.

Žiaľ, existuje predpoklad, že čím je v tejto krajine početnejšia vrstva nízkopríjmového obyvateľstva, tým viac hrozí väčšie nebezpečenstvo, že surrogátne materstvo sa stane predmetom obchodu a komerčného zneužitia.

Záver

Koncept surrogátneho materstva predstavuje potenciálnu možnosť pomoci niektorým neplodným párom. Surrogátne materstvo je pre infertilné páry často poslednou možnosťou voľby. Stále však ostáva veľa nepoznaného, čo si vyžaduje zvýšenú pozornosť všetkých zúčastnených v procese surgácie a dostatočnú morálnu integritu profesionálov, ktorí sú do tohto procesu zapojení. Surrogácia predstavuje veľkú psychickú záťaž a vyžaduje si veľkú emocionálnu silu a fyzickú obetavosť.

V odporúčaníach pre prax surgácie sa ako na dôležitú súčasť poukazuje na odborné poradenstvo nielen z oblasti medicíny, ale aj z oblasti psychologickej, sociálnej, vrátane sexuálneho života, a v neposlednom rade aj právnej.

Bez ohľadu na vlastný názor by sa táto forma pomoci neplodným párom mala akceptovať ako pomerne nová sociálna realita, pretože kolektívna zaujatosť či predsudky sú pre prax skôr prekážkou.

Literatúra

1. ERLC: Issue Analysis: Surrogacy. The Ethics & Liberty Commission of the Southern Baptist Convention, 2014. Dostupné na: <https://erlc.com/resource-library/articles/issue-analysis-surrogacy>
2. BURELL, C.; O'CONNOR, H.: Surrogate pregnancy: ethical and medico-legal issues in modern obstetrics. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 2013, 15(2), 113-119. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.12010/full>
3. FIGO. 2012. Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Dostupné na: <https://www.glowm.com/pdf/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>
4. SHENFIELD, F., PENNINGS, G., COHEN, J., DEVROEY, P., de WERT, G., TARLATZIS, B.: ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Human Reproduction*. 2005, 20(10), 2705-2707. Dostupné na: <https://doi.org/10.1093/humrep/dei147>
5. AKKER van den, O. B. A.: Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 2007, 13(1), 53-62. Dostupné na: <https://doi.org/10.1093/humupd/dml039/>
6. HUMENÍK, I.: Surogačné (náhradné) materstvo. 2009. Dostupné na: www.pravo-medicina.sk
7. ZEMAN, M.: Náhradní mateřství v novém občanském zákoníku – promarněná příležitost? 2013. Dostupné na: www.epravo.cz
8. BRUNET, L., CARRUTHERS, J., DAVAKI, K., KING, D., MARZO, C. and McCANDLESS, J.: A comparative study on the regime of surrogacy in EU Member States. 2013, European Parliament, European Union. Dostupné na: <http://www.europarl.europa.eu/studies>
9. HOBZOVÁ, H.: Náhradní mateřství: málo diskutované téma asistované reprodukce. *Psychologie dnes*, 2014, 7-8, 12-15
10. CICCARELLI, J.C., BECKMAN, L.: Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. *Journal of Social Issues*, 2005, 61(1), 21-43. Dostupné na: <http://claradoc.gpa.free.fr/doc/33.pdf>

Kontakt: PhDr. Katarína Jandová, PhD.
katarina.jandova@kr.unb.sk



Dovolujeme si Vás pozvat na

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu 2018

Městské divadlo Český Krumlov
25. - 26. května 2018

Pořadatel:

Česká společnost pro sexuální medicínu, člen European Society for Sexual Medicine

<http://www.bos-congress.cz/admin/dokumenty/cssm2018.pdf>

Akademie ČSSM:

Akademie andrologických studií (AAS)

Akademie feminologických studií (AFS)



I. INFORMACE

www.bos-congress.cz/cssm2018

bos.org

Sexuální život a reprodukční potenciál žen s Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserovým syndromem (MRKHS) po operativním vytvoření neovagíny

Zlatko Pastor^{1,2,3}, Marta Nováčková¹, Roman Chmel¹

¹ Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

² Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

³ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Souhrn

Článek předkládá výsledky výzkumu kvality sexuálního života 42 žen se syndromem MRKHS (vrozená ageneze dělohy a pochvy) po operativním vytvoření neovagíny. Srovnává psychosexuální funkce probandek s kontrolní skupinou zdravých žen prostřednictvím standardizovaných dotazníků (index ženských sexuálních funkcí - FSFI; revidovaný index ženského sexuálního stresu - FSDS-R; dotazník spokojenosti se svým genitálem - FGSIS). Výzkum hodnotí postoj pacientek a jejich partnerů k různým možnostem rodičovství. Zkoumá jejich zájem o transplantaci dělohy od živé nebo kadavernózní dárkyně. Výzkum sloužil k výběru potencionálních recipientek k provedení této experimentální operace.

Klíčová slova: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserův syndrom – – vaginoplastika podle Vecchiettiho – neovagina – transplantace dělohy.

Úvod

MRKHS je charakterizovaný agenezí dělohy a vagíny a může být spojen s renálními, skeletálními, sluchovými a srdečními malformacemi. Jeho prevalence se odhaduje přibližně na 1: 4 000-5 000 narozených žen [1]. Vychází z vývojového postižení neznámé etiologie v dolních strukturách Müllerových vývodů během organogeneze. Nebyla zjištěna žádná jasná genetická příčina tohoto syndromu [2]. V některých případech však dochází k výskytu MRKHS v širším příbuzenstvu [3,4]. Syndrom je většinou diagnostikován až u postpubertálních dívek jako primární amenorea. Jejich fenotyp je jednoznačně ženský, zevní genitál je normálně vyvinutý a nevykazuje žádné odchylky, a proto se před věkem menarche na tuto poruchu obvykle nepomýšlí [5]. Tyto ženy mají ženský karyotyp, normální sekundární pohlavní znaky, fyziologické

Abstract

The article presents the results of the research on the quality of sex life of 42 women with MRKHS syndrome (congenital uterine and vaginal agenesis) following the operative creation of neovagina. It compares the psychosexual function of the probands with the control group of healthy women through standardized questionnaires (the FSFI index, the revised FSDS-R, the FGSIS). The research evaluates the attitude of the patients and their partners to the different possibilities of parenthood. Their interest in uterine transplation from either living or deceased donor is examined. The research served us to select potential recipients for performing this experimental operation.

Keywords: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome – – Vecchietti's vaginoplasty – neovagina – uterine transplantation.

endokrinní funkce, bifázický ovariální cyklus a ženskou psychosexuální identifikaci [6]. MRKHS zásadním způsobem omezuje sexuální život a znemožňuje přirozenou reprodukci. Vaginální agenezi lze léčit konzervativními dilatačními metodami nebo chirurgicky [7]. Chirurgické řešení vaginální ageneze rozdělujeme do tří kategorií [8]. Jedná o Williamsovu vulvovaginoplastiku, při níž se vytváří vagina sešitím velkých labií do tzv. perineálního vaku [9]. Druhou možností je provedení Vecchiettiho operace, která spočívá ve formování neovagíny postupnou trakcí fantomu ve tvaru velké olivy. Fantom se umístí do oblasti rektovaginálního septa a je vytahován kraniálním směrem za vlákna, která jsou ze suprapubické oblasti břicha laparoskopicky transabdominálně vyvedena na perineum. Po deseti dnech pomalého navíjení olivy kraniálním směrem na trakční mechanismus se vytvoří zhruba 8-10 cm dlouhá funkční vagina, která se následně epitealizuje [10,11]. Ostatní metody zahrnující tvorbu

neovagíny v oblasti rektovesikálního prostoru implantací různých typů tkání, jako je kůže (McIndoe technika), peritoneum (Davydovova procedura) nebo střeva [8, 12, 13]. Konzervativní (nechirurgické) dilatační metody jsou založené na dlouhodobém (několik měsíců) postupném prohlubování oblasti rektovaginálního septa různými mechanickými pomůckami. Nechirurgické techniky mají sice méně komplikací, ale vyžadují dlouhodobou spolupráci pacientů a velkou trpělivost. Jejich výsledkem je vytvoření pouze mělkého neepitelizovaného „vyhloubení“ v místě primárně neexistující funkční vagíny. Ideální rekonstrukce vagíny by měla být bezpečná, efektivní, jednoduchá, minimálně invazivní, rychle proveditelná a měla by vytvořit funkční pochvu pokrytou nekeratinizovaným skvamózním epitelem. [14-16]. Dosavadní studie hodnotily efekt provedené operace především podle morfologických kritérií (délka a prostornost pochvy), ale málokteré práce se týkají subjektivních pocitů respondentek a ostatních psychosexuálních aspektů [17,18-22]. Efekt operace na kvalitu sexuálního života však nespočívá pouze ve vytvoření vagíny a umožnění koitu, ale je silně ovlivněn psychogenními následky základního onemocnění. Vnímání intimního života těchto žen je silně modifikováno jejich absolutním děložním faktorem sterility, narušenou percepcí fyzické integrity vlastního těla a obavou ze ztráty partnera kvůli jeho touze po vlastním dítěti [23-25]. V současnosti mohou ženy s aplazií dělohy realizovat mateřství formou adopce nebo osvojení, ale také metodami asistované reprodukce a náhradního mateřství, při němž jim jiná žena ve své děloze „odnosí“ a porodí dítě, které bylo počato z gamet ženy s MRKHS a jejího partnera. Od roku 2014, kdy ve Švédsku proběhl porod prvního dítěte po transplantaci dělohy (UTx), se ženám naskytla možnost otěhotnět i porodit biologicky vlastní dítě. UTx s sebou přináší sice mnoho etických, náboženských, ideových i ekonomických kontroverzí a je stále považována za experimentální operaci, ale ženám s MRKHS dává šanci k řešení jejich reprodukce. Cílem naší studie bylo vyšetřit kvalitu sexuálního života žen po vytvoření neovagíny, posoudit jejich reprodukční potenciál a určit jejich postoje k různým možnostem reprodukce. Výzkum sloužil také k výběru vhodných kandidátek pro plánovanou UTx, která se uskutečnila v dubnu 2016.

Metodika a charakteristika souboru

Od roku 2004 do roku 2013 bylo na naší gynekologické klinice operováno 102 pacientek s MRKHS pomocí laparoskopicky asistované vaginoplastiky podle Vecchiettiho. Korespondenčně jsme vyzvali 95 pacientek ke kontrole po provedené operaci a požádali je o účast ve studii. Na pozvání odpovědělo padesát žen a 42 jich přišlo na vyšetření. Všechny probandky absolvovaly strukturovaný pohovor, který zahrnoval relevantní anamnestické údaje a obecnou charakteristiku jejich sexuálního života. Ženy byly gynekologicky vyšetřeny. Vaginální délka byla měřena jako vzdálenost od zadní komisury pochvy k nejnižší části jejího zakončení pomocí centimetrové škály nakreslené na prstě vyšetřujícího lékaře [26, 27]. Vaginální prostornost byla posouzena podle počtu vložených prstů. Ultrazvukové vyšetření bylo zaměřené na velikost a strukturu vaječníků a zhodnocení

jejich folikulární aktivity. Hormonální testy hodnotily hladiny estradiolu, progesteronu, folikuly stimulujícího a luteinizačního hormonu. Všechny ženy byly geneticky vyšetřeny, včetně stanovení jejich karyotypu. Vyplnily dotazník charakterizující jejich sexuální aktivity ve vztahu k provedené operaci (první koitus po operaci, koitální frekvence, délka současného sexuálního vztahu, celkový počet sexuálních partnerů, frekvence masturbace, dosahování orgasmu, spokojenost se sexuálním životem, význam sexu v jejich životě). Všechny pacientky vyplnily standardizované mezinárodní dotazníky FSDFS-R, FSFI a FGSIS [28, 29]. Při celkovém hodnocení FSFI [30] jsme použili obvyklou mezní hodnotu 26, 5. Nižší hodnoty naznačují možnou sexuální dysfunkci. Mezní hodnota pro dotazník FSDFS-R byla 11 [28,29]. U dotazníku FGSIS jsme skóre pod 7 považovali za projev negativního vztahu k vlastnímu genitálu. Partneři probandek odpověděli na otázky týkající se jejich současného vztahu, celkového počtu sexuálních partnerek, spokojenosti se současným sexuálním životem a preferovaných způsobech rodičovství. Kontrolní skupina zahrnovala 45 dospělých, sexuálně aktivních bezdětných žen užívajících hormonální antikoncepci, které měly pravidelný sexuální život a nestěžovaly si na žádnou sexuální dysfunkci. Kontrolní subjekty podstoupily stejné testy a vyplnily stejné dotazníky. Statistická analýza výsledků byla provedena pomocí softwaru SPSS verze 11.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Hodnoty p menší než 0,05 byly považovány za významné. Proměnné, které nebyly normálně distribuovány (Shapiro-Wilkův test $P < 0,05$), byly analyzovány Wilcoxon-Mann-Whitney hodnotovým součtem.

Výsledky

Průměrný věk 42 pacientek s MRKHS byl $25,8 \pm 4,3$ (17-38) let. Průměrná doba od rekonstrukce vagíny pomocí laparoskopicky asistované vaginoplastiky podle Vecchiettiho byla $4,6 \pm 2,2$ (1-10) let a první koitus měly pacientky v průměru $4,3 \pm 1,4$ (3-11) měsíců po operaci. Nezaznamenali jsme žádné pooperační komplikace, vaginální striktury, zjizvení nebo jiné anatomických nepravidelnosti. Pacientky nezaznamenaly známky patologického vaginálního fluoru, diskomfortu, suchosti nebo infekce. Všechny měly normální sekundární sexuální znaky a karyotyp 46, XX. MRKHS byl spojen s abnormalitami ledvín u šesti pacientek (14 %), skeletálního systému v jednom případě (2 %), srdce a sluchového systému také v jednom případě (2 %). Jedna pacientka trpěla mírným Chargeovým syndromem (2 %). Čtyřicet účastnic výzkumu (98%) mělo stabilní vztah v průměru $4,6 \pm 1,9$ (1-10) let se stálým sexuálním partnerem. Kontrolní skupina se skládala ze 45 sexuálně aktivních žen s dlouhodobými partnery. Jejich průměrný věk byl $26,3 \pm 4,1$ (18-38) let. Průměrná délka neovagíny byla $7,0 \pm 9,6$ cm (5,5-9,0) a byla výrazně kratší než průměrná délka pochvy žen z kontrolní skupiny ($9,3 \pm 2,5$ [9-11,5] cm). Ženy z kontrolní skupiny měly také výrazně delší průměrnou celkovou délku svého sexuálního života ($5,4 \pm 1,6$ roků). Délka současného sexuálního vztahu byla ve skupině operovaných žen výrazně delší ($4,6 \pm 1,9$ roků) ve srovnání s kontrolní skupinou ($3,6 \pm 2,5$ roku). Koitální frekvence se v obou skupinách významně nelišila. Ženy

s neovaginou udávaly koitální frekvenci nejčastěji 1-2 krát týdně (n = 24, 57%), 2-3krát týdně souložilo 10 žen (23,8 %), občasný styk měly tři ženy (14%) a denně souložila pravidelně jedna pacientka (2%) a jedna neměla pohlavní styk vůbec (2 %). Ženy v obou skupinách masturbovaly s podobnou četností, přibližně 2,5krát za měsíc. Podle našeho dotazníku operované respondentky dosáhly orgasmu statisticky nevýznamně častěji (83%) než kontrolní skupina (80 %). Podrobnější analýza však ukázala, že ženy s neovaginou dosahovaly vaginálního orgasmu výrazně méně často (20 %), oproti klitorálnímu orgasmu, který měly až v 80% případů. V kontrolní skupině měly ženy vaginální orgasmus významně častěji (44%) a 55% z nich dosahovalo orgasmu stimulací klitorisu. V obou skupinách považovaly ženy sexualitu za velmi důležitou součást svého života (97-100 %). Významné rozdíly jsme nezaznamenali ani v otázkách o spokojenosti se sexuálním životem u obou skupin, spokojeny byly probandky v 93-95%. Touha po mateřství se také u vyšetřovaných významně nelišila (95-98%) (Tab. 1).

skóre u žen s neovaginou (22,0 ± 2,4 vs. 23,5 ± 2,3). Ženy po operaci byly více frustrovány vzhledem svého genitálu. Hodnota FSDS-R byla významně vyšší u operovaných žen ve srovnání s kontrolní skupinou (14,5 ± 6,5 vs. 6,5 ± 4,6). Tyto pacientky měly významně vyšší míru stresu oproti ženám z kontrolní skupiny (tab. 2). Partneri žen s neovaginou byli ve srovnání se svými partnerkami v průměru výrazně starší, měli vyšší celkový počet sexuálních partnerek. Vyšetřovaní muži a ženy vykazovali významné rozdíly ve spokojenosti se svým sexuálním životem. Tři muži měli vlastní dítě z předchozího vztahu s jinou ženou. Jedna ze žen s neovaginou měla dítě počaté z vlastního oocytu a spermií partnera prostřednictvím in vitro fertilizace, ale dítě bylo porozeno „náhradní“ matkou formou surrogátního mateřství. Muži ve většině případů (n = 40; 97%) nepoznali během sexuálních aktivit, že jejich partnerky absolvovaly operaci pro vytvoření neovaginý ani neznali detaily jejich zdravotního stavu. Pouze jeden muž (2,5%) si touto okolností nebyl jistý. Ženy s neovaginou informovaly o svém hendikepu pouze svoje dlouhodobé sexuální partnery. Při náhodném nebo krátkodobém

	Pacientky s neovaginou (n = 42) (průměr ± SD)	Kontrolní skupina (n = 45) (průměr ± SD)	P hodnota
Věk	25,8 ± 4,3 (17 - 38)	26,3 ± 4,1 (18 - 38)	0,572
Délka vagíny	7,0 ± 9,6 cm (5,5 - 9,0)	9,3 ± 2,5 cm (9,0-9,5)	0,001*
Celková délka sexuálního života (roky)	4,4 ± 1,5 (1 - 10)	5,4 ± 1,6 (2 - 10)	0,020*
Koitální frekvence:			
Bez koitálních aktivit	1 (2,4 %)	0 (0 %)	0,301
Příležitostně	6 (14,3 %)	4 (8,9 %)	0,433
1-2/týdně	24 (57,1 %)	28 (62,2 %)	0,631
2-3/týdně	10 (23,8 %)	11 (24,4 %)	0,945
Denně	1 (2,4 %)	2 (4,4 %)	0,060
Současný sexuální partner	41 (97,6%)	45 (100%)	0,343
Délka současného partnerského vztahu (roky)	4,6 ± 1,9 (2 - 10)	3,6 ± 2,5 (1 - 9)	0,014*
Celkový počet sexuálních partnerů	3,0 ± 2,9 (1 - 20)	5,1 ± 3,0 (2 - 16)	0,001*
Frekvence masturbace (měsíčně)	2,7 ± 2,0	2,5 ± 1,6	0,900
Orgasmus - celkově	35 (83,3%)	36 (80%)	0,690
Vaginální orgasmus (ze všech žen udávajících orgasmus)	7 (20%)	16 (44,4%)	0,047*
Klitoridální orgasmus (ze všech žen udávajících orgasmus)	28 (80%)	20 (55,5%)	0,038*
Význam sexuality v životě	41 (97,6%)	45 (100%)	0,301
Spokojenost se sexuálním životem	40 (95,2%)	42 (93,3%)	0,705
Touha po mateřství	40 (95,2%)	44 (97,7%)	0,276
Vaginální výtok působící dyskomfort	3 (7,1%)	5 (11,1%)	0,525

Tabulka 1. Obecné charakteristiky sexuálního života u pacientek s neovaginou a kontrolní skupinou žen
* Signifikantní rozdíl od kontrolní skupiny, P <0,05

Sexuální funkce se podle celkového skóre FSFI u obou skupin žen nelišily a nevykazovaly signifikantní rozdíly. Skupiny se však významně lišily ve čtyřech (touha, lubrikace, orgasmus, komfort) ze šesti FSFI domén. U žen s neovaginou jsme zaznamenali častější orgasmus a vyšší sexuální touhu, ale více problémů s lubrikací a bolestí během pohlavního styku (Tab. 2). Hodnocení FGSIS ohledně vnímání vlastního genitálu ukázalo významně nižší

vztahu o této okolnosti muže neinformovaly. Muži a ženy se významně nelišili v názorech na plánování rodičovství a ve většině případů si ho přáli. Ženy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu více inklinovaly k možnosti adoptce (83% oproti 24%) nebo náhradnímu mateřství (36% oproti 2%) než jejich partneri. V názorech na UTx se partneri významně lišili. Ženy by preferovaly vlastní biologické dítě pomocí transplantace dělohy, přestože vědí, že se jedná zatím o experimentální léčbu s nejistým výsledkem (91 %). Partneri žen s neovaginou a agenezí dělohy plánovali společný život a ve většině případů nepovažovali neplodnost za důvod k ukončení vztahu (tab. 3).

Tabulka 2. Hodnoty skóre dotazníků FSFI, FSDS-R a FGSIS u pacientek s neovaginou a u žen z kontrolní skupiny

	Pacientky s neovaginou (n = 42) (průměr ± SD)	Kontrolní skupina (n = 45) (průměr ± SD)	P hodnota	
FSFI	Touha	4,3 ± 1,0	3,8 ± 1,0	0.037*
	Vzrušení	4,9 ± 0,8	5,1 ± 0,8	0.209
	Lubrikace	5,2 ± 0,6	5,5 ± 0,6	0.046*
	Orgasmus	5,2 ± 0,6	4,8 ± 0,5	0.001*
	Satisfakce	5,2 ± 0,7	5,4 ± 0,6	0.219
	Komfort	5,1 ± 0,8	5,4 ± 0,7	0.041*
	Celkové skóre	29,9 ± 2,7	30,0 ± 2,1	0.936
FSDS-R	14.5 ± 6.5	6,5 ± 4,6	0,001*	
FGSIS	22.0 ± 2.4	23,5 ± 2,3	0,006*	

* Signifikantní rozdíl od kontrolní skupiny, P < 0,05

Tabulka 3. Porovnání postojů k sexualitě a rodičovství u žen s neovaginou a u jejich partnerů

	Pacientky s neovaginou	Partneři pacientek s neovaginou	P hodnota
Počet	42	41	
Věk	25,8 ± 4,3	30,1 ± 4,4	0,001*
Celkový počet sexuálních partnerů	3,0 ± 2,9 (1-20)	9,0 ± 5,5 (3-32)	0,001*
Vlastní dítě	1 (2,3 %) surogátní mateřství	3 (4,8 %)	0,297
Sexuální spokojenost	41 (97,6 %)	39 (95,1 %)	0,545
Poznal jste, že se u partnerky jedná o neovagínu?			
Ne		40 (97,5 %)	
Nevím		1 (2,5 %)	
Ano		0 (0 %)	
Přejete si vlastní dítě?			
Ano	38 (90,6 %)	31 (75,6 %)	0,072
Možná, (Zatím) Ne	2 (4,7 %)	3 (7,3 %)	0,627
	2 (4,7 %)	7 (17,1 %)	0,073
Preference adopce	35 (83,3 %)	10 (23,8 %)	0,001*
Preference náhradního mateřství	15 (35,7 %)	5 (11,9 %)	0,013*
Preference Ux (nyní nebo později)	38 (90,6 %)	10 (23,8 %)	0,001*
Opustil by vás partner kvůli bezdětnému vztahu?			
Ne	34 (82,9 %)		
Ano	2 (4,8 %)		
Nejsem si jistá	5 (12,1 %)		

* Signifikantní rozdíl od kontrolní skupiny, P < 0,05

Diskuse

Chirurgickými metodami lze ženám s aplazií vagíny vytvořit zcela funkční pochvu. Dosavadní studie hodnotí sexuální spokojenost těchto žen především podle délky neovagíny [6,23,31]. Adekvátní délka a prostornost pochvy jsou sice předpokladem pro koitální aktivity, ale nikoliv jednoznačným kritériem sexuální spokojenosti. Při modelování neovagíny se vytváří nejdříve pochvy technikami střešní vaginoplastiky, ale navzdory tomu, mají tyto pacientky největší počet sexuálních problémů [6,32]. Definovat adekvátní délku a prostornost vagíny k zajištění spokojeného sexu není možné. V tomto ohledu existují značné individuální rozdíly. V úvahu musíme vzít

také okolnost, že vagína se během sexuálního vzrušení může prodloužit až o 3 - 4 centimetrů [33]. Výsledek po vytvoření neovagíny závisí na zvolené technice (dilatační nebo chirurgická metoda), zkušenosti operátora, motivaci pacientky a jejího přístupu k sexu, postoji partnera, intervalu mezi diagnózou a terapií, pooperační rehabilitací a na psychologické podpoře. Hodnocení různých operačních technik a jejich výsledků není předmětem naší práce a je shrnuto v jiných publikacích [34,35]. Navzdory různým doporučením pro léčbu MRKHS, neexistuje obecně akceptovaný konsenzus, jaká technika přináší nejlepší výsledky [36]. V naší studii byla průměrná délka neovagíny 7 cm (7 ± 9,6), v souladu s výsledky podobných studií [6,16,34]. Sexuální partneři byli s výsledky operace spokojeni a ve většině případů ani nepoznali, že ženy tuto operaci podstoupily. Pacientky s neovaginou měly podstatně méně partnerů a delší vztahy než kontrolní skupina žen, což naznačuje, že jsou na ně více fixovány. Pacientky s neovaginou byly se svým sexuálním životem spokojené a téměř všechny uvažovaly o mateřství. Frekvence vaginálního fluoru se statisticky nelišila od žen z kontrolní skupiny. Tyto problémy se

vyskytují častěji v případech, kdy je k vytvoření neovagíny použitý střevní štěp [6]. Stejně jako ve většině podobných studií jsme nepozorovali snížení celkového skóre FSFI [16,32,37,38]. V naší studii jsme u žen s neovaginou nepozorovali známky sexuální frustrace, ačkoli některé práce jejich výskyt připouští [23,35]. Kimberley a kol. zjistili, že sexuální satisfakce závisí na intervalu, jak časně je, po diagnóze MRKHS, operace provedena [5]. Rychlé vyřešení problému a dřívější zahájení sexuálního života přináší lepší terapeutické výsledky. U žen s neovaginou jsme zjistili vyšší skóre v FSFI v doménách touhy a orgasmu ve srovnání se zdravými ženami. Tento fakt svědčí o tom, že sexuální touha je regulována především na centrální úrovni a nemusí být podstatně ovlivněna anatomickou vadou genitálu. Studie hodnotící vztah

orgasmu a centrální mozkové koordinace nejsou však zcela jednoznačné [39]. V našem souboru sice ženy s neovagínou dosahovaly častěji orgasmu, ale bylo to díky jeho lepší výbavnosti zevním klitoridálním drážděním. Ženy z kontrolní skupiny dosahovaly naopak signifikantně častěji vaginálního orgasmu. Nižší frekvence vaginálního orgasmu souvisí pravděpodobně s topografickými a anatomickými aspekty klitoridálního komplexu operovaných žen. Jejich zhoršená lubrikace a vyšší incidence dyspareunie tak, jako to popisují i jiné studie, souvisí s provedenou operací [16]. Přestože ženy s neovagínou byly sexuálně spokojené, vyskytovala se u nich vyšší míra stresu a byly méně spokojené se vzhledem svého zevního genitálu, i když k tomu neměly objektivně žádný důvod. Některé studie dávají častější projevy nevyrovnanosti a nespokojenosti do souvislosti s absolutním děložním faktorem neplodnosti [5,40]. Marci a kol. uvádějí, že vedle vyššího stresu může infertilita snížit skóre některých domén FSFI (vzrušení, orgasmus, satisfakci a lubrikaci), což jsme ale v naší studii nezaznamenali [41]. Do roku 1997, kdy Petrozza poprvé informoval o možnosti náhradního těhotenství pomocí asistované reprodukce, neměly ženy s MRKHS jinou možnost mateřství než adopci [42]. Doposud však neexistuje žádná národní registrační databáze, aby se přesně analyzovala míra úspěšnosti této metody. Je nám známo pouze 14 studií, které spíše v obecných rovinách shrnují tyto výsledky [25]. Největší studie na toto téma uvádí 17% míru klinického těhotenství a 12% živě narozených dětí formou surrogátního mateřství [43]. V naší studii byla možnost surogace přijatelná jen pro 35% žen (n = 15) a 83% žen (n = 35) by pravděpodobně zvážilo její přijetí. UTx je při řešení ageneze dělohy stále považována za experimentální metodu. Ve světě bylo doposud provedeno přibližně 20 transplantací dělohy [44]. První UTx byla provedena v roce 2000 v Saúdské Arábii, ale po 99 dnech byla děloha odstraněna z důvodu trombózy přívozných děložních cév [45,46]. V roce 2011 se v Turecku uskutečnila první UTx od zemřelé dárkyně, která se ale také následně nezdařila [45]. Další transplantace byly provedeny ve Švédsku (2012), v Číně (listopad 2015), v USA (únor 2016). První UTx v České republice byla úspěšně provedena v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze ve spolupráci s naším pracovištěm v dubnu 2016. Jedná se o experimentální projekt, který by měl zahrnovat skupinu dvaceti žen s transplantovanou dělohou (od 10 živých dárkyň a 10 zemřelých donorů). Následně by tyto ženy měly být oplodněny pomocí asistované reprodukce a porodit vlastní děti. První dítě po UTx se narodilo v září 2014 ve Švédsku. Chlapec o hmotnosti 1775 g se narodil ve 32. týdnu gravidity císařským řezem. Doposud se ve Švédsku narodilo pět dětí po UTx [44,47]. Zprávy o UTx vyvolávají diskuse o etických aspektech a efektivitě této terapie [48,49]. Poměr rizika a přínosu nelze zatím hodnotit vzhledem k malému počtu porozených dětí. Tato metoda se však poslední dobou poměrně rychle rozvíjí. Rizika jejího selhání spočívají především v riziku nedostatečné placentární perfúze, omezení růstu plodu, nežádoucího účinku imunosupresiv a nízké porodní hmotnosti plodu [50]. V naší kohortě vyšetřovaných žen s neovagínou byla UTx přijatelná pro 90,5% žen (n = 38), přičemž 26% ji považovalo za poslední možnost

řešení svojí neplodnosti (n = 11). Přestože jsou si tyto pacientky vědomy zdravotních rizik a komplikací, které UTx představuje, jsou ochotné tento způsob léčby neplodnosti podstoupit.

Závěr

Ženám s vrozenou aplazií vagíny a dělohy lze pomocí operace vytvořit neovagínu, která jim umožní spokojený sexuální život. Vykazují však častější nespokojenost se svým genitálem a vyšší míru stresu, na kterém se významně podílí jejich neplodnost. Jejich reprodukční možnosti byly doposud omezené pouze na adopci nebo osvojení dítěte či na asistovanou reprodukci a náhradní mateřství. Většina těchto žen by však preferovala porod vlastního dítěte. Z tohoto důvodu jsou ochotné podstoupit transplantaci dělohy, přestože je spojená s četnými zdravotními riziky a etickými problémy. Většina žen s MRKHS považuje tuto metodu za alternativní postup k vyřešení absolutního uterinního faktoru sterility a zajištění jejich mateřství.

Literatura

- [1] Aittomaki K, Eroila H, Kajanoja P. A population-based study of the incidence of mullerian aplasia in Finland. *Fertil Steril* 2001;76:624-625.
- [2] Valappil S, Chetan U, Wood N, Garden A. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: diagnosis and management. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2012;14:93-98.
- [3] Herlin M, Hřjland AT, Petersen MB. Familial occurrence of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a case report and review of the literature. *Am J Med Genet* 2014;164A:2276-2286.
- [4] Morcel K, Camborieux L, Guerrier D. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet J Rare Dis* 2007;2:13.
- [5] Kimberley N, Hutson JM, Southwell BR, Grover SR. Wellbeing and sexual function outcomes in women with vaginal agenesis. *Fertil Steril* 2011;95:238-241.
- [6] McQuillan AK. Systematic review of sexual function and satisfaction following the management of vaginal agenesis. *Int Urogynecol J* 2014;25:1313-1320.
- [7] Ismail-Pratt IS, Bikoo M, Liao LM, Conway GS, Creighton SM. Normalization of the vagina by dilator treatment alone in complete androgen insensitivity syndrome and Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Hum Reprod* 2007;22:2020-2024.
- [8] Michala L, Cutner A, Creighton S. Surgical approaches to treating vaginal agenesis. *BJOG* 2007;114:1455-1459.
- [9] Creatsas G, Deligeorglou E, Makrakis E, Kontoravdis A, Papadimitriou L. Creation of a neovagina following Williams vaginoplasty and the Creatsas modification in 111 patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertil Steril* 2001;76:1036-1040.
- [10] Borruto F, Camoglio FS, Zampieri N, Fedele L. The laparoscopic Vecchiatti technique for vaginal agenesis. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;98:15-19.
- [11] Rouzi AA, Sahly N, Kafy S, Bajouh O, Kaki A, Abduljabbar H. Optimizing the modified laparoscopic Vecchiatti procedure. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42:352-354.
- [12] McIndoe A. Surgical management for vaginal

- agenesis. In: Skoog T, Ivy RH, eds. The treatment of vaginal atresia. Williams and Wilkins: Baltimore, 1955, pp 414-426.
- [13] Davydov SN, Zhvitiashvili OD. Formation of vagina (colpopoiesis) from peritoneum of Douglas pouch. *Acta Chir Plast* 1974;16:35-41.
- [14] Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R. Laparoscopic creation of a neovagina in patients with Rokitansky syndrome: analysis of 52 cases. *Fertil Steril* 2000;74:384.
- [15] Fedele L, Bianchi S, Berlanda N, Fontana E, Raffaelli R, Bulfoni A, Braidotti P. Neovaginal mucosa after Vecchietti's laparoscopic operation for Rokitansky syndrome: structural and ultrastructural study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:56.
- [16] Csermely T, Halvax L, Sarkany A, Jeges S, Vizer M, Bozsa S, Farkas B, Bodis J. Sexual function after modified laparoscopic Vecchietti's vaginoplasty. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011;24:147-152.
- [17] Khen-Dunlop N, Lortat-Jacob S, Thibaud E, Clement-Ziza M, Lyonnet S, Nihoul-Fekete C. Rokitansky syndrome: clinical experience and results of sigmoid vaginoplasty in 23 young girls. *J Urol* 2007;177:1107-1111.
- [18] Nadarajah S, Quek J, Rose G, Edmonds D. Sexual function in women treated with dilators for vaginal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18:39-42.
- [19] Fedele L, Frontino G, Restelli E, Ciappina N, Motta F, Bianchi S. Creation of a neovagina by Davydov's laparoscopic modified technique in patients with Rokitansky syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:33.e1-6.
- [20] Allen LM, Lucco KL, Brown CM, Spitzer RF, Kives S. Psychosexual and functional outcomes after creation of a neovagina with laparoscopic Davydov in patients with vaginal agenesis. *Fertil Steril* 2010;94:2272-2276.
- [21] Djordjevic ML, Stanojevic DS, Bizic MR. Rectosigmoid vaginoplasty: clinical experience and outcomes in 86 cases. *J Sex Med* 2011;8:3487-3494.
- [22] Hecker BR, McGuire LS. Psychosocial function in women treated for vaginal agenesis. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129:543-547.
- [23] Liao LM, Conway GS, Ismail-Pratt I, Bikoo M, Creighton SM. Emotional and sexual wellness and quality of life in women with Rokitansky syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:117.e1-6.
- [24] Holt RE, Slade P. Living with an incomplete vagina and womb: an interpretative phenomenological analysis of the experience of vaginal agenesis. *Psychol Health Med* 2003;8:19-33.
- [25] Friedler S, Grin L, Liberti G, Saar-Ryss B, Rabinson Y, Meltzer S. The reproductive potential of patients with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome using gestational surrogacy: a systematic review. *Reprod Biomed Online* 2016;32:54-61.
- [26] Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C. The Female Sexual Function Index: a methodological critique and suggestions for improvement. *J Sex Marital Ther* 2007;33:217-224.
- [27] Barnhart KT, Izquierdo A, Pretorius ES, Shera DM, Shabbout M, Shaunik A. Baseline dimensions of the human vagina. *Human Reproduction* 2006;21:1618-1622.
- [28] Herbenick D, Reece M. Development and validation of the female genital self image scale. *J Sex Med* 2010;7:1822-1830.
- [29] Witting K, Santtila P, Varjonen M, Jern P, Johansson A, von der Pahlen B, and Sandnabba K. Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *J Sex Med* 2008;5:2587-2599.
- [30] Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1-20.
- [31] Minto CL, Liao KL-M, Conway GS, Creighton SM. Sexual function in women with complete androgen insensitivity syndrome. *Fertil Steril* 2003;80:157-164.
- [32] Carrard C, Chevret-Measson M, Lunel A, Raudrant D. Sexuality after sigmoid vaginoplasty in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertil Steril* 2012;97:691-696.
- [33] Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Bantam: Toronto, 1966.
- [34] Bianchi S, Frontino G, Ciappina N, Restelli E, Fedele L. Creation of a neovagina in Rokitansky syndrome: comparison between two laparoscopic techniques. *Fertil Steril* 2011;95:1098-1100.
- [35] Callens N, De Cuyper G, Wolffenbuttel KP, Beerendonk CCM, van der Zwan YG, van den Berg M, Monstrey S, Van Kuyk ME, De Sutter P, Belgian-Dutch Study Group on DSD, Dessens AB, Cools M. Long-term psychosexual and anatomical outcome after vaginal dilation or vaginoplasty: a comparative study. *J Sex Med* 2012;9:1842-1851.
- [36] Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. National Organization for Rare Disorders. Danbury, Connecticut 2014. Available from: <http://rarediseases.org/rare-diseases/mayer-rokitansky-kuster-hauser-syndrome/>. [Retrieved 2016-6-19]
- [37] Liu X, Liu M, Hua K, Li B, Guo S-W. Sexuality after laparoscopic peritoneal vaginoplasty in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:720-729.
- [38] Morcel K, Lavoué V, Jaffre F, Paniel B-J, Rouzier R. Sexual and functional results after creation of a neovagina in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a comparison of nonsurgical and surgical procedures. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;169:317-320.
- [39] Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The physiology of female sexual function and the pathophysiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2016;13:733-759.
- [40] Möbus K, Kreienberg F. Long-term results after operative correction of vaginal aplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:617-624.
- [41] Marci R, Graziano A, Piva I, Lo Monte G, Soave I, Giugliano E, Mazzoni S, Capucci R, Carbonara M, Caracciolo S, Patella A. Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure? *Health Qual Life*

- Outcomes 2012;10:140.
- [42] Petrozza JC, Gray MR, Davis AJ, Reindollar RH. Congenital absence of the uterus and vagina is not commonly transmitted as a dominant genetic trait: outcomes of surrogate pregnancies. *Fertil Steril* 1997;67:387-389.
- [43] Raziell A, Friedler S, Gidoni Y, Ben Ami I, Strassburger D, Ron-El R. Surrogate in vitro fertilization outcome in typical and atypical forms of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Hum Reprod* 2012;27:126-130.
- [44] Maron DF. How to birth a baby from a donated uterus. *Scientific American*. Available from: <http://www.scientificamerican.com/article/how-to-birth-a-baby-from-a-donated-uterus/>. [Retrieved 2016-6-7]
- [45] Ozkan O, Akar ME, Ozkan O, Erdogan O, Hadimioglu N, Yilmaz M, Gunseren F, Cincik M, Pestereli E, Kocak H, Mutlu D, Dinckan A, Gecici O, Bektas G, Suleymanlar G. Preliminary results of the first human uterus transplantation from a multiorgan donor. *Fertil Steril* 2013;99:470-476.
- [46] Lefkowitz A, Edwards, M, Balagla, J. The Montreal criteria for the ethical feasibility of uterine transplantation. *Transplant International* 2012;25:439-447.
- [47] Brännström M, Johannesson L, Bokström H, Kvarnström N, Mölne J, Dahm-Kähler P, Enskog A, Milenkovic M, Ekberg J, Diaz-Garcia C, Gäbel M, Hanafy A, Hagberg H, Olausson M, Nilsson L. Live birth after uterus transplantation. *Lancet* 2015;385:607-616.
- [48] Benagiano G, Landeweerd L, Bresensm I. Medical and ethical considerations in uterus transplantation. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123:173-177.
- [49] Caplan AL. Ensuring the future of uterine transplantation. *Fertil Steril* 2013;99:682-683.
- [50] Brosens I, Ghaem-Maghani S, Pijnenborg R. Uterus transplantation in the human: a complex surgical, medical and ethical challenge. *Hum Reprod* 2013;28:292-293.

Kontakt:

MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.
Gynekologicko-porodnická klinika
2. lékařské fakulty UK a FN v Motole
V Úvalu 84, 152 06 Praha 5
pastor.zlatko@volny.cz

efs@aimgroup.it, www.aimgroupinternational.com/2018/efs.

TAKE PART TO THE NEXT EFS CONGRESS
„FROM SEXOLOGY TO SEXOLOGIES“
ALBUFEIRA (PORTUGAL), MAY 9TH-12TH 2018
WWW.EUROPEANSEXOLOGY.COM



E F S
EUROPEAN FEDERATION OF
SEXOLOGY

sexuologia
sexologia
sexology

Za sexuologem Alešem Kolářským

Dne 25. září 2017 zemřel v Praze po delší nemoci ve věku 85 let PhDr. Aleš Kolářský CSc. Narodil se 14.2.1932. Otec byl houslistou České filharmonie a profesorem na konservatoři. Matka pracovala jako účetní. V 11 letech zažil zatčení rodičů gestapem, kdy on zůstal stát sám na ulici před domem – jen se svým psem. Ujali se ho příbuzní. Aleš maturoval v roce 1951 na pražském Anglickém gymnáziu. V roce 1956 zakončil studia na filosofické fakultě Univerzity Karlovy a 5 let pracoval jako klinický psycholog na dětské psychiatrii v Hradci Králové. V bohnickém Výzkumném ústavu psychiatrickém působil 23 roků (1961-1984). Od té doby až do roku 2016 pak celých 32 let byl sexodiagnostikem Psychiatrické nemocnice.

Sexualitu a její anomálie tedy nejdříve profesionálně zkoumal v týmu se zakladateli naší behaviorální sexuologie Kurtem Freundem a Jaroslavem Madlafouskem. Teprve potom, už s myšlenkovou výbavou z objevů evoluční psychologie, vyvíjel v návaznosti na kliniku nové diagnostické postupy. Zde čerpal náměty pro hlubší, esencialistické porozumění sexuálními variacím. Věnoval se rovným dílem pacientům lůžkové i ambulantní části sexuologického oddělení. Vždy mu šlo o využití výzkumných poznatků k inovaci terapie. Své původní pojetí deviantologie nepřestával dolaďovat a o výsledcích bádání pak každoročně referoval na Bohnických sexuologických dnech. Aleš se nevyhýbal ani zaníceným kuloárním debatám na různá kontroverzní témata. Uměl argumentovat přesvědčeně i přesvědčivě. Býval zván k přednáškám o sexuálně motivačním systému, složeném ze vzájemně navazujících dílčích motivačních stavů, jak do blízkého zahraničí, tak do vzdáleného zámorí. V naší republice se stal vyhledávaným soudním znalcem, specializovaným výlučně na deviace.

K pacientům přistupoval s respektem, bez předsudků. Pečlivě exploraanda seznamoval s postupem a smyslem vyšetření. Upozorňoval jej na osobní zisky plynoucí z lepšího sebezpoznání. Přípomínal parafilnímu člověku, že menšinová variace neznamená něco a priori nežádoucího. Dokazoval, že přístup sexuologa k deviaci není právní, ale přírodovědný, oproštěný od negativních pohledů na selhávající osobu. Sexuální anomálie nemusí spočívat v preferenci deviantního chování, ale pouze v jeho tolerování při chybějících averzích k němu. Jde jen o to, aby si pacient nacházel společensky přijatelnou realizaci sexuality sobě vlastní. Deviant potřebuje terapii, která by prolomovala všechny překážky jeho sebe-přijetí. Má se stát expertem na svou motivační odlišnost.

Kolářský školil v rozpoznávání anomálií četné adepty oboru. Návštěvníkům svého pracoviště rád vysvětloval principy i strategii sexodiagnostiky: deviace není odchylkou chování, ale motivace. Odbornou diagnostiku nezaručuje pouhé užití pletysmografie penisu, neboť táž dílčí genitální reaktivita bývá podmíněna rozličnou anomálií sexuální motivace. Poznání parafílie je třeba opatrně vysuzovat, a to především z poruch partnerského sblížení. U poruch dvoření je nezbytné rozlišit, na které úrovni je rozpojen

sled párovacích pochodů. Není správné omezit se při zkoumání na sexuální priority, ale neměně důležité je posouzení sexuálních averzí. V každém z motivačních stavů je zadáno vedle zcitlivění na podněty apetrované také zcitlivění na podněty averzivní, aktuálně nežádoucí.

Technické vybavení laboratoře míval podobné Freundovu vybavení, tedy konzervativní. Na proslulém „šneku“ vizuálně odečítal mililitrové změny penilního objemu, přenášené pneumaticky na pohyb kapaliny v kalibrované skleněné trubici. Je ale málo známo, že s inženýrem Davidem Heinrichem se právě Kolářský v nedávné době zasloužil o automatizaci a komputizaci původní Freundovy volumetrické falopletysmografie do praktické podoby, s níž nyní pracují výzkumníci v NUDZ Klecany. Jde o individuálně zhotovenou zdravotnickou pomůcku Heinrich SOM-03.

Během 60. a 70. let publikoval Kolářský v impaktovaných časopisech (např. Archives of General Psychiatry, Archives of Sexual Behavior) práce o vztahu sexuálních deviací k ranému poškození temporálního laloku i několik cenných studií o variabilitě podnětů při falometrickém testování. V dalších desetiletích se věnoval detekci nebezpečných motivačních anomálií a zkoumání variací, vedoucích ke zneužívání dětí – zejména hebefilie. Podílel se také roku 1996 na naší první monografii o sexuálně motivované kriminalitě (Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie). Své pojetí parafilíi pak souhrnně představil 2009 v knize Jak porozumět sexuálními deviacím. Ani potom však neustal ve vědecké práci a sérii statí uveřejněných v letech 2015-2016 v Höschlově časopise Psychiatrie završil svou odbornou literární činnost.

Alešovou ctižádostí bylo zamezit odbornými nálezy brutální činy, kterých se čas od času dopouštějí někteří anomální lidé. Uvědomoval si, že ke zřízení bohnického sexuologického oddělení došlo až po dvou vraždách, spáchaných mužem v léčebně hospitalizovaným. A opravdu se prevence sexuologům dosud dařila, jistě i v souvislosti se zodpovědnou sexodiagnostikou. Po dobu 30 roků se vražedné jednání sexuálně deviantních pacientů už neopakovalo.

Ve společenských kontaktech byl Aleš Kolářský znám družnou povahou a humorným životním nadhledem. S manželkou Svatavou, známou logopedkou, byl ženat 61 roků a spolu s ní se mohl těšit z daru dvou nadaných dětí a posléze i dvou vnuček. – Aleš měl rád historii, hudbu a slušné lidi. Angažoval se také politicky: v Masarykově společnosti a ve Společnosti Edvarda Beneše.

Vědecký význam díla Aleše Kolářského byl oceněn čestným členstvím v České lékařské společnosti Jana Ev. Purkyně a zvolením za člena prestižní mezinárodní organizace International Academy of Sex Research (IASR). Jeho zápis do nedlouhé historie psychiatrické sexuologie se jeví nezpochybnitelný. Věřím, že se k jeho dílu budou vracet a na ně navazovat i další generace sexuologů.

Slavoj Brichcín

**Konferencia gynekológov a sexuológov
6. – 7. 10. 2017
Hotel Grand, Jasná, Demänovská dolina**

Historicky prvá spoločná konferencia Slovenskej gynekologickej spoločnosti a Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS sa uskutočnila pod koordináciou doc. MUDr. Martina Redechu, PhD., a MUDr. Igora Bartla. Program bol tematicky rozdelený do šiestich blokov.

V I. bloku sa pozornosť venovala gynekologickým operáciám a dysfunkciám panvového dna. V úvodnom príspevku sa M. Matta (a kol.) zaoberal vplyvom abdominálnej simplexnej hysterektómie, vaginálnej hysterektómie a operácie pomocou syntetického materiálu na výskyt sexuálnych dysfunkcií. K. Pohlodek poukázal na ťažkosti sexuálneho života žien po mastektómii. Za kolektív autorov M. Huser zhrnul súčasné pohľady na vplyv inkontinencie moču a zostupu panvových orgánov vrátane ich následkov na sexuálny život takto postihnutých žien.

II. blok s podporou edukačných grantov otvoril I. Bartl. Poukázal na fakt, že mužský faktor infertility či skôr subfertility je v súčasnosti prítomný u viac ako polovice párov. Výsledky klinických štúdií, a aj klinické sledovania potvrdili vysokú účinnosť a tolerabilitu výživového doplnku Folandrol pri liečbe neplodnosti. M. Hrivňák vo svojej prezentácii poskytol prehľad praktických odporúčaní pre manažment neplodného páru pre klinickú prax z pohľadu andrológa/urológa. I. Černáková (a kol.) predniesla súčasné možnosti príspevku genetiky k diagnostike a liečbe párov s opakovanými spontánnymi potratmi. I. Bartl sa venoval postaveniu kyseliny hyaluronovej v liečbe dyspareunie a vulvodýnie.

III. blok niesol príznačný názov – Sexuológia v súvislostiach. A. Krištúfková prezentovala súčasnú kritickú situáciu vo výučbe sexuológie na Slovensku. Pripomenula, že starostlivosť o sexuálne zdravie populácie je dôležitou súčasťou lekárskej praxe, preto je nutné zlepšiť výučbu mladých lekárov aj v tomto smere. D. Šedivá poukázala na skutočnosť, že zobrazovanie nahého ľudského tela vždy podliehalo spoločenskému konsenzu a dobovej morálke. Upriamila pozornosť na kľúčové odkazy európskych veľkánov výtvarného a sochárskeho umenia od antiky po súčasnosť. V nasledujúcej prezentácii K. Jandová predložila prehľad typológie novodobých mužských sexuálnych archetypov. Zdôraznila, že tak ako pri ženskej kráse aj pohľad na mužskú krásu sa v priebehu času mení. Súčasný ideál mužskej krásy je dnes produktom módného priemyslu a rôznych mienkotvorných a lifestyleových médií. D. Šedivá priniesla prehľad vývoja mediálnych technológií v súvislosti so zobrazovaním a šírením pornografických materiálov. Nová éra komunikácie nastala vynálezom knižtlačce, pokračovala fotografiou a filmom. Internet priniesol neobmedzený priestor na ukávanie a vzbudzovanie sexuálnych chutí, súčasne znamenal koniec cenzúry. V nasledujúcom príspevku sa R. Máthé a J. Štefániková zaoberali možným zážitkom orgazmu pri pôrode. Tento je zdanlivo s pôrodom nezlučiteľný. Autori priblížili rôzne pohľady tak na akt pôrodu, ako i na orgazmus, so smerovaním ku kazuistickej ilustrácii a k formulácii konzekvencií v danej súvislosti.

V sobotu 7. 10. 2017 pokračoval odborný program IV. blokom venovaným sexuologickým témam. D. Šedivá prezentovala bezprostredné prepojenie kultúry odievania a genderových vzťahov v prostredí Česko-Slovenska za posledných sto rokov. K. Jandová sa zamerala na niektoré psychosociálne a medicínske aspekty genitálneho piercingu u žien. Rozoberala tiež motivačné faktory, zdravotné komplikácie a psychosociálne pozadie genitálneho piercingu. R. Máthé a J. Štefániková priniesli prehľad príčin, priebehu a dôsledkov pseudogravidity. Prostredníctvom kazuistických správ, ktoré boli predmetom súdnoznaleckej expertízy, podali psychologickú interpretáciu tohto javu. K. Jandová v príspevku Couvade syndróm alebo solidárne tehotný muž opisuje fenomén, keď nastávajúci otec má obdobné somatické ťažkosti ako gravidná partnerka. Vo vyspelom svete ide o čoraz viac zastúpený jav. Pravdepodobne vzniká následkom sociálnych zmien s vyššou mierou citovej angažovanosti muža v období tehotenstva partnerky. L. Maršík sa venoval možnému benefitu pohlavného styku v asistovanej reprodukcii. Upozornil, že jeho časovanie a použitie seminálnej plazmy v procese IVF má svoje miesto. Okrem zvýšenia úspešnosti liečby sa opisuje menej tehotenských strát, zlepšenie perinatálnych výsledkov, preeklampsie, dokonca nižší výskyt metabolických a iných ochorení po pôrode. Blok uzavrel M. Chovanec, ktorý poukázal na pretrvávajúcu problematiku mýtov v sexe. Medzi moderné mýty, okrem historicky ukotvených, patrí napr. význam sexuálnej abstinencie pred športovým výkonom či vplyv cyklistiky na etiológiu erektilnej dysfunkcie.

Posledný VI. blok bol venovaný urogynekológii. R. Sokol priniesol pohľad na vazektómiu ako najúčinnejšiu formu mužskej antikoncepcie. H. Šídllová (a kol.) sa zaoberala HPV infekciou v gynekologickej a negynekologickej lokalite. P. Brenišin sa venoval príčinám močovej inkontinencie u žien a negatívne vplyvu na sexuálny život. Pre unikanie moču mnoho žien sexuálny styk odmieta, cenzuruje pravú príčinu pred partnerom, čo prináša diskomfort do párového spoluzitia. Močová inkontinencia sa delí na niekoľko typov, nesprávna liečba môže stav pacientky zhoršiť. J. Bodnár (a kol.) priniesol náhľad na diagnostiku a manažment análnej intraepiteliálnej neoplázie a karcinómu anu. Miera tejto malignity neustále narastá nielen v celosvetovom meradle, ale aj na Slovensku. Rizikové faktory pre karcinóm konečníka súvisia s infekciou ľudským papiloma vírusom (HPV). Najvýznamnejšími prediktormi sú infekcia HIV, análny styk a rizikové sexuálne správanie. Odborníci odporúčajú skrining, očkovanie proti HPV, osvetu v rizikových skupinách.

Konferencia sa niesla v priateľskom a konštruktívnom duchu, diskusie sa z vyhradeného časopriestoru preniesli do kuloárov. Zostáva poďakovať sa všetkým účastníkom konferencie, organizátorom, prednášajúcim a diskutujúcim. Osobitné poďakovanie prináleží agentúre A-medi, ktorá podujatie organizačne zastrešila. Vzhľadom na pozitívne referencie organizátori plánujú pokračovať v multiodborovom duchu aj v roku 2018.

Dana Šedivá

Správa zo 17. Česko-slovenského psychiatrického zjazdu

V dňoch 19. 10. 2017 až 21. 10. 2017 sa uskutočnil v poradí 17. Česko-slovenský psychiatrický zjazd. Podujatie sa tentokrát konalo v Bratislave, nosná téma bola *Spoločne za zmenami v psychiatrii*. Organizovala ho Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS v spolupráci so Psychiatrickou klinikou LFUK a UNB a Psychiatrickou spoločnosťou ČLS JEP; odbornú záštitu nad podujatím poskytla aj Svetová psychiatrická spoločnosť (WPA World Psychiatric Association). Celá akcia bola bohatá na odborný program – samotnú skutočnosť vystihuje nutnosť rozdelenia programu do 3 paralelných blokov, nechýbali plenárne prednášky a prezentácia elektronických posterov.

V prvý deň konferencie prebiehali v dopoludňajších hodinách súbežne 3 bloky – *Neurokognitívne poruchy v klinických súvislostiach*, *Sympóziu Biomed-u JLF UK v Martine* (pri príležitosti 50. výročia psychiatrickej kliniky v Martine) a *Čo tvorí kvalitu života*.

V prvom bloku nám prof. MUDr. Gdovinová, CSc., prehľadne opísala manažment cievnych mozgových príhod na Slovensku, potom nasledovala prednáška MUDr. M. Kráľovej, CSc., o kognitívnych poruchách ako následku cievnych mozgových príhod. Tretia prednáška Mgr. P. Brandoburovej, PhD., a kol. bola zameraná na neurokognitívne koreláty depresie vo vyššom veku. Blok uzatvárala práca opäť MUDr. M. Kráľovej, CSc., *Dôvody hospitalizácie pacientov s demenciou na psychiatrických klinikách (diagnostikujeme demenciu včas?)*.

Druhý blok – *Sympóziu Biomed-u JLF UK v Martine* (pri príležitosti 50. výročia Psychiatrickej kliniky v Martine) obsahoval 5 prednášok. Prvá prednáška doc. MUDr. I. Ondrejku, PhD., a kol. bola venovaná histórii a súčasnosti vedecko-výskumnej činnosti na Psychiatrickej klinike v Martine, na ňu nadväzovala práca MUDr. I. Hrtánka, PhD., a kol. s názvom *Metylfenidát v liečbe ADHD v predškolskom veku*. Tretou prednáškou bola téma *Pupilometria pri depresívnej poruche v adolescencii* od MUDr. A. Mešťaníkovej a kol. Stanovenie stresového profilu pomocou biofeedbacku nám priblížil MUDr. M. Mešťaník, PhD., a kol. a blok uzatvárala MUDr. I. Bujňáková a kol. s názvom *Poruchy autistického spektra a elektrodermálna aktivita*.

Tretí blok dopoludňajších hodín prvého dňa konferencie bol venovaný téme *Čo tvorí kvalitu života*. Prvá prednáška doc. MUDr. T. Čaplovej, CSc., a kol. bola zameraná na nekvalitný spôsob života a čo s tým, po ktorej nám MUDr. P. Janík, PhD., priblížil, prečo máme menej sexu. V tretej prednáške sa pokračovalo v sexuologickej tematike a bola ňou práca MUDr. M. Pataráka s názvom *Ženská androfilná sexuálna orientácia nie je iba analógiou mužskej gynefilnej sexuálnej orientácie*. Štvrtá prednáška doc. MUDr. E. Morovicovej, PhD., a kol. sa týkala výsledkov výskumu syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických klinikách na Slovensku. Posledná prednáška MUDr. D. Krajčovičovej, PhD., bola venovaná prehľadu psychofarmakologickej liečby v troch sledovaných časových obdobiach u pacientov denného stacionára Psychiatrickej kliniky LF UK a UN v Bratislave.

Dopoludňajšie bloky prednášok uzatváralo odborné sympóziu podporené spoločnosťou Eli Lilly Slovakia s témou *Benefity a úskalia depotnej liečby schizofrénie v nemocničnej a ambulantnej praxi*.

Popoludňajší program bol tiež rozdelený do 3 blokov, ktoré išli súbežne:

Psychické poruchy u žien z pohľadu psychiatrie, gynekológie, klinickej farmakológie a vedeckého výskumu, *Depresia od teórie ku klinickej praxi* a tretí blok – *Medicínske právo a psychiatrická klinická prax*.

V prvom bloku sa predstavila MUDr. N. Hlaváčová a kol. s témou *Preklinický výskum psychických porúch s častým výskytom u žien*. Druhá prednáška MUDr. L. Izákovéj, PhD., a kol. bola venovaná depresii a účinkom psychofarmák u žien, na ňu nadväzovala prednáška prof. MUDr. M. Borovského CSc., a kol. s názvom *Špecifiká psychiky žien – pohľad gynekológa*. Štvrtá prednáška MUDr. M. Lažšánovej, PhD., bola venovaná téme *Žena a Epilepsia*. Poslednou prednáškou tohto bloku bola práca prof. MUDr. Ježovej, DrSc., a kol. s názvom *Stresové hormóny a ich úloha pri premenštruačnej dysforickej poruche*.

V druhom bloku s názvom *Depresia od teórie ku klinickej praxi* sa predstavil MUDr. M. Anders, Ph.D., s prácou *Pokroky v biologické liečbe depresívnych poruch*, MUDr. J. Hroudová vystúpila s témou *Latrogénne navozené deprese*, na ktoré nadväzoval MUDr. D. Janoška s témou *Depresia – platia teoretické východiská v klinickej praxi?* Poslednou prednáškou uzatváral blok MUDr. P. Minárik, PhD., s názvom *Depresia a suicidalita z pohľadu neurovied*.

Tretí blok bol venovaný *medicínskemu právu a psychiatrickej klinickej praxi*. Prvou prednáškou bola práca doc. MUDr. A. Bražinovej, PhD., *Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím – dôsledky pre psychiatriu*, za ktorou nasledovala práca MUDr. J. Dúžeka s názvom *Nový zoznam zdravotných výkonov*. Tretou prednáškou bola téma *Medicínsko-právne problémy ambulantnej psychiatrickej liečby* MUDr. L. Ferenčákovéj. *Medicínu drogových závislostí* (poznámky hlavného odborníka) nám priblížil MUDr. L. Okruhlica, CSc. Poslednou prednáškou bloku bola *Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii SKSaPA* MUDr. T. Hřindovej a kol.

Popoludňajšie témy prvého dňa konferencie dopĺňala prednáška *Duše jako imunomodulátor* prof. MUDr. C. Höschla, DrSc., a prof. MUDr. J. Horáčka, PhD.

V predvečerných hodinách zazneli ešte dva bloky prednášok: prvý blok – *Aktuálna situácia v psychiatrii v Českej republike a na Slovensku* a druhý – *Mikro- a makromorálka*. Prvý blok sa venoval dvom témam: *Stav reformy psychiatrickej péče v Českej republike* MUDr. M. Andersa, PhD., a kol. a *Súčasný stav psychiatrie ako odboru z pohľadu MZ SR a SPsS SLS* MUDr. Š. Lažšána, PhD., a kol. V druhom bloku – *Mikro- a makromorálka* nám MUDr. P. Minárik, PhD., priblížil tému *Mozog a Morálka*, po nej nasledovala prednáška MUDr. P. Černáka, PhD., *Sám proti moci – psychopatológia životného príbehu D. D. Šostakoviča*. Tretou prednáškou bola práca prof. MUDr. J. Horáčka, PhD., – *Odpoveď fusiformního gyru na zobrazení migrační krize diskriminuje osoby s nízkou a vysokou xenofobií: fMRI studie*.

Prvý deň tejto odborne plodnej konferencie uzatváralo odborné sympóziu podporené spoloč-

nosťou Teva s témou *Liek na ADHD?*

Druhý deň podujatia pokračovalo rannými blokmi s odlišným zameraním. Blok *Parkinsonova choroba, kognitívne poruchy a reč* predstavil aktuálne trendy v diagnostike a liečbe prof. MUDr. P. Valkovič. Prof. PaedDr. Zsolt Cséfalvay, PhD., s kolektívom spoluautorov predstavili výskum jazykových deficitov pri Parkinsonovej chorobe bez demencie a načrtli implikácie pre klinickú prax. *Kognitívne aspekty Parkinsonovej choroby* odprezentovala MUDr. M. Kráľová, PhD., a blok uzatváral MUDr. M. Patarák zaujímavou prednáškou o olfaktorickej dysfunkcii pri Parkinsonovej chorobe.

Blok *Smery v diagnostike a liečbe psychických porúch I.* otvárala MUDr. Z. Lajčiaková (a kol.) otázkou, či depresia predstavuje diagnózu prvej voľby v praxi. MUDr. V. Provazník a P. Minárik pokračovali prednáškou, ako by mohla receptorová analýza pomôcť pri korekcii diagnózy. Kazuistiku *Autoimunitná encefalitída asociovaná s protilátkami proti glutamátovým receptorom* (typ NMDA) z praxe predniesla MUDr. A. Bednářová. Prednášku *Kontroverzné placebo* odprezentoval MUDr. Kulhan (kolektív autorov). V bloku zazneli ešte prednášky o psychofarmakologických implikáciách fajčenia (MUDr. A. Nemček, MUDr. A. Gabovda) a o použití antiepileptík ako stabilizátorov nálady u žien vo fertílom veku (MUDr. L. Vavrušová, PhD.).

Blok *Extramurálna starostlivosť, stacionáre, komplexnosť psychiatrickej starostlivosti* otvárala MUDr. Z. Janiková prednáškou *Prežijú psychiatrické stacionáre?* Skúsenosti s návikom psychosociálnych zručností u pacientov v Dennom stacionári na Psychiatrickej klinike LF UK a UNB v Bratislave predložila doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD., nasledovaná prednáškami zameranými na aplikované ergoterapeutické techniky v príslušných psychiatrických stacionároch – *Zázitok prítomnosti v psychoterapeutickom procese* (J. Vránová, M. Frečer), *Čo robiť ak cesta symbolov, farieb a dynamiky koláží* (M. Piliarová, M. Macková), *Presné oko, pevná ruka, pohyb sa nám núka* (E. Rosiarová, D. Farkašová).

V bloku *Autizmus – interprofesijný prístup* prof. MUDr. D. Ostatníková, PhD., rozoberala biologické koreláty autizmu a Mgr. Diana Filčíková ponúkla tému *Klasifikácia porúch autistického spektra pomocou empiricky vytvorených klastrov* (kolektív autorov). Odprezentované boli témy *Mitochondriálna dysfunkcia v patomechanizme autizmu* (MUDr. K. Babinská, PhD., a kol.), *Autizmus a os črevo – mozog* (MUDr. A. Tomová a kolektív spoluautorov) a *Zmeny v empatickej aktivácii mozgu u osôb s autizmom* (prof. MUDr. I. Riečanský, CSc., a kolektív).

Svoje zastúpenie mala aj sexuológia so samostatným blokom *Forenznej sexuológie z aspektu psychiatricko-psychologických vied* s predsedníctvom MUDr. Ľ. Izákovej, PhD., a MUDr. D. Caisová. Blok otvoril prof. PhDr. P. Weiss, PhD., s prednáškou *Môže byť psycholog užitečný pro sexuologický znalecký posudek?*, v ktorej opísal psychologické metodiky pri forenznom vyšetrovaní. Psychologický znalecký posudok, ako súčasť sexuologického znaleckého posudku, sa okrem posúdenia osobnosti, inteligencie a možnosti resocializácie zameriava predovšetkým na určenie motivácie trestného činu (rozlíšenie deviatného

a nedevariantného správania). Prof. Weiss konštatoval, že pravdepodobne len asi 10% páchatelov sexuálnych deliktov možno označiť za deviantov, naopak, väčšina deviantov sa sexuálneho deliktu pravdepodobne nikdy nedopustí. MUDr. I. André, PhD., (a kol. autorov) predstavil prednášku *Zriedkavé sexuálne deviácie a forenzna sexuologická expertíza*, v ktorej opísal kazuistiky raritných deviantných aktivít rôznej forenznej významnosti (salirofília). Doc. MUDr. J. Zveřina vo svojej prednáške opísal aktuálne problémy diagnostiky a terapie parafilných sexuálnych delikventov, ďalej predstavil prehľad odporučených biologických postupov (aplikácia psychofarmák, hormonálnych antiandrogénnych medikamentov) a diskutoval o mieste terapeutickej kastrácie v starostlivosti u mužov, ktorý vykazujú parafilné sexuálne správanie. Prednáška PhDr. R. Máthého, PhD., a Mgr. Jany Štefánikovej, PhD. *Homofóbia a jej zástoj v motivácii závažnej násilnej trestnej činnosti* mala širší spoločenský kontext. Autori argumentovali smerovaním sexuálnej výchovy k vytvoreniu tolerantných postojov k sexuálnym menšinám – diskutovali o podiele netolerantných postojov spoločnosti na formovaní homofóbie u jednotlivca a na kazuistikách z praxe demonštrovali podiel homofóbneho správania pri motivácii k násilnej trestnej činnosti. Blok uzatvárala MUDr. D. Caisová prednáškou o sexuálnej agresivite; autorka opísala deviácie ako poruchy sexuálneho motivačného systému, rozoberala formy sexuálneho agresívneho správania a odprezentovala svoje klinické pozorovania.

Problematika depresívnej poruchy sa rozoberala v bloku *Ako môžeme zlepšiť liečbu depresie*. Pomer účinnosti a bezpečnosti antidepressívnej liečby rozoberala MUDr. Breznoščáková, súčasným a budúcim trendom liečby farmakorezistentnej depresie sa venovala prof. MUDr. Eva Češková, PhD. Metabolické aspekty depresívnej poruchy rozoberali ďalšie prednášky MUDr. L. Ustohala (a kolektív autorov) a MUDr. Márie Matisovej, ktorá sa zamerala na endotelálnu dysfunkciu pri depresii. Rozoberali sa žiaduce aj nežiaduce účinky antidepressívnej liečby z pohľadu urológa (MUDr. P. Šilhán, MUDr. J. Krhut).

V bloku *Schizofrénia: od neurobiológie k deficitom kognitívnych zručností* exceloval prof. MUDr. J. Horáček, PhD., prednáškou *Změny funkční konektivity u schizofrenie z pohľadu teorie grafů* (kolektív autorov). Deficity neurokognície a teórie mysle vo vzťahu k perzekutívnym bludom u pacientov s poruchami schizofrenického spektra rozoberala doc. MUDr. Ľ. Forgáčová, PhD. (kolektív autorov). Prof. MUDr. I. Riečanský, CSc., opisoval úlohu oxidu dusnatého v patogenéze schizofrénie. Vzťahu schizofrénie a sexuality sa venovala MUDr. B. Vašečková, PhD., vzťah schizofrénie a agresivity bližšie rozobral MUDr. Zelman.

Jeden z posledných blokov 2. dňa podujatia tematicky obsahoval *Klinický význam impulzívneho správania*. Rozoberalo sa impulzívne správanie pri hraničnej poruche osobnosti (MUDr. R. Barteček, PhD.) u pacientov s ADHD (MUDr. P. Theiner, PhD.), pri Parkinsonovej chorobe (MUDr. Baláž, MUDr. Kašpárek). Blok uzatvorila MUDr. Ľ. Izáková, PhD., (spoluautor MUDr. I. André, PhD.) prednáškou o význame impulzívneho správania

pri forenznom posudzovaní.

Druhý deň konferencie sa konala plenárna prednáška prof. Afzala Javeda *Future Of Psychiatry: Challenges & Opportunities* – zameraná na budúcnosť psychiatrie, výzvy a možnosti v psychiatrickej praxi. Druhá plenárna prednáška patrila prof. MUDr. J. Pečeňákovi, PhD., s témou *20 rokov hojnosti a čo ďalej...* V daný deň sa konalo Odborné sympóziium podporené spoločnosťou Lundbeck Slovensko zamerané na dopamínovú (dys)reguláciu a schizofréniu a Odborné sympóziium podporené spoločnosťou Servier s názvom *Dosiahnutie dlhodobej kompletnej remisie u depresívneho pacienta s anhedóniou – ambiciózny cieľ?*

Tretí deň konferencie bol rozdelený do 4 blokov a jedného odborného sympózia. V dopoludňajších hodinách odzneli dva bloky: *Závažné prípady z klinickej praxe – kazuistiky a Spánková medicína, videopolysomnografia a psychiatria.*

Prvý blok (*Závažné prípady z klinickej praxe – kazuistiky*) obsahoval 4 prednášky. Kazuistika *Účinné aplikácie elektrokonvulzívnej liečby u nemocné trpící katatonii při Niemann-Pickově chorobě typu C* MUDr. M. Andersa, Ph.D. a kol., *Antidepresivní efekt i.v. aplikace ketaminu* doc. MUDr. P. Mohra Ph.D., a kol. Predposlednou prednáškou tohto bloku bola práca MUDr. Z. Hapalovej a kol. – *Liečba rizikového pacienta s príznakmi katatonie*. Posledná prednáška prvého bloku patrila MUDr. P. Korcsogovi a kol. s názvom *Psychóza spojená s anti-NMDAR encefalítidou úspešne liečená sériou ECT – videokazuistika*.

V druhom bloku s názvom *Spánková medicína, videopolysomnografia a psychiatria* nám MUDr. B. Močovský, PhD., a kol. priblížili skutočnosti, ktoré spájajú psychiatriu a spánkovú medicínu. Druhá prednáška MUDr. I. Mucsku a kol. bola venovaná spánkovým poruchám dýchania a kognitívnym funkciám, na ňu nadväzovala MUDr. M. Tormašiová, PhD., s prednáškou *Narkolepsia 1. typu*. Poslednou prednáškou tohto bloku bola práca MUDr. J. Buškovej, Ph.D., a kol. *Porucha chování vázaná na REM spánek (RBD): screening a výskyt v psychiatrické populaci*.

Posledný deň konferencie odznela i prednáška v rámci odborného sympózia podporeného spoločnosťou Janssen – *Súčasnosť a budúcnosť liečby schizofrénie*.

V popoludňajších hodinách odzneli ešte dva bloky prednášok. Prvý s názvom *Smery v diagnostike a liečbe psychických porúch II.*, a *Psychiatrická starostlivosť a spoločnosť*.

V prvom bloku bolo 5 prednášok. Prvá prednáška MUDr. M. Hrdličku a kol., s názvom *Koncept latentních sociálních schopností u autismu a jejich detekce metodou nepřímého pozorování*, druhá doc. MUDr. I. Dudovej, Ph.D., – *Čichové funkce u poruch autistického spektra*, za ktorou nasledovala prednáška *Intenzivní RTMS (I-RTMS) v léčbě negativních příznaků schizofrenie a změna EEG mikrovávů* Mgr. T. Svěráka a kol. Štvrtou a predposlednou prednáškou bola práca MUDr. Korcsoga a kol. *Súčasná elektrokonvulzívna liečba v psychiatrii*. Tento blok ukončoval MUDr. L. Ustohal s témou *Transkraniální magnetická stimulace a nikotinismus*.

Posledným blokom konferencie bola téma *Psychiatrická starostlivosť a spoločnosť*, ktorá obsahovala 5 prednášok. Prvá prednáška sa venovala Lige za duševné zdravie – *Nástroj budovania znalosti odbornej problematiky*

v očiach verejnosti Mgr. Art. M. Knuta. Druhou prednáškou bola práca MUDr. A. Bražinovej *Epidemiológia najčastejších duševných porúch v Slovenskej republike – medzera v liečbe*, za ktorou nasledovala práca Mgr. K. Maťovej *Viac života, menej bolesti: Smútková terapia a poradenstvo, keď rodič stratí partnera alebo dieťa*. Predposledná a posledná prednáška patrila MUDr. T. Magovej a kol. – *Liečba závislosti od alkoholu v CPLDZ Bratislava a Systém starostlivosti o duševné zdravie v Terste* (Taliansko).

V prvý a druhý deň odbornej konferencie v obedňajších hodinách boli prezentované **e-postery**.

Prvý deň: *Zisťovanie atenuovaných psychotických príznakov a miery úzkosti u pacientov s diagnózou reziduálna schizofrenia a v skupine bez psychiatrickej diagnózy v období zvýšených nárokov* (S. Aziriová a kol.), *Vzťahy medzi psychopatologickou symptomatikou, tendenciou k unáhleným záverom a hyperatribúciou u pacientov s paranoidno-perzekučnými bludmi* (V. Petrušová a kol.). *Charakteristiky depresie žien v rôznych obdobiach životného cyklu: retrospektívna štúdia na Psychiatrickej klinike SZU v Bratislave* (K. Csíziová a kol.), *Úroveň hladiny testosterónu a jeho vzťah k agresívnemu správaniu u pacientov so schizofréniou* (M. Zholob a kol.), *Kognitívne zmeny u pacientov s demenciou v závislosti od typu starostlivosti* (M. Harsányiová), *Prieskum evaluácie suicídneho rizika v psychiatrických zariadeniach Českej a Slovenskej republiky* (T. Rakús a kol.), *Naturalistic Study of Antipsychotic Medication for the Treatment of Agitation in the Emergency Department* (L. Zun a kol.), *Depression among the Syrian medical students in the context of the crisis: a cross-sectional analysis* (A. Y. Youssef a kol.)

V 2. deň Česko-slovenského psychiatrického zjazdu boli odprezentované tieto e-postery: *Aktivity združenia ODOS orientované na ľudí liečených na psychiatrii a ich príbuzných* (M. Barová), *Multimediálne modelové prípady pre interaktívnu výučbu v psychiatrii*, (M. Turček a kol.), *TMS v léčbě impulzivitu u pacientů s hraniční poruchou osobnosti* (P. Linhartová a kol.), *Rizikový genový variant APOÉ4 u pacientov s Alzheimerovou chorobou v slovenskej populácii* (I. Shawkatová a kol.), *Ochranné psychiatrické liečenie ústavnou formou v praxi* (J. Ferencová), *Špecifiká očných pohybov u pacientov so schizofréniou počas vizuálneho spracovania Rorschachovho testu* (E. Smolejová a kol.), *Ako psychoterapia mení mozog? Neurobiologické pozadie účinnej psychoterapie* (M. Frečer a kol.), *Využitie halucinogénov v psychiatrii – výber z literatúry* (O. Karšayová).

Konferencia bola obohatená aj o „**krstý**“ publikácií, ktoré prebiehali v prvý i druhý deň. Prvý deň krstila publikáciu z edície *Kapitoly modernej psychiatrie* MUDr. V. Valkučáková: *Prezentácie autoimunitných encefalitíd v psychiatrii*. Druhý deň konferencie doc. MUDr. L. Forgáčová a prof. PhDr. A. Heretik, CSc., „krstili“ publikáciu *Kapitoly z psychopatológie 8*, ktoré predstavujú zborník z Guensbergerových a Dobrotkových dní 2016 a 2017.

Záverom môžeme konštatovať, že 17. Česko-slovenský psychiatrický zjazd bol vydareným, odborne vysokoprínosným podujatím a pokračovaním tradície, ktorú je potrebné esenciálne aktívne podporovať. Česká a slovenská psychiatria má k sebe blízko a obdobné „medzinárodné“ stretnutia tieto pomyselne putá upevňujú. Dovidenia, o dva roky!

Ivan Karbula a Vanda Valkučáková

**Správa z kongresu: XII. Lábadyho sexuologické dni
13. – 14. 10. 2017, Hotel Holiday Inn Trnava**

Vedecká rada Slovenskej sexuologickej spoločnosti (ďalej SSS) na čele s jej prezidentom MUDr. Igorom Bartlom a prezidentkou kongresu MUDr. Danou Šedivou pripravila na XII. Lábadyho sexuologické dni bohatý odborný a spoločenský program.

Z viac ako 28 prednášok a interaktívnych prezentácií členených do ucelených tematických celkov a sympózií je evidentné, že dôraz sa kládol na multidisciplinárny prístup k otázkam ženských sexuálnych dysfunkcií (ďalej FSD – Female sexual dysfunction), čo bolo aj hlavnou témou kongresu. Ústredným cieľom kongresu bolo práve upozorniť na problematiku ženskej sexuality nielen v kontexte úzkej spolupráce multiodborových medicínskych a nemedicínskych špecialistov, ministerstva zdravotníctva, edukácie v sexuológii na akademickej úrovni, ale aj spolupráce a edukácie laickej verejnosti, vo vzťahu k médiám, patientskym organizáciám a pod.

Z celkového počtu 99 účastníkov bolo 86 lekárov, psychológov a sociológov, 9 zdravotných sestier a 4 študenti. Organizáciu kongresu už tradične a na vysokej profesionálnej úrovni zvládla agentúra KAMI pod vedením jej riaditeľky Ing. Štefánie Kamenickej, v úzkej spolupráci s kongresovým oddelením SLS reprezentovaným Ing. Ingrid Bielikovou.

Vedecký program kongresu bol logicky členený do 7 blokov. V I., úvodnom, bloku odznelo 5 zásadných prezentácií týkajúcich sa zvláštností ľudskej sexuality (prof. PhDr. Weiss), problematiky vývoja klasifikácie a nových termínov FSD podľa MKCH 10, DSM-5, psycho-neuro-endokrinných súvislostí sexuálnych reakcií (MUDr. Pastor), ženskej sexuality z pohľadu nedostatku súčasných klasifikácií FSD, rozdielov v modeloch ženskej a mužskej sexuálnej reaktivity, etiológie a liečby FSD (MUDr. Šedivá), FSD z pohľadu psychologickej sexuológie (PhDr. Máthé,

Mgr. Štefániková). Poslednou prednáškou v 1. bloku bola prezentácia zameraná na ženskú sexualitu z pohľadu poznatkov o ekosexualite zdôrazňujúcej „ecofriendly“ interakciu vonkajšieho prostredia a ľudskej sexuality v najširšom kontexte (PhDr. Jandová).

Obsah II. bloku tematicky nadväzoval na úvod do problematiky ženských sexuálnych dysfunkcií, a to z pohľadu pohlavného zneužívania detí využívaného ako novej zbrane v sporoch rodičov o deti (doc. MUDr. Zvěřina), sexuálneho života žien s onkologickým ochorením prsníka (MUDr. Limbergová), fenoménu „závislosti“ od pornografie skúmanej na reprezentatívnej internetovej kohorte slovenských žien (PhDr. Chovanec), extrémnej feminizácie tzv. bimbo barbie (MUDr. Lukáčová), a tematiky swingers z pohľadu kontroverzie benefitu či zbijaka vzťahov (MUDr. Karbula).

V III. odbornom bloku odzneli prezentácie týkajúce sa: zmien sexuality u mužov aj žien s depresívnou poruchou, liečených antidepresívami (MUDr. Vašečková), modernej liečby a manažmentu pacientok v období menopauzy (MUDr. Cupaník), neurovied, feedbacku antikoncepcie vo vzťahu k mozgu ženy vo všeobecnosti, neurovied a mozgu matky (MUDr. Minárik), noviniek vo výskume ženskej sexuality, orgazmu a ženských „sexuálnych“ tekutín (MUDr. Pastor).

IV. blok bol pokusom o interaktívnu prezentáciu a workshop v podaní českej „sex-koučky“ (Poupětová). Kontroverzný dojem z vystúpenia bol zrejme výsledkom nie úplne optimálneho rozhodnutia autorky robiť odborníkom na sexualitu prednášku určenú pre laickú verejnosť, resp. priamo klientom.

V. blok sa zaoberal prednáškami podporovanými edukačnými grantmi hlavných sponzorov kongresu (Berlion Chemie Menarini, IBSA). V prednáškach sa pozornosť upriamovala na sexualitu ženy, najmä na to, ako ženy vidia problém predčasnej ejakulácie u mužov, ktorí ňou trpia (MUDr. Caisová), erektilnej



SSTAR 43rd Annual Meeting
**Sexuality and Life Transitions: Navigating Changes
and Promoting Sexual Wellbeing**

April 19-22, 2018, The Westin Philadelphia
99 South 17th Street, Philadelphia, PA

<https://sstarnet.org/meetings/>

dysfunkcie a jej impaktu na kvalitu sexuálneho života ženy (MUDr. Hrivňák) a na možnosti terapeutického využitia kyseliny hyaluronovej v liečbe dyspareunie a vulvodýnie (MUDr. Bartl).

VI. blok sa venoval feminite v spoločenskom, genderovom a signálnom kontexte (doc. PhDr. Janáčková), histórii módy a odievania vo vzťahu k sexualite (MUDr. Šedivá), kapitolám detskej sexuality (MUDr. Turčan) a psychosomatike v sexuológii žien (MUDr. Smetánka).

Reprodukčná medicína bola hlavnou témou VII. bloku prednášok, prezentovali sa sexuologické paralely, reprodukcia, hormóny a imunita (MUDr. Bartl), prínos genetiky v diagnostike a liečbe pri opakovaných abortoch (PhDr. Černáková), prínosné boli aj vybrané kazuistiky z reprodukčnej sexuológie (MUDr. Turčan); v poslednej prednáške autori vyhodnotili negatívny dosah pri forsírovanom plánovanom rodičovstve (MUDr. Lacková).

Na návrh výboru SSS bol na slávnostnej recepcii kongresu ocenený prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc., Medailou založenia Spoločnosti lekárske slovenskej v Pešti za dlhoročnú spoluprácu so Slovenskou sexuologickou spoločnosťou, za významnú podporu vzdelávania v nadstavbovom špecializačnom odbore sexuológia na Slovensku, ako aj za prácu školiteľa v postgraduálnom akademickom vzdelávaní pre

slovenských lekárov a psychológov, za partnerstvo v odborných výskumných aj edukačných projektoch so sexuologickou tematikou na národnej aj medzinárodnej úrovni, za partnerstvo vo vedeckých výboroch národných aj medzinárodných kongresov, za aktívnu účasť v redakčných radách a za autorstvo veľkého množstva hodnotných originálnych odborných článkov, monografií aj kníh v oblasti sexuológie publikovaných v odbornej literatúre národnej aj svetovej (za SSS časopis Sexuológia/SEXOLOGY).

Záverom mi dovoľte pochváliť sa slávnostnou inauguráciou 1. mobilného Sexologymúzea Slovenskej sexuologickej spoločnosti, ktoré bolo prvýkrát vystavené na kongrese. Prvým zakladajúcim exponátom bol symbolický dar príbuzných zo zbierky významného slovenského sexuológa prof. MUDr. Jána Vrabca, CSc., – pás cudnosti pre muža a ženu historizujúco fixovaný v maliarskom stojane s edukatívnym sprievodným kontextom a odkazom na významné svetové sexmúzea.

Atmosféra kongresu, odborný program, ako aj množstvo osobných rozhovorov a konzultácií o problematike ženských sexuálnych dysfunkcií dokázali aj v tomto kontexte nutnosť ďalšej multidisciplinárnej, multikulturálnej a napokon aj multinárodnej plodnej spolupráce.

Igor Bart



Slovenská sexuologická spoločnosť SLS

XXIV. KOŠICKÉ SEXUOLOGICKÉ DNI

28. – 29. 9. 2018

Hotel DoubleTree by Hilton Košice

27. 9. 2018 večer – neformálne stretnutie účastníkov
konferencie

Mužské sexuálne zdravie

www.sexology.sk

Kvetiapín SR

od firmy Zentiva



Skrátená informácia o lieku: Quetiapin Zentiva SR 50 mg, Quetiapin Zentiva SR 200 mg, Quetiapin Zentiva SR 300 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním. Zloženie: každá tableta obsahuje 50, resp. 200 alebo 300 mg kvetiapínu a bezvodú laktózu. **Farmakoterapeutická skupina:** Antipsychotiká. **ATC kód:** N05AH04. **Terapeutické indikácie:** Liečba schizofrénie, liečba stredne ťažkých až ťažkých manických alebo veľkých depresívnych epizód pri bipolárnej poruche (BP), prevencia recidív manických alebo depresívnych epizód u pacientov s BP, ktorí už predtým reagovali na liečbu kvetiapínom. Prídavná liečba veľkých depresívnych epizód u pacientov s veľkou depresívnou poruchou, u ktorých je odpoveď na monoterapiu antidepressívami nedostatočná. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Má sa užívať raz denne bez jedla. **Schizofrénia a manické epizódy v rámci BP:** 300 mg (1. deň), 600 mg (2. deň). Dávka sa má upraviť v rámci účinného dávkového rozpätia 400 mg až 800 mg denne. **Liečba veľkých depresívnych epizód v rámci BP:** Má sa podávať na noc. Celková denná dávka počas prvých štyroch dní liečby je: 50 mg (1. deň), 100 mg (2. deň), 200 mg (3. deň) a 300 mg (4. deň). Odporúčaná denná dávka je 300 mg. Je možné zväziť redukciiu dávky na 200 mg. Jednotliví pacienti môžu mať úžitok z dávky 600 mg. **Prevenia rekurencie v rámci BP:** Individuálne upraviť, aby sa použila najnižšia účinná dávka v rozmedzí 300 – 800 mg denne. **Prídavná liečba veľkých depresívnych epizód v rámci veľkej depresívnej poruchy:** Má sa užívať večer pred spaním. Denná dávka na začiatku liečby predstavuje 50 mg v 1. a 2. deň a 150 mg v 3. a 4. deň. Potreba zvýšenia dávky zo 150 mg na 300 mg/deň má vychádzať z individuálneho hodnotenia pacienta. **Starší pacienti:** Dávku zvyšovať pomalšie a denná terapeutická dávka má byť nižšia ako u mladších pacientov. **Pediatrická populácia:** Neodporúča sa podávať deťom a dospievajúcim mladším ako 18 rokov. **U pacientov s poruchou funkcie obličiek** nie je potrebná úprava dávkovania. **U pacientov s poruchou funkcie pečene** sa má začať liečba dávkou 50 mg/deň. Dávka sa má zvyšovať o ďalších 50 mg/deň až do dosiahnutia účinnej dávky. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Súbežné podávanie inhibitorov cytochrómu P450 3A4 (inhibitory HIV-proteázy, azolové antimykotiká, erytromycín, klaritromycín a nefazodón). **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Bezpečnostný profil sa má posudzovať individuálne s ohľadom na diagnózu jednotlivého pacienta a na dávku, ktorá sa mu podáva. Pacientom s príhodami súvisiacimi so samovraždou v anamnéze alebo pacientom, u ktorých sa vo významnej miere prejavujú samovražedné myšlienky pred začatím liečby, hrozí vyššie riziko samovražedných myšlienok alebo pokusov o samovraždu a počas liečby sa majú starostlivo sledovať. Riziko zhoršenia metabolického profilu, rozvoja akatázie. Symptómy tardívnej dyskinezy sa môžu zhoršiť alebo dokonca objaviť po ukončení liečby. Liečba súvisí s ortostatickou hypotenziou a s ňou spojeným závratom. Zaznamenal sa syndróm spánkového apnoe. Malígny neuroleptický syndróm súvisí s antipsychotickou liečbou vrátane kvetiapínu. Bol hlásený výskyt ťažkej neutropénie. Používať opatrne u pacientov so súčasnou diagnózou retencie moču alebo s retenciou moču v anamnéze, s klinicky významnou hypertrofiou prostaty, intestinálnou obštrukciou, so zvýšeným vnútroočným tlakom alebo s glaukómom s úzkym uhlom. Je potrebná zvýšená opatrnosť pri podávaní pacientom s kardiovaskulárnym ochorením alebo predĺženým QT intervalom v rodinnej anamnéze. Odporúča sa liečbu ukončovať postupne počas minimálne 1 až 2 týždňov. Má sa používať s opatrnosťou u pacientov s rizikom aspiračnej pneumónie. Prípady venózneho trombembólie (VTE) sa vyskytli po podaní antipsychotických liekov. Môže ovplyvňovať činnosť vyžadujúce bdelosť. Preto sa neodporúča viesť vozidlá a obsluhovať stroje, kým nie je známa reakcia pacienta na liek. **Liekové a iné interakcie:** Zvýšená opatrnosť pri užívaní v kombinácii s inými centrálné pôsobiacimi liekmi alebo s alkoholom, pri liečbe pacientov užívajúcich iné lieky s anticholinergnými (muskarínovými) účinkami. Pacientom, ktorí užívajú indukory pečeneých enzýmov (karbamazepín, fenytoín), je možné nasadiť liečbu kvetiapínom iba v tom prípade, ak prínos liečby prevyšuje možné riziko z vysadenia induktora pečeneých enzýmov. Zvýšená opatrnosť je tiež potrebná pri súbežnom podávaní s liekmi, ktoré môžu predĺžiť QT interval. **Gravidita a laktácia:** Používať počas gravidity len v prípade, že prínos liečby prevyšuje potenciálne riziká. Novorodenci vystavení pôsobeniu antipsychotík (vrátane kvetiapínu) počas tretieho trimestra gravidity matky sú vystavení riziku nežiaducich účinkov. O ukončení dojčenia či ukončení liečby sa má rozhodnúť po zvažení prínosu dojčenia pre dieťa a prínosu liečby pre matku. **Nežiaduce účinky:** **Veľmi časté:** pokles hemoglobínu, zvýšenie hladiny sérových triglyceridov, zvýšenie celkového cholesterolu (hlavne LDL-cholesterolu), zníženie hladiny HDL cholesterolu, zvyšovanie hmotnosti, závrat, somnolencia, bolesť hlavy, extrapyramídové príznaky, sucho v ústach, symptómy súvisiace s vysadením lieku. **Časté:** leukopénia, zníženie počtu neutrofilov, zvýšenie eozinofilov, hyperprolaktinémia, zníženie celkového T4, zníženie voľného T4, zníženie celkového T3, zvýšenie TSH, zvýšená chuť do jedla, zvýšenie glukózy v krvi až do hyperglykemických hodnôt, abnormálne sny a nočné mory, samovražedné myšlienky a samovražedné správanie, dyzartria, tachykardia, palpácie, rozmazané videnie, ortostatická hypotenzia, dyspnoe, záпча, dyspepsia, vracanie, zvýšenie hladín sérovej alaninaminotransferázy, zvýšenie hladín gamaGT, ľahká asténia, periférny edém, podráždenosť, pyrexia. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Zentiva, k.s., Praha, Česká republika. **Adresa držiteľa rozhodnutia v SR:** Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava. **Dátum poslednej revízie textu SmPC:** júl 2016. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním lieku sa oboznáňte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktorú môžete získať na adrese:** Zentiva, a.s. Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel.: +421 233 100 607, fax: +421 233 100 199, e-mail: recepcia@sanofi.com.

Určené pre odbornú verejnosť.

Dátum prípravy: október 2017

Kód materiálu: SACS.QUE.17.10.1195

ZENTIVA
SPOLOČNOSŤ SKUPINY SANOFI

Atomoxetín

od firmy Zentiva



Skrátená informácia o lieku Atomoxetín 10 mg, Atomoxetín 18 mg, Atomoxetín 25 mg, Atomoxetín 40 mg, Atomoxetín 60 mg tvrdé kapsuly

Zloženie: Každá tvrdá kapsula obsahuje hydrochlorid atomoxetínu zodpovedajúci 10 mg (alebo 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg) atomoxetínu. **Farmakoterapeutická skupina:** Psychoanaleptiká, centrálné pôsobiace sympatomimetiká. **ATC kód:** N06BA09. **Terapeutické indikácie:** Liečba hyperkinetickej poruchy (poruchy pozornosti s hyperaktivitou – ADHD, Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder) u detí vo veku 6 rokov a starších, u dospievajúcich a dospelých ako súčasť komplexného liečebného programu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Podáva sa v jednej dennej dávke ráno, môže byť užitočné rozdelenie tejto dávky do dvoch rovnakých dávok užívaných dvakrát denne. **Pediatrická populácia s telesnou hmotnosťou do 70 kg:** Liečba sa má začať celkovou dennou dávkou približne 0,5 mg/kg. Počiatočná dávka sa má užívať minimálne 7 dní pred vzostupnou titráciou dávky podľa klinickej odpovede a znášanlivosti. Odporúčaná udržiavacia dávka je približne 1,2 mg/kg/deň. **Pediatrická populácia s telesnou hmotnosťou nad 70 kg:** Liečba sa má začať celkovou dennou dávkou 40 mg. Počiatočná dávka sa má užívať minimálne 7 dní pred vzostupnou titráciou dávky podľa klinickej odpovede a znášanlivosti. Odporúčaná udržiavacia denná dávka je 80 mg až 100 mg. **U pacientov so stredne závažnou hepatálnou insuficienciou** majú byť počiatočné i cieľové dávky znížené na 50 % zvyčajnej dávky. **U pacientov so závažnou hepatálnou insuficienciou** majú byť počiatočné i cieľové dávky znížené na 25 % zvyčajnej dávky. **Pacientom v konečnom štádiu ochorenia obličiek, ako aj s miernejšími stupňami renálnej insuficiencie,** možno podávať podľa zvyčajného režimu dávkovania. **U pacientov s genotypom pomalého metabolizéra** je vhodné zvážiť nižšiu počiatočnú dávku a pomalšiu titráciu. **Použitie u pacientov starších ako 65 rokov** sa systematicky neskúmalo. Nemá sa podávať deťom mladším ako 6 rokov. Môže sa podávať s jedlom alebo bez jedla. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, kombinácia s inhibítormi monoaminoxidázy (MAO), glaukóm s úzkym uhlom, závažná kardiovaskulárna alebo cerebrovaskulárna porucha, feochromocytóm. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Pacienti liečení na ADHD majú byť starostlivo pozorovaní, najmä čo sa týka prítomnosti alebo zhoršenia suicidálneho správania. Pacienti so známou štruktúrnou srdcovou abnormalitou môžu užívať atomoxetín len so zvýšenou opatnosťou a po konzultácii s kardiológom. Atomoxetín môže ovplyvňovať srdcovú frekvenciu a krvný tlak. Cerebrovaskulárne účinky: Pacienti s ďalšími rizikovými faktormi pre cerebrovaskulárne stavy sa majú po začatí liečby pri každej návšteve vyšetriť, či sa u nich neobjavili takéto neurologické znaky a symptómy. Liečba sa má prerušiť a nemá sa znovu začať u pacientov so žltáčkou alebo laboratórne preukázanou poruchou funkcie pečene. Nemôže byť vylúčená možnosť, že liečba spôsobí zhoršenie už existujúcich psychotických alebo manických symptómov. Pacienti musia byť starostlivo sledovaní kvôli zhoršeniu agresívneho správania, hostility alebo emočnej lability. U pacientov sa zaznamenali alergické reakcie vrátane anafylaktických reakcií, vyrážky, angioneurotického opuchu a urtikárie. Možným rizikom pri liečbe sú epileptické záchvaty. Počas liečby je potrebné sledovať telesný rast a vývoj u detí a dospievajúcich. Pacienti majú byť sledovaní, či sa u nich neobjavia alebo nezhoršujú úzkostné symptómy, depresívne nálady a depresie alebo tiky. **Liekové a iné interakcie:** Nemá sa používať spolu s IMAO. Pomalšia titrácia a konečne nižšie dávky atomoxetínu môžu byť nevyhnutné u tých pacientov, ktorí už užívajú lieky inhibujúce enzým CYP2D6. Opatnosť je potrebná pri kombinácii so silnými inhibítormi enzýmov cytochrómu P450 iných ako CYP2D6 u pacientov, ktorí sú pomalí metabolizéri CYP2D6, pretože nie je známe riziko klinicky relevantného vzostupu expozície atomoxetínu. Má sa s opatnosťou podávať pacientom liečeným vysokou dávkou nebulizovaného či systémovo podávaného (perorálne či intravenózne) salbutamolom (alebo iných beta2 agonistov). Existuje možnosť zvýšeného rizika predĺženia QT intervalu, ak je atomoxetín podávaný spolu s inými liekmi, ktoré môžu predĺžiť QT interval, narušiť rovnováhu elektrolytov a liekmi, ktoré inhibujú CYP2D6. Pri súbežnom užívaní liekov, ktoré znižujú prah epileptických záchvatov, je potrebná opatnosť. Navyše je potrebná opatnosť pri ukončení súbežného podávania s benzodiazepínmi vzhľadom na možné záchvaty z vysadenia. Atomoxetín sa má užívať opatrne s antihypertenzívnymi liekmi. Má sa podávať opatrne spolu s vazopresívmi alebo liekmi, ktoré môžu spôsobiť zvýšenie krvného tlaku. Lieky, ktoré pôsobia na noradrenalin, sa majú podávať súčasne s atomoxetínom s opatnosťou. **Gravidita a laktácia:** Nemá sa užívať v gravidite, ak potenciálny prínos neprevyšuje potenciálne riziko pre plod. Je nutné vyvarovať sa podávania počas dojčenia. **Nežiaduce účinky u pediatrickej populácie:** Pokles chuti do jedla, bolesť hlavy, spavosť, bolesť brucha, vracanie, nauzea, zvýšenie krvného tlaku, zvýšenie srdcového rytmu, agitácia, úzkosť, depresia a depresívna nálada, tiky, závraty, mydiáza, zápcha, dyspepsia, dermatitída, pruritus, vyrážka, únava, letargia, bolesť na hrudi, pokles hmotnosti, udalosti vzťahujúce sa na samovraždu, agresia, hostilita, emočná labilita, psychózy, mdloba, tras, migréna, parestézia, znížená citlivosť, epileptické záchvaty, rozmazané videnie, palpitácie, sínusová tachykardia, predĺženie QT intervalu, dyspnoe, zvýšenie hodnôt krvného bilirubínu, hyperhidróza, alergické reakcie, asténia. **Nežiaduce účinky u dospelých:** Pokles chuti do jedla, nespavosť, bolesť hlavy, sucho v ústach, nauzea, zvýšenie krvného tlaku, zvýšenie srdcového rytmu, agitácia, pokles libida, poruchy spánku, depresia a depresívna nálada, úzkosť, závraty, dysgeúzia, parestézia, somnolencia, tremor, palpitácie, tachykardia, sčervenanie, návaly tepla, bolesti brucha, zápcha, dyspepsia, flatulencia, vracanie, dermatitída, hyperhidróza, vyrážka, dyzúria, polakizúria, močenie s oneskoreným začiatkom, retencia moču, dysmenorea, poruchy ejakulácie, erektilná dysfunkcia, prostatitída, bolesť mužských pohlavných orgánov, asténia, únava, letargia, zimnica, panické pocity, podráždenosť, smäd, pokles hmotnosti, udalosti vzťahujúce sa na samovraždu, agresia, hostilita a emočná labilita, nepokoj, tiky, synkopa, migréna, znížená citlivosť, rozmazané videnie, predĺženie QT intervalu, pocit chladu u periférnych častiach tela, dyspnoe, alergické reakcie, pruritus, žihľavka, svalové kŕče, nutkanie na močenie, zlyhanie ejakulácie, nepravidelná menštruácia, poruchy orgazmu, pocit chladu, bolesť na hrudi. **Dostupné veľkosti balenia:** 56 kapsúl. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Zentiva, k. s., Praha, Česká republika. **Adresa držiteľa rozhodnutia v SR:** Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava. **Dátum poslednej revízie textu SmPC:** Apríl 2016. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktoré môžete získať na adrese:** Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel.: +421 233 100 607, fax: +421 233 100 199, e-mail: recepacia@sanofi.com.

Určené pre odbornú verejnosť.

Dátum prípravy: október 2017
Kód materiálu: SACS.GATXZ.17.10.1197

ZENTIVA
SPOLOČNOSŤ SKUPINY SANOFI