



Sexualita u nemocných s psychickými poruchami

Prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
azourkova@fnbrno.cz

Dostupné on-line jako hypertextová učebnice: <http://telemedicina.med.muni.cz/sexualita-u-nemocnych-s-psychickymi-poruchami/index.php?pg=home>

Úvod

Klíčová slova:

Psychická porucha, diagnostika, psychofarmaka, sexuální dysfunkce, poruchy sexuální identifikace a preference, sexuálně deviantní chování

Sexualita u nemocných s psychickými poruchami

Výukový text "Sexualita u nemocných s psychickými poruchami" obsahuje základní informace o sexuálních problémech dle jednotlivých diagnóz dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Každá kapitola zahrnuje jak projevy psychických poruch v sexuální oblasti, tak vliv léčby na sexualitu léčených včetně popisu, jak vzniklé problémy terapeuticky zvládat.

Učebnice je primárně určena pro posluchače všeobecného lékařství, kteří si zapisují předmět samostatná práce ("Sexuální dysfunkce u mužů léčených antipsychotiky") a pro posluchače se zájmem o sexuologii. Přínosem je i pro postgraduální studenty, jejichž disertační práce zahrnuje otázky sexuality psychicky nemocných.

Sexualita u psychických poruch

Problémy duševně nemocných s vlastní sexualitou jsou relativně časté. **Sexualita u psychických poruch** může být narušena jak po stránce **kvantitativní (sexuální dysfunkce)**, kdy se na etiologii podílí onemocnění samotné i jeho léčba a z ní vyplývající nežádoucí účinky, které často zasahují i sexuální oblast, tak **kvalitativní (poruchy sexuální identifikace a preference)**, kdy může být sexualita zahrnuta do základní psychopatologie klinického obrazu. Podrobně viz <http://portal.med.muni.cz/clanek-347-obecna-a-specialni-psychiatrie.html>. Psychické onemocnění s sebou stále ještě nese stigma, a tak se na problémech v navazování intimních vztahů podílí i negativní postoje společnosti. V minulosti byla sexualita považována za příčinu některých psychických poruch, především neurotických. Dle Freudovy psychoanalýzy je neuróza výsledkem nevědomého konfliktu mezi sexuálním přáním id a realitou, která jeho uspokojení neumožňuje. Konflikt se zakládá během dětského vývoje sexuálního pudu a propuká po určité latenci. Postupem doby bylo od této teorie upouštěno a etiologie psychických poruch je stále zkoumána a doplňována o poznatky nejen psychologické, ale i neurovědy.

Psychiatrie jako obor se začala znovu více zajímat o sexuální život svých pacientů s nástupem nových psychofarmak, kdy začala hledat způsoby, jak jej zkvalitnit a předejít eventuálním nežádoucím účinkům léčby na sexualitu, na zjišťování výskytu sexuálních dysfunkcí a na zkoumání mechanismu jejich vzniku.

- **Psychiatrie je jedním ze základních oborů, který zahrnuje nejen kvantitativní, ale i kvalitativní poruchy sexuálních funkcí.**
- **Tyto poruchy se často vyskytují u duševních poruch.**

Lidská sexualita

Z didaktických důvodů doporučujeme rozlišovat v lidské sexuální motivaci tyto čtyři základní komponenty:

- Sexuální identifikace (sexuální role)
- Sexuální orientace (erotická preference)
- Sexuální emoce (sexuální vzrušení, orgasmus, zamilovanost)
- Sexuální chování (sexuální aktivita)

Sexuální identifikace:

Pocit příslušnosti k určitému pohlaví v souladu s biologickým základem patří nepochybně k základním stavebním kamenům lidské motivace. V drtivé většině není v rozporu psychická a fyzická sounáležitost.

Sexuální orientace:

Dimorfnost sexuální orientace je dána existencí dvou pohlaví. Erotická přitažlivost zralých jedinců opačného pohlaví má bezesporu biologický základ. Když uvážíme, že cílem vytvoření páru je reprodukce druhu, nelze spoléhat jen na vlivy sociální a kulturní, které jsou v mnohém ohledu málo stabilní. Proto tato významná funkce musí být zakódována přímo v základním vybavení jedince. Specifická přitažlivost osob stejného pohlaví (homosexualita) má za základ v jiném naprogramování příslušných sexuálních center v kritických fázích prenatálního vývoje. Podobnou dispozici předpokládáme u jiné závažné poruchy sexuální orientace, pedofilie. Pro tyto odchylné orientace je společné, že mají charakter trvalého životního programu a zatím nejsou známy prostředky, jak tyto odchylné orientace změnit; lze je pouze potlačit v rámci potlačení sexuality jedince.

Sexuální emoce:

Elementární emocií je sexuální vzrušení, které se fyziologicky projevuje tumescencí genitálu, erekcí u mužů a lubrikací u žen. V lidské sexualitě hrají hlavní roli podněty zrakové, i když ani podíl ostatních smyslů není zanedbatelný. K centrálním mediátorům sexuálního vzrušení patří dopamin a noradrenalin. Tlumivé mechanismy jsou GABAergní a serotoninergní. Vliv sexuálních steroidů na pohlavní vzrušivost je jen modelující, snižující práh vzrušivosti. Orgasmus nemusí být dosažen pouze při koitálním spojení a nezáleží na místě, z jakého byl vyvolán. Prožitková i periferní komponenta orgasmu mohou být různě intenzivní. V prožitkové složce jde o škálu pocitů od satisfakce přes extázi se zúženým vědomím. Periferní složka je vyjádřena klonickými stahy svalů pánevního dna, u mužů zpravidla provázena ejakulací. Erotická fascinace partnerem (emoce zamilovanosti) nastává až při určité zralosti .

Sexuální chování:

Lidské sexuální chování má párový charakter, vede k vytvoření dvojice, která má určitou soudržnost a dochází k restrikci v sexuálním chování vůči ostatním členům společnosti. Sexuální motivace je jedním z významných zdrojů iracionality v lidském jednání. Sexuální emoce a touha dokáží silně ovlivnit i zcela rozumné jedince. Sociální a kulturní vlivy vždy modifikovaly sexuální chování, od restriktivních zákazů přes naprostou liberálnost postojů. Dnes lze užít tvrzení, že obecně tolerované sexuální chování musí obsahovat pohlavní i

věkovou zralost objektu, souhlas partnera, kooperaci a nesmí obsahovat partnerem neakceptovatelnou agresi.

Jedním z projevů lidské sexuality je autoerotika (masturbace, onanie, ipsace). Jde o pohlavní vzrušení a uspokojení drážděním na vlastních pohlavních orgánech. Masturbace se někdy vyskytuje již u malých dětí před pubertou. Moderní sexuologie kategoricky odmítá spekulace o škodlivém vlivu masturbace na duševní nebo tělesné zdraví. Naopak schopnost uvolnit sexuální tenzi onanováním patří samozřejmě k výbavě normálního člověka. Autoerotické praktiky lze využít i terapeuticky, jednak při poruchách orgasmu, jednak při léčbě poruch sexuální preference, při nichž někdy cíl léčby spočívá právě v uvolnění sexuálního napětí masturbací za použití příslušných fantazií jako společensky neškodnou formu sexuálního uspokojení.

- **čtyři základní komponenty sexuality: sexuální identifikace, sexuální orientace, sexuální emoce, sexuální chování**
- **lidské sexuální chování je modifikováno kulturními a sociálními vlivy**
- **autoerotika patří k výbavě normálního člověka**
- **fáze sexuální odezvy: apetence, vzrušení, orgasmus, uvolnění a satisfakce**

Sexuální dysfunkce (F 52)

Sexuální dysfunkce chápeme jako kvantitativní poruchy sexuality. Jde o kategorii chápanou různými autory velmi různě, bývá zvykem v této souvislosti hovořit o bio psycho sociální problematice. Etiologie těchto stavů je multifaktoriální, biologická a psychogenní složka jsou vždy zastoupeny, i když v různém poměru. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN - 10) jsou sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou zařazeny do sekce "Behaviorální syndromy spojené s psychickými poruchami a somatickými faktory". Každá sexuální dysfunkce by měla být v diagnostickém závěru definována zejména v těchto kategoriích:

Dysfunkce primární-sekundární

O primární dysfunkci hovoříme, vyskytuje-li se od počátku sexuálního života, sekundární dysfunkce vzniká po období bezporuchového pohlavního života.

Dysfunkce úplná-částečná

Úplná dysfunkce znamená chybění té které kvality (chybění lubrikace, pevné erekce, orgasmu). Částečné jsou ty dysfunkce, kdy příslušná sexuální funkce je narušena jen do jisté míry. Patří sem stavy, kdy se porucha projeví v mimořádných situacích a za nepříznivých okolností.

Dysfunkce generalizovaná-selektivní

Generalizovaná dysfunkce je autonomní, není vázána na aktuální partnerský vztah. Selektivní dysfunkce je na určitý partnerský vztah vázána, především na jeho kvalitu. Pojem sexuální dysfunkce se plně nekryje s pojmem poruchy sexuální výkonnosti (potence).

Sexuální dysfunkce u žen

- Nízká sexuální apetence je porucha, která se vyskytuje jen vzácně izolovaně a jen vzácně jde o poruchu primární. Nejčastěji se vyskytuje jako sekundární porucha, a to v souvislosti s různými duševními a tělesnými potížemi. Často je stav vyvolán exhaucí ženy při péči o děti, manžela a domácnost spolu s nároky v zaměstnání. Může jít o stav vyvolaný depresivním syndromem nebo hormonálními poruchami (hyperprolaktinémie, hypothyreóza, porucha činnosti nadledvin).
- Nedostatek prožitku ze sexuality (frigidita) je častá dysfunkce, vyskytující se u žen všech věkových kategorií. Může mít povahu primární dysfunkce i povahu dysfunkce sekundární (a selektivní). Vlastní sídlo poruchy je ovšem centrální. Jde o insuficienci základní sexuální emoce, pohlavního vzrušení. Největším problémem selektivních frigidit bývá otevřeně nebo skrytě konfliktní vztah k partnerovi. Z ostatních vlivů je důležité rozpoznat neurotické projevy či frigiditu jako symptom deprese. Nízké sexuální vzrušení může mít původ v odchylné sexuální orientaci. U žen se tak může uplatnit zejména homosexuální orientace nebo porucha sexuální identifikace (transsexualismus).
- Pod názvem selhání genitální odpovědi je v MKN-10 jako dysfunkce zahrnuta suchost vaginy nebo neschopnost lubrikace, a to buď psychogenní, většinou spojená s nízkou sexuální vzrušivostí, nebo sekundární, způsobená nedostatkem endogenních estrogenů po menopauze. Farmakogenně ji vyvolávají farmaka s anticholinergním působením (antipsychotika, zvláště bazální, tricyklická antidepresiva, anticholinergní antiparkinsonika).
- Dysfunkční orgasmus: orgasmus ženy je mnohem zranitelnější různými situačními a zevními vlivy, žena je ve své sexualitě náročnější na partnera. Dosažení orgasmu je vázáno na specifickou stimulaci, na kvalitu partnerského vztahu nebo na subjektivním vyladění. Asi 5% žen zůstává bez prožitého orgasmu do konce života. Potíže s dosažením orgasmu, stejně jako anorgasmii, není proto možné vždy označit za sexuální dysfunkci.
- Vaginismus je charakterizován mimovolným spazmem svalstva introitu poševního, takže nelze provést imisi penisu. Může být přítomna také neurotická nadstavba. Ke stahům pochvy se přidávají obranné reakce při pokusu o dilataci a neochota až odpor ke každému doteku genitálu.
- U dyspareunie, algopareunie jde o stavy koitálního dyskomfortu, kdy frikční pohyby penisu vyvolávají nepříjemné pocity (dyspareunie) až bolest (algopareunie). Tyto dysfunkce mohou být čistě funkční povahy, odvozené od nízké sexuální vzrušivosti nebo vaginizmu. Sekundární dyspareunie a algopareunie u žen v menopauze mohou být způsobeny nedostatkem endogenních estrogenů. V tomto případě má příznivý efekt substituční hormonální terapie. Důkladné gynekologické vyšetření je vždy na místě, neboť tato dysfunkce může být způsobena i organickými příčinami (záněty, srůsty, endometrióza).
- Poruchy satisfakce (nedostatečné prožívání sexuální slasti): ani uspokojivý průběh sexuálního vzrušení s dosažením orgasmu nemusí znamenat úplnou spokojenost se sexuálním životem. Sám orgasmus může být někdy zdrojem velice negativních pocitů. Patří sem např. silné koitální a orgastické bolesti hlavy migrenózního typu. V průběhu sexuálního vzrušení se mohou manifestovat různé vegetativní potíže, např. škytavka, zvracení, průjem. Do oblasti psychopatologie patří různě popisované stavy depresí, vyčerpání a oslabení po pohlavním styku. Léčebná opatření u takových stavů musí být vždy individuální.

Sexuální dysfunkce u mužů

- Nízká sexuální apetence je u mužů porucha vzácná. Jako primární porucha se vyskytuje u hypogonadizmů se slabou či chybějící produkcí androgenů. Terapie odpovídá základní poruše. Nejvíce stavů nízké sexuální apetence má povahu sekundární. Velmi často bývá přítomna deprese, rovněž bývá přítomna nízká aktivita dopaminergních regulací a vysoká hladina prolaktinu.
- Poruchy erekce (selhání genitální odpovědi) patří k nejčastějším sexuálním dysfunkcím. S tímto problémem se aspoň jednou v životě setká naprostá většina mužů. Ojedinelá a situační selhání nelze označovat za sexuální dysfunkci.
- Porucha erekce může být izolovaná a všechny ostatní sexuální funkce mohou být v pořádku. Tato izolovaná porucha je v klientele mužů s poruchami erektility zastoupena asi v jedné čtvrtině. Ve většině případů jde o kombinaci s ostatními sexuálními poruchami - sníženou apetencí, ejaculatio praecox, dyspareunií či bolestivou ejakulací. Vždy je třeba rozlišit poruchu erekce kompletní či nekompletní. Při kompletní poruše není erekce spontánní, noční, ranní a masturbační. Neúplné poruchy jsou v klinické praxi mnohem častější. I u této poruchy je třeba vyloučit organické příčiny. Zatímco u kompletní poruchy je organická příčina přítomna vždy, nekompletní dysfunkce jsou multifaktoriální povahy. Prolínají se u nich vlivy biologické, psychologické, partnerské a sociální. Z patologických emocí se v této oblasti uplatňuje především deprese, úzkost, strach ze selhání.
- Ejaculatio praecox: dysfunkce je plně vyjádřena, když k překotné ejakulaci dochází při častých a opakovaných pohlavních stycích. Některé neurofyziologické studie ukazují, že pacienti s touto problematikou mají skutečně objektivně dokazatelně rychlejší reakce a vedení vzruchů periferními nervy. Dle MKN - 10 je orientační časový limit je do 15 sekund po začátku soulože, jiní autoři uvádějí časový limit mezi 1 – 2 minutami. Stav kolísá podle toho, jak často se daří realizovat pohlavní styky.
- Při dysfunkčním orgasmu vykazuje muž abnormálně dlouhou orgastickou latenci. Za fyziologických okolností se může abnormní ejakulační latence vyskytnout u zdravých mužů po sukcesivně opakovaných koitech.
- Dyspareunie a algopareunie u mužů se vyskytuje podstatně méně často než u žen. Příčina bývá v organicky podmíněných poruchách - frenulum breve, balanitidy, fimóza, plastická indurace penisu, genitální herpes, kondylomata. Terapie těchto poruch je kauzální. Problémem bývají muži, kteří při negativním tělesném nálezů uvádějí úporné parestázie nebo bolesti pohlavního údu či skrota. Bolesti někdy bizarně vyzařují do celého těla a mohou být provázeny neurotickou hypochondrickou nadstavbou:
 - **v diagnostice dysfunkcí rozlišovat primární a sekundární, úplnou a částečnou, generalizovanou a selektivní,**
 - **neopomenout organické příčiny,**
 - **dysfunkce u žen i u mužů mají v MKN 10 stejné názvy s výjimkou vaginizmu u žen a předčasné ejakulace u mužů**

Poruchy sexuální identifikace (F 64)

Transsexualismus je inverzní sexuální identifikace. Transsexuální muž se identifikuje s ženským pohlavím, transsexuální žena s pohlavím mužským. Tito lidé mají trýznivý a stálý pocit opačné sexuální příslušnosti, než do jaké je nutí jejich tělesné vybavení. Přejí si být vybaveni tělesnými znaky opačného pohlaví, touží po opačné sexuální roli. Jejich hlavním problémem je snaha po změně pohlaví a negativní vztah k vlastnímu genitálu. Transsexualita je celoživotním problémem jedince. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit zejména homosexualitu s výraznou inklinací k opačné sexuální roli. Hlavní rozdíl je v tom, že homosexuální osoba si nepřeje skutečnou změnu pohlaví, hlavně ne ve vztahu k tělesnému stavu. Další důležitou diferenciálně diagnostickou jednotkou je transvestitismus. Typický transvestita je orientován heterosexuálně. **Transvestitismus dvojí role**, kdy se jedinec převléká do dámského prádla a ošacení a rád vystupuje v roli opačného pohlaví, aniž by však usiloval o operační změny. Na rozdíl od fetišistického transvestitismu nedosahuje v oblečení opačného pohlaví sexuálního vzrušení.

- **transsexuálové usilují o změnu pohlaví, nutná pečlivá diagnostika**
- **transvestitismus dvojí role o změnu pohlaví neusiluje**

Poruchy sexuální preference – parafilie (F 65)

Fetišismus, kdy je erotický zájem subjektu zaměřen pouze na určitý symbol sexuálního partnera, na jinou část těla a její specifickou kvalitu, na součást oděvu (prádlo, boty). Jindy je fetiš zcela bez vztahu k případnému erotickému objektu (kožešiny, guma apod.). Mezi fetišistické fixace lze řadit také případy pohlavních styků se zvířaty (zoofilie), kdy mají zvířata pro parafilika specifickou erotickou hodnotu. Vzácně se pozoruje fetišistická fixace na věci nevábné, kupř. na stolici, moč, páchnoucí odpadky (exkrementofilie, urofilie, mysofilie). K raritním případům patří fetišistická fixace na oheň (pyrofilie) a na mrtvá těla (nekrofilie). Fetišismus má silnou kompulzivní složku.

Fetišistický transvestitismus se vyznačuje oblékáním do ženského prádla ve stavu značného erotického vzrušení. Ukájejí se přitom různými autoerotickými praktikami. Typický fetišistický transvestita má většinou heterosexuální orientaci a nepomýšlí na změnu pohlaví.

Exhibicionismus: subjekt se vzrušuje a ukájí tím, že před apetovaným objektem obnažuje svůj genitál. V typických případech exhibicionista atakuje dospělé ženy a nesnaží se při svém počínání o sblížení s objektem. Exhibicionismus je jedna z nejrozšířenějších poruch sexuální preference. Typický exhibicionista nemá tendence agresivní a neatakuje dětské objekty. Zcela nesexuální je expozice genitálu u některých psychotiků a dementních jedinců.

Při **voyerismu** se postižený ukájí a vzrušuje tím, že potají sleduje apetovaný objekt při intimních aktivitách erotických (mazlení, koitus) i neerotických (převlékání, koupání, močení i defekace). Slídičství patří k sexuálním projevům, které se mohou vyskytnout i v průběhu zcela konvenční sexuální socializace. V případě parafilního projevu je zaměřeno na anonymní objekt, se kterým postižený nemá žádnou tendenci komunikovat a navazovat vztah.

Pedofilie je sexuální orientace na předpubertální, tedy dětské objekty. Má povahu celoživotního zaměření, setrvalé vlastnosti. Pedofilní zaměření má povahu heterosexuální, homosexuální nebo bisexuální. Se svými pedofilními tendencemi se subjekt vyrovnává různě, mohou být zcela popřeny a potlačeny. Jindy se pedofilnímu jedinci nepodaří potlačit tyto

tendence a pokusí se je realizovat. Pokud není přístup pedofila k objektu agresivní, zůstává případný sexuální kontakt s dítětem někdy velmi dlouho utajen. Pedofilové se dovedně vtírají do světa dítěte. Intimní kontakty mohou mít podobu hry nebo instruktáže, ke svému ukojení dospěje pedofil nejčastěji masturbací. Genitální spojení je u pedofilních kontaktů poměrně vzácné, specifické jsou koity interfemorální. Typický neagresivní pedofil je nápadný vysokou přichylností k dětem.

Sadomasochismus je v současné klasifikaci řazen jako jedna diagnostická jednotka. Pro účely textu je však lepší pojednat o jeho obou složkách zvlášť. Předmětem erotického zájmu sadistů je agrese a hostilita k sexuálnímu objektu. Sexuální násilí má pestrou fenomenologii, jde o pestrou škálu sexuálně deviantních tendencí a aktivit, od fetišistických sadistických partnerských projevů až po útočný sadismus a sadistickou vraždu. Masochismus spočívá v erotické fascinaci agresivitou směřovanou proti jeho osobě. Sexuálně se vzruší, je-li plísněn, tupen, ponižován, šikanován nebo dokonce trýzněn. Masochisté přemlouvají nebo uplácí své sexuální objekty, aby jim toto poskytly. Mnohý masochista nehledá partnera a orientuje se autoeroticky. Takoví masochisté si někdy způsobují vážná zranění pomocí mučících přístrojů vlastní konstrukce.

Jiné poruchy sexuální preference : pod tento název současná klasifikace řadí tušérství, frotérství a telefonní skatologii. V pojetí české sexuologické školy jsou tyto odchylky řazeny mezi patologickou sexuální agresivitu. U tušérů a frotérů se sexuální vzrušení a ukojení potencuje, když se tisknou na ženy v situacích zcela neosobních, případně ženy v takových situacích osahávají. Ukájení se třením o objekt (frotéři), nebo osaháváním objektů (tušéři) a dotykový kontakt je tím, o co maximálně usilují. Většinou nemají tendenci s objektem komunikovat a často se jakékoliv komunikaci aktivně vyhýbají. Parafilici trpící **telefonní skatologií** se vyžívají v telefonických hovorech s obscénní tematikou, při které se pohlavně ukájejí.

Neurotransmitery a lidská sexuální aktivita

Dopamin zvyšuje sexuální aktivitu a kvalitu erekce, antidopaminergní efekt sexuální aktivitu redukuje. Dopaminoví agonisté způsobují zvýšení libida a spontánní erekce.

Serotonin inhibuje dopaminergní aktivitu. Meston a Frolich ve svém přehledu udali, že role serotoninu na lidskou sexuální aktivitu není exaktně prozkoumána, dá se však předpokládat, že blokuje 5HT2 receptory inhibuje sexuální chování. 5HT1 receptory sexuální aktivitu stimulují.

Acetylcholin je důležitý pro adrenergní/cholinergní rovnováhu nezbytnou pro optimální sexuální funkce. Centrálně anticholinergní efekt způsobuje pokles sexuální aktivity a oddaluje orgasmus u žen. Interakce léčiv s periferním cholinergním a adrenergním mechanismem způsobuje erektilní dysfunkci i opožděnou ejakulaci u mužů a poruchy lubrikace u žen, a to především blokadou alfa 1 adrenergních receptorů. Alfaadrenergní blokáda facilituje erekci.

Vysoké hladiny **prolaktinu** snižují sexuální aktivitu na všech etážích (libido, erekce, orgasmus) a je známo, že mohou způsobit hypogonadismus. **Noradrenalin** pravděpodobně stimuluje sexuální funkce, protože jeho inhibitory tlumí sexuální aktivitu. Oproti tomu adrenalin a **GABA** působí spíše inhibičně.

- **Dopamin, noradrenalin a acetylcholin facilitují sexuální aktivitu.**
- **Serotonin, GABA inhibují sexuální aktivitu.**

Sexuální problematika u jednotlivých skupin psychických poruch

Tato kapitola zahrnuje problémy v sexualitě spektra duševních poruch dle jednotlivých kapitol MKN-10. V rámci každé kapitoly je rovněž probrán vliv léčby základního onemocnění na sexuální funkce. Vzhledem k tomu, že psychiatrie je jedním ze základních medicínských oborů, z nichž sexuologie vychází, předpokládáme základní znalost klasifikace, diagnostiky a léčby duševních poruch – www.ceskapsychiatrie.cz – doporučené postupy psychiatrické péče.

Organické duševní poruchy (F00-F09)

Dle MKN-10 tato sekce zahrnuje řadu duševních poruch seskupených na základě prokazatelně společné etiologie onemocnění, poranění nebo jiného poškození mozku, které vede k mozkové dysfunkci. I když spektrum psychopatologických projevů je široké a rozmanité, podstatné rysy těchto poruch tvoří dvě skupiny. Na jedné straně jsou to poruchy kognitivních funkcí, jako je paměť, intelekt a učení, nebo poruchy sensorických funkcí, vědomí a pozornosti. Druhou skupinou jsou poruchy v oblasti vnímání, myšlení, nálady a emocí nebo v celkovém vzorci osobnosti a chování.

Demence

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, většinou chronického a/nebo progresivního rázu, kdy dochází ke zhoršení vyšších kortikálních funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, řeč a úsudek. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které postihují primárně nebo sekundárně mozek.

V literatuře je pro psychické příznaky používána zkratka BPSD (behaviorální a psychologické symptomy demence). Mezi tyto patří poruchy afektivity (nezvládnutí afektů, deprese, morozita, vztek, úzkost), z poruch chování neklid, agresivní projevy, útky, situaci nepřiměřené chování, jako je třeba pbnazování se na veřejnosti, dále psychotické příznaky (bludy a halucinace), porucha cyklu spánek – bdění, spánková inverze.

V rámci poruch chování může docházet i desinhibici chování sexuálního, postižení mohou vyžadovat po partnerce/partnerovi častou sexuální aktivitu bez adekvátní odpovědi sexuálního cyklu, což může způsobovat problémy v partnerských vztazích. Může dojít i k deviantnímu sexuálnímu chování při nepřítomnosti vhodného sexuálního objektu, často jsou popisovány pedofilní nebo zoofilní aktivity. Takové chování vždy vyžaduje kompletní vyšetření kognitivních funkcí a často i intervenci sexuologa.

Také některé preparáty, především s dopaminergním efektem, které jsou v léčbě organických psychických poruch používány (často například u Parkinsonovy choroby), mohou vést k nabuzení sexuální aktivity, která ne vždy bývá vítaná.

Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

Změna osobnosti a chování může být reziduální nebo průvodní porucha, která následuje nebo doprovází onemocnění, poškození nebo dysfunkci mozku. Organicky podmíněná porucha osobnosti je charakterizovaná významnou změnou chování u premorbidní osobnosti. Změna se týká především projevům emocí, potřeb a impulzů. Kognitivní schopnosti mohou být narušeny většinou v oblasti plánování vlastní činnosti a anticipace jejich pravděpodobných osobních nebo sociálních důsledků. K těmto poruchám chování se řadí i změněné sexuální chování, které se může projevovat hyposexualitou nebo změnou sexuální preference. Při změnách sexuální preference postupujeme stejně jako u léčby příznaků BPSD, tj. podáváním atypických anipsychotik.

Diferenciální diagnostika

Projevy sexuality ve stáří nemusejí být známkou žádného onemocnění. Na to je třeba myslet v případech, kdy u osamělých starých jedinců dochází k navázání přiměřených nových vztahů, které mohou být pro jejich příbuzné či opatrovníky nepochopitelné a nečekané a mohou přinášet komplikace v souvislosti s majetkovým uspořádáním či zavedeným řádem v domovech důchodců či ústavech sociální péče.

Je třeba se vyvarovat i další diskriminace stáří v diagnostice demencí obecně, a myslet i na to, existují onemocnění demenci imitující (hypothyreóza, vitamínové karence, deprese). U mužů je často zmiňován syndrom parciální androgenní deficiencie (PADAM), kdy se nedostatek testosteronu může podílet na poklesu nálady i na poruchách paměti.

U seniorů je vždy také zapotřebí pátrat po možných nežádoucích účincích léků a vzhledem k tomu, že polyfarmakoterapie bývá ve starším věku obvyklá, zvážit i riziko interakcí.

Příznaky pravé poruchy sexuální preference (parafilie), pokud je u pacienta přítomná, bývají s věkem postupně méně zjevné - na rozdíl od parafilního chování, které se někdy objevuje v souvislosti s demencí.

Léčba

Léky volby jsou u neurodegenerativních onemocnění inhibitory acetylcholinesterázy. U části léčených dochází k přechodnému zlepšení kognitivních funkcí, poruch chování, aktivit všedního života a emotivity. U nás je dostupný donepezil, galantamin a rivastigmin.

Další možností léčby je ovlivnění glutamátu, excitačního neurotransmiteru. Tímto mechanismem zřejmě účinkuje memantin.

Pro léčbu BPSD, hlavně psychotických příznaků a agitovanosti, používáme atypická antipsychotika, obecně v nižších dávkách (risperidon, olanzapin, quetiapin).

- **U organických poruch CNS se může vyskytovat zvýšená i snížená sexuální aktivita.**
- **Parafilní chování může být součástí BPSD.**
- **Sexualita ve stáří není projevem žádné patologie.**

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)

Jedná se o jakoukoliv duševní poruchu, která vznikla užíváním psychoaktivních látek (tj. látek vyvolávajících závislost). Psychoaktivní látky mají vliv na chování, vědomí a náladu. Nejproblematictější je pro jedince a jeho okolí narušené chování. Zneužívání návykových látek tedy zahrnuje nejen medicínské, ale i společenské aspekty.

- **Akutní intoxikace** – přechodný stav po požití psychoaktivní látky, který vede k maladaptivnímu chování, je dán účinkem látky na CNS. Maladaptivní chování zahrnuje i nevázané chování sexuální se všemi vyplývajícími riziky a také parafilní chování, kdy může být psychoaktivní látkou odbržděno sebeovládání. Dalšími pojmy v oblasti návykových poruch jsou škodlivé užívání, tolerance, syndrom závislosti, odvykací stav, tělesná závislost, psychická závislost, craving, flashback.
- **Desinhibice** – chování, o němž subjekt ví, že je nebezpečné nebo nevhodné, ale není schopný je potlačit, zahrnuje odbrždění sociálně nevhodného chování alkoholem a benzodiazepiny, nejčastějšími projevy je hostilita, vztek a odbržděné sexuální chování, což může vyústit i ve spáchání sexuálně motivovaného trestného činu.

MKN-10 zahrnuje devět psychoaktivních látek: **alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, stimulancia, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla.**

Drogy a sex bývají spojovány formou nejrůznějších rituálů a celé řadě přírodních i syntetických substancí jsou někdy připisovány účinky zvyšující potenci, vzrušivost či psychickou výkonnost a umocňují tak sexuální prožitek. Skutečnost je mnohem méně barvitá a dá se říci, že naopak dlouhodobé zneužívání jakékoli psychoaktivní látky sexuální funkce poškozuje.

V zásadě lze rozdělit psychoaktivní návykové látky podle jejich základního, nejvýraznějšího účinku do tří skupin (viz také menu vlevo):

Látky budivé (stimulancia, kokain)

Užívání těchto látek vede ke zvýšené sexuální aktivitě, což se projevuje často promiskuitou s rizikem výskytu sexuálně přenosných chorob včetně nejzávažnějších, jako je lues a AIDS. Zvýšená sexuální aktivita však často nekoreluje s kvalitou genitální odpovědi, např. u mužů někdy selhává schopnost dosažení a udržení erekce. Tato skupina uživatelů se často také stává obětí sexuálně násilných trestných činů, vyskytuje se zde hetero i homosexuální prostituce za účelem získání prostředků ke koupi zneužívané látky.

Látky tlumivé (alkohol, opioidy, sedativa, hypnotika)

Obecně je při zneužívání těchto látek charakteristický pokles zájmu o sex až vyhasnutí sexuální touhy, pokud je jedinec sexuálně aktivní, bývá to většinou z důvodů získání nějaké výhody (zachování partnerského vztahu, získání prostředků k dalšímu nákupu návykové látky) než uspokojení z pohlavního aktu. Alkohol v počátcích a při nižších hladinách působí lehce desinhibičně a zvyšuje libido, při vyšších hladinách či vzniku závislosti vede k útlumu sexuální aktivity. Ten se může výrazně projevit až v období abstinence, kdy také při jasném

vědomí postiženým porucha sexuálních funkcí mnohem více vadí. Častá je také patologická žárlivost.

Riziko viktimizace i nákazy sexuálně přenosnými chorobami je v této skupině rovněž vysoké.

Látky halucinogenní (kanabioidy, halucinogeny)

Marihuana je nejčastěji užívaná forma, tvořena sušenými listy a květy konopí, zatímco pryskyřice rostliny se nazývá hašiš. Aktivní látka je tetrahydrokanabinol (THC).

Intoxikace se kromě narušeného chování projevuje také poruchami vnímání (iluze, halucinace), deperzonalizací, derealizací. Do obrazu intoxikace patří zrychlení srdeční činnosti a rozšíření velkých cév, což vede ke zlepšení prokrvení jednotlivých orgánů a lepší cirkulaci hormonů a neuromediátorů, které jsou uvolňovány během sexuálního vzrušení.

Hlavním účinkem halucinogenů je změna vnímání. Kromě klasického představitele, diethylamidu kyseliny lysergové (LSD) sem patří meskalin a psylocibin. Halucinogeny jsou obsaženy také v lysohlávce, houbě sbírané za účelem navození intoxikace. Do skupiny halucinogenů řadíme také fencyklidin a ketamin.

Diferenciální diagnostika

Zachycení a vyšetření jedince, který užívá psychoaktivní látky, bývá obtížné. Postižení mají tendenci podhodnocovat užívané množství, zapírat a manipulovat. Pro nespolehlivost informací je nutná konfrontace s údaji členů rodiny nebo dalších blízkých osob. Časté je spojení s poruchami osobnosti nebo jinými psychickými poruchami. K potvrzení podezření je vhodné toxikologické vyšetření moče a krve.

Léčba

Léčebné postupy u této skupiny poruch jsou uvedeny na www.ceskapsychiatrie.cz – sekce doporučené postupy psychiatrické péče.

Z hlediska sexuálních problémů se lze setkat s případy, kdy abstinence od psychoaktivních látek vede k sexuálními dysfunkcím a nedostatečnému prožívání sexuální slasti. Postižení jedinci hodnotí sexuální prožitek jako málo intenzivní ve srovnání s libými pocity, které jim poskytovaly zneužívané látky.

- **Lidé zneužívající psychoaktivní látky jsou skupinou ohroženou viktimizací a zvýšeným rizikem nákazy sexuálně přenosnými nemocemi včetně AIDS.**
- **Při zneužívání stimulancií může být vzhledem k mechanismu účinku zvýšená sexuální aktivita.**
- **Při zneužívání tlumivých látek je častá nízká sexuální aktivita.**
- **Častá je v těchto skupinách promiskuita i prostituce za účelem získání prostředků k získání návykové látky.**
- **Při abstinenci je často snížena sexuální satisfakce.**

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Do této kategorie poruch patří především (viz také menu vlevo):

- schizofrenie (F20),
- schizotypní porucha (F21),
- trvalé duševní poruchy s bludy (F22).

Schizofrenie

Dle MKN-10 jsou schizofrenní poruchy obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality a autonomie. Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Tyto příznaky, nazývané pozitivní, jsou velmi časté, relativně snadno rozpoznatelné, a patří mezi ně především halucinace a bludy. Přítomnost negativních příznaků, mezi které patří oploštělá emotivita, sociální stažení, úbytek sociálních kontaktů, zanedbávání osobní hygieny a postupný propad všech sociálních a emočních funkcí, bývá často přehlížena, protože jejich rozvoj je plíživý a často i nenápadný. V dalším průběhu onemocnění dochází postupně i k narušení kognitivních funkcí, v některých případech bývá kognitivní deficit dosti značný.

Tito pacienti patří mezi rizikové skupiny obyvatel – vzhledem k jejich životnímu stylu jim hrozí častější viktimizace, mohou se stát oběťmi sexuálního zneužívání a mají vyšší riziko výskytu sexuálně přenosných nemocí včetně AIDS.

V rámci výskytu především pozitivních příznaků může být obsah bludů a halucinací zaměřen i na sexuální oblast. U žen se můžeme setkat s přesvědčením o znásilňování mimozemskými bytostmi, v rámci religiózních bludů také sváděním ďábla v přestrojení. Některé psychotické projevy bývají mylně diagnostikovány jako kvalitativní sexuální poruchy (transsexualita, pedofilie, exhibicionismus) a na závažné onemocnění schizofrenního okruhu se nepomýšlí. Další průběh vývoje poruchy však dříve či později potvrdí, že primární onemocnění je ze schizofrenního, nikoli sexuálního okruhu.

Řada pacientů již před počátkem onemocnění uvedla snížení zájmu o sexuální aktivitu a vedla chudý či žádný sexuální život. Zjišťuje se u nich i vysoký počet jedinců žijících v celibátu. Některé studie potvrzují nízký počet nemocných schizofrenií se zachovalou sexuální aktivitou a partnerským vztahem – procento sexuálně aktivních pacientů se v těchto výzkumech pohybovalo od 26 do 42 %.

Dle nejnovějších studií byly zjištěny hormonální dysbalance u jedinců trpících schizofrenií dlouho před manifestací samotného onemocnění, u žen byl zjištěn zpomalený psychosexuální vývoj, nižší hladiny estrogenů. U mužů je psychosexuální vývoj rovněž opožděn a jsou u nich pozorovány častější poruchy plodnosti.

Studie zabývající se sexuálními funkcemi u schizofrenních neléčených pacientů uvedly pokles libida, ale další komponenty sexuálního cyklu (erekce/lubrikace, vzrušení, orgasmus, satisfakce) byly nenarušené. Pokles libida je považován za jeden z negativních příznaků schizofrenie, stejně jako neschopnost navázat partnerský vztah nebo sociální stažení.

Léčba antipsychotiky, především atypickými, tyto příznaky zlepšuje, takže pacienti z léčby profitují – mají méně psychotických příznaků, zlepšuje se jejich sociabilita i schopnost partnerského vztahu. Na druhé straně však antipsychotika mohou mít svým mechanismem účinku negativní vliv na sexuální funkce.

Poruchy s bludy

Toto onemocnění začíná v pozdějším věku a nebývá při něm postižena osobnost pacienta. Obsahem bludů se mohou stát i problémy ze sexuální oblasti, vyskytující se často v rámci bludů hypochondrických a erotomanických. Emulatoční (žárlivecký) blud rovněž výrazně naruší partnerský vztah a může být i příčinou vymáhání častého pohlavního styku (aby dle bludného přesvědčení partner/ka neměl/a již zájem o další intimní aktivity s domnělým mimomanželským partnerem/kou). Někdy toto chování může navenek budit dojem hypersexuality, ale při detailním rozhovoru bludné pozadí vyjde najevo. Jedinou možnou léčbou je podávání antipsychotik, která dokáží blud dezaktualizovat.

Diferenciální diagnostika

Na schizofrenní okruh onemocnění je nutné vždy myslet v případech, kdy jsou poruchy sexuálního chování, preference či identifikace provázeny dalšími neadekvátnostmi v myšlení a chování. Někdy potvrzení diagnózy vyžaduje určitý časový odstup. Pečlivé psychiatrické a psychologické vyšetření je vždy na místě.

Především u poruch sexuální identifikace (transsexualismus) je psychotické onemocnění relativním vylučujícím kritériem.

Často bývá obtížné odlišit nezvyklé sexuální projevy u schizofrenních nemocných od poruch osobnosti. Zvláště to platí u případů automutilace genitálu z náboženských důvodů, kdy se pacienti chtějí „ubránit pokušení“ a dokládají své jednání citáty z bible. Rozlišení religiózního bludu od fanatické osobnosti bývá velmi obtížné. I v tomto případě je však vhodná aplikace antipsychotik, obvykle s dobrým efektem.

Někdy se v sexuologické ambulanci setkáme i pacientem, který je dlouhodobě stabilizován na udržovací léčbě antipsychotiky způsobujícími hyperprolaktinémii (sulpirid, amisulprid, risperidon), avšak a o své léčbě spontánně neinformuje. Při nálezů hyperprolaktinémie je tedy vhodné vždy se zeptat na užívané léky, a to dříve, než jsou ordinována další stresující i ekonomicky náročná vyšetření k jejímu objasnění.

Léčba

Základem léčby zůstávají antipsychotika (dříve nazývaná neuroleptika), v současné době jsou preferována antipsychotika II. generace (atypická). Globální antipsychotický efekt antipsychotik II. generace je srovnatelný s klasickými antipsychotiky, avšak antipsychotika II. generace příznivěji ovlivňují negativní a afektivní příznaky a kognitivní deficit. Jsou také lépe snášena a zlepšují významněji kvalitu života.

- **Parafilní chování může být prvním příznakem počínajícího psychotického onemocnění.**
- **Snížená sexuální aktivita a schopnost navazovat partnerské vztahy patří mezi základní příznaky schizofrenie.**

- **Antipsychotika zlepšují sociabilitu, ale i mohou způsobit poruchu sexuálních funkcí (lékově navozená hyperprolaktinémie).**

Afektivní poruchy - poruchy nálady (F30-F39)

Dle MKN-10 je hlavním projevem poruch nálady změna nálady ve smyslu snížení (deprese) nebo zvýšení (hypománie, mánie). Tyto změny nálady jsou obvykle doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity. Většina poruch nálady má tendenci k periodicitě a začátek jednotlivých epizod bývá spojen se zátěžovými situacemi. Do této kategorie poruch patří především (viz také menu vlevo):

- depresivní porucha
- manická epizoda
- bipolární afektivní porucha.

Depresivní porucha

Deprese je jedním z nejčastějších psychických problémů vůbec – dle statistik se objeví alespoň jedenkrát v životě u každého pátého člověka. Projevuje se jako stav spojený s nadměrným smutkem, pokleslou náladou, ztrátou zájmu o koníčky i společenský život, únavou, nerozhodností, nízkou sebedůvěrou, poruchami spánku a nezájmem o sexuální život. Lidé postižení depresí v pravém slova smyslu trpí. V rámci autoakuzací (pocitů viny) mohou pacienti sdělovat i často nevýznamné sexuální prohřešky ze svého života (masturbace, nevěra) s tím, že si za to zaslouží trpět.

Intimita – od důvěrných sdělení po tělesnou lásku – je onemocněním pozvolna devastována. Lidem trpícím depresí chybí energie k udržování intimních a láskyplných vztahů, takže může docházet i k jejich narušení. K posílení této neradostné situace může přispět i to, že nemocní často přenášejí své utrpení a bolest, základní příznaky depresivního onemocnění, na své nejbližší okolí. Partner se tak může stát buď objektem k odreagování negativních pocitů, nebo se na něm nemocný může stát extrémně závislým.

Navázání nového vztahu vyžaduje určitou dávku energie a zdravého sebevědomí, tedy vlastností, které se depresivnímu jedinci nedostávají. Navíc neschopnost radovat se z příjemných aktivit běžného života vede ke společenské izolaci a z ní vyplývající nemožnosti potkávat jiné osoby.

Manická epizoda

U nemocných v hypomanii nebo manii je často popisována zvýšená aktivita a zvýšená sexuální apetence, rovněž i lehkomyšlnost v navazování intimních vztahů. Platí to zejména pro hypománii, protože v plně rozvinuté manické epizodě je pro nemocného charakteristické, že není schopen dokončit žádnou aktivitu pro přemíru nápadů a impulzů. Na druhé straně jiné klinické studie uvádějí, že hypersexualita se u manických pacientů nevyskytuje nijak zvláště často.

Pokud je hypomanická fáze vyjádřena jen slabě a chování pacienta nepřekračuje únosnou míru běžného chování, není třeba se sexuálními projevy zabývat a také nejspíše ani pacient sám, ani jeho okolí, nepožádají lékaře o pomoc. Při rozvinutější manické symptomatice

ovšem hrozí nepříjemné důsledky rizikového chování (promiskuita, viktimizace i sexuálně přenosné nemoci).

Bipolární afektivní porucha

Onemocnění, kde dochází k výskytu depresivních a manických epizod, postihuje asi jedno procento populace. V depresivních fázích je v popředí především útlum sexuality, v hypomanických fázích pacient „rozkvétá“, jeví zvýšený zájem o sexuální život i další příjemné aktivity. Problematická bývá varianta rychlého cyklování, kdy v podstatě nedochází mezi jednotlivými fázemi k remisi, pacient špatně spolupracuje při léčbě a je vysoce ohrožen svým rizikovým chováním.

Diferenciální diagnostika

Pečlivě by měl být vyšetřen projev hypersexuality či rizikového chování u pacientů dlouhodobě léčených antidepresivy. Odlišit, zda jde o nově vzniklou hypomanickou fázi či o vedlejší účinek léčby antidepresivy, se může zdát v první chvíli obtížné, vysazení antidepresiv a zvolení jiné léčby však pomůže objasnit příčinu sexuálních problémů.

Někdy bývá těžké vysvětlit pacientovi, že ne všechny potíže v sexuálním životě jsou vedlejším účinkem psychofarmakologické léčby. Nemocní někdy těžko přijímají fakt, že i onemocnění samotné ovlivňuje jejich sexualitu, a že léčba může naopak vést k nápravě. V těchto případech je zapotřebí trpělivé práce na terapeutickém vztahu lékaře a pacienta, v zájmu toho, aby nedošlo ke spontánnímu vysazení léčby a k následné recidivě onemocnění.

Léčba

Antidepresiva obvykle účinně odstraní depresivní příznaky. Postupně se nemocnému vrací jeho „staré já“. Začíná se obnovovat i ztracená intimita v partnerském vztahu a chuť k sexuálnímu životu.

I když je léčba antidepresivy úspěšná, negativní vliv onemocnění na mezilidské vztahy může ještě přetrvávat. Vrátit intimní vztahy na úroveň před začátkem onemocnění vyžaduje trpělivost, laskavost a reálná očekávání od obou partnerů. Někdy je nutná i profesionální psychoterapeutická či sexuologická pomoc. Ta by měla spočívat i v odlišení sexuální dysfunkce způsobené depresí samotnou (což je především ztráta libida), od dysfunkcí navozených antidepresivní léčbou. Mezi antidepresivy navozené sexuální dysfunkce patří především oddálená ejakulace, poruchy lubrikace a potíže s dosažením orgasmu.

- **Snížený zájem o sexuální aktivity je součástí depresivního syndromu.**
- **Obsahem autoakuzací mohou být i sexuální témata**
- **U manického syndromu je časté rizikové sexuální chování.**

Neurotické poruchy (F40-F49)

Neuróza je duševní porucha, u níž je hlavním postižením duševní a/nebo tělesný příznak či skupina příznaků, které jsou pro jedince obtěžující, jsou vnímány jako nepřijatelné, přičemž hodnocení reality není v hrubých rysech narušeno, chování neporušuje základní sociální normy, porucha se může spontánně zlepšit či zhoršit a nepředstavuje pouze prostou reakci na specifický stresor. Neurotické příznaky prožívá občas naznačeně i zdravý člověk.

Z hlediska sexuologického je považována za důležitou psychoanalytická teorie etiologie neurotických poruch, podle které potlačená sexuální přání hrozí proniknout do vědomí a působí úzkost. K ochraně před úzkostí jsou používány obranné mechanismy, jako jsou sublimace, přenos, přesun, vytěsnění.

Symptomatologie neurotických poruch je velmi pestrá a klasifikace neurotických syndromů je konvencí, která se nezakládá na přesném rozpoznání příčin.

Uvedené příznaky způsobují řadu komplikací v mezilidských vztazích, partnerských a sexuálních nevyvíjí se. Není tedy žádnou vzácností, že se tyto lidé obrací i na sexuologa s prosbou o pomoc v partnerských vztazích a ve zvýšené míře trpí i sexuálními dysfunkcemi.

- Úzkostné poruchy
- Disociační poruchy
- Somatoformní poruchy

Úzkostné poruchy

Poruchy, u kterých je dominujícím faktorem úzkost, jsou podle MKN-10 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Jsou heterogenní skupinou psychických poruch, u kterých bývá úzkost a její somatické koreláty dominantním fenoménem. Patří k nim **panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, agorafobie, sociální fobie, specifické fobie, akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, adaptační poruchy a obsedantně-kompulzivní porucha.**

Pacienti s úzkostnými poruchami projevují menší zájem o sexuální život, u žen byl popsán častější výskyt neuspokojivých partnerských vztahů. Je pravděpodobné, že stejnými problémy trpí i muži s úzkostnými poruchami. Na druhé straně sexuální styk a tělesný kontakt mohou úzkost zmírňovat, takže se můžeme setkávat i s fixací na partnera/ku či s promiskuitním chováním. Vzhledem k tomu, že antianxiózní efekt intimního styku je krátkodobý, nenese ve svém konečném důsledku toto chování dlouhodobou úlevu, naopak promiskuita může vztahy komplikovat a přispívat k fixaci úzkostné symptomatiky. Pokud úzkostná porucha přináší problémy v partnerském vztahu, může se sexuální styk stát i spouštěčem panické ataky.

Zajímavý je poznatek, že krátká varianta genu pro serotoninový receptor, která zvyšuje fragilitu pro depresi a úzkost, zároveň vyvolává častou potřebu sexuálního styku ve srovnání s dlouhou variantou.

K etiologii akutní reakce na stres a k rozvoji posttraumatické stresové poruchy patří i sexuální viktimizace, jakou je znásilnění či pohlavní zneužívání. Typickými jsou pro tuto poruchu flashbacky, znovuprožívání traumatizující události se všemi doprovodnými psychickými i tělesnými příznaky.

Disociační poruchy

Poruchy zařazené do skupiny disociačních poruch představovaly dříve typické projevy konverzní hysterie. Tento pojem v oficiálním názvosloví prakticky zmizel, i když se v praxi stále používá.

V pozadí těchto poruch může stát dlouhodobé sexuální zneužívání, a to i v dětství, incestní a pseudoincestní vztahy.

Mezi disociační poruchy lze zařadit i v USA v 80. letech velmi populární (u nás však extrémně vzácně se vyskytující) mnohočetnou poruchu osobnosti.

Somatoformní poruchy

Patří k nim somatizační a hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce a přetrvávající somatoformní bolestivá porucha. Tyto poruchy přinášejí často i potíže v sexuální oblasti - v současném písemnictví jsou v této souvislosti vedeny diskuse o neorganickém vaginizmu, neorganické dyspareunii, parestéziích genitálu a chronických bolestech prostaty po odeznlém zánětu. Zatím jsou však tyto poruchy zařazeny v kapitole Sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou.

Rovněž je zde nutné myslet na možnou přítomnost sexuálního zneužívání v anamnéze. Ve spojitosti s touto skupinou poruch je ze sexuologického hlediska zajímavá diagnóza z oblasti transkulturní psychiatrie: akutní panická reakce zvaná koro, která se projevuje smršťováním a refrakcí genitálu. Vyskytuje se především v jihovýchodní Asii, Číně a Indii.

Diferenciální diagnostika

U těchto poruch je vždy třeba pečlivě vyloučit somatická onemocnění (především kardiovaskulární, endokrinní a neurologická), protože úzkost a další tělesné příznaky jsou nespecifické a zanedbání tělesného onemocnění by bylo vážnou terapeutickou chybou. Život v současných podmínkách je dostatečně náročný a složitý, takže není až tak těžké najít v anamnéze somaticky nemocných i traumatické zkušenosti. Vždy proto existuje možnost falešně pozitivní psychiatrické diagnózy i v případech, když je etiologie příznaků jasně organická.

Léčba

V léčbě skupiny úzkostných poruch jsou používána moderní antidepresiva jako léky první volby.

Jako okamžitá pomoc při zvládnání akutní úzkosti jsou obvykle ordinována anxiolytika, nejčastěji benzodiazepiny. Problémem se stává, pokud jsou ordinována dlouhodobě. Ze sexuologického hlediska mohou vést k orgasmické dysfunkci svým gabaergním působením.

Metodou volby léčby neurotických poruch je psychoterapie, u disociačních a somatizačních poruch má velký úspěch systematická dynamická psychoterapie.

- **Obecně neurotické poruchy snižují kvalitu sexuálního prožitku.**
- **Intimní blízkost může přechodně redukovat anxieta.**
- **V etiologii posttraumatické stresové poruchy i disociačních poruch může hrát roli sexuální zneužívání v dětství či znásilnění v anamnéze.**

Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)

Kapitola obsahuje poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, duševní poruchy spojené s šestinedělím a abúzus látek nevyvolávajících závislost. Do této skupiny poruch jsou řazeny také sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí (F 52), jež byly probrány ve třetí kapitole učebnice.

- Poruchy příjmu potravy
- Neorganické poruchy spánku
- Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím

Poruchy příjmu potravy (F50)

Dle MKN-10 jsou do této kapitoly především zařazeny mentální anorexie a mentální bulimie.

Základem definice poruch příjmu potravy je abnormální chování týkající se příjmu potravy, které vede k medicínským, sociálním a psychologickým důsledkům. Snaha o dosažení štíhlosti postupně ovládne život postiženého jedince a stane se dominantou jeho myšlení, emocí a chování. Ve svých extrémních polohách může ohrožovat i život pacienta či pacientky.

Pud obživný a pud sexuální spolu souvisejí. Psychoanalytici označují chuť k jídlu za touhu po pohlavním uspokojení, srovnávají oblast zájmů o jídlo s oblastí erotického cítění. Jídlo a jeho příjem mohou mít mnoho psychologických významů, může být požitkem nebo také způsobem ocenění. Podle některých psychoanalytických teorií znamená manipulace s jídlem u mentální anorexie snahu udržet si stav nezralosti a vyhnout se sexuálním vztahům. Tyto poruchy postihují převážně ženy, nejčastěji v období dospívání a rané dospělosti, není však výjimkou ani její výskyt v prepubertálním nebo i zralém věku. Muži jsou těmito poruchami postiženi asi desetkrát méně než ženy.

Dle definice MKN-10 jde u **mentální anorexie** o ubývání na váze úmyslně vyvolané a udržované pacientem. Postižení sami usilují o nízkou váhu, jejímž následkem je obvykle podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny, a narušení tělesných funkcí (typická je amenorhea). Hodnota BMI je nižší než 17,5.

U **mentální bulimie** se jedná o opakované záchvaty přejídání a nadměrné zabývání se kontrolou tělesné váhy, které vedou k charakteristickému přejídání s následným zvracením nebo užitím projímadel. Opakované zvracení má často za následek elektrolytické poruchy a somatické komplikace. Snaha opatřit si za každou cenu větší množství jídla může být provázena antisociálním chováním (například krádežemi).

Často se vyskytují částečně vyjádřené a subklinické formy mentální anorexie a mentální bulimie, které přecházejí jedna ve druhou - například anorexie přechází do bulimie, a to od plně vyjádřené formy až k subklinickému syndromu.

I tato skupina psychiatrických pacientek má řadu problémů ve svém sexuálním životě. Pacientky s mentální anorexií jsou častěji svobodné a bezdětné, mají problémy s navazováním partnerských vztahů. Jejich sexuální aktivita a reaktivita jsou sníženy bez ohledu na kvalitu partnerského vztahu a část z nich zůstává bez koitální zkušenosti. (Jiné pacientky s touto

diagnózou však mají běžné heterosexuální uspokojivé vztahy, takže v tomto směru nelze paušalizovat.)

Řada pacientek popisuje obtíže v heterosexuálních vztazích předcházejících začátku poruchy. Většina autorů popisuje též narušený vztah k sexualitě a neschopnost přijmout roli dospělé ženy. Hladovění je interpretováno jako odmítání těhotenství. V řadě dosavadních studií tyto teorie však zcela potvrzeny nebyly. Snížený zájem o sex a chudší sexuální život nebývá u těchto pacientek považován za pravou sexuální dysfunkci. Mohlo by jít spíše o důsledek neuspokojeného pudu obživného (kdy se stupněm vyhladovění klesá zájem o sex), chudých sociálních vztahů (nadměrné zabývání se jídlem a jeho kontrolou zabírá většinu času pacientek) a zhoršující se kvality života.

Problémem souvisejícím se sexualitou u mentální anorexie je amenorhea a z ní vyplývající neplodnost. S těmito problémy se pak pacientky obracejí na své gynekology, kteří někdy ne zcela erudovaně provádějí jak hormonální substituci, tak i homologní či heterologní inseminaci i fertilizaci in vitro. Bez předchozí léčby základního onemocnění a dosažení uspokojivé tělesné hmotnosti však tím ohrožují zdraví jak pacientky, tak i jejího plodu.

Ve srovnání s mentálními anorektičkami mentální bulimičky navazují sexuální vztahy častěji. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn i v jejich koitální frekvenci. Anorektičky uvedly počet pohlavních styků maximálně jednou měsíčně i méně, zatímco bulimičky jednou týdně i častěji. U bulimických pacientek vzhledem k jejich impulzivitě dochází také ke střídání fází sexuální inhibice se sexuální promiskuitou, se všemi možnými riziky z toho vyplývajících.

V literatuře je opakovaně zmiňováno sexuální zneužití v anamnéze pacientek s poruchou příjmu potravy – například v rámci Evropské studie COST bylo v českém souboru pacientek nalezeno 20 % těch, které uvedly nechtěný sexuální kontakt v dětství. Studie k této problematice však docházejí k nejednotným závěrům. Za celkem spolehlivé se dají považovat údaje o vyšším výskytu sexuálního zneužití v anamnéze mentálních bulimických ve srovnání s normou. Specifickým rizikovým faktorem podmiňující vznik mentální bulimie však sexuální viktimizace není.

Diferenciální diagnostika

Diagnóza mentální anorexie bývá obtížná pro popírání potíží, zatajování bizarních jídelních rituálů a odmítání léčby. V myšlení anorektických a bulimických pacientek dominuje tělo a potrava, také emoce jsou zaměřeny na tyto obsahy.

Z psychických poruch jsou poruchy příjmu potravy často spojeny se závislostmi na psychotropních látkách, nejčastěji alkoholu, s obsedantně-kompulzivní poruchou a s poruchami osobnosti. Častá je také suicidální aktivita.

Léčba

Základem léčby poruch příjmu potravy je psychoterapie, z farmakoterapie jsou u mentální bulimie úspěšně podávána antidepresiva SSRI. Samotná léčba sexuálních poruch nevede ke zlepšení onemocnění, i když konzultace sexuologa je v některých případech cenná.

- **U mentální anorexie je častá inhibice sexuality.**
- **U mentální bulimie je časté rizikové sexuální chování.**

- **Je diskutován vliv případného sexuálního zneužívání v dětství.**
- **Časté jsou hormonální poruchy, oligo až amenorrhoea a poruchy plodnosti.**

Neorganické poruchy spánku (F51)

Klasifikace poruch spánku není dosud jednotná, v MKN-10 přetrvává dělení na neorganické poruchy, zařazené do oddílu psychických poruch, a na poruchy organické, spadající do kompetence neurologa.

Spánek je pro každého jedince důležitým ukazatelem dobré tělesné i psychické kondice a jeho kvalita i délka je pro každého individuální. Se spánkem bývá spojena i sexualita (jak to ostatně vyjadřuje i jeden z obecných termínů pro sexuální aktivitu: vyspat se s někým). V rámci REM fáze spánku jsou možné i erotické sny i spontánní erekce, což je považováno za fyziologické. Opakovaná spánková tumescence genitálu je fyziologickým jevem. Obsah erotických snů bývá cenným sdělením při diagnostice poruch sexuální preference, ukazuje preferovanou sexuální aktivitu a preferovaný sexuální objekt. Měření nočních penilních tumescencí lze využít diagnosticky i terapeuticky při poruchách erektility.

Projevy poruch spánku se tak mohou týkat i problémů v sexualitě, kdy neuspokojení z partnerského i sexuálního styku může být faktorem narušení spánku i jeho kvality. Spánek mohou narušovat flashbaky v rámci posttraumatické stresové poruchy po sexuální viktimizaci, depresivní a úzkostná symptomatika související s nekvalitním sexuálním životem.

Zajímavou diagnózou z kapitoly hypersomie je **Kleineův-Levinův syndrom**, který se projevuje atakami hypersomie, nadměrným nebo záchvatovitým příjmem jídla (megafagií) a hypersexualitou. Začíná obvykle v adolescenci a periodický průběh může trvat desítky let. U některých jedinců ataky postupně mizí ve středním věku. V léčbě se osvědčilo lithium.

- **Problémy v sexuálním životě se mohou na poruchách spánku podílet.**
- **Klein-Lewinův syndrom: hypersomie, hyperfagie, hypersexualita.**

Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním (F53)

Zařazení této kategorie do klasifikace duševních poruch neznamená, že by v ní měly být uváděny veškeré poporodní poruchy.

Poporodní psychóza, která je závažným psychotickým onemocněním se širokým spektrem psychotických příznaků (bludy, halucinace, poruchy vědomí, depresivní stupor nebo agitovanost), je méně obvyklá a její léčení patří do kompetence psychiatrů, obvykle v rámci hospitalizace, často i nedobrovolné.

Mnohem častější je **poporodní deprese**, někdy též zvaná poporodní blues. Odhaduje se, že je mnohem častější, než se předpokládá. Po porodu trápí řadu žen sklíčenost. Mezi rizikové faktory této poruchy patří sklon k depresi v anamnéze, hormonální změny, vztahové problémy nebo nedostatečná podpora ze strany manžela a rodiny. Z psychologických faktorů se na vzniku poporodní deprese podílí i pocity bezmoci, které porod vyvolává, nutnost starat se o jiného, nedostatek spánku a v neposlední řadě také necitlivá propagace kojení jako jediného možného prostředku k výživě novorozence. Necitlivý přístup personálu a pohrdavé poznámky k těm matkám, které nedokáží nebo nechťejí své dítě kojít, jen prohlubují pocity viny a

bezmoci, typické pro depresivní symptomatiku. Onemocnění vyžaduje důkladnou léčbu, pokud žena nekojí, je možné podávat antidepresiva, psychoterapie má v její léčbě rovněž nezastupitelné místo.

V tomto stavu záleží na postoji a podpoře otce dítěte i to, jak se bude nadále v páru vyvíjet sexuální život. Pokud žena necítí dostatečnou podporu, odrazí se to i v intimních vztazích. Po porodu a při náročné péči o dítě často dochází u žen k poklesu sexuální apetence, která se může změnit až v sexuální averzi. Ta se může na dlouhou dobu stát terapeutickým problémem.

- **Riziko sekundárních sexuálních dysfunkcí.**

Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)

Tento oddíl MKN-10 sdružuje různé poruchy, u nichž se předpokládá porucha osobnosti nebo které jsou charakteristické určitou dlouhodobou, hluboce v osobnosti zakotvenou poruchou chování. Mimo poruch osobnosti jsou do této kapitoly řazeny rovněž návykové a impulzivní poruchy a poruchy pohlavní identity a preference. O posledně zmíněných bylo pojednáno v samostatné kapitole.

- Poruchy osobnosti
- Návykové a impulzivní poruchy

Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou zřetelné odchylky od očekávaného průměru ve způsobu vnímání a interpretace událostí, v emotivitě, v ovládnutí impulsů a uspokojování potřeb, ve způsobu chování k okolí, zejména v nefunkčním přístupu k lidem a k sociálním situacím, které se stávají zdrojem obtíží.

Tyto vzorce chování, stejně jako pohled na sebe, na druhé a na svět, jsou zpravidla pro nositele přijatelné a egosyntonní, ale vedou ke konfliktům s ostatními. Abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění. Porucha osobnosti často vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu. Bývá obvykle, i když ne vždy, spojena s výrazným zhoršením výkonu v zaměstnání i ve společenské oblasti.

Jako psychologické faktory se uvádějí různé vývojové obtíže, zneužívání v dětství, rodinné problémy.

Cloninger vyvinul ve druhé polovině 80.let minulého století teorii osobnosti, která je označována jako biologická nebo psychobiologická. Používá tradiční termíny temperament a charakter k označení převážně vrozeného versus sociokulturně získaného obsahu osobnosti. Temperament se projevuje automaticky, v mozku je lokalizován převážně do limbického systému a striata. Charakter je vytvářen záměrně v závislosti na individuálních hodnotách a cílech, v mozku je dle Cloningera lokalizován převážně do temporálního kortexu a hipokampu. Cloninger přitom rozlišuje čtyři dimenze temperamentu:

- a. vyhledávání nového, které je spojováno především s dopaminem,
- b. vyhýbání se ohrožení, které je spojováno především se serotoninem,

- c. závislost na odměně, která je spojována především s noradrenalinem, dopaminem a oxytocinem, přičemž na základě humánních studií je zdůrazňována především role dopaminu,
- d. odolnost.

Zajímavé nálezy z oblasti neurotransmiterů v období zamilovanosti mohou vysvětlit i různé chování typů osobnosti a biologický podíl na jejich chování.

Dopamin se účastní i cíleného apetenčního chování a zvyšuje se při zamilovanosti. Jedním ze způsobů, jak hladinu dopaminu zvýšit, je vyhledávání nového. Receptor pro dopaminový neurotransmitter má dvě verze - dlouhou a krátkou, přičemž u jedinců s dlouhou formou byl prokázán vyšší počet sexuálních partnerů.

Při zamilovanosti klesá hladina serotoninu. Pokles této činnosti je spojen s obsesí, což může vysvětlovat typickou neschopnost přestat na milovanou osobu myslet. Paralelně k poklesu produkce serotoninu a stoupající aktivitě dopaminu v mozku sílí i činnost noradrenalinu, který souvisí s energií.

Paranoidní porucha osobnosti

Vyznačuje se nadměrnou citlivostí k nezdarům, neomlouváním urážek, podezíravostí, tendencí chápat mylně skutky jiných jako hostilní nebo opovržlivé, nadměrnému vyzdvihování vlastní významnosti a sebechválou. Problémy v sexualitě způsobuje opakované neoprávněné podezírání sexuálního partnera ze sexuální nevěry.

Schizoidní porucha osobnosti

Vyznačuje se stažením se od emočních, společenských a jiných kontaktů s upřednostňováním fantazie, samotářství, zjevnou lhostejností ke chvále nebo kritice, omezenou schopností vyjadřovat vřelé emoce, trvalou oblibou samotářských činností, nedostatkem blízkých přátel a důvěrných vztahů. Schizoidní jedinci bývají zabraní do sebe, zabývají se často denním sněním. Většina z nich má nízkou potřebu sexuální aktivity, zato rádi oddělují technické aspekty sexuality od interpersonálního kontextu.

Disociální porucha osobnosti

Jejími hlavními projevy jsou lhostejnost ke společenským pravidlům a závazkům, nedostatek citu a chladný nezáměr o ostatní. Chování nelze dostatečně ovlivnit zkušeností včetně trestu. Je u ní malá tolerance k zátěži a nízký práh pro agresivní explozi. Lidé s disociální poruchou osobnosti bezohledně používají druhé jako objekty svého sexuálního vyžití. Z této skupiny se rekrutuje většina sexuálních delikventů, někdy se disociální porucha osobnosti může kombinovat s pravou parafilii.

Samotné zařazení této poruchy do klasifikace duševních nemocí nemusí nutně vést k závěru o nutnosti terapeutické intervence u disociálních jedinců. Psychiatrie jako lékařský obor se pokouší řešit některé individuální aspekty těchto poruch, ale jen okrajově může zasahovat do sociálního nebo právního řešení složité problematiky disociálních projevů, přecházejících často do oblasti kriminální.

Emočně nestabilní porucha osobnosti

U takto strukturovaných jedinců je zřetelná tendence jednat impulzivně, a to bez ohledu na následky takového jednání. Nálada emočně nestabilních osob bývá nestálá, často se mění, obvykle nejsou schopni své jednání a budoucnost plánovat. Tato porucha osobnosti se dělí na dva subtypy: impulzivní a hraniční.

- U **impulzivního typu** převažuje emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity. Běžné jsou výbuchy násilí nebo hrozivé chování, je-li jedinec kritizován. Může dojít i k sexuálními deliktům.
- U **typu hraničního** má postižený má nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích. Mívá chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebevědomí. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti často prožívají intenzivní, ale krátkodobé citové vztahy, což vede k různým emočním krizím. Je pro ně typické rizikové sexuální chování, v sexuálním vztahu mají problémy především s dosažením orgasmu a satisfakcí. Sebevražedné pokusy a jiné sebepoškozující chování jsou u nich časté, vzhledem ke své nestálosti se stávají i oběťmi sexuálních deliktů. Nezřídka jsou zlostní, vehementně se dožadující svých práv, osobně nebo telefonicky obtěžují lékaře, časté u nich bývají i intervence rodiny. Jejich narušená představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních, může v některých případech vést i k deklarování transsexuality. Zde je na místě pečlivá diferenciální diagnóza, pomůže měnlivost příznaků.

Histriónská porucha osobnosti

Tímto termínem byl nahrazen starší termín hysterická porucha osobnosti (pojem hysterický byl vykládán příliš různorodě). Porucha je charakterizována nadměrným vyjadřováním emocí, které jsou velmi labilní a nestálé, dramatickým líčením vlastního života, teatrálností. Tyto osoby, častěji ženy, bývají zvýšeně sugestibilní, egocentrické, stále touží po ocenění druhými, přičemž prožitky ostatních je příliš nezajímají. Jsou schopny různých intrik a manipulativního jednání (velmi často právě v sexuální oblasti), aby dosáhly svých cílů. Přes jejich určitou partnerskou atraktivitu sami nedosahují uspokojení ze sexuální aktivity, kterou daleko častěji používají spíše k manipulacím v rámci partnerského vztahu. Jejich partnerské vztahy bývají velmi konfliktní. Ve vztahu k terapeutovi často dochází ke komplikacím, snaží se svádět a zaujmout osoby opačného pohlaví terapeutického týmu.

Anankastická porucha osobnosti

Výraznými povahovými rysy jsou zde především nerozhodnost, výrazná vnitřní nejistota, pedanterie, sklon k perfekcionismu, zabývání se nepodstatnými detaily, potřeba opakovaných kontrol. Schopnost vyjádřit kladné emoce je omezena, důraz je kladen na pracovní výkonnost, které je dáována přednost před jinými činnostmi, jež přinášejí příjemné prožitky. Popsané charakteristiky jsou přenášeny i do sexuálního života, který je většinou pro anankasty nepodstatný a nedůležitý. Pokud tomu tak není, i na tomto poli se objevuje pedanterie a snaha splňovat kritéria sexuality dle odborné či populární literatury.

Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti

Tito jedinci trpí stálými a intenzivními pocity napětí, obav, nejistoty a méněcennosti. Mají touhu být milováni a uznáváni, jsou přecitlivělí na odmítnutí a kritiku, hledají pevné záruky, že nebudou odmítnuti. Z těchto důvodů bývají omezeny jejich interpersonální vztahy, mají sklon přehánět potencionální nebezpečí v běžných situacích a některým činnostem se proto zcela vyhýbají. Potom bývá jejich způsob života chudý a omezený. Popsaná charakteristika zahrnuje i sexuální oblast, kdy se dotýční sexuálním kontaktům vyhýbají, bojí se selhání, ztrapnění, odmítnutí.

Závislá porucha osobnosti

Takový jedinec žádá od jiných lidí, aby převzali odpovědnost za některé významné oblasti jeho života. Sami se cítí bezmocní, neschopní, jsou celoživotními pesimisty. Podřizují své zájmy a oprávněné potřeby přáním jiných osob, na kterých se cítí závislí. Trpí stálými obavami, že budou opuštěni, žádají v tomto směru opakované záruky. Velmi těžce nesou partnerské neshody či rozchody, mají sklon obviňovat ze svého selhání jiné osoby. Pacienti s touto poruchou touží, aby o ně bylo pečováno, a vyžadují, aby byla věnována okamžitá pozornost jejich potížím. Neuspokojení z vlastního sexuálního života je důsledkem popsanych vlastností.

Jiné specifické poruchy osobnosti

Do této kategorie můžeme řadit jakoukoli jinou specifickou poruchu osobnosti, kterou jsme schopni validně definovat. V americké klasifikaci DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál) se mezi specifické poruchy osobnosti řadí ještě další dvě poruchy osobnosti: narcistická a pasivně-agresivní.

- Hlavními projevy **narcistické poruchy osobnosti** jsou trvalé velikášství a nadměrná pozornost věnovaná sebehodnocení. Pro tyto jedince jsou typické pocity vlastní důležitosti a jedinečnosti. Domnívají se, že jejich problémům mohou rozumět pouze podobně výjimečné osoby a jsou přesvědčeni, že pro ně platí mimořádné společenské normy. Jsou citliví na kritiku, reagují na ni hněvem, studem, nebo pocity ponížení. Jsou závistiví, mají tendenci vykořisťovat jiné, schopnost empatie je u nich snížena. Zakládají si na své atraktivitě a po protějšku vyžadují stejnou dokonalost. Snaha dosáhnout výjimečných sexuálních prožitků je může vést až ke zneužívání druhé osoby ke svým cílům, přičemž sami trpí sexuálními poruchami. Často se z nich rekrutují žadatelé o podpůrné prostředky k dokonalé erekci nebo o plastické operace k úpravě svého zevnějšku, přičemž spokojenost s výsledkem zdaleka není zaručena.
- **Pasivně-agresivní porucha osobnosti** se vyznačuje hlavně skrytým kladením překážek, otálením, neústupností a nevykonností. Tito lidé si často stěžují, jsou kritičtí k jiným, nespokojení, zlostní. Tyto pocity však nevyjadřují přímo, ale prostřednictvím rezistence a negativistického chování. V sexuální oblasti mohou sabotovat intimní život, což vede k problémům v partnerských vztazích.

Diferenciální diagnostika

Poruchy osobnosti ve stadiu dekompenzace je třeba odlišit od psychotických poruch, které bývají v příznacích akutní ataky stálejší a trvají déle - na rozdíl od měnlivých symptomů u

poruch osobnosti. Důležitá je anamnéza, a to i objektivní, aby byl znám stav premorbidní osobnosti. Vzhledem k vlivu aktuálního psychického stavu na klinikův úsudek se považuje za správné provést diagnostiku dvakrát, v době obtíží a po jejich částečném odeznění.

Poruchu osobnosti bychom měli přitom diagnostikovat pouze tehdy, pokud jsme přesvědčeni, že jde o dlouhodobou záležitost, když jsme schopni odlišit poruchu osobnosti od specifické psychické poruchy, a když je naše diagnostické vyšetření v souladu s kritérii MKN nebo DSM.

Léčba

Lidé postižení poruchou osobnosti jen zřídka přicházejí k léčbě kvůli tomu, že jsou nespokojeni se svými osobnostními rysy. Považují je za přirozenou součást své povahy, vesměs jsou přesvědčeni o své normalitě, a pokud si uvědomují, že jim povahové rysy dělají problémy, nepovažují je za léčitelné. Na psychiatrii se však dostávají relativně často, protože potřebují pomoc v době náhlé krize, kvůli depresivním stavům, úzkostným poruchám, poruchám přizpůsobení či poruchám příjmu potravy. Sexuologickou pomoc mohou vyhledat v případech, kdy je jejich sexuální chování zavede do osobních problémů, popřípadě jsou přivedeni partnerem/kou. Obvykle mají zájem o léčbu aktuální poruchy, která je trýzní a obtěžuje, nikoli o změnu osobnostních rysů. Vzhledem k tomu, že se jejich psychické potíže objevují opakovaně a bez změny rysů osobnosti je obtížné tuto situaci změnit, má léčba zaměřená na změnu rysů osobnosti zásadní význam.

- U této skupiny poruch lze nalézt celou škálu kvantitativních i kvalitativních sexuálních odchylek.
- Je důležité rozlišit poruchu sexuální preference od sexuální delikvence u disociální poruchy osobnosti.

Návykové a impulzivní poruchy (F63)

Dle MKN-10 všechny tyto poruchy sdílejí tři základní charakteristiky: a) neschopnost odolat impulzu nebo pokušení udělat něco, co je považováno za nebezpečné, b) postižený si uvědomuje narůstající napětí před provedením činu, c) postižený popisuje stav vzrušení nebo uspokojení ve chvíli, kdy provádí impulzivní čin. Pocit uvolnění může být vnímán bezprostředně po činu příjemně, ale mohou po něm následovat i výčitky nebo lítost. Někteří autoři přirovnávají toto chování k sexuální touze a uvolnění.

Mezi tyto poruchy se zařazuje **patologické hráčství**, jehož dopad na sexualitu může být nepřímý: problémy ve vztazích, dluhy, veškerý čas věnovaný hazardním hram. Dále se do této kapitoly řadí **kleptománie** a **trichotilománie**, k dalším poruchám pak **oniománie** (chorobné nakupování) a **dromománie** (chrobné tuláctví).

Z hlediska sexuologického je z této kapitoly nejzajímavější **pyrománie**, patologické zakládání požárů, která je často spojena se sexuálním vzrušením. Byly popsány případy, kdy postižení při požáru masturbovali. Někteří pyromani popisují uspokojení ze založení požáru jako orgastické. S poruchou může být spojena i tendence k promiskuitě.

Americká klasifikace DSM IV ještě popisuje **intermitentní explozivní poruchu**, která zahrnuje několik ohraničených epizod ztráty kontroly agresivních impulzů. Tato ztráta kontroly vede někdy k závažným trestným činům, mezi které patří i znásilnění. Tyto škodlivé

činy se někdy označují jako „zločiny z vášně“. Zvláštností u agrese tohoto typu je její náhlý rozvoj při současně slabé kontrole emocí.

V rámci přípravy nové americké klasifikace DSM-V je hojně diskutována další porucha, **závislost na sexu**, která je definována dle shora uvedených společných kritérií, a zahrnuje i vysokou promiskuitu a problémy, které postiženému přináší.

V léčbě impulzivních poruch je metodou volby psychoterapie, v závažných případech bývají podávána antidepresiva SSRI (potlačují nutkavé chování), případně antipsychotika.

- **Pyromanie bývá spojena se sexuální vzrušením.**
- **Intermitentní explozivní porucha a „zločiny z vášně“.**

Mentální retardace (F70-F79)

Mentální retardace je **stav** zastaveného nebo neúplného vývoje s narušením dovedností přiměřených pro dané vývojové období. Podle stupně postižení se dělí na **lehkou mentální retardaci**, kdy jsou postižení jedinci vzdělavatelni, **středně těžkou mentální retardaci**, kdy lze mluvit o možnosti částečné vzdělavatelnosti, **těžkou mentální retardaci a hlubokou mentální retardaci**, kdy jsou postižení nevzdělavatelni.

Projevy sexuálního vyžívání u mentálně retardovaných jsou někdy rodinou vnímány jako nepřijemné a nežádoucí, protože do popředí vystupuje diskrepance mezi infantilním chováním a sexualitou. Při snížené schopnosti rozpoznat společenské normy a zvyklosti se u nich často objevuje neskrývaná masturbace nebo obnažování. U některých jedinců se může sexuální puzení prosazovat s prvky agresivity a jejich chování se tak může stát společensky nebezpečným.

Na druhé straně mentálně retardovaní, zejména dívky, se mohou snadno stát obětí znásilnění, svedení nebo incestu. Následná gravidita je často rozpoznána pozdě.

U jedinců s méně závažnými stupni retardace se projevují během dospívání normální fyziologické známky sexuálního vyžívání a tito lehce postižení mohou vést v dospělosti v podstatě normální sexuální život. Těžce retardovaní jedinci jsou schopni sexuálního styku spíše výjimečně. U mentálně retardovaných jedinců je důležitá sexuální výchova, která by měla být koncipována srozumitelně a přiměřeně jejich kognitivním schopnostem. Obvykle je vhodné zabezpečit mentálně retardované (zvláště dívky) i vhodnou antikoncepcí.

Nepokryté sexuální projevy mentálně retardovaných často rodiče či opatrovníky obtěžují. Za jejich nepřiměřené chování se stydí, a někdy dokonce naléhají na případnou desexualizaci (farmakologickou či chirurgickou) svých svěřenců. Jindy od lékařů žádají, aby chování mentálně retardovaných jedinců tlumili podáváním antipsychotik. Ve výjimečných případech je tato léčba plně indikovaná, jindy však spíše dochází ke zbytečnému tlumení postižených. I zde je nutné vždy individuální řešení.

- **Sexuální projevy mentálně restardovaných jsou vnímány jako nežádoucí.**
- **Etické aspekty tlumení sexuality.**
- **Ohrožení viktimizací.**
- **Klíčová role sexuální výchovy a vhodné antikoncepce.**

Sexuální dysfunkce při psychofarmakologické léčbě

Této problematice se nelze při probírání sexuality duševně nemocných vyhnout, protože u nás je většina z nich evidována v lékařské péči a také léčena. S vývojem nových farmak s menším výskytem vedlejších účinků léčby se v 90. letech dostala do popředí i otázka kvality života pacientů, dlouhodobě psychofarmakologicky léčených. Negativní ovlivnění sexuálních funkcí má nejen vliv na kvalitu života pacienta, ale i na vztah lékař – nemocný. Může vést ke špatné vzájemné spolupráci, dokonce až k vysazení terapie a recidivě onemocnění. V běžné populaci je kvalitní sexuální život považován za důležitou složku kvality života u 70 % populace. Pokud lékař nebere tyto okolnosti na zřetel a pacient mu nesdělí, že léky přestal užívat, často nezná příčinu zhoršení stavu a jinak kvalitní léky hodnotí jako neúčinné.

Při hodnocení účinku léčby a jejím vlivu na sexuální funkce je nutno zjistit základní data o sexuálních funkcích před onemocněním, vyloučit primární sexuální dysfunkci. Na tyto potíže je potřeba se cíleně ptát, řada pacientů totiž spontánně sexuální dysfunkce neuvádí, ale je ochotna na otázky ohledně sexuálního života odpovídat. Existuje však i skupina pacientů, kteří o své sexualitě mluvit s lékařem nechťejí. Navíc je nutné při diskusi o sexuálním životě umět vhodně formulovat otázky a vyhradit si na tuto diskusi patřičný prostor. Demyttenaere se svými spolupracovníky ve své práci o účinku psychofarmak na lidskou sexuální aktivitu uvedli zajímavé dělení pacientů zařazených do studií o vlivu léků na sexualitu. Zařazení pacientů do takových studií ústí v selekci tzv. "erotofilních pacientů", kteří jsou ochotni sdělovat fakta o svém sexuálním životě, rádi o něm diskutují a tvoří většinu souboru. "Erotofobní" pacienti účast v těchto studiích povětšinou odmítají. Výskyt vedlejších účinků léčby je pak tímto faktem modifikován.

Při diagnostice sexuálních dysfunkcí farmakologicky léčených nemocných je považováno za klíčové získat souhlas pacienta k diskusi o jeho sexuálním životě a pokud jej pacient nedá, není vhodné se dále na jeho sexuální život ptát. Při nedirektivním postupu je používáno informačních letáků, posterů a předkládání dotazníků, při direktivním postupu je pacient tázán lékařem přímo.

Lékaři bez sexuologické erudice mají potíže při zahájení a vedení rozhovoru o sexuálních funkcích svých pacientů léčených pro jiná závažná onemocnění než jsou sexuální dysfunkce. V této oblasti také přetrvává řada mýtů a existuje také řada důvodů, a to jak na straně lékaře, tak i na straně pacienta, vyhnout se hovoru na toto téma. Lékařům brání v navození hovoru o sexuálních problémech svých pacientů časová tíseň, protože diskuse o tomto tématu vyžaduje určitý časový prostor, obava z narušení pacientova soukromí i chybějící trénink v diskusi o sexuálních otázkách. Často jsou přesvědčeni o tom, že existují důležitější problémy než sexuální život a že sex je vyhrazen jen pro zdravé a mladé jedince. Domnívají se, že pokud má pacient problémy v intimním životě, bude o nich referovat spontánně. Pacient je zase přesvědčen, že se lékař na jeho problémy zeptá sám a netroufá si na toto téma zavést hovor. Svou roli hraje ostych na obou stranách vztahu lékař-pacient. Jednoznačný návod, jak postupovat při exploraci sexuálních potíží psychiatrických pacientů, nelze dát, záleží na tréninku a osobnosti ošetřujícího lékaře. Doporučuje se ptát na tyto otázky až s určitým odstupem v průběhu léčby a otázky formulovat taktně, např.: „o tomto léku, který vám pomáhá, je známo, že může způsobovat problémy v sexuálním životě. Jak je tomu u vás? Jak moc Vám tyto problémy vadí? ...“

- psychofarmakologická léčba může způsobit sexuální dysfunkce
- iatrogeně navozené sexuální dysfunkce jsou častou příčinou non-compliance

- odhalení sexuální dysfunkce vyžaduje dobrý terapeutický vztah

Některé skupiny psychofarmak a jejich vliv na sexualitu

Antipsychotika jsou antagonisté dopaminu, který je za fyziologických okolností zapojen do fáze vzrušení a orgasmu. Jeho blokáda může způsobit ztrátu libida a problémy s orgasmem. Blokáda dopaminových receptorů v tuberoinfundibulární oblasti vede k vzestupu prolaktinu, která pak může působit pokles hladin testosteronu a může mít negativní dopad na sexuální chování. Antihistaminový účinek některých antipsychotik může rovněž způsobit nadměrnou sedaci, blokáda alfa 1 adrenergických receptorů pak poruchy erekce a ejakulace.

Studie vlivu nových atypických antipsychotik (olanzapin, quetiapin, ziprasidon, aripiprazol) zatím svědčí o tom, že tyto léky nezpůsobují výrazné zvýšení hladin prolaktinu a nejsou proto spojovány se vznikem sexuálních dysfunkcí. Dosavadní data se však liší podle sledovaného antipsychotika. Řada studií ukazuje vysokou incidenci sexuálních dysfunkcí (25 – 60 %) u pacientů léčených klasickými antipsychotiky. Z atypických antipsychotik byl stejně vysoký výskyt poruch sexuálních funkcí popsán u risperidonu.

Prevalenci poruch sexuálních funkcí u mužů-schizofreniků léčených antipsychotiky (včetně atypických) podal Peuskens. Jakýkoli druh sexuální dysfunkce byl zjištěn u 54 % pacientů, erektilní dysfunkce u 22 %, potíže s dosažením erekce u 38 %, potíže s jejím udržením u 42 %, poruchy ejakulace u 19 %, kombinace problémů s erekcí a s ejakulací v 30 – 60 %, poruchy orgasmu u 16 % a pokles schopnosti dosáhnout orgasmu u 58 % pacientů. Priapismus byl popsán jen ojediněle, v kazuistických sděleních. Současně však dostupná data o vlivu atypických antipsychotik na sexuální funkce prokazují nejen rozdílný vliv klasických a atypických antipsychotik, ale i rozdíly mezi jednotlivými atypickými antipsychotiky. Mezi antipsychotika nezpůsobující sexuální dysfunkce se řadí aripiprazol, ziprasidon, quetiapin.

Vliv **antidepresiv** na sexualitu může být výrazný. U nemocných léčených antidepresivy je udáván výskyt sexuálních dysfunkcí ve 40 - 80 %, což je více než u těch, kteří farmakologicky léčeni nejsou. S uvedením novějších antidepresiv jsou zjišťovány rozdíly mezi jednotlivými skupinami léků a doporučovány různé postupy volby antidepresiva tak, aby se předešlo výskytu sexuálních dysfunkcí.

SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou nejčastěji podávána antidepresiva. Jejich preskripce byla uvolněna i pro lékaře – nepsychiatry, mají široké indikační spektrum, ale i nejvyšší výskyt sexuálních dysfunkcí. Dualistické antidepresivum venlafaxin má v nižších dávkách podobný mechanismus účinku jako SSRI a i u něj je hlášen vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí.

Antidepresivum typu **NARI** (selektivní inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu, reboxetin) je spojeno s malým výskytem sexuálních dysfunkcí, stejně jako antidepresiva skupiny **SARI** (trazodon, nefazodon, antidepresiva se zdvojeným serotoninovým působením), u kterých byla popsána naopak i stimulace sexuální aktivity. U **dualistických antidepresiv** (mirtazapin, bupropion) je popisován ve srovnání s předchozí skupinou nižší výskyt sexuálních dysfunkcí. Tyto skupiny antidepresiv jsou proto uváděny jako alternativa léčby SSRI a venlafaxinem pro sexuálně aktivní pacienty.

Mezi antidepresiva s **jiným mechanismem účinku** patří stimulátor zpětného vychytávání serotoninu tianeptin a reverzibilní inhibitor monoaminoxidázy moklobemid. I u nich byl zjištěn nižší výskyt sexuálních dysfunkcí než u SSRI a venlafaxinu.

Co se týká **kladného ovlivnění sexuálních funkcí** antidepresivy, v poslední době je pozornost soustředěna na bupropion, jehož kladný vliv na poruchy libida u nedeprativních žen byl popsán v několika studiích. Ze stejného hlediska je zkoumán i trazodon a moklobemid se slibnými výsledky.

Thymopropylaktika by se měla podávat nepřetržitě během depresivních i manických fází. K thymopropylaktikům řadíme lithium, z antiepileptik valproát a karbamazepin, z novějších lamotrigin.

Lithium patří k nejstarším preparátům z této kategorie. Při profylaktickém podávání má prokázaný antisuicidální efekt. U bipolární poruchy představuje lék první volby. Jeho vliv na sexualitu byl zkoumán i v možnosti ovlivnění sexuálně deviantního jednání, kde se osvědčil především u exhibicionistů a sexuálních agresorů. Při podávání lithia se vyskytuje únava, závratě, polyurie, polydipsie, tremor, přírůstek hmotnosti. U některých jedinců může dojít k renální dysfunkci a k hypothyreoidismu. Lithium se nesmí pro svůj teratogenní účinek podávat ženám, které plánují graviditu. Studie sledující výskyt sexuálních dysfunkcí při podávání lithia udaly jejich poměrně malé zastoupení (přibližně 17 %), nejčastější byly poruchy libida a snížení frekvence sexuálních styků, vzácně pak poruchy erektility.

Antiepileptika carbamazepin, valproát a lamotrigin nebyla co do výskytu sexuálních dysfunkcí u bipolárních pacientů zkoumána. Data ze studií u pacientů s epilepsií uvedla rovněž malý výskyt sexuálních dysfunkcí, nejčastěji snížení libida, avšak zůstává otázkou, zda tyto dysfunkce nejsou způsobené onemocněním samotným a nikoli jeho léčbou. Při dlouhodobém podávání valproátu byl popsán syndrom polycystických ovarii.

- **antipsychotika způsobující hyperprolaktinémii mají negativní vliv na sexualitu**
- **antidepresiva SSRI a venlafaxin způsobují vysoký výskyt sexuálních dysfunkcí**
- **trazodon, moklobemid a bupropion mají „prosexuální efekt“**
- **lithium se osvědčilo v léčbě některých parafilií**

Souhrn

Psychiatrie patří k medicínským oborům, z jejichž základů vychází obor sexuologie. Dokládá to i zařazení diagnostických kategorií: F52: Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí, F64: Poruchy pohlavní identity, F65: Poruchy sexuální preference a F66: Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací. Žádný jiný medicínský obor tak čtené zastoupení diagnostických kategorií z oblasti sexuality nemá.

Kvantitativní i kvalitativní poruchy sexuality provázejí psychické poruchy poměrně často. Pokud nejsou výrazně nápadné, lékaři se sexuálními funkcemi svých pacientů zabývají většinou neradi, stejně jako lékově navozenými sexuálními dysfunkcemi. Zvolit vhodnou formu komunikace o sexuálních problémech psychicky nemocných vyžaduje dobrou terapeutickou průpravu a vede k posílení kvalitního terapeutického vztahu.

Společným problémem psychiatrických pacientů léčených psychofarmaky jsou jejich vedlejší účinky v oblasti sexuálních funkcí. Bazální znalosti mechanismu jejich vzniku i možnosti

záměny jednotlivých psychofarmak či jejich augmentace jsou pro psychiatra i sexuologa nezbytné, jinak může docházet ke zbytečné iatrogenizaci.

U organických psychických poruch i poruch schizofrenního okruhu může docházet jak k projevům snížené i zvýšené sexuální aktivity, tak i parafilního chování. Někdy jsou tyto projevy prvními příznaky počínajícího závažného onemocnění. Tito nemocní jsou také více ohroženi sexuální viktimizací. Na druhé straně ale sexualita ve stáří není žádnou patologií, stejně jako přiměřené snahy schizofrenních nemocných o partnerské vztahy.

Afektivní a neurotické poruchy snižují kvalitu sexuálního života, snížení libida patří k příznakům depresivní poruchy. U manických pacientů je popisováno rizikové sexuální chování, v etiologii posttraumatické stresové poruchy i disociačních poruch může hrát roli znásilnění či sexuální zneužívání v anamnéze. Podobně je tomu i u poruch příjmu potravy, u mentální anorexie je častěji popisována inhibice sexuality, u mentální bulimie impulzivní rizikové sexuální chování. Mentální anorexie je spojena i s poruchou plodnosti, léčba infertility bez léčby základního onemocnění je závažným lékařským pochybením.

Za poruchami spánku se mohou skrývat problémy v sexuálním životě, samostatnou diagnostickou jednotkou, zahrnující hypersomnii, hyperfagii a hypersexualitu je Klein-Levinův syndrom. U poruch spojených s těhotenstvím, porodem a šestineděním je při komplikacích nezanedbatelné riziko vzniku sekundárních sexuálních dysfunkcí, prevencí je především vhodný psychologický přístup.

Poruchy osobnosti jsou značnou nehomogenní skupinou, projevy jejich poruch v sexuální oblasti lze nalézt v celé škále kvantitativních a kvalitativních odchylek. Sexuologickou pomoc mohou vyhledat v případech, kdy je jejich sexuální chování zavede do osobních problémů. Pro impulzivní poruchy je charakteristická neschopnost impulzu odolat a vzrušení při provedení impulzivního činu.

U mentálně retardovaných jedinců jsou jejich sexuální projevy vnímány jako nežádoucí, nezastupitelnou roli hraje sexuální výchova i volba vhodné antikoncepce. Jejich sexuální chování může být jak agresivní, tak se mohou stát obětí sexuálních deliktů. Tlumení sexuálních projevů mentálně retardovaných má důležitý etický aspekt.

Literatura:

- Bancroft J., ed. The Pharmacology of Sexual Function and Dysfunction. Amsterdam: Elsevier Science BV 1995, 307-322
- Bobes J., García-Portilla M.P., Rejas J., Hernández G., Garcia-garcia M., Rico-Villademoros F., Porrás A.: Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine or haloperidol: the results of the EIRE study, *J. of Sex and Marital Ther.*, 2003, 29:125-147
- Clayton A.H., Pradko J.F., Croft H.A., Montano C.B., Leadbetter R.A., Bolden-Watson C., Bass K.I., Donahue R.M.J., Jamerson B.D., Metz A.: Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants, *J.Clin.Psychiatry*, 2002, 63: 357-366
- Cloninger C. R., Svrakic D. M.: Personality disorders, In: Sadock B. J., Sadock V. A., eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 200, 1723-1764
- Demyttenaere, K., DeFruyt, J., Sienaert, P.: Psychotropics and sexuality, *Int. Clin. Psychopharmacology*, 1998, 13 (suppl.6): S35-S41.
- Gitlin M.J.: Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology and treatment approaches, *J.Clin.Psychiat.*, 1994, 55: 406-413
- **Látalová K., Balon R.: Sexuální funkce u schizofrenních pacientů, *Psychiatrie*, 2008, 12:147-153**
- Meston C.M., Frolich P.F.: The Neurobiology of Sexual Function, *Arch.Gen.Psychiatry*, 2000, 57: 1012-1030
- **Mezinárodní klasifikace nemocí-10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování, *Psychiatrické centrum Praha*, 2006, 251 s.**
- Peuskens J., Sienaert P., De Hert M.: Sexual dysfunction: the unspoken side effect of antipsychotics, *Eur. Psychiatry*, 1998, 13 (Suppl.1):23s-30s
- **Praško J. a kol.: Poruchy osobnosti, vyd. 1., Praha: Portál, 2003, 360s.**
- **Raboch J.: Sexual development and life of psychiatric female patients, *Arch.Sex. behav.*, 1986, 5: 341-353**
- **Raboch J., Zvolský P. a kol.: *Psychiatrie. Galén, Praha, 2002, 622 s.***
- Sadock B.J., Sadock V.A.: *Kaplan & Saddock's comprehensive textbook of psychiatry*, Volume I, 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005, 2054 s
- Seagraves R.T., Balon R.(2003): *Sexual pharmacology: fast facts.* www Norton&Company Inc. New York
- **Zvěřina J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno, Cerm, 2003, 287 s.***
- **Žourková A.: *Klinická sexuologie, MU Brno, 2002, 35 s.***
- **Žourková A., Robeš M., Havlíková P., Obrovská V.: Výskyt sexuálních dysfunkcí při léčbě antidepressivy u ambulantních pacientů *Psychiatrické kliniky FN v Brně, Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2004, 100: 125-133**
- **Žourková A., Kašpárek T., Skotáková S., Večeřová M.: Sexuální funkce u mužů léčených antipsychotiky, *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2005, 101: 246-251**