

Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce chápeme jako **kvantitativní poruchy sexuální výkonnosti**. Jde o kategorii chápanou velmi různě různými autory. V literatuře nalezneme pojetí, kladoucí důraz na funkční nebo psychogenní povahu sexuálních dysfunkcí, stejně tak pojetí, vycházející z biologických etiologických faktorů. Největší část odborníků však prosazuje koncepci **multifaktoriální etiologie** těchto stavů.

Mezi oblasti, které se týkají sexuálních dysfunkcí, patří zejména:

- **sexuální vzrušivost,**
- **chuť do sexu** (*apetence, libido*),
- **reakce genitálu.**

Málo sledovanou, avšak jistě důležitou, je oblast **sexuálního uspokojení** (*satisfakce*). Tato výsostně psychická kvalita v konečné instanci rozhoduje o tom, jak subjekt svoji sexualitu hodnotí, jak je s ní spokojen.

Tradiční hodnocení sexuálních dysfunkcí vychází z čistě heterosexuálního modelu lidského sexuálního chování. Avšak také lidé orientovaní homosexuálně, mohou trpět stejnými sexuálními poruchami, jako heterosexuální většinová populace.

Sexuální dysfunkce jsou vděčným objektem lékařské péče v celé řadě oborů. Věnují se jim kromě nepočetných sexuologů zejména gynekologové, urologové a psychiatři. Mnoho partnerských problémů sexuálních dysfunkcí a také partnerský sexuální nesoulad vyžaduje soustavnou péči zkušených psychologů a psychoterapeutů. Je důležité, aby lékaři a ostatní zdravotníci profesionálové měli dostatek zájmu a empatie ve vztahu k sexuálním problémům svých pacientů a patientek.

Klasifikace WHO

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) se snaží přesně klasifikovat sexuální poruchy „funkční“, tedy takové, které nemají souvislost s organickými příčinami. Protože v této oblasti se nacházíme na půdě typických psychosomatických souvislostí, je v praxi velice nesnadné tuto klasifikaci beze zbytku dodržet. Rozlišují se poruchy:

1. **sexuální apetence** (**F52.0** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.0>) **Nedostatek nebo ztráta sexuální apetence**, **F52.1** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.1>) **Odpor k sexualitě - sexuální averzivní porucha**);
2. **sexuální vzrušení** (**F52.1** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.1>) **Nedostatečné prožívání sexuality**, **F52.2** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.2>) **Selhání genitální odpovědi**);
3. **orgasmus** (**F52.3** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.3>) **Dysfunkční orgasmus**, **F52.4** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.4>) **Předčasná ejakulace**);
4. **sexuální bolestivé poruchy** (**F52.5** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.5>) **Neorganický vaginismus**, **F52.6** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.6>) **Neorganická dyspareunie**);
5. **zvýšený sexuální pud** (**F52.7** (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.7>) **Hypersexualita**).

Kategorizace sexuálních dysfunkcí

Každá sexuální dysfunkce by měla být v diagnostickém závěru definována zejména v těchto kategoriích:

Sexuální dysfunkce primární či sekundární

O **primární** dysfunkci hovoříme, vyskytuje-li se u pacienta od počátku jeho pohlavního života. **Sekundární** jsou dysfunkce, vyskytující se po určitém delším období bezporuchového pohlavního života.

Sexuální dysfunkce úplná či částečná

Úplná sexuální dysfunkce znamená praktické chybění některé fyziologické sexuální kvality. Tedy chybění lubrikace, chybění pevné erekce, chybění orgasmu a pod. **Částečné** jsou ty dysfunkce, kde příslušná sexuální funkce je narušena jen do jisté míry (například nespolehlivá erekce, sporá lubrikace, občasné chybění orgasmu a pod.).

Sexuální dysfunkce generalizovaná či selektivní

Generalizovaná dysfunkce není vázaná na aktuální partnerský vztah a je vzhledem ke konkrétnímu partnerovi autonomní. **Selektivní** dysfunkce je vázaná na určitý partnerský vztah a jeho kvalitu.

Sexuální dysfunkce převážně funkční (psychogenní) či převážně organicky podmíněná

Epidemiologie sexuálních dysfunkcí

Prevalence

sexuálních dysfunkcí v populaci není přesně známa. Nesporné je, že většina těchto poruch se ve své mírnější podobě vyskytuje alespoň někdy v životě u většiny lidí. V průzkumu sexuálního chování reprezentativního vzorku české populace uvedlo 17 % žen a 19 % mužů, že někdy v životě trpěli sexuální poruchou. Ve stejném průzkumu 11 % žen a 15 % mužů uvedlo, že mají sexuální problémy aktuálně (DEMA 1998).

Věk při začátku sexuální dysfunkce

prvým vrcholem výskytu jsou debutantní nezdary při prvních pohlavních stycích, tedy potíže u lidí ve věku do dvaceti let. Následují potíže s průběhem partnerského sexuálního života. Často nejde o pravé sexuální dysfunkce, nýbrž o typický partnerský nesoulad (viz příslušnou kapitolu). Důležitým obdobím z hlediska snižující se sexuální výkonnosti je involuce, a to u mužů i u žen.

Průběh a prognóza sexuálních dysfunkcí

Průběh sexuálních dysfunkcí je kvalitativní, o které víme jen málo. Známe dysfunkce s celoživotní osudovou povahou. Nejčastěji však pozorujeme různě časované kolísání intenzity příznaků s kratšími i delšími remisemi.

Etiopatogeneze sexuálních dysfunkcí

Příčiny sexuálních dysfunkcí jsou pestré. Uplatňují se zde faktory konstituční, biologické, psychické i sociální. Jen u malé části těchto poruch lze jednoznačně stanovit jedinou rozhodující příčinu. Například při těžké poruše erekce cévní defekt. U většiny dysfunkcí je třeba předpokládat **multifaktoriální** etiologii.

Léčba sexuálních dysfunkcí

Behaviorální terapie

V terapii sexuálních dysfunkcí se již desítky let uplatňuje důsledně psychosomatický přístup s důrazem na celostní analýzu každého případu. Dominantní roli v terapii má specifická psychoterapie, orientovaná behaviorálně (**sexoterapie**). Důležité je, že sexoterapie se uplatní dobře též u těch sexuálních dysfunkcí, které mají jednoznačně organickou povahu.

Medikamentózní léčba

Důležitou roli v léčení sexuálních dysfunkcí má farmakoterapie. Používají se medikamenty s účinky **centrálními** (dopaminergní léky, antidepresiva, anxiolytika) i **periferními** (vazodilatancia, spasmolytika). Svě místo v léčbě sexuálních dysfunkcí mají též exogenní hormony, především androgeny (u mužů i žen) a estrogeny (při jejich deficitu u žen).

Životospráva

Velký význam pro léčbu sexuálních dysfunkcí má snaha po zlepšení celkové psychické i tělesné kondice pacientů. Stresy všeho druhu ovlivňují sexuální život všech lidí negativně. Již klasik A. Kinsey (https://en.wikipedia.org/wiki/Alfred_Kinsey) zdůrazňoval, že nejlepším afrodiziakem je dostatek pohybu na čerstvém vzduchu a důkladný spánek.

Odkazy

Související články

- Sexuální dysfunkce u mužů
- Sexuální dysfunkce u žen
- Psychofyzologie lidské sexuality

Zdroj

Autor: **doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.** (*přednosta Sexuologického ústavu 1. LF a VFN*)