

# **K novým koncepcím ženských sexuálních dysfunkcí a jejich významu pro psychologickou praxi**

**Mgr. Kateřina Hollá, Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., MUDr. Martin Hollý**

## ÚVOD

Vzhledem ke kritikám současných koncepcí sexuálních dysfunkcí a nutnosti zaměřit se na psychologicko-subjektivní aspekty je jejich definice též téma pro psychology. Sexualita je součástí lidského fungování. Je to komplex fyziologických a psychologických faktorů. Sama o sobě je velmi složitá a proto definovat, zjistit prevalenci a zhodnotit správně sexuální poruchy bývá někdy obtížným úkolem v rámci komplexního klinicko-psychologického vyšetření.

Již samotný pojem dysfunkce je problematický. Jedná-li se o vaginismus, dyspareunii či u mužů předčasnou ejakulaci, můžeme je jistě nazvat sexuální dysfunkcí. Nicméně u mnohých ženských funkčních poruch je možná vhodnější termín problém či potíže. Avšak vzhledem k potřebě jednotné terminologie a vzhledem k možnosti využívat tyto definice v epidemiologických studiích, zůstává jednotný pojem dysfunkce platným pro označení všech poruch tohoto typu (Lewis et al., 2004).

Současné definice dysfunkcí – zejména těch ženských – jsou kritizovány kvůli **důrazu na medicínská kritéria a zejména kvůli lineárnímu pojetí ženské sexuality**, které nebere v úvahu **interaktivnost ženských sexuálních poruch** (Leiblum, 2001) (Basson, 2001 b). Mnoho ženských dysfunkcí nejsou poruchami samy o sobě, ale spíše jsou adaptivní reakcí na problémy v sexuálním vztahu (Bancroft, 2002). Kritika směřuje i vůči snaze jednotlivé typy dysfunkcí diferencovat - jsou navzájem provázané, vyskytují se často současně či jedna porucha ovlivňuje poruchu jinou. V praxi se ukazuje, že téměř žádná z nich neexistuje sama o sobě. Spíše je nutné vnímat je jako celkovou inhibici sexuální reaktivity vlivem různých intra- či inter-personálních faktorů (Lewis et al., 2004).

Na současných zpřesňujících definicích sexuálních dysfunkcí pracovala osmičlenná komise z pěti různých zemí, která navázala na poslední revizi z roku (Basson et al., 2000) V současné době definice schválené Světovou sexuologickou asociací obecně nerozlišují mezi organickou a psychogenní příčinou poruchy a navzájem se nevyklučují (Lewis et al., 2010):

1. *Porucha sexuálního zájmu/touhy/apetence* je definována jako vymizení či chybění sexuální touhy či zájmu, chybí sexuální myšlenky a fantazie. Jedinec zažívá nedostatek subjektivní touhy k sexu, motivace (důvody či podněty) ke snaze o sexuální vzrušení je zřídka či zcela chybí. Nedostatek zájmu je za hranicí normálního snížení vzhledem k životnímu cyklu či délce vztahu. Tato definice platí, jak pro muže, tak pro ženy, nicméně v některých epidemiologických studiích byla tato kategorie pro muže zanedbávána, avšak v klinické praxi je často popisována.

*Sexuální averze (odpor k sexu)* je extrémní úzkost a/nebo nechut' při očekávání nebo při pokusech o sexuální aktivitu.

2. Další kategorií sexuálních poruch je porucha *sexuálního vzrušení*. Tato kategorie je rozdělena do tří podkategorií. *Poruchy genitálního sexuálního vzrušení*, jsou charakterizovány narušenou či chybějící genitální odpovědí na sexuální vzrušení. U žen subjektivní popisy zahrnují minimální tumescenci vulvy a/nebo vaginální lubrikace při jakékoli sexuální stimulaci a snížené vnímání sexuálního vzrušení při stimulaci genitálu. Subjektivní sexuální vzrušení je však přítomno při negenitálních sexuálních podnětech. Tato podmínka je subjektivně sdělována pacientem.

*Porucha subjektivního sexuálního vzrušení* je charakterizována absencí či výrazným snížením přítomnosti pocitů sexuálního vzrušení (vzrušení a potěšení) při jakékoli sexuální stimulaci. Vaginální lubrikace či další známky fyzické reakce jsou však přítomny. Kombinovaná genitální a subjektivní poruchy sexuálního vzrušení je charakterizovaná chyběním či výrazně sníženým prožíváním pocitů sexuálního vzrušení při jakékoli sexuální aktivitě a zároveň narušení či absence genitální sexuální odpovědi (vaginální lubrikace a tumescence).

*Porucha přetrvávajícího genitálního vzrušení* je spontánní, rušivé a nechtěné genitální sexuální vzrušení (brnění, pálení či pocity pulsování genitálu) bez přítomnosti prožívání sexuálního zájmu či touhy. Vzrušení přetrvává několik hodin či dní a není zmírněno dosažením orgasmu.

U mužů se jedná o *erektální dysfunkci (ED)* je definována jako přetrvávající či opakující se neschopnost muže dosáhnout a/nebo udržet penilní erekci dostatečnou k sexuální aktivitě. K určení diagnózy je zapotřebí trvání poruchy minimálně po tři měsíce. V některých případech například po traumatu či chirurgickém zásahu může být diagnóza stanovena ještě před touto dobou. Objektivní testování (či zpráva od

partnera) mohou být použity k podpoře této diagnózy, nicméně nemohou nahrazovat subjektivní výpověď pacienta při klasifikaci této poruchy či stanovování diagnózy.

3. **Poruchy orgasmu** u mužů i žen jsou definovány jako neschopnost dosáhnout orgasmu, či výrazně zmenšená intenzita prožívání orgasmu či významně zpožděný orgasmus během jakékoli vědomé sexuální aktivity. U této poruchy však pacienti deklarují, že je u nich přítomno ve vysoké míře sexuální vzrušení.

*Předčasná ejakulace* je ejakulace, která vždy či téměř vždy nastane dříve, než je žádoucí, buď před či velmi krátce po vaginální penetraci. Pacient není schopen ejakulaci oddálit při žádné či téměř žádné vaginální souloži a způsobuje mu nepříjemné osobní pocity jako je stres, frustrace či vyhýbání se sexuálními aktivitám. I tato diagnóza je zejména založená na subjektivním popisu stížností pacienta. *Opožděná ejakulace* je nepřiměřené opoždění při dosahování vrcholu v sexuální aktivitě. *Anejakulace* je absence ejakulace při orgasmu.

4. **Bolestivé sexuální poruchy.** *Dyspareunia* je přetrvávající či opakující se bolest během sexuální aktivity. *Vaginismus* je přetrvávající či opakující se nemožnost umožnit penetraci penisu, prstu či jakéhokoli jiného objektu do vagíny, přestože si to žena sama přeje.

Každá z výše zmíněných diagnóz je rozdělena do několika podkategorií:

- A. celoživotní versus získaná
- B. generalizovaná versus situační
- C. kategorie dle etiologie (organická, psychogenní, kombinovaná, neznámá).

Podkategorie by měly být stanoveny na základě podrobné anamnézy, jak zdravotní, tak psychologické a situační, ale i na základě laboratorních testů a somatického vyšetření (Basson et al., 2000).

Obtíže v oblasti sexuality jsou pro ženy velmi časté a běžné. Nicméně je velmi sporné, zda problémy, které způsobují nepříjemné pocity, je nutné nazývat „dysfunkcí“ jako opositum k normální či logické reakci na obtížnou situaci (např. problémy ve vztazích, kulturní faktory atd.) (Basson, 2005). Některé studie též poukazují na to, že jestliže se praktický lékař začne zajímat o sexualitu, stoupne u něj počet žen se sexuální dysfunkcí (Nazareth et al., 2003).

## ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Současné definice ženských sexuálních dysfunkcí byly založeny na lineárním modelu lidské sexuální reaktivity podle Masterse a Johnsonové (1966), které revidovala Kaplanová (1969). Model předpokládá lineární postup od počátečního vnímání sexuální touhy ke vzrušení s důrazem na genitální tumescenci a lubrikaci, které vede k orgastickému uvolnění a ukončení sexuální aktivity. Tudíž definice vyplývající z tohoto pojetí jsou pouze lineárně pojaté, s velkým důrazem na genitální odpověď.

V posledních deseti letech byly Americkou asociací pro urologická onemocnění navrženy revize (Basson, 2003). Vedly k přijetí a publikaci nového konsensu v sexuální medicíně (Basson et al., 2004 a). Následovala další revize, která byla uveřejněná v Journal of Sexual Medicine v roce 2010 (Brotto, 2010). Jedná se o závěry pětičlenné komise, která revidovala a aktualizovala kapitoly o ženských sexuálních dysfunkcích. Současné pojetí dle jak DSM IV (The four Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), tak MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, 10. revize) ženské sexuální dysfunkce rozčleňují do kategorií – nízká sexuální vzrušivost, nízká apetence, problémy s orgasmem a bolestivé poruchy. Současně různé epidemiologické studie potvrzují, že nejčastěji se vyskytující dysfunkcí u žen je nízká sexuální apetence. I tato dysfunkce je však málokdy v klinické praxi popisována jako samostatná (Leiblum, 1998).

.

### 1. Normální sexuální funkce ženy

Klinické i empirické studie zejména zdravých žen žijících v Severní Americe či Evropě přispěly k objasnění reaktivního sexuálního cyklu, který je velmi odlišný od lineárního modelu jednotlivých přesně od sebe oddělených fází zmíněného výše. Ženy popisují překrývání různých fází sexuální reaktivity v různých sekvencích, které splývají s reakcemi mysli a těla (Basson, 2005) (viz obr.1). Ženská sexuální motivace je navíc daleko komplexnější než pouhá přítomnost či absence sexuální touhy (která je definována jako představy či fantazie o sexu či touha po sexu mezi jednotlivými sexuálními aktivitami).

### **Obr. 1: Cyklus sexuální reaktivity ženy dle Bassonové**

Tento „cyklus“ ukazuje reaktivitu sexuální touhy zažívanou během sexuální aktivity a zároveň různou úroveň spontánní či iniciační sexuální touhy. V „počátečním“ stádiu (vlevo) je jakási sexuální neutralita, ale s pozitivní motivací k sexu. Ženské důvody k podněcování či souhlasu se sexem zahrnují jak touhu vyjádřit lásku, přijmout a sdílet fyzické potěšení, tak i potřebu cítit emoční blízkost, potěšit partnera či zvýšit vlastní pohodu. Všechny tyto důvody mohou vést k hledání a vědomému soustředění se na sexuální podněty. Podněty jsou zpracované rozumem, ovlivněné biologickými a psychologickými faktory. Výsledný stav je subjektivním sexuálním vzrušením. Pokračování v sexuální stimulaci umožňuje zintenzivnění sexuálního vzrušení a stává se spouštěcím mechanismem sexu: přítomna je zde už i sexuální touha, která v počátku chyběla. K sexuálnímu uspokojení, s orgasmem či bez orgasmu dochází tehdy, jestliže stimulace pokračuje dostatečně dlouho a žena se na podněty může soustředit, pocit ze sexuálního vzrušení si užívá a nepocituje žádné negativní prožitky, jako například bolest (Basson, 2005).

Na začátku sexuální aktivity žena nemusí cítit vůbec žádnou sexuální touhu. Její motivace k zahájení sexuálního kontaktu jsou komplexní a zahrnují zvýšení emoční a intimní blízkosti s partnerem, zlepšení vlastního pocitu a zvýšení sebehodnocení – pocitu atraktivity, ženskosti, potřebnosti, pocitu, že je milována, žádána, či naopak zmírnění pocitu úzkosti a pocitu viny z vyhýbání se sexuálnímu kontaktu (Regan et al.,1996) a (Cain et al.,2003).

Jestliže je žena ochotná k sexuálním aktivitám, rozhodnuta si je užít, soustředí se na partnerskou sexuální stimulaci. Pokud je stimulace vyhovující, partneri mají dostatek času a žena může zůstat soustředěná po celou dobu stimulace, její vzrušení a potěšení stoupá a zintenzivňuje se. Nicméně typ stimulace, potřebný čas a celý kontext (jak erotický, tak interpersonální) je vysoce individuální. Pozitivní emocionální a fyzické vyústění výrazně posílí motivaci do další sexuální aktivity (Basson, 2005). Některé ženy zažívají spontánní sexuální touhu, která vede ke vzrušení, některé ženy ji zažívají pouze v některých obdobích menstruačního cyklu. Tato spontánní sexuální touha se zvyšuje s novým partnerem a klesá s věkem.

Současné definice sexuálních dysfunkcí však předpokládají, že ženská sexuální reaktivita vždy začíná sexuální touhou, která je doprovázená myšlenkami a fantaziemi a jejich absence je považována za poruchu.

## 2. Porucha sexuálního zájmu/touhy/apetence

Poruchy sexuální apetence jsou velmi specifickou problematikou především v tom, že oblast těchto poruch není přístupná objektivnímu měření, neexistují nástroje, kterými je možno ji změřit. Též zavedení norem, co je "zdravá či správná" sexuální apetence, zůstává pouze teoretickým konstruktem. Tyto normy totiž mohou být pouze subjektivní. To, co vyhovuje jednomu danému jedinci, nemusí být míra, frekvence či intenzita vyhovující také jeho/jejímu partnerovi. Pro zkoumání sexuální apetence je nutné přihlídnout jak k bazálním biologickým faktorům - hormonálním, genetickým, ale též k biologickým faktorům aktuálním, jako je celkový zdravotní stav, věk. V mnoha případech pak mohou hrát významnou roli i faktory sociokulturní, historické a subjektivně psychologické.

Současné definice diagnózy HSDD (hypoactive sexual desire disorder), uváděné jak v DSM IV tak MKN 10, se soustřeďují na „permanentní či opakovaný nedostatek (či ztrátu) sexuálních fantasií a touhy po sexuální aktivitě“, které žena pociťuje jako nepříjemné či jí způsobují interpersonální obtíže.

Kratochvíl (2003) zařazuje nedostatek sexuální touhy mezi poruchy mužské sexuální apetence, zatímco u žen slučuje anorgasmii (chybění pocitového vyvrcholení při sexuální stimulaci), frigiditu (chybění sexuální touhy a vzrušivosti) a sexuální averzi. Dále podotýká, že chybění sexuální touhy u žen je zpravidla spojeno s neschopností nebo sníženou schopností vzrušení, lubrikace a dosahování orgasmu. Klinická praxe však potvrzuje, že existují ženy, které sice trpí syndromem nedostatku sexuální touhy, ale mohou se při adekvátní stimulaci vzrušit a dosáhnout orgasmu - pouze sex nevyhledávají (Graziottin et al., 2009).

Tyto definice jsou však, zvláště v posledních letech, často kritizovány (Brotto et al., 2009). Jednak proto, že se jedná o patologizaci žen na základě faktu, který samy ženy nepovažují vždy za relevantní a důležitý. Navíc ženy mohou zažívat velmi uspokojující sexuální život v partnerství, přestože subjektivně sexuální touhu nepociťují (Brotto, 2010). Nedostatek sexuální touhy může, ale též nemusí být ženami považován za problém, který způsobuje stres či redukuje sexuální spokojenost (Sjögren Fugl-Meyer, 2004). Zaměření pouze na výskyt a

frekvenci sexuálních myšlenek a aktivit se stává kvantitativním ukazatelem, přičemž je zcela zanedbáván význam a subjektivní kvalita sexuální touhy jedince.

Jednou z nejdůležitějších námitek vůči současným definicím poruch apetence je fakt, že nejsou založeny na pocitech a subjektivním prožívání žen (Both et al., 2004), (Laan et al., 1995). Bassonová (2001 a) předkládá nové pojetí sexuálního fungování žen, které popisuje jako už uvedený „sexuální responsivní cyklus“, o němž se předpokládá, že žena svoji sexuální aktivitu zahajuje z různého důvodu a „pocit'ování“ sexuální touhy je pouze jednou z mnoha možností. Tento model přitom zdůrazňuje, že sexuální touha může nastat až jako reakce na sexuální vzrušení a nemusí mu vždy předcházet.

Sexuální touha by měla být nahlížena jako důsledek jakéhokoli stimulu, který je pro ženu sexuálně adekvátní a aktivizuje její sexuální systém. Sexuální touha je pouze jednou z komponent tohoto systému a nelze ji redukovat pouze na genitální reaktivitu (Brotto, 2010).

Porucha apetence však může být i symptomatickým důsledkem jiných poruch, například neurologických onemocnění postihujících autonomní nervový systém (Zorzon et al., 1999), nebo se může vyskytnout jako nežádoucí vedlejší účinek v rámci farmakologické léčby, například antidepressivy (Kennedy et al., 2000). Setkáváme se s ní i při ozařování či při chirurgických zásazích v oblasti pánve (Bergmark et al., 1999). Tato dysfunkce může být též doprovodným znakem minulých či současných psychologických traumat, která mohly ovlivnit psychosexuální vývoj. A v neposlední řadě je potřeba zmínit i situační a také kontextuální faktory, jelikož se jednoznačně ukazuje, že tyto okolnosti hrají ve vzniku dysfunkce u žen daleko větší roli než u mužů (Basson et al., 2004 b).

Jak MKN-10, tak i DSM-IV předpokládá, že je možné rozlišit psychogenní a organickou etiologií dané poruchy. Nicméně se zdá, že neexistují jednoznačné důkazy o tom, že většina poruch tohoto typu by byla buď biologicky anebo psychologicky podmíněná. Spíše je k dispozici množství studií, které popisují mechanismus, jak psychika ženy ovlivňuje různé systémy na biologické úrovni - imunologické, neurologické a hormonální. Sexuální funkce jsou příkladem jednoznačného vzájemného ovlivňování mysli a těla – tedy psychosomatiky v pravém slova smyslu (Bancroft et al., 2003). V souladu s nejnovějšími poznatky je tedy nutné poruchu sexuální apetence považovat za výsledek mnoha psychologických, biologických a kontextuálních faktorů, které jsou zpracovány v mysli ženy a mohou determinovat její vzrušivost.

Mnoho autorů si též pokládá otázku, jak je to s vrozenou či spontánní sexuální touhou. Spontánní či vrozená touha se u většiny žen bez problémů objevuje v začátcích partnerského vztahu. U některých žen přetrvává celý život, nicméně u většiny je to málo časté (Hill et al., 1996), (Regan et al., 1996). Někteří autoři dokonce tvrdí, že nic takového jako je vrozená či spontánní sexuální touha neexistuje (Everaerd et al., 1995). Jestliže vycházíme z teorie motivace, motivace k sexuální aktivitě je ovlivněna 1. vnitřním stavem - sexuálně-reaktivním systémem; 2. stimuly z prostředí; 3. pravidly sexuálního chování (možností aktivitu uskutečnit či převahou zábran), které umožňují sexuální tendenci projevit. Tedy touha je součástí vzrušení, spouštěná podněty, které mají sexuální význam. Je facilitována či inhibována situačními či partnerskými proměnnými. Pro většinu lidí jejich sexuálně-reaktivní systém reaguje na sexuální podněty automaticky, nereflektovaně a bez větší námahy. Proto je u mnoha lidí touha označována jako spontánní či neuvědoměle vyvolaná (Basson et al., 2004 a).

Na základě nových koncepcí poruchy sexuální apetence staví Bassonová se spolupracovníky svou definici této diagnózy právě na pojmu sexuální touhy či zájmu (Sexual Desire/Interest Disorder), přičemž pojem "zájem" zde zahrnuje celé spektrum od motivace k důvodům, které vedou ženu k zahájení nebo souhlasu se sexuální aktivitou: jsou to **chybějící či nedostatečné pocity sexuálního zájmu či touhy, chybějící sexuální myšlenky a fantazie a nedostatek reaktivní touhy. Motivace k sexuální aktivitě jsou výjimečné či zcela chybí. Nedostatek zájmu je za hranicí běžného poklesu v rámci životního cyklu či trvání partnerství.**

### Sexuální averze

Ani v případě vymezení této poruchy se odborníci neshodují. Někteří autoři mají tendenci chápat sexuální averzi jako určitý aspekt vystupňované nízké sexuální touhy (Zvěřina, 2010), (Stuart et al., 1987), jiní se spíše přiklání k pojetí sexuální averze jako formy úzkostné či panické poruchy. Bassonová a její spolupracovníci (2000) definují sexuální averzi jako trvalou nebo opakovanou fobickou averzi a vyhýbání se sexuálnímu kontaktu s partnerem, které působí jedinci stres. I Leiblumová (2001) se v této souvislosti zamýšlí nad možností klasifikovat sexuální averzi vzhledem k její povaze jako fobii.

Podle Katze a Jardinea (1999) může být sexuální averze chápána ve smyslu sexuální fobie jako přetrvávající strach z genitálního sexuálního kontaktu u jedince, který si přeje sexuální aktivitu. Oproti tomu hypoaktivní sexuální touha se neprojevuje strachem ze sexuální



intimity, ale nedostatkem nebo absencí sexuální potřeby, což může být pro jedince příčinou stresu a interpersonálních problémů. Jak autoři dále uvádějí, nízká sexuální touha i averze mohou být celoživotního nebo krátkodobého charakteru, generalizované nebo situační, ovlivněné výhradně psychologickými faktory nebo kombinací biologických a psychologických vlivů. Obě se mohou, ale taky nemusí vyskytovat v kontextu s ostatními sexuálními dysfunkcemi, jako jsou poruchy vzrušení a orgasmu.

### 3. Porucha sexuálního vzrušení

Dle standardní definice v MKN-10 je FSAD (Female Sexual Arousal Disorder) definována jako „permanentní či opakující se neschopnost dosáhnout či udržet do konce sexuální aktivity adekvátní reakci vzrušení, která je popisována jako lubrikace a tumescence (prokrvení) genitálu, přičemž tato neschopnost je doprovázená subjektivně pociťovaným stresem či interpersonálními obtížemi“. Je nutné zmínit, že v souvislosti s poruchou vzrušivosti se hovoří téměř výhradně o "hypofunkci". Hyperfunkce je v tomto kontextu popisována jak persistentní porucha genitálního vzrušení a je ženami vnímaná velmi negativně.

K definici hypofunkce existuje mnoho výhrad. Samotný fakt nedostatečné lubrikace pro většinu žen není stresující (Brotto, 2010), s výjimkou postmenopauzálních žen, které referují o celkovém nedostatku či chybění genitální reakce, tzv. „genital deadness“ (Graziottin, 2010). Dalším problémem při diagnostice této poruchy je individuální potřeba „dostatečné“ sexuální stimulace. Pro mnohé ženy je adekvátní stimulace nejen fyzická, ale také psychologická a situační (Nathan, 2003). Existuje celá řada způsobů a variant, jak snadno či obtížně, jakým typem stimulů a za jak dlouho bude žena vzrušena. Navíc genitální odpověď a subjektivně pociťované vzrušení nemusejí vždy splývat. Ve většině případů subjektivně pociťované sexuální vzrušení vyplývá spíše z hodnocení celé situace. Proto je velmi problematické v rámci definice ignorovat subjektivní pocit sexuálního vzrušení (Brotto, 2010).

Na rozdíl od mužů, kde je velmi silná korelace mezi subjektivním pocitem vzrušení a genitální odpovědí (erekcí), u žen je tato korelace minimální (Meston et al., 1998). Tato dysynchronie může být vysvětlena zejména tím, že zpětná vazba mezi fyziologickým a psychickým sexuálním procesem je u žen velmi nepřímá. Přestože je žena na fyzické úrovni vzrušena, ještě to neznamená, že subjektivně bude sexuální vzrušení pociťovat, či že bude ochotná přistoupit k sexuální aktivitě. Navíc fyzické vzrušení muže - erekce - je nezbytné k

uskutečnění koitu, zatímco nedostatečná či chybějící vaginální lubrikace (jako projev insuficience ženského vzrušení na fyzické úrovni) může představovat určitý dyskomfort, nicméně soulož neznemožňuje.

Kratochvíl (2003) spojuje na základě svých zkušeností z klinické praxe (kde bývá porucha vzrušivosti u žen zřídka nahlížena izolovaně) chybění sexuální vzrušivosti a sexuální touhy do společného syndromu **frigidity** a dále upozorňuje na častou **koexistenci této poruchy a anorgasmie** (podobně i (Leiblum, 2001)). Pro neschopnost nebo sníženou schopnost se při specifické sexuální stimulaci adekvátně vzrušit, reagovat slastnými pocity, zvlhnutím pochvy a uvolněním poševního vchodu, který je doprovázen necitlivostí genitálu při koitu, připomíná starší termín **sexuální anestezie a hypostezie** (podobně (Hynie, 1970)).

Zvěřina (2010) oproti tomu chápe nízkou sexuální vzrušivost, kterou nazývá frigidita, jako samostatnou kategorii a zařazuje ji pod diagnostickou jednotku MKN-10 Nedostatečné prožívání sexuální slasti (F52.11).

Nicméně problematika poruchy sexuálního vzrušení je významná zejména vzhledem k tomu, že právě tato dysfunkce je jedním z faktorů pro vznik ostatních sexuálních poruch, jako jsou poruchy orgasmu a sexuálně bolestivé poruchy (Leiblum, 2001).

Jak již bylo zmíněno výše, nejdůležitějším aspektem nové definice je nedostatek subjektivního vzrušení. Prožitek subjektivního vzrušení je významnější než ostatní faktory proto, jelikož většina žen si v sexuální situaci svoje genitální vzrušení (tumescenci a lubrikaci) stejně neuvědomuje a pro mnoho žen není například nedostatek lubrikace není stresující a navíc je ve většině případů velmi snadno řešitelný pomocí lubrikantů. I na subjektivní vzrušení je však nutno nahlížet v rámci cyklu zpětných vazeb. Sexuální stimulu je v rámci psychického a kontextuálního nastavení vyhodnocen a vyvolává sexuální vzrušení. Sexuální vzrušení vyvolá u ženy nějakou emocionální reakci a zároveň kognitivní odpověď. Obě tyto reakce jsou zpětně vyhodnoceny a vzrušení buď zesílí, nebo je utlumeno (Basson et al., 2004 str. 861).

Současný návrh rozděluje poruchy vzrušivosti do čtyř kategorií:

I. typ - generalizovaná forma, chybí subjektivní vzrušení i somatické projevy vzrušení, ze sexuální stimulace nemá žena žádné potěšení.

II. typ - nepřítomnost subjektivního vzrušení, somatické změny jsou patrné, ale žena si jich zpravidla není vědomá a nezažívá vzrůstající potěšení ze sexuální stimulace (obvyklé u žen s koexistující nízkou sexuální apetencí).

III. typ – subjektivní vzrušení je přítomno, genitální změny nejsou patrné (typický příklad nedostatku estrogenů).

IV. typ – subjektivní vzrušení je přítomno, genitální změny jsou patrné, ale žena si jich není vědoma a nezažívá vzrůstající potěšení ze sexuální stimulace – podle Bassonové a jejích spolupracovníků (2004 str. 861) jde spíše o raritní případ.

### Etiologie poruchy vzrušivosti

**Primární** forma nízké vzrušivosti (tedy porucha vzrušivosti, která je přítomna od počátku pohlavního života) je v některých případech podmíněna konstitučně. Neschopnost se vzrušit však může být relativní, pokud stimulace v rámci sexuální aktivity není dostatečně účinná. Podle Kratochvíla (2003) se u některých žen schopnost dosáhnout vzrušení - podobně jako orgastická schopnost - rozvíjí postupně až po určité době pravidelné sexuální aktivity.

Ověřeným faktem, který se ale v praxi stále ještě nebere dostatečně v úvahu, je vliv některých farmak na sexuální funkci, vzrušivost nevyjímaje. Jde například o antidepresiva z řady SSRI, ale i o mnohé další léky (Segraves, 1993).

Nedoceňovaný je v tomto směru rovněž vliv antikoncepce, protože žena zpravidla není svým gynekologem dopředu upozorněna na tento typ možných negativních účinků. Pokud se jí posléze podaří objevit zdroj potíží vzniklých v sexuální oblasti, bývá pouze vyzvána, ať vyzkouší další preparáty (Wallwiener et al., 2010). Řešení těchto nezdárných se objevujících problémů naráží na známou skutečnost existence komunikačního bloku, kdy lékaři obecně, gynekology nevyjímaje, nemluví se svými pacienty o sexuálních otázkách. Výzkumy, které by se zabývaly nežádoucími sekundárními účinky farmak na schopnost dosáhnout a udržet sexuální vzrušení, jsou zatím sporadické. Důvodem je jednak jejich financování - farmaceutické firmy se málo zaměřují na problematickou oblast svých produktů - ale roli hrají i metodologické problémy způsobené silně individuální povahou ženské sexuality.

Nicméně je nutné, jestliže žena užívá jakékoliv léky, myslet na možnou farmakogenní etiologii. Její vzrušivost účinkem těchto léků nemusí být zcela potlačena, avšak mohlo dojít k určitým změnám v její sexuální funkci či reaktivitě - např. k potřebě jiného způsobu stimulace nebo k nutnosti prodloužení této stimulace. Změna přitom může u pacientek vést k

úzkosti a obavám. Podobně pak mohou tyto farmaky vyvolané změny sexuální funkce uvést do rozpaků i jejího partnera, který znejistí, když u ženy nedochází k obvyklým reakcím na standardní stimulaci.

Příčinou narušení sexuální funkce však nebývá pouze vliv farmak, často jde o faktory psychologického charakteru, jako je např. strach z prozrazení při nedostatečném soukromí nebo strach z otěhotnění. Někdy je však zdrojem dysfunkčních projevů paradoxně sterilizace ženy, kdy už k otěhotnění nemůže dojít a žena jako by ztratila motivaci k sexuální aktivitě, když už z této činnosti vymizel onen dráždivý prvek nebezpečí možného otěhotnění.

Pokud jde o další psychogenní příčiny snížení vzrušivosti, mohou zde hrát roli různé faktory: deprese, neurotické obtíže, ale i závažnější psychická onemocnění, hysterická struktura osobnosti, sexuální zneužívání v dětství.

Často bývá porucha vzrušivosti důsledkem konfliktního vztahu s partnerem. Bassonová (2001a) popisuje tento mechanismus tak, že v důsledku oslabení emoční intimity je díky negativnímu psychologickému zpracování v ženě myslí schopnost stimulů vyvolat vzrušení nedokonalá.

Obvykle citovaným etiologickým faktorem sexuálních dysfunkcí je zvyšující se věk, někdy též vzdělání. Laumann et al. (1999) zjistili pozitivní souvislost mezi vyšším věkem u žen nebo nižším vzděláním a lubrikačními problémy či pravděpodobností těchto problémů. Příčinou problematické vzrušivosti mohou být též některá onemocnění, např. diabetes mellitus, dále dlouhodobé zneužívání alkoholu či psychoaktivních látek, stavy po úrazech páteře atd.

## PGAS

**Porucha (či syndrom) permanentního sexuálního vzrušení** (*Persistent Genital Arousal Disorder - PGAD* či *Persistent Sexual Arousal Syndrom - PSAS*) je opakem těch ženských sexuálních poruch, které jsou charakterizované právě nedostatkem či absencí sexuálního vzrušení. Ženy s PGAD si stěžují na extrémní, nepřiměřený a v mnoha případech nepolevující pocit **fyzického vzrušení** (arousal). Jedná se o spontánní a přetrvávající genitální vzrušení, které může, ale nemusí vést k orgasmu. Tento fyzický pocit vzrušení **není doprovázen sexuální touhou** či myšlenkovým a emočním vzrušením. Žena tedy nemá již chuť na milování, a přesto její pohlavní orgány signalizují vzrušení (Leiblum et al., 2005). Vzhledem k tomu, že jde o nově pojmenovanou kategorii, prevalence tohoto syndromu zatím není známá. Stejně tak je i neznámá patofyziologie této poruchy. Zatím nebyly prokázány žádné

evidentní hormonální, vaskulární, neurologické či psychologické příčiny. Vzhledem k tomu, že je o ní tak málo známo, je zatím velmi obtížné stanovit i jednoznačnou léčbu. V současné době je snad nejdůležitější precizní popsání individuálních obtíží a ujištění ženy, že s touto poruchou není sama, a že je to opravdu porucha, která jí může způsobovat značné trápení (Giraldi et al., 2006).

#### 4. Poruchy orgasmu

Funkční orgasmus lze definovat mnoha způsoby. Například Zvěřina (2010) definuje orgasmus u žen i u mužů jako centrální emoci pocitového vyvrcholení při sexuální stimulaci. Weiss (2000) přitom upozorňuje, že orgasmus u žen je bezpochyby složitější, zranitelnější a méně samozřejmý než orgasmus mužský. Navzdory nespornému vlivu například konstitučních faktorů je schopnost dosáhnout orgasmu u žen úzce spojena s jejich emočním vyladěním, s intimitou a duševním porozuměním v rámci partnerského vztahu. Ve světové literatuře se objevuje mnoho definic orgasmu od Kinseyho a jeho spolupracovníků, přes Masterse a Johnsonovou (1966) až po definici, která vzešla z 2. mezinárodního kongresu pro sexuální medicínu v Paříži v roce 2003: "Orgasmus u žen je variabilní a krátkodobý vrchol intenzivního potěšení, který způsobuje změněný stav vědomí, většinou zahájený doprovodnými, mimovolnými, rytmickými kontrakcemi pánevního svalstva, vyústující ve svalovou relaxaci a psychickou pohodu a uspokojení" (Meston et al., 2004).

Nicméně žádná z těchto definic nezahrnuje orgasmus imaginární či prožívání ženami, které jsou po kompletním přerušení míchy. Vhodnější tedy je definovat orgasmus jako vrcholnou intenzitu vzrušení prožívanou jak na fyzické a/nebo kognitivní úrovni a následovanou uvolněním a ukončením, snížením vzrušení (Whipple et al., 2006).

Precizně rozlišovat mezi FSAD (Female Sexual Arousal Disorder – nízká sexuální vzrušivost) a FOD (Female Orgasmic Disorder – poruchy sexuální satisfakce, orgasmu) je velmi problematické (Brotto, 2010). Ženy ve většině případů mají problém vnímat genitální změny při sexuálním vzrušení a také mnoho žen, které nedosahují orgasmu, referují o tom, že jsou nedostatečně sexuálně stimulované (Laan, et al., 1995). V současné době je porucha orgasmu definovaná jako přetrvávající či opakující se zpoždění či absence orgasmu jako vyvrcholení při dostatečné stimulaci normálního sexuální vzrušení. Nicméně „dostatečná sexuální stimulace“ není přesně definovaná a je významně subjektivní. Vzhledem k tomu, že u mnoha žen se orgasmus objeví po edukaci a instruktáži k masturbaci (Heiman et al., 1997), je

pravděpodobné, že „dostatečná (resp. nedostatečná) sexuální stimulace“ bude jeden z nejdůležitějších faktorů u vzniku této poruchy.

Opět je nutné upozornit na výrazně subjektivní faktor v posuzování této poruchy. Ženy, které obvykle při souloži orgasmus prožívají, při jeho „neuskutečnění“ mohou pociťovat výraznou nespokojenost. Oproti tomu ženy, které orgasmus obvykle neprožívají, mohou po sexu s partnerem bez prožití vyvrcholení referovat o sexuální spokojenosti.

Důležitý je též důraz na slovní popis orgastické schopnosti, zda se jedná se o dosahování orgasmu či spíše mluvíme o jeho prožívání. Dosahování orgasmu evokuje orientaci na cíl a zaměření na výkon, což může u sexu působit kontraproduktivně, zatímco prožívání orgasmu klade důraz na jeho pozitivní emocionální a pocitovou složku (Whipple et al., 2006).

Kritiky současné definice orgasmu v MKN-10 a DSM-IV se zaměřují především na ignorování subjektivního posouzení ženou - o poruchu se přitom jedná jedině tehdy, je-li žena tímto problémem stresována (Jones et al., 2005). Současná definice anorgasmie současně klade důraz na bezproblematickost ženina vzrušení. Žena musí zažívat adekvátní pocit sexuálního vzrušení, aby mohla neprožít jeho vyvrcholení.

Anorgasmie se – jako jiné dysfunkce - rozděluje na primární, kdy žena nikdy v životě za žádné sexuální stimulace nezažila orgasmus, a sekundární, kdy žena se anorgasmickou stala v průběhu života, přestože orgasmus v minulosti prožila. Sekundární anorgasmie může být situační (například žena zažívá orgasmus při masturbaci nikoli však s partnerem) a generalizovaná (Jones et al., 2005).

Během stárnutí mohou orgasmy být kratšího trvání a menší intenzity než na počátku sexuálního života, nicméně jestliže žena dosahuje sexuálního vzrušení, stárnutí se neprojevuje na vzniku problémů s prožíváním orgasmu (Bachmann et al., 2004).

V rámci hledání nejvhodnější definice poruch orgasmu se mnoho autorů zabývá různými aspekty orgasmu samotného. Mezi jinými například délkou a intenzitou orgasmu, jeho průběhem, faktory a aspekty psychologickými, fyziologickými či sociálními, které jej ovlivňují, způsobují či jinak s orgasmem souvisí, dále též rozdíly mezi pohlavími a také důvody k orgasmu. Nicméně všechna tato témata jsou nad rámec naší práce a proto v závěru pouze shrneme doporučení vzešlá z práce mezinárodní komise a publikovaná v učebnici Sexuální medicíny (Meston et al., 2004) a též v článku autorů IsHaka et al. (2010):

Na vzniku a trvání poruchy orgasmu se podílí mnoho biologických i psychologických faktorů. Přestože mnoho publikací a studií referuje o slibných výsledcích léčby, většina studií nespĺňuje metodologická kritéria tak, aby závěry mohly být využity při formulování doporučených postupů. Nicméně jestliže je porucha orgasmu dobře popsána a jestliže v rámci individuálního případu je srozumitelná, prognóza léčby je příznivá.

Empiricky validní a efektivní léčbou celoživotní poruchy orgasmu se ukazuje pouze řízená masturbace, nicméně pro získanou či situační poruchu orgasmu do současné doby neexistuje validizovaná léčba. Techniky redukce úzkosti a systematická desenzitizace, nebyly prokázány jako plošně účinné v rámci léčby poruch orgasmu. Podobně je tomu též s farmakologickými preparáty, u kterých účinnost nepřevyšovala vliv placeba. Podobně málo účinné jsou též Kegelovy cviky, sexuální edukace či zvýšení dovedností v komunikačních technikách. Všechny tyto techniky jsou účinné pouze u některých žen či za specifických situací či v kombinaci s dalšími terapeutickými postupy..

## 5. Bolestivé sexuální poruchy

**Dyspareunie a algopareunie** jsou nepříjemné pocity či přetrvávající či opakující se bolest, která se vyskytuje při pokusech o soulož či při dokončení vaginální penetrace penisem při pohlavním styku.

Dyspareunia je pro ženu velmi citlivé téma. Bolestivá soulož jednoznačně ovlivňuje sexuální intimitu v partnerském vztahu a také zasahuje do emocionálního života partnerů (Graziottin, 2003). Bolest má ve většině případů svůj biologický základ a může se též stát nemocí sama o sobě. Bolest je komplexně prožívaná zkušenost, která v sobě zahrnuje jak psychologickou tak vztahovou složku. Chronická bolest pak tyto složky ještě více zintenzivňuje (Graziottin et al., 2006).

Kritici definice dyspareunie a algopareunie jako bolesti při souloži poukazují na to, že bolest se může vyskytovat též při nekoitálních aktivitách, tedy i nekoitální sexuální stimulace může u ženy vyvolávat opakující se či trvalou bolest. Pak dyspareunii diagnostikovat též u žen, které mají homosexuální vztah a preferují alternativní formy sexuálního chování.

V současném pojetí je nutné nahlížet na sexuální bolest jako na 1. multifaktoriální, 2. multisystematickou a 3. komplexní poruchu.

1. Multifaktoriální: Jak biologické, psychosexuální tak vztahové faktory mohou hrát roli při vzniku či trvání bolestivé sexuální poruchy. Na tyto faktory je nutné pohlížet velmi dynamicky, mohou být jak příčinou, tak i důsledkem dysfunkce, ale mohou též ovlivňovat trvání poruchy.

2. Sexuální funkce zahrnuje nervový, endokrinní, vaskulární, svalový a imunologický systém a též vhodné vaginální prostředí. Tedy patofyziologie bolesti musí brát v potaz různé biologické systémy.

3. Komplexnost. Celkový zážitek spokojeného sexuálního života je obsáhlejší celek než pouze souhrn jednotlivých fyzických či emocionálních faktorů. Není možné sexualitu rozdělit na jednotlivé komponenty, ale je nutné pohlížet na ně jako na jednotný celek (Graziottin et al., 2006)

**Vaginismus** je dle MKN-10 sexuální dysfunkce, charakterizovaná silnými mimovolenými stahy svalstva poševního vchodu při jakémkoli pokusu o penetraci do pochvy. Každá dilatace vchodu je bolestivá.

Tuto definici problematizuje zejména fakt, že kritérium mimovolených stahů svalstva nebylo dosud empiricky validizováno (Lahaie et al., 2010). Navíc je pro tuto poruchu charakteristický spíše strach z penetrace či prožívání bolesti při penetraci. Vaginismus je proto velmi obtížné oddělit od algopareunie.

Současná definice tedy reflektuje tuto kritiku a předkládá nové pojetí vaginismu jako: přetrvávající či opakující se obtíž ženy umožnit penetraci vaginy penisem, prstem či jiným objektem navzdory explicitně vyjádřené sexuální touze. Velmi často se u této poruchy vyskytuje fobické vyhýbání se situaci a očekávání/strach/zážitek bolesti spolu s neovlivnitelnými kontrakcemi svalů dna pánevního. Strukturální či jiné fyzické abnormality musí být vyloučené.

#### Souhrn

Současné nové pojetí ženských sexuálních dysfunkcí vychází z původních diagnostických kategorií DSM-IV a MKN-10, do kterých je zakomponován fyzický aspekt poruchy i psychologické příčiny sexuální dysfunkce. V současnosti používané definice z DSM-IV se zaměřují na nepřítomnost sexuální fantazie a sexuální touhy před zahájením sexuální aktivity či před sexuálním vzrušením, přestože tyto faktory se často vyskytují i u žen, které si na



žádnou sexuální poruchu nestěžují. Definice v DSM-IV se rovněž zaměřují na zduření pohlavních orgánů a lubrikaci, přestože tyto faktory velmi málo korelují se subjektivním pocitem vzrušení či potěšení.

Nové pojetí vychází ze čtyř kategorií vymezených v DSM-IV: poruchy touhy, vzrušení, orgasmu a bolesti, nicméně k těmto kategoriím jsou nově přiřazeny dimenze subjektivní spokojenosti, stresu a přítomnosti poruchy i při nekoitálních sexuálních aktivitách. Diagnózy byly doplněny i o rozlišení dle dimenze celoživotní vs. získaná, generalizovaná vs. situační a o hlediska etiologická. Pro klinickou práci je důležité, že všechny uvedené změny zdůrazňují význam a důležitost psychologických, situačních a individuálních faktorů při vzniku a přetrvávání ženských sexuálních dysfunkcí.

Klíčová slova: sexuální dysfunkce, porucha sexuálního vzrušení, porucha sexuální touhy, poruchy orgasmu, bolestivé sexuální poruchy.

#### Abstract

Currently accepted new conceptualization of women's sexual dysfunction is based on the model found in the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) and International Classification of Diseases (ICD). These classifications are extended and combined interpersonal, contextual, personal psychological and biological factors. Recent DSM-IV definitions have focused on absence of sexual fantasies and sexual desire prior to sexual activity and arousal, even though the frequency of this type of desire is known to vary greatly among women without sexual complaints. DSM-IV definitions also focus on genital swelling and lubrication, entities known to correlate poorly with subjective sexual arousal and pleasure.

The structure of the new classification is based on the four categories of DSM-IV: disorders of desire, arousal, orgasm and pain. However these categories are newly assigned to the subjective dimension of satisfaction, stress and the presence of disorders during other sexual activities besides intercourse. The dimension lifetime vs. acquired, generalized vs. situational were added, as well as the etiology is taking into account. For clinical work it is important that these changes highlight the significance and importance of psychological, situational and individual factors in the emergence and persistence of female sexual dysfunction.

Key words: Female sexual dysfunction, Desire Disorders, Arousal Disorders, Orgasmic Disorders, Sex Pain Disorders

## Literatura

Bachmann, G.A., Leiblum, S.R. (2004): The impact of hormones on menopausal sexuality: A literature review. *Menopause* 11, 120-130.

Bancroft, J. (2002): The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Arch Sex Behav* 31, 451-455.

Bancroft, J., Loftus, J., Long, J.S. (2003): Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32, 193-208.

Basson, R. (2001a): Human sexual response cycles. *J Sex & Marital Ther* 27, 33-43.

Basson, R. (2001b): Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther* 27, 395-403.

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Segraves, K., Segraves, R.T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G., Whipple, B. (2000): Report of the International Consensus Development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 163, 888-93.

Basson, R. (2005): Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 10, 172-182.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., Schultz, W.W. (2003): Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision (review). *J Psychosom Obstet Gynaecol* 24, 221-9.

Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Meston, C., Rosen, R., Wagner, G. (2004a): Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 1, 24-34.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L. (2004b). Women's Sexual Desire and Arousal Disorders and Sexual Pain. In: Lue, T.F. et al.: *Sexual medicine - sexual dysfunctions in men and women*. Health Publications, Paris, 857.

Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P.W. (1999): Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med* 340, 1383-9.

- Both, S., Spiering, M., Everaerd, W., Laan, E. (2004): Sexual behavior and responsiveness to sexual stimuli following laboratory-induced sexual arousal. *Journal of Sex Research* 21, 255-63.
- Brotto, A.L., Heiman, R.J., Tolman, D. (2009): Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research* 46, 387-98.
- Brotto, A.L., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., Luria, M. (2010): Women's Sexual Desire and Arousal Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*. 7, 586-614.
- Cain, V.S., Johannes, C.B., Avis, N.E., Mohr, B., Schocken, M., Skurnick, J., Ory, M. (2003): Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN (Study of Women's Health Across the Nation). *J Sex Res* 40(3), 266-76.
- Everaerd, W., Laan, E. (1995): Desire for passion: Energetics of sexual response. *J Sex Marital Ther* 21, 255-63.
- Giraldi, A., Graziottin, A. (2006): Sexual Arousal Disorders in Women. In: Porst, H. a Buvat, J.: *Standard practice in Sexual Medicine*. Blackwell, Oxford, UK 325-333.
- Graziottin, A. (2003): Dyspareunia: Clinical approach in the perimenopause. In: *J Studd. The management of the menopause*. Parhenon, London 229-241.
- Graziottin, A. (2010): Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. In: Mastorakos, GG. *Women's health and disease*. Annals of The New York Academy of Sciences, New York 254-261.
- Graziottin, A., Rovei, V. (2006): Sexual pain disorders. In: *Tepper, MS. a Fuglsang Owens, A.: Sexual Health*. Greenwood Publishing Group, Westport, CT str. 292.
- Graziottin, A., Koochaki P.E., Rodenberg, C.A., Dennerstein, L. (2009): The Prevalence of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Surgically Menopausal Women: An Epidemiological Study of Women in Four European Countries. *The Journal of Sexual Medicine* 6(8), 2143-2153.
- Heiman, J.R., Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Ann Rev Sex Res* 8, 148-94.
- Hill, C.A., Preston, L.K. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *J Sex Res* 33(1), 27-45.
- Hynie, J. (1970). *Lekárska Sexuológia*. Osveta, Martin.
- IsHak, W.W., Bokarius, A., Jeffrey, J.K., Davis, M.C., Bakhta, Y. (2010): Disorders of Orgasm in Women: A literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med* 7, 3254-68.
- Jones, K.P., Kingsberg, S, Whipple, B. (2005): *Women's Sexual Health in Midlife and Beyond: Clinical Proceedings*. Association of Reproductive Health Professionals, Washington, DC.
- Kaplan, H.S. (1969). Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 3, 3-9.
- Katz, R.C., Jardine, D. (1999): The Relationship Between Worry, Sexual Aversion, and Low Sexual Desire. *Journal of Sex and Marital Therapy* 25, 293-6.

- Kennedy, S.H., Eisfeld, B.S., Dickens, S.E., Bacchiochi, J.R., Bagby, R.M. (2000): Antidepressant induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide paroxetine, sertraline and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 61, 276-281.
- Kratochvíl, S. (2003): *Sexuální dysfunkce, příčiny a léčba*. Grada Publishing a.s., Praha
- Laan, E., Everaerd, W. (1995): Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annu Rev Sex Res* 6, 32-76.
- Lahaie, M.A., Boyer, S.C., Amsel, R., Khalifé, S., Binik, Y.M. (2010): Vaginismus: a review of the literature on the Classification, Diagnosis, Etiology and Treatment: Summary. *Womens Health* 6(5), 705-19.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C. (1999): Sexual Dysfunction in the United States. *The Journal of the American Medical Association* 281(6), 581-582.
- Leiblum, S.R. (1998). Definition and classification of female sexual disorders. *Int J Impot Res* 10, 104-6.
- Leiblum, S.R. (2001): Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *J Sex & Marital Ther* 27, 159-168.
- Leiblum, S.R., Brown, C., Wan, J., Rawlinson, L. (2005): Persistent Sexual Arousal Syndrome: A descriptive Study. *J Sex Med* 2(3), 331-7.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S. (2004): Definitions, Classification, and Epidemiology of Sexual Dysfunction. In: Lue, TF et al. *Sexual Medicine - Sexual dysfunction in Men and Women*. Health Publications, Paris, 40-41.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira, E.D. Jr., Rellini, A.H., Segraves, T. (2010): Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine* 7, 1598-1607.
- Masters, W.H., Johnson, V. (1966): *Human sexual response*. Little, Brown and Co. Boston
- Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., Sipski, M. (2004): Disorders of Orgasm in Women. *Journal of Sexual Medicine* 1, 66-68.
- Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., Sipski, M. (2004): Women's Orgasm. In: Lue, TF. et al. *Sexual Medicine - sexual dysfunction in men and women*. Health Publications, Paris, 842.
- Meston, C.P., Heiman, J.R. (1998): Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry* 55, 652-6.
- Nathan, S.G. (2003): When do we say a woman's sexuality is dysfunctional? *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. Brunner-Routledge, New York, 95-110.
- Nazareth, I., Boynton, P., King, M. (2003): Problems with sexual function and people attending London general practitioners: cross-sectional study. *BMJ* 327, 423-9.
- Regan, P., Berscheid, E. (1996): Belief about the states, goals and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther* 22, 110-120.
- Segraves, R.T. (1993): Treatment emergent sexual dysfunction in affective disorder. *J. Clin. Psychiatry* II, 1-4.

Sjögren Fugl-Meyer, K. (2004): On categorization and Quantification of women's sexual dysfunctions. An epidemiological approach. *Int J Impot Sexual Med* 16(3), 261-9.

Stuart, F.M., Hammond, DC., Pett, M.A. (1987): Inhibited sexual desire in women. *Archives of sexual behavior* 16(2), 91-106.

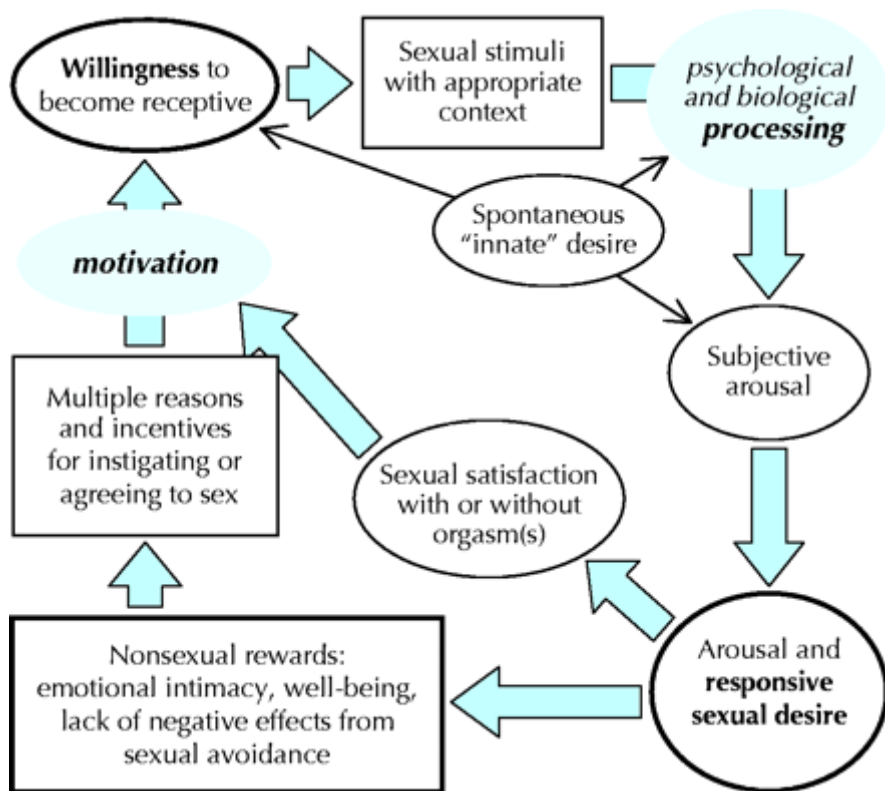
Wallwiener, C.W., Wallwiener, L.M., Seeger, H., Mück, A.O., Bitzer, J., Wallwiener, M. (2010): Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of Contraception in Female German Medical Students. *Journal of Sexual Medicine* 7(6), 2139-2148.

Weiss, P. (2000): Orgasmus u žen. *Čs. Psychiat* 96, 25-27.

Whipple, B., Graziottin, A. (2006): Orgasmic disorders in women. In: Porst, H a Buvat, J. *Standard practice in Sexual Medicine*. Blackwell, Oxford, UK, 334-341.

Zorzon, M., Zivadinov, R., Bosco, A., Bragadin, L.M., Moretti, R., Bonfigli, L., Morassi, P., Iona, L.G., Cazzato, G. (1999): Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A casecontrol study. I. Frequency of comparison groups. *Mult Scler* 5(6), 418-27.

Zvěřina, J. (2010): *Sexuologie*. In: Weiss, P. Grada Publishing a.s., Praha, 339.



Obr. 1: Cyklus sexuální reaktivity ženy dle Bassonové