

PŘEDČASNÁ EJAKULACE

prof. MUDr. Milan Kolomazník, DrSc.

Sexuologická ambulance, Plzeň

V rámci komplexního biopsychosociálního přístupu k nemocnému se lékařům doporučuje, aby se zajímali i o intimní život pacienta a jsou pro to uvedeny i epidemiologické důvody. Při léčbě předčasné ejakulace je zdůrazňována potřeba komplexního přístupu, a to pomocí nácvikové terapie se současným jednorázovým podáváním SSRI (zatím největší zkušenosti má autor s intermitentně podávaným sertralinem v den koitu 4 hodiny před vlastním aktem v dávce 25 až 50 mg). Spolehlivě není zatím zodpovězena otázka PE u nemocných, kteří s léčbou přestali, tj. dlouhodobá účinnost léčby.

Klíčová slova: předčasná ejakulace, komplexní léčba.

PREMATURE EJACULATION

Doctors of those branches in which it can be useful in complex bio-psycho-social approach to patients are recommended to take interest in the patient's intimate life, for which there are also epidemiological reasons.

In premature ejaculation treatment, the need of complex approach is emphasized with the help of behavioral therapy enabled by simultaneous single dose of SSRI (the author has the most experience with intermittently given sertraline only on the day of coitus 4 hours before the intercourse itself in a 25 to 50 mg dose).

The question of PE is not yet sufficiently answered in those patients, who stopped the treatment, i.e. the long-term efficacy of the treatment.

Key words: premature ejaculation, complex treatment.

Prolog:

... ano, byl jsem mužský, jak se to tak ale může stát, tak jak se mi to stalo, že když k tomu mělo s Mášou dojít, že jsem najednou zvald jako lili-um. ...podle knížky mám ejakulatio prekoks...
elév Miloš Hrma

Bohumil Hrabal: *Ostře sledované vlaky*

Úvodem

Málokdo se s předčasnou ejakulací (dále jen PE) chlubí. Sám neprožívá svoji poruchu snadno, mnohdy dopadne jako v prologu citovaný elév Miloš Hrma. A přesto mezi námi chodí třetina a snad i polovina mužů, kteří jsou takto stigmatizováni. Bývají převážně mladí, ale je jich řada i po třicítce a není mezi nimi vzácný ani padesátník. Většinou s ostychem sdělí, že mají „jakési potíže v sexuálním životě“ a že jimi trpí od jeho začátku. Teprve změna podmínek sexuálního života, jeho režimu, změna partnerky, její menší tolerance nebo erektilní dysfunkce ho přivedou na správnou adresu.

Proto není od věci a jistě nepoškodí pověst lékařky nebo lékaře, když do okruhu standardních otázek „jaké máte ještě potíže“ zahrne i „jak je to s Vaším intimním životem?“ Podiví-li se nemocný, který přišel třeba s vleklými trávicími potížemi, tomuto zájmu, odpoví mu po pravdě, že více než polovina, podle některých informací i 9 z 10 zcela zdravých mužů, mívá někdy ve svém životě nesnáze se sexem. Co je však důležitější, není vyloučeno, že se za sexuálním selháváním může skrývat daleko vážnější onemocnění. Tak například porucha erekce může být jednou z prvních známek nedostatečnosti krevního

zásobení nejen v oblasti malé pánve, ale současně třeba i v řečišti věnitých tepen, a může signalizovat budoucí ischemii. Jindy může být signálem závažného onemocnění prostaty, diabetu a podobně. Při tom pouze jeden z deseti takových nemocných si dodá odvahy a pro sexuální potíže navštíví lékaře. To protože se „jaksi nesluší“ se o tom zmínovat před lékařem a zvláště pak ne před lékařkou, ostatně jako před kýmkoliv jiným. O takovýchto záležitostech, které by mohly poškodit „image“, se přece nehovoří...

Je jen málo pochopitelné, že i řada psychiatrických chorobopisů postrádá třeba jen zmínku o sexuálním životě pacienta. Přitom i psychotici mají svoje sexuální potřeby a problémy. Podobně je tomu u mužů a žen, kteří překročili třeba i sedmdesátku.

O významu rozhovoru pacienta s lékařem svědčí, že např. dotazníkovými metodami bylo zjištěno, že klomipramin ve srovnání s placebem vede ke stejné četnému výskytu sexuálních dysfunkcí. Při následném osobním interview však 36 % těchto dotazovaných sexuálních dysfunkce přiznalo (13). Toto bylo zvláště vyjádřeno u žen.

Podle MKN (10. revize) je označena jako předčasná taková ejakulace, kdy muž není schopen tak dlouho trvajícího koitu, po němž by dosáhl uspokojení oba partneři (18).

PE se vyskytuje často, ale za určitých okolností nemusí být vyjádřena (např. po požití alkoholu apod.). K tomu, aby byla chápána jako chorobná, by měla trvat nejméně 6 měsíců a neměla by souviset přímo s jinou poruchou nebo podáváním léků.

K ejakulaci dochází někdy ještě před zavedením penisu do pochvy („ante portas= před branami“), při jeho zavedení („intra portas=v branách“) nebo velmi brzy po zahájení frikčních pohybů. Jako orientační hranice se uvádí 3–7 minut trvání frikčních pohybů (tzv. IELT= Intravaginal Ejaculation Latency Time), ale přesná hranice stanovena není.

Pojem předčasná – praecox je totiž velmi relativní. Praecox vůči čemu? Statistické normě (3–7 min)? Potřebě partnerky k dosažení orgazmu? Vlastním představám? Potřebě partnerského páru (byť i jen jednoho z nich) kontrolovat délku koitu? Mýtům ovlivňujícím názory partnerů (např. potřeba současného orgazmu)? Počtu frikčních pohybů?

Většina mužů je schopna udržet kontrolu nad ejakulací i poté, co bylo dosaženo intenzivního sexuálního vzrušení. Jestliže tato schopnost chybí, dochází velmi rychle k orgazmu, a to je PE. Je to tedy neschopnost muže udržet vysokou úroveň sexuálního vzrušení (plateau) bez toho, aby reflexně ejakuloval.

Jiné definice jsou založeny na údajích o procentu koitů, při nichž muž dosáhl ejakulace dříve než žena orgazmu (alespoň 50 %). Neodpovídají přímo na to, jak dlouho by měl koitus po zavedení penisu do vaginy trvat (12).

Co je tedy předčasná ejakulace?

27,5 % žen prožívá orgazmus v 90–100 % koitů, které netrvají déle než 1 minutu. Avšak definovat PE podle toho, jak dlouho je třeba po zavedení penisu ženu stimulovat k dosažení orgazmu, je nespolehlivé. 10,2 % žen nedosa-

huje orgazmu vůbec, nebo jen zřídka, i když koitus trvá déle než 10 min.

Trvání IELT přes 7 minut nemá za následek zvýšenou incidenci koitálního orgazmu. IELT trávící 3–7 minut je většinou považován za průměrný. Záleží však i na tom, jak dlouho vydrží muž bez ejakulace při orální nebo manuální stimulaci partnerky. Dále na tom, zda může souložit, nebo jen oddalovat ejakulaci tím, že zpomaluje frikční pohyby, nebo je zastavuje, úmyslně myslí na nepříjemnosti, kouše se do jazyku nebo používá při styku kondomu. Záleží i na častosti styků, věku, zda požil alkohol nebo farmaka či zda k oddálení ejakulace používá lokálních znecitlivujících prostředků.

Někdy se ejakulace dostavuje i bez dostatečné erektce, avšak téměř vždy dochází k více či méně uvědomovaným obavám z dalšího rušivého vlivu PE na příští pohlavní styk. Tím je PE udržována mechanismem zpětné vazby, vzniká „začarovaný kruh“, z něho potom následná nechuf k dalším stykům (snížení nebo vymizení sexuální apetyce), někdy erektilní dysfunkce i orgastická desenzibilizace ženy.

K původní PE přistupují tedy ještě nové proměnné, které s dalšími (např. nevstřícné chování partnerky a pod.) již tak samu o sobě složitou situaci nemocného komplikují.

Snazší definicí je snad vyjádření toho, co PE není. Podle Piccolo a Piccolo (11) je to stav, kdy oba partneři potvrzují, že sexuální styk není ovlivňován potřebou ejakulaci oddalovat.

Diferenciální diagnóza

Ejaculatio diurna spontanea: výron semene se dostavuje za bdělého stavu bez specifické stimulace, která by představovala podnět k sexuálnímu vyvrcholení. Vyskytuje se téměř výhradně u pubescentů jako reakce na tělesné nebo psychické vypětí.

Ejakulace vyvolaná vědomými představami bez somatické stimulace: je jí schopno jen velmi málo mužů.

Fyziologická preejakulační sekrece znepekčuje nezkušené a dostatečně nepoučené muže.

Spermatorea není spojena se sexuálním vzrušením a s erekcí, vyskytuje se především u starších mužů a je podmíněna převážně orgánicky (17).

Mužské genitální reflexy při koitu

Erektce je vyvolávána nervovými podněty, které jsou spojeny se sexuálním vzrušením. Neuronální stimulace má za následek relaxaci hladkých svalů arterií, což vyvolává jejich dilataci. To má za následek zvýšený přívod krve do spongiózních těles. Neuronální stimulace vyvolává také relaxaci těch hladkých svalů, které ovlivňují světlou lakun; tím se zvětšuje jejich objem. To má za následek zvýšení krevní

naplně lakun a stížení venul, které procházejí skrze tunica albuginea penis. Tak se zabraňuje odtoku krve z kavernózních těles a tím je dosahována a udržována erekce.

Má se zato, že neuronální stimulus pro erektci je zprostředkován non-adrenergními a non-cholinergními neurony vytvářejícími n. cavernosus. „Firing“ („pálení“ výbojů neuronů) vyvolává uvolnění oxidu dusnatého (NO), který je silným relaxans hladkých svalů. NO potom působí na sekundární mediátor, kterým je cGMP (cyklický guanosinmonofosfát). cGMP je následně inaktivován fosfodiesterázou 5. typu (PDE-5), která je specifickým enzymem lokalizovaným v corpora cavernosa (inhibice PDE-5 je vyvolávána terapeuticky sildenafilem, tadalafillem a vardenafillem – současnými moderními prostředky k úpravě erektilní dysfunkce). Erektce, která potom následuje, je výsledkem naplnění corpora cavernosa penis a corpus spongiosum urethrae.

Emise je transport ejakulátu urethrou. Kontrakce je vyvolána sympatikem z epididymis, ductus deferens, vesicula seminalis a z prostaty.

Ejakulace jsou tonicko-klonické kontrakce mm. ischiocavernosus, mm. bulbocavernosus a svalů pánevního dna. Jsou vyvolány acetylcholinem a způsobují vypuzení ejakulátu z uretry. Toto někteří spojují s prožitkem orgazmu, jiní jsou toho názoru, že orgazmus je spojen až s následnou svalovou relaxací.

Ochabnutí penisu je důsledkem kontrakce hladkých svalů trabekul kavernózních těles, vyvolané adrenergními podněty. Tyto fáze jsou navzájem koordinovány nervově, svalově, transmitterově, vaskulárně a hormonálně.

Vlivy vyvolávající PE

Vlivy vyvolávající PE jsou multifaktoriální, tedy biologické (hypersenzitivita, snížený práh pro vyvolání ejakulačního reflexu), psychologické (anxieta a pod.), sociální (především vztahové) a smíšené.

Je proto doporučeno pátrat po původu PE a k ucelení obrazu je možno položit následující otázky:

Jedná se o PE primární, trávící od počátku sexuálního života, nebo o druhotnou PE, a za jakých okolností vznikla?

Má nemocný trvalou partnerku, nebo jen náhodné?

Jsou pohlavní styky pravidelné, případně proč jsou nepravidelné?

Jak často při nich dosahuje partnerka orgazmu?

Jak často vyvrcholí pacient dříve než partnerka?

Sexuální „režim“: denní doba, kdy ke styku dochází, prostředí, technika koitu, jak časté

jsou pohlavní styky a co tuto častost ovlivňuje je příznivě nebo nepříznivě.

Změnila se častost pohlavních styků v důsledku PE?

Jsou postoje partnerky vstřícné, indifferenční nebo destruktivní?

Jaká je antikoncepce, jistí ji partnerka, kondom, přerušovaný styk (coitus interruptus), nebo se partnerský pár počítí nebrání?

Nelze opomenout i somatické vyšetření ke zjištění případných mechanických handicapů, jako jsou frenulum breve, fimóza různého stupně, některá z forem hypospadie, záněty prepuce, špatná hygiena genitálu a pod.

Léčení PE

Ejakulace (resp. emise ejakulátu) je funkce ovládaná sympatikem. Proto jedním z léčebných přístupů je jeho systematická desenzibilizace (20). Té se dosahuje pomocí:

1. Svalové relaxace za podmínek expozice vzrušivým sexuálním podnětům (3)
2. Stop-start technikou podle Jamese Semanse (15). Podle Semanse se doporučuje přerušit stimulaci penisu tehdy, když hrozí nástup ejakulace. Ve stimulaci je možno pokračovat až po odeznění stavu vysokého vzrušení. Tento proces se opakuje tak dlouho, pokud muž nezíská schopnost vydržet stav vysokého sexuálního vzrušení bez současné ejakulace. Počet potřebných zastávek („STOP“) za těchto nácviků klesá a muž tak nabývá schopnosti stimulace penisu po dostatečně dlouhou dobu bez přerušení. Takovéto „vyhasínání“ nastává tím, že pacient je postupně vystavován intenzivnějšímu a déletrávajícímu dráždění, ale při tom vždy intenzita a trvání jsou pod prahem toho, co vyvolává ejakulaci.
3. Stop-start techniku dle Semanse je možno modifikovat podle Masters-Johnsonové (12). Podle této modifikace žena stimuluje penis až do iminentní (hrozící) ejakulace. Pak ho silně stiskne za sulcus glandis ve směru dorsoventrálním (proti frenulum praeputii), čímž nahradí Semansovu pauzu (STOP). Avšak při této modifikaci (tzv. „squeeze technique“ – technika stisku) dochází v 10–30 % ke ztrátě erektce, i když se tím okamžitě odstraní nucení k ejakulaci. Zatím nebyly „Stop-start“ a „Squeeze“ technika experimentálně co do účinnosti porovnány, po klinické stránce se však jeví stejně účinné.

Obě tyto techniky jsou doporučovány provádět autostimulačně v těch případech, kdy je partnerka nedostupná, nebo s nácviky nesouhlasí.

4. Masters a Johnsonová zjistili, že vysoký stav vzrušení a orgasmus doprovázejí kontrakce skrota a elevace varlat. U některých mužů stisknutí skrota a jeho přitlačení k perineu za stavu vysokého sexuálního vzrušení jsou schopny spustit orgasmus. Naopak tah za skrotum a testes směrem dolů působí podobně jako „squeeze technique“ a u mnoha mužů snižuje sexuální vzrušení a nucení k ejakulaci. Proto také Semansova technika potencovaná tahem za scrotum a testes směrem dolů od pánevního dna oddalují ejakulaci. Jindy se doporučují tyto nácviky napřed masturbačně a teprve potom se ženou. Léčba podle Semanse, event. modifikovaná Mastersem a Johnsonovou, není u některých pacientů uskutečnitelná vůbec, nebo jen s nesnázemi. Proto její doplnění dalšími způsoby přináší partnerskému páru značnou úlevu.
5. Vyšší frekvence ejakulací.
6. Přispět učení (nácviku) psychofarmaky je dnes běžné. Od zavedení psychofarmak do praxe bylo v tomto směru publikováno dnes již nepřehledné množství prací, z nichž jen namátkou cituji: Balbay, Waldinger a další. Většinou pro naléhavost potřeby páru řešit nepříznivou situaci doporučujeme začít léčbu současně psychofarmaky a nácviky, i když nácviky většina párů zanedbává. Proto je nutné, aby lékař stále připomínal ověřenou zkušenost, že po vynechání psychofarmaka, pokud nebylo současně používáno nácvikové techniky dochází obvykle k relapsu (1, 4). Zatím nepublikované zkušenosti autora s podáváním SSRI nevyznívají tak jednoznačně. Bylo by užitečné provést v tomto směru katamnestické sledování těch PE, které se již do ordinace sexuologa nevracejí, zejména potom s ohledem na to, do jaké míry využívali, nebo dosud využívají nácvikovou techniku. Autor považuje v současnosti za nejúčinnější kombinovanou léčbu nácvikovou, která je usnadňována současným podáváním SSRI. Největší částí pacientů podává sertralin, a to jen v předpokládaný den koitu 4 hodiny před jeho zahájením, ale je možno i dříve. Téměř u všech PE je sertralin bezvadně snášen (jen minimum nežádoucích účinků a minimum interakcí), jeho nástup je rychlý a kontrolovatelný. Sertralin má jeden z nejkratších biologických poločasů mezi ostatními SSRI (26 hodin) a desmetylsertralin (jeho metabolit vznikající po průcho-

du sertralinu játry) je 20x méně účinný než sertralin. Po opakované aplikaci dávky 1x denně dosahuje maxima plazmatické koncentrace během 5–8 hodin. Autor zjistil nástup účinku sertralinu při ovlivňování PE již za 4 hodiny i při prvním podání, u některých i za 3 hodiny. Tato individuální reakce je nejspíše projevem metabolického fenotypu. Zatím si autor neumí vysvětlit tento promptní účinek na IELT u PE, a to i při podání vůbec první dávky sertralinu. Jeho terapeutická účinnost u depresí začíná přece teprve po týdnech. Mohlo by jít o jiný mechanismus jeho účinku a na jiném místě, než působí u depresí. Snad by se dalo uvažovat o působení na 5HT₂ receptory, které ovlivňují sexualitu a k tomuto působení dochází po podání preparátu (mechanismus antidepresivního působení spočívá ve zvýšení hladiny 5HT) a možnou slabou bloádou alfa 1 adrenergických receptorů, kterou způsobuje právě sertralin. Ten má nejméně interakci s cytochromem P 450 a vyvolává nejsilnější inhibici zpětného vstřebávání serotoninu. Sertralin nepůsobí sedativně, neprodlužuje reakční čas, podle EEG zlepšuje vigilitu. Během léčby je možno řídit motorové vozidlo a obsluhovat složitější stroje. Přesto však je rozumné podávat sertralin v odpoledních hodinách, kdy žádná z těchto činností není očekávána, i když při podávání ráno se autor nesetkal s podobnými nežádoucími účinky. Sertralin patří mezi SSRI k těm, které nejvíce oddalují ejakulaci, a to až u 21,4% pacientů s depresí (14). Výhody SSRI před tricyklickými antidepresivy jsou všeobecně známé. Autor a spol. opakovaně publikovali svoje zkušenosti s léčbou PE pomocí SSRI (6, 7, 8, 9, 10). Zjistili v souhlase s literárními údaji, že IELT je u PE skutečně ovlivňován SSRI a nikoliv placebo efektem a dále, že jmenovitě sertralin je pro své farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti zvláště účinný při prodlužování IELT u PE a to i při jednorázovém (intermitentním) podávání sertralinu v dávce 50 mg (někdy – většinou později – postačí jen 25 mg) pouze v den předpokládaného pohlavního styku, a to většinou 4 hodiny před vlastním koitem (7). Autor a spol. zveřejnili jako první výsledky jednorázového podávání sertralinu u PE již v roce 1998 (7). Sedmileté zkušenosti potvrzují výhody této léčby. O jednorázovém ovlivňování IELT u PE referuje v roce 1993 Segraves, ale ten tehdy podával jednorázově klomipramin (tedy tricyklické antidepresivum, nikoliv SSRI). Kim et al. zveřejnili svoje zkušenosti s podáváním sertralinu v roce 1999.

Jednorázové podávání sertralinu je pro pacienta zvláště výhodné. Není obtěžován každodenním užíváním a jeho organizmus není zatěžován kontinuálním užíváním SSRI. Bezvýznamná není ani ekonomická stránka věci.

Pomocná opatření:

„Carezza“ (italsky: hlazení, laskání): v době hrozící ejakulace zavést úd co nejhlouběji do pochvy (toto samo představuje pro ženu vysoce stimulující podnět) a zastavit frikční pohyby. Přitom pokračovat v další přidatné stimulaci erotogenních zón ženy a vyčkat, až hrozba ejakulace odezní. Potom opět začít s frikčními pohyby. Jedná se vlastně o modifikaci Semansovy stop-start techniky umožňující, aby stimulace ženy pokračovala co nejvhodnějším způsobem i přes zastavení pohybů.

Kondom – eventuálně dvojí.

Lokální anestetika – nutno však odhadnout správnou dávku a dobu aplikace a před stykem lokální anestetikum setřít, aby při styku s genitálem ženy nedošlo k jeho znečistnění, nebo ke snížení citlivosti.

V Čechách až dosud velmi často praktikované přerušení soulože před ejakulací jako metoda antikoncepce vede ke zbytečné neurotizaci páru. U muže s PE zde působí destruktivně i obava, aby nedošlo k ejakulaci do pochvy.

Jak již bylo uvedeno, škodlivě působí i některé mýty v oblasti sexuality, zejména ten o potřebě současného vyvrcholení ženy i muže. V tažení proti těmto traumatizujícím názorům pomáhá zdůrazňování významu nonvaginálních koitálních praktik následujících po orgasmu muže. Jejich pomocí často dosahují oba partneři oboustranného vyvrcholení a uspokojení.

Závěry

Autor doporučuje lékařům těch oborů, kde to může být užitečné zejména z hlediska komplexního biopsychosociálního pohledu na nemocného, aby se vždy taktně se zdůvodněním, jak bylo uvedeno v úvodu tohoto sdělení zeptali na spokojenost pacienta v jeho intimním životě.

Svěřil-li se pacient, potom v případě PE je možno využít např. otázek, které jsou zde uvedeny, a přesvědčit se i somatickým vyšetřením, zda se jedná o primární či druhotnou PE. Pak je třeba objasnit pacientovi epidemiologické údaje o PE, seznámit ho s postupem možné léčby a doporučit odborné sexuologické vyšetření. Po dohodě se sexuologem se může lékař na léčbě PE spolupodílet.

Samotná psychofarmakoterapie je z hlediska dlouhodobé perspektivy neúčinná, pokud pacient učením a postupnou desenzibilizací nesníží svoji neúměrnou dráždivost v oblasti ejakulačního reflexu. K tomu slouží nácvikové

metody, prováděné za pomoci psychofarmak (podle zkušeností autora je tč. neúčinnější intermitentní podávání sertralinu). Tak lze očekávat do budoucna i plnou úpravu PE.

Některé práce sice hovoří o nutnosti u PE užívat psychofarmaka neustále k tomu, aby se udržel příznivý IELT. Jsou však i takoví pacienti, kteří se bez nich obejdou. Kterí to jsou a kolik jich je, zůstává zatím otázkou. K jejímu řešení by jistě přispělo katamnestické sledování těch, kteří byli původně léčeni pro PE a přestali do ordinace sexuologa docházet.

Epilog:

(opět elév Miloš Hrna)

...„v blázinci mi, paní přednostová, doktor Brabec řekl, že bych si měl otřít parůžek s nějakou starší dámou...?“

Oznámení:

Prof. MUDr. Milan Kolomazník, DrSc., se v těchto květnových dnech dožívá významného životního jubilea – 75 let. Přejeme mu do dalších let pevné zdraví, spoustu osobní spokojenosti a tvůrčího elánu. Gratulujeme!

Převzato z *Psychiat. pro Praxi* 2005; 3: 124–127.

Literatura

1. Althof SE, Levine SB, Corty EW, Risen CB, Stern EB, Kurit DM. A double blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation in 15 couples. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 402–407.
2. Balbay MD, Yildiz M, Salvarci A, Ozsan O, Ozbek E. Treatment of premature ejaculation with sertraline. *Int Urol Nephrol*. 1998; 30: 81–83.
3. Cooper AJ. The causes and management of impotence. *Postgraduate Medical Journal* 1972; 98: 548.
4. Kaplan H. The new sex therapy New York: Brunner/Mazel, 1973.
5. Kim SW, Paick JS. Short-term analysis of the effects of as needed use of sertraline at 5 pm for the treatment of premature ejaculation. *Urology* 1999; 54: 544–547.
6. Kolomazník M, Hronek J, Tauš L. Sertralin v léčbě předčasné ejakulace. 39. Česko-Slovenská psychofarmakologická konference Lázně Jeseník, 3.–7. ledna 1997. Abstrakta, 43.
7. Kolomazník M, Hronek J, Kolomazník J, Kufner P. Sertralin v léčbě ejaculatio praecox : Intermitentně nebo kontinuálně? *Psychiatrie* 1998; 2: 244–246.
8. Kolomazník M, Kolomazník J, Kolomazníková M. Předčasná ejakulace. *Čs. Psychiat* 1999; 95: 516–523.
9. Kolomazník M, Červinka L, Kutílek Š, Pohanka M, Skibová J, Tauš L, Vilč M, Zapletálek M, Zbytovský J, Zemková P. Fluoxetin v léčbě ejaculatio praecox. *Psychiatrie* 2002; 6: 6–9.
10. Kolomazník M. Léčba předčasné ejakulace intermitentně podávaným sertralinem. *Psychiatrie* 2004; 8(2): 100–103.
11. LoPiccolo J, LoPiccolo L. Handbook of sex therapy. Plenum Press New York and London 1978: 1–531.
12. Masters WH, and Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston, Little, Brown, 1970.
13. Monteiro WO, Norshvani HF, Marks IM et al. Anorgasmie from clomipramine in obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Br.J.Psychiatry* 1987; 151: 107–112.
14. Reimherr FW, et al. Antidepressants efficacy of sertraline: a double blind, placebo and amitriptyline controlled, multicenter comparison study in outpatients with major depression. *J. Clin. Psychiatry* 1990; 51 (suppl. B): 18–27.
15. Semans JH. Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*. 1956; 49: 353–358.
16. Segreaves RT, Saran A, Segreaves K et al. Clomipramine versus placebo in the treatment of premature ejaculation: A pilot study. *J Sex & Marital Therapy* 1993; 19: 198–200.
17. Sigusch V, et al. Ejakulationsstörungen. *Sexualmedizin* 1976; 5: 23–32.
18. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf Jesenius Praha 1996; 342: 347–348.
19. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, and sertraline. *J. Clin. Psychopharmacol* 1998; Aug 18(4): 274–281.
20. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Standford University Press 1958.