

Funkční sexuální poruchy u žen

MUDr. Ondřej Trojan

TH klinika s. r. o., Praha

Ženské sexuální dysfunkce jsou mnohdy přehlíženy a často bagatelizovány, ale přesto svým nositelkám zhoršují kvalitu života. Ženy s těmito poruchami ovšem často nenalézají odvahu vyhledat pomoc. Nejčastěji se v klinické praxi setkáváme se stavem snížené sexuální apetence a s různými bolestivými symptomy provázejícími koitus. Obvykle je zde nutné kromě terapie farmaky též působení psychoterapeutické a někdy je psychoterapie jedinou formou léčby. V případech zjištěných hormonálních dysbalancí je vhodné hladiny sexuálních hormonů stabilizovat, což je terapie primárně vedená či alespoň supervidovaná gynekology. Bohužel v ČR nejsou dosud registrovány lokálně aplikované androgeny (testosteron v gelové formě), jejichž užití je šetrné a mnohdy přináší dobrý efekt zejména při poruchách libida. Léčebný proces by měl odrážet celou škálu psychofyziologické kauzality ve snaze dosáhnout co nejlepší úpravy pro ženu v kontextu jejího případného partnerství. Neexistuje jednoduchý terapeutický postup. Léčení je třeba ušít na míru té které pacientce s ohledem na vztahové, sociokulturní, biologické a psychologické faktory, v nichž se žena pohybuje. Proto je léčba obvykle časově náročná a o to větší pak při úspěšném průběhu přináší terapeutické uspokojení.

Klíčová slova: sexuální dysfunkce, touha, vzrušení, orgasmus, bolest, syndrom neklidného genitálu, sexuální apetence, lubrikace, dyspareunia, vaginismus.

Functional sexual disorders in women

Female sexual dysfunctions are frequently overlooked and often trivialized, yet they degrade the quality of life of the sufferers. However, women with these disorders commonly fail to find the courage to seek help. Low sexual desire and various painful symptoms during intercourse are the most common conditions encountered in the clinical practice. In addition to medical treatment, psychotherapeutic intervention is usually also required and, sometimes, psychotherapy is the only form of treatment. When hormonal imbalances are detected, it is advisable to stabilize sex hormone levels, a treatment primarily performed or at least supervised by a gynaecologist. Unfortunately, locally administered androgens (testosterone in gel form), the use of which is sparing for the patient and often has a good effect particularly in libido disorders, have so far not been registered in the Czech Republic. The therapeutic process should reflect a whole range of psychophysiological causality in an attempt to achieve the best possible improvement for the woman in terms of a possible partner relationship. There is no simple therapeutic procedure. Treatment has to be tailored to the individual patient with respect to interpersonal, sociocultural, biological and psychological factors relevant to the woman. As a result, the treatment is usually time-demanding and, when successful, it provides major therapeutic satisfaction.

Key words: sexual dysfunction, desire, arousal, orgasm, pain, restless genital syndrome, sexual appetite, lubrication, dyspareunia, vaginismus.

Urolog. pro Praxi, 2011; 12(1): 38–41

Ženské funkční sexuální poruchy jsou charakterizovány absencí organické (zejména gynekologické) příčiny v prvním plánu nebo příčiny spojené s duševní nemocí (psychiatrické onemocnění či abúzus psychoaktivních látek nebo závislost na nich) a zároveň tím, že způsobují problém nositelce samotné anebo jde o potíže interpersonální (1). Současně je charakterizuje trvalost – obvykle se uvádí kritérium pro dobu trvání alespoň 6 měsíců.

Výzkumy ukazují, že prevalence dysfunkcí u žen je poměrně vysoká, nicméně jen malé procento vyhledá pomoc terapeuta (2).

Pozoruhodným aspektem je pak samotný orgasmus, resp. jeho význam. Z hlediska vývojové psychologie potažmo etologie nebyl totiž význam orgasmu u žen jednoznačně prokázán. Není hodnověrný důkaz, že by zlepšoval fertilitu, měl pozitivní vliv na těhotenství či na partnerský vztah. Jde nejspíše o vedlejší produkt, jakým jsou

například prsní bradavky u muže. Proto schopnost prožít orgasmus nejsou nadány všechny ženy, leč pouze zhruba 90 % z nich.

Celkově lze říci, že pocit sexuální pohody u žen je výslednicí působení řady vlivů, z nichž nejdůležitější jsou zobrazeny v obrázku 1 (dle Nappi RE, ESSM kongres, 11/2010).

Ženské sexuální dysfunkce, u kterých neobjevíme organickou příčinu, jsme si zvykli nazývat rovnou psychogenními. Jakkoliv to může být v jisté části pravda, je vhodnější nazývat je poruchami s nejasnou příčinou, dokud psychogenitu nepotvrdíme. Diagnostické metody včetně moderních zobrazovacích technik jdou rychle dopředu a možná připraví ještě řadu překvapení.

Na druhé straně aspekty jako antisexuální výchova v nukleární rodině, sexuální zneužití v dětství, trauma znásilnění, strach z těhotenství, z pohlavní nákazy, odpor k partnerovi či

jiný hlubší partnerský konflikt – to vše a mnoho jiných psychických vlivů může hrát roli při vzniku takřka libovolné sexuální dysfunkce u ženy.

Každopádně je nutné si uvědomit další aspekt ženské sexuality. Že totiž psychický pocit vzrušení není vždy v konkordanci s fyziologickými reakcemi k ženskému vzrušení náležejícímu. To je zásadní rozdíl oproti vzoru mužské sexuální odezvy (zjednodušeně řečeno – muž si erigovaný penis obvykle uvědomuje, žena lubrikaci v pochvě nemusí). Takže ženské sexuální poruchy mohou zasahovat odděleně psychickou i fyziologickou stránku věci. To úlohu terapeuta nikterak neusnadňuje.

Diagnostický proces

1. Základem stanovení diagnózy je pečlivě odebraná anamnéza zaměřená na možné psychosexuální vlivy (rodinná výchova,

vztahy rodičů), možná traumata (zneužití, znásilnění), vývojové problémy (např. poruchy příjmu potravy) a recentní situaci (práce, stres, vztahy).

2. Palpační vyšetření malé pánve, kde je potřeba (zejména u dyspareunických obtíží a poruch lubrikace) vyloučit organické příčiny a při nejistotě odeslání pacientky ke gynecologickému vyšetření.
3. Rozebrání možných příčin se zaměřením na vznik obtíží, společné hledání souvislostí s okolnostmi, které mohly hrát roli. Zaměření na partnerský vztah, sebepřijetí, vztah k sexu i v kontextu rodinné výchovy, těhotenství a porody, laktaci. Je dobré věnovat pozornost taktéž otázkám sebedůvěry, sebepřijetí (tělesný obraz je u žen daleko důležitější než u mužů).
4. Upřesnění pomocí testové metody (Mellanův SFŽ, mezinárodní FSFI či podobné dle zaměření a vybavení pracoviště).
5. Hormonální vyšetření v případě, že máme podezření na příčinnou souvislost a jsme-li schopni intervenovat terapeuticky v případě nalezených abnormit.

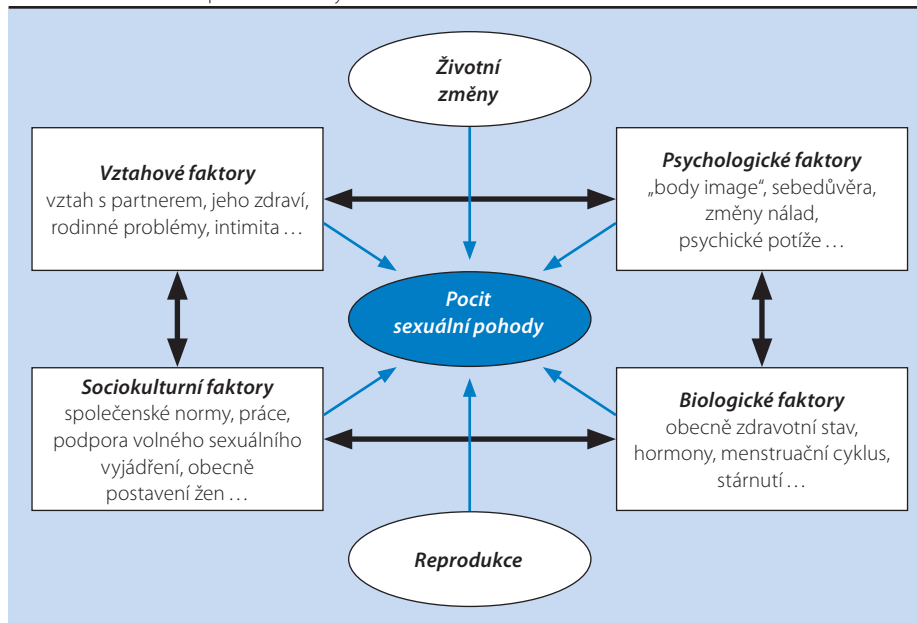
Obecný základ terapie

Konkrétní typy k terapeutické intervenci jsou uvedeny u popisu jednotlivých poruch.

Obecné zásady terapeutického přístupu lze shrnout následovně:

1. Uklidnění pacientky a jejího partnera, je-li přítomen.
2. Motivace pacientky k sebeexploraci, zjištění příjemných dotyků přinášejících vzrušení, vhodná je i kontrola fyziologických reakcí například pomocí zrcátka při masturbaci.
3. Motivace k párové sexoterapii, pokud má pacientka partnera ev. partnerku. Velmi dobré výsledky přináší kognitivně-behaviorální terapie (KBT), vhodné jsou i klasické systematické nácviky dle Masterse-Johnsonové a Kratochvíla (3), ale mnohdy prokáže stejnou službu též prostá instrukce k užití lubrikačního gelu, k zaměření se na sdílení dotyků, fantazií, společnému sledování erotických filmů, k převaze nekoitálních sexuálních aktivit či úpravě partnerského vztahu v párové terapii apod.
4. Explorace pocitů spojených se sexualitou, vztahy a tělesnými prožitky v dědobější terapii zajistí pacientce náhled na možné příčiny a umožní s nimi v terapii pracovat a usměrnit je.
5. Farmakoterapie lokální nebo celková, je-li indikována.

Obrázek 1. Sexuální pohoda – vlivy



Poruchy spojené s touhou Snížení sexuální apetence

Jde o jednu z nejčastějších sexuálních dysfunkcí u žen (dle různých studií je incidence mezi 30–70 % žen). Je charakterizovaná perzistujícím nebo rekurentním snížením až absencí sexuálních fantazií a touhy po sexuálním uspokojení. Většinou jde o poruchu získanou, někdy však je takové celoživotní nastavení ženy.

Etiologicky může jít o hormonální poruchu. Často za nižší apetenci stojí zvýšená hladina prolaktinu, která je fyziologická po dobu laktace. Při nálezů hyperprolaktinémie je třeba pomýšlet i na centrální (hypofyzární) původ tohoto stavu – prolaktinom a ztráta sexuální apetence může být prvním jeho symptomem. Hyperprolaktinémie může být často způsobena iatrogeně (vedlejší účinek řady psychofarmak, zejména pak z oblasti antipsychotik). Významná může být i hyperprolaktinémie způsobená stresem.

Mezi iatrogenní příčiny se někdy řadí porucha apetence zapříčiněná hormonální antikoncepcí. Nicméně studie zaměřené na toto téma přinesly nekonstantní výsledky a příčinnou souvislost není možno považovat za jednoznačně prokázanou.

Sekundárně se snížená sexuální apetence velmi často vyskytuje jako jeden ze symptomů depresivní fáze bipolární poruchy, ale obecně u mnoha onemocnění, a to nejen psychiatrických (4).

Dalšími hormony, které hrají roli v ženské apetenci, jsou oxytocin, testosteron a estrogény, ale taktéž třeba thyroxin. Endokrinní souvislosti ženských sexuálních poruch by však vedly na samostatný článek, proto je zde zmiňuji

v pouhém výčtu a také proto, abychom si uvědomili, že klimakterium hraje v životě mnohých žen velkou roli, a to přirozeně nejen ve vztahu k apetenci. Krátkodobě pak i samotný menstruační cyklus navozenými hormonálními změnami v jeho průběhu apetenci ovlivňuje.

Nicméně hormony obecně jsou posly, hlavní centra sexuálního prožívání a motivačních systémů jsou v mozku a jsou jimi ovlivněna. Při snížené apetenci pak může jít buď o menší odpověď center odpovědných za excitaci či zvýšenou aktivitu center tlumících. Steroidy například aktivují centra sexuálního vzrušení zaměřením na syntézu enzymů a receptorů. Ve hře jsou zejména dopaminové, noradrenalinové, melanocortinové a oxytocinové systémy (5). Největší roli, zdá se, hrají první (mezo limbický, nigrostriální a diencefalický) a poslední (nuclei paraventriculares, nucl. supraoptici) jmenovaný systém.

Terapeuticky se lze pokusit o vyvážení hormonální rovnováhy. Mnohdy dobře působí kombinace nízkých dávek estrogenů a testosteronu (nejvhodněji transdermálně).

Ve snaze ovlivnit mozková centra občas přináší terapeutický úspěch některá antidepresiva (nikoliv však ze skupiny SSRI), například bupropion (Wellbutrin) nebo moclobemid (Aurorix).

Základním léčebným přístupem se však nadále jeví individuální a dle možností párová psychoterapie.

Zvýšení sexuální apetence

Analogicky jde o opak snížené funkce, nicméně za poruchu označujeme až takový stav, který se objevuje samostatně a nositelce přináší

potíže či dyskomfort. Jako symptom se může vyskytnout u nemocí duševních, nejčastěji pak v manické fázi bipolární poruchy.

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit zvýšenou apetenci od syndromu nepokojného genitálu. Vodítkem budiž příjemný prožitek a (alespoň dočasná) úleva po orgasmu či neorgazmickém uspokojení, kteréžto prožitky u zmíněné poruchy chybějí.

Terapie: v případě samostatného zvýšení apetence možno užít lehkých dávek psychofarmak, která zvyšují hladinu prolaktinu (např. amisulprid – Deniban). Dávkování je třeba obezřetně vyvážit. Jinak je třeba léčit základní onemocnění.

Poruchy vzrušení

V průběhu sexuální excitace – senzorické i centrální stimulace – nastává genitální hyperemie. To se týká klitorální oblasti, labií minor, uretry a vaginy včetně jejího vchodu.

Vaginální prokrvení díky inervaci a za účasti neuropeptidů je při vhodném vyladění rychle zvýšena a nastává situace přibuzná otoku. Žena cítí plnost v podbřišku a subjektivně větší či menší vzrušení. Zvýšený hydrostatický tlak způsobí vznik plazmatického transsudátu do intersticia a ten prostupuje epitelem do poševní stěny jako lubrikace (6).

Smysl lubrikace je jednak v usnadnění imise penisu a prevenci bolesti při souloži, jednak v usnadnění přežití spermií ve vaginálním prostředí – naředěním se jeho pH zvýší a je pro spermie méně ohrožující.

Snížená či chybějící lubrikace

Nejčastěji jde o poruchu spojenou s nižšími hormonálními hladinami především estrogenů, a proto jde typicky o obtíž žen po menopauze, někdy v těhotenství a v období laktace. Zde může pomoci lokální estrogenní léčba (např. přípravky Vagifem či Ovestin). Někdy dobře způsobí medikace bronchosekretoolytiky (např. ACC long). I u mladých žen s perfektními hormonálními hladinami však porucha lubrikace může nastat psychofyzilogickými mechanismy popsány výše, terapeutický přístup pak je více zaměřen na psychické vlivy. Často stačí přechodné používání dostatečného množství lubrikačního gelu, čímž se sníží obava ze slabé lubrikace. Následkem tohoto uvolnění se pak schopnost spontánní lubrikace upraví.

Zvýšená lubrikace

Některé ženy stresuje nadměrná lubrikace. Zde je třeba si uvědomit, že nemusí jít jen o mar-

ginální problém řešitelný například použitím ručníků, ale že může vést k tzv. syndromu ztraceného penisu, kdy při nadměrné vaginální dilataci a lubrikaci chybějí při souloži taktilní podněty oběma partnerům, následkem čehož je prožitek redukován a často tento stav vede k obtížnému udržení erekce u muže.

K dispozici není žádná spolehlivá léčba a ani psychoterapie zde mnoho nezmuže. Recentně byly referovány případy, kdy pomohla medikace malými dávkami gestagenů. Jako ultimum refugium lze doporučit vaginoplastiku, kdy při zmenšení introitu lze zajistit lepší pocit genitálního kontaktu.

Poruchy orgasmu

Chybějící orgasmus

Jak uvedeno výše, není schopností prožít pocitové a tělesné vyvrcholení nadána každá žena. Proto se dnes za patologický stav považuje anorgazmie tehdy, dojde-li ke ztrátě orgazmické schopnosti v průběhu života a/nebo přináší-li ženě subjektivně problém. Zde je třeba mitigovat tlak médií, která vystupují často v tom duchu, že nemá-li žena orgasmus, je to dáno její či partnerovou neschopností.

V mladším věku (adolescenc a mladá dospělost) je primární anorgazmie celkem častá a plyne z nedostatečné masturbační i párové sexuální zkušenosti.

Dysfunkční orgasmus

Jde o obtížně dosahovaný nebo jen zřídka prožívaný orgasmus. Tento stav může trvat celý život nebo nastupuje obvykle jako následek nějakých dalších okolností. Těmi může být například opakovaná kolpitis či jiná gynekologická onemocnění, ale též porod, potrat, rozchod či rozvod.

Je dobré uvědomit si, že na rozdíl od mužského, velmi uniformního orgasmu spojeného s ejakulací, jsou formy orgastického prožitku u žen poměrně pestré. Jednak lze poměrně snadno odlišit orgasmus klitorální a vaginální. Každý má trochu jiný průběh a je i jinak ženami vnímán, vaginální obvykle cítí ženy jako hlubší, silnější a déle trvající.

Dále pak u některých žen dochází k ejakulaci, ale u většiny nikoliv. Toto téma samo je také nasmírně obsáhlé a jen o ženské ejakulaci (stále částí odborné veřejnosti zpochybňované) a o tzv. bodu G byly popsány tuny papíru. Nicméně je možno považovat za prokázané, že u některých žen jsou podél uretry rudimenty žlázek označovaných jako „ženská prostata“ (průkazy zobrazovacími metodami i histoche-

micky přítomností alkalické fosfatázy) a je velmi pravděpodobné, že tyto žlázy jsou za jistých okolností schopny produkovat tekutinu.

Terapeuticky je při potížích s dosahováním orgasmu na místě doporučit důkladnou exploraci vlastní ženiny reaktivity drážděním vulvy – zejména pak klitoridální a introitální oblasti, ale i drážděním vaginální. Zde se často vyplatí užití vibrátorů či jiných sexuálních pomůcek a terapeutické vedení k sebezpřijetí, akceptaci vlastního genitálu a vlastní sexuální reaktivity.

Samozřejmě je velkou výhodou, je-li k dispozici vstřícný partner a účastní se párové sexoterapie, nicméně velkou část úsilí musí vyvinout žena sama.

Poruchy spojené s bolestí

Dyspareunia

Tato porucha je charakterizovaná nepříjemnými pocity při imisi penisu či v průběhu koitu. Často jde o pálení, svědění, různé typy bolestivých pocitů. Pomineme-li jako příčinu gynekologické onemocnění, nejčastěji jsou příčinou vlivy psychické.

Při poruše vzrušení je dyspareunie jejím běžným následkem.

Diferenciálně diagnosticky je důležité vyloučit vulvární vestibulitis, poddiagnostikované onemocnění, které lze obvykle relativně dobře gynekologicky léčit, ale které má i svoji silnou psychofyzilogickou složku (7).

Terapeuticky pomáhá osvětlení problému, snaha zaměřit se na spouštěcí momenty bolesti a užití lokálních anestetik v gelu či spreji (např. Lidocain spr.) po přechodnou dobu. I zde má velký význam spolupráce s partnerem, je-li to možné.

Vaginismus

Definován je jako perzistující či rekurentní porucha znemožňující průnik penisu, prstu nebo předmětů vaginálním vchodem, přestože si žena vědomě průnik přeje. Často je spojena s obavami, nechtěným sevřením pánevních svalů, anticipací bolesti či strachem z ní nebo s bolestivou zkušeností.

Terapeuticky je výhodná kombinace zaměřená na osvětlení problému, postupné nácviky s dilatací pochvy (zde je vhodnější terapeutka žena než mužský terapeut) a cvičení autoerotická se zaváděním prstů do pochvy.

Rovněž pak užití lokálních anestetik (jako u dyspareunie) může přinést užitek, protože jestliže se pacientce při takto navozené anestezii zdaří postupně zavádět slabý a posléze silnější dilatátor nebo jeden a více prstů, na vědomé

úrovni se odezva rychle projeví a přispěje k překonání problému. Kazuisticky mohu uvést případ mladé ženy, které se první soulož zdařila v situaci analgezie navozené silnou prostou ebrietou – naštěstí bez palimpsestu. Od té doby bylo po problému.

Syndrom neklidného genitálu

Tato poměrně nová diagnostická oblast patří spíše mezi tiky a myoklonie (dg. G25 – MKN 10), než mezi sexuální poruchy per se. Od nadměrného sexuálního vzrušení se tento syndrom odlišuje především trvalými či rekurentními, úpornými, nepříjemnými pocity spojenými s fyziologickými příznaky sexuální excitace a absencí úlevy po orgazmu. Proto byl opuštěn dřívější název „syndrom perzistentního sexuálního vzrušení“, který byl prvně popsán v r. 2001 (8).

Hlavní stížností jsou rozličné divné nepříjemné pocity v oblasti labií, klitorisu, na stydké kosti či kolem análního otvoru. Obvykle se zhoršují při sezení. Někdy připomínají stav těsně před dosažením orgazmu, jindy jej ženy popisují jako podobný nucení k močení. Dosti imperativně cítí

nutkání masturbovat, aniž by však z toho měly nějakou úlevu, spíše naopak.

Zhusta jsou tyto pocity po celý den, někdy společně se syndromem neklidných nohou.

Stejně nešťastní jako tyto ženy jsou často jejich terapeuti, neb zatím není jasné, jak tato porucha vzniká a jak ji léčit. Někdy pomůže fyzioterapie oblasti bederní páteře, jindy byly kazuisticky referovány dobré účinky některých psychofarmak (Oxazepam, Clonazepam), ale celkově v současnosti nutno konstatovat určitou terapeutickou bezradnost.

Rozhodně však je třeba vyloučit neurologický původ obtíží např. MRI vyšetřením mozku a bederní páteře.

Literatura

1. West SL, D'Aloisio AA, et al. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1441–1449.
2. Nicolosi A. Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five anglophone countries from the global survey of sexual attitudes and behaviors (GSSAB). *J. of Sex & Marital Therapy*, 2006; 32: 331–342.

3. Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce. Praha: Grada, 2008.

4. Veronelli A, et al. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity and hypothyroidism. *J of Sex Med* 2009; 6: 1561–1568.

5. Pfaus G. Pathways of sexual desire. *J of Sex Med* 2009; 6: 1506–1533.

6. Salonia, et al. Psychophysiology of women's sexual arousal and orgasm. *J of Sex Med* 2010; 7: 2637–2660.

7. Green J, Hetherington J. Psychological aspects of vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26: 101–106.

8. Leiblum SR, Nathan S. Persistent sexual arousal syndrome: a newly discovered pattern of female sexuality. *J Sex Marital Ther.* 2001; 27(4): 365–380.

Článek přijat redakcí: 6. 12. 2010
Článek přijat k publikaci: 24. 1. 2011

MUDr. Ondřej Trojan

TH klinika s. r. o.
Karlovo náměstí 3, 150 00 Praha 2
trojan@thklinika.cz

