

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA U MUŽŮ SE SCHIZOFRENIÍ



Magisterská diplomová práce

Autor: Renáta Fatěnová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, PhD.

Olomouc

2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Kvalita sexuálního života u mužů se schizofrenií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své diplomové práce PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. za odborné vedení práce a za cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. za pomoc a rady při statistickém zpracování dat. A také bych ráda poděkovala psychologům z PL Kroměříž a z PL Šternberk za pomoc při realizaci výzkumu a odborné rady.

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění.

Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích.

Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

OBSAH

Úvod.....	7
1. Charakteristika schizofrenie.....	8
1.1. Pohled do historie	8
1.2. Definice a příznaky.....	9
1.3. Epidemiologie a etiologie	11
1.4. Diagnostika a formy.....	13
1.5. Léčba.....	16
1.5.1. Biologická terapie.....	16
1.5.2. Využití psychoterapie	18
2. Sexuální dysfunkce u mužů	22
3. Schizofrenie a sexualita.....	25
3.1. Sociální faktory.....	27
3.2. Vliv antipsychotik.....	29
3.3. Dosavadní výzkumy	30
4. Cíle výzkumu	32
5. Metodologický rámec výzkumu.....	34
6. Popis výzkumného souboru	37
7. Výsledky	39
8. Diskuze.....	49
8.1. Diskuze o metodice.....	49
8.2. Diskuze o výsledcích	50
9. Závěr	53
Souhrn.....	54
Literatura.....	58

Přílohy

Příloha 1: Zadání diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce

Příloha 3: Arizonská škála sexuálních funkcí (ASEX)

Příloha 4: Dotazník Sexuální funkce muže (SFM/K)

Příloha 5: Demografické údaje jednotlivých pacientů

Úvod

Schizofrenie je onemocnění, které je u laické veřejnosti známé jako „rozdvojená“ nebo také „rozštěpená“ osobnost. Podle názorů odborníků by se však tyto pojmy užívat neměly, jelikož se jedná spíše o rozdělené myšlení, ale zahrnuje také poruchy celé řady dalších psychických funkcí. O této nemoci už bylo napsáno a řečeno velmi mnoho, avšak stále se jedná o chorobu zajímavou jednak pro odborníky, kteří se snaží těmto pacientům pomáhat (lékaři, psychologové, apod.), jednak také pro laiky. Já sama se o schizofrenní pacienty zajímám od doby, kdy jsem na svojí první praxi měla možnost s těmito lidmi hovořit a vidět tak tuto nemoc zblízka, ne pouze z literatury či internetu. Velmi mě zaujalo, jak se schizofrenie projevuje u každého člověka jiným způsobem. Zatímco u jednoho pacienta bylo již na první pohled nebo při prvních slovech znát, že trpí nějakým psychotickým onemocněním, u jiného jsem ani po půl hodinovém rozhovoru nepoznala, že by byl ten člověk jakkoliv psychicky nemocný. Od této praxe jsem se o pacienty se schizofrenií začala hlouběji zajímat, byla jsem u těchto pacientů také na dalších praxích, abych některé blíže poznala a rozhodla jsem se, že moje diplomová práce bude právě o nich.

Je známo, že schizofrenní pacienti mají větší či menší potíže v oblasti vztahů a sexuálního života, ať už při navazování kontaktu s okolím, se samotným vztahem k partnerovi, či sexuálním životem, kde se může vyskytovat řada sexuálních dysfunkcí. Sexualita hraje důležitou roli v životě každého člověka a pacienti se schizofrenií nejsou výjimkou. Na sexuální potíže a celkovou kvalitu sexuálního života těchto lidí jsem se zaměřila ve své diplomové práci.

1. Charakteristika schizofrenie

1.1. Pohled do historie

Pojem schizofrenie má dlouhou historii. Už Esquirol v roce 1838 podrobněji popsal halucinace pacientů s tímto onemocněním (Novotný, 2005). Později byl vytvořen a popsán termín *dementia praecox* (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010; Hartl & Hartlová, 2010). Ta byla charakterizována jako stav, při kterém pacient nedokáže koordinovat své myšlenky a nejčastěji končila demencí (Novotný, 2005). Autorem termínu *dementia praecox* je francouzský psychiatr Benedikt-Augustin Morel a byl použit také Kraepelinem v jeho klasifikaci (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

V průběhu let vznikly čtyři hlavní koncepce diagnózy schizofrenie. První tři souvisely s vlivem německé psychiatrie na psychiatrické myšlení v 1. polovině 20. století. První se zabývala formulací termínu „*dementia praecox*“ podle Kraepelina (v letech 1896, 1898 a 1904), druhou byla Bleulerova analýza hierarchie psychopatologických příznaků tohoto onemocnění (1911) a třetí se zabývala klinickými příznaky „prvního řádu“ podle Schneidera (30. léta). Čtvrtou koncepcí byla operacionální kritéria schizofrenie podle Stengela, která měla největší vliv na tehdejší psychiatrické myšlení ve světě (Libiger, 1991).

Emil Kraepelin popsal příznaky vyskytující se u „*dementia praecox*“: poruchy pozornosti, halucinace (hlavně sluchové), ozvučené myšlenky, narušená plynulost myšlení, zhoršení kognitivních funkcí, chorobné chování, negativismus, autismus, atd. Kraepelin je současně považován za „otce moderní psychiatrie“ a také za objevitele schizofrenie a maniodepresivní poruchy (Motlová & Koukolík, 2004). Pojem schizofrenie poprvé použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, který jím v roce 1911 charakterizoval rozpad osobnosti (Hartl & Hartlová, 2010). Vydal svoji významnou monografii o schizofrenii, ve které jako první kladl důraz na termín „štěpení“ (Novotný, 2005). Později Bleuler rozdělil projevy schizofrenie na základní a akcesorní. Za základní příznaky považoval především poruchy asociací a afektu, ambivalenci a autismus (odtud Bleulerova „čtyři A“). Akcesorní příznaky znamenaly halucinace, bludy, změnu osobnosti, tělesné příznaky či proměnu mluveného a psaného projevu. Kurt Schneider pak také příznaky rozdělil podle důležitosti. Příznaky prvního řádu zahrnovaly halucinace (hlavně sluchové), ozvučené myšlenky, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek, atd. Za příznaky druhého řádu považoval bludné nápady, bezradnost, popletenost, depresivní a euforické nálady, atd.

Současné klasifikace schizofrenie pak navazují na díla především těchto tří autorů (Motlová & Koukolík, 2004).

Později v roce 1992 Möller poukázal na to, že schizofrenie se vyznačuje určitými etapami rozvoje a považoval za důležité, aby byla diagnostikována i latentní forma této nemoci. Rozvoj vyšetřovacích metod vedl k vytvoření nové koncepce Crowa v roce 1999, který rozlišil dva typy schizofrenie. U prvního převažují pozitivní příznaky a je dobře léčitelný antipsychotiky, druhý je charakterizován převahou negativních příznaků a větší odolností na antipsychotika. Bral v úvahu tedy psychopatologické charakteristiky, biologické poznatky a také klinickou zkušenost s léčbou schizofrenie (Novotný, 2005). Zatímco v minulosti byla schizofrenie chápána jako funkční onemocnění, dnes je považována za nemoc mozku, která vede k různým morfologickým a funkčním změnám (Libiger, 2002).

Schizofrenie je tedy významný diagnostický pojem, který má dlouholetou historii a v lékařství a výzkumu je neustále uplatňován. A přestože se jeho vymezení v průběhu let měnilo, je neustále pojmem velmi užitečným (Libiger, 2002).

1.2. Definice a příznaky

Bouček (2006, 49) definuje schizofrenii jako *„závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě.“*

Podle Hartla a Hartlové (2010, 524) je pak schizofrenie *„rozštěpená osobnost projevující se protikladnými duševními pocity, postoji a myšlenkami, znepříjemňuje a znemožňuje nemocnému normální styl života.“*

Schizofrenie patří mezi nejzávažnější psychická onemocnění (Češková, 2012). Termín schizofrenie je řeckého původu (schizo – štěpit, phren – rozum, myšlení) a měl zdůraznit rozštěpení (schizma) mezi myšlením, chováním a emocemi (Doubek, Praško, Hons & Herman, 2010). Řadí se mezi psychotická onemocnění (psychózy), která bývají charakterizována narušením kontaktu s realitou. Toto se pak projevuje především halucinacemi, bludy či dezorganizovaným chováním. Samotná schizofrenie je choroba, u níž jako hlavní příznaky najdeme především výraznou poruchu vnímání a myšlení a dále také neadekvátní emotivitu a neschopnost srozumitelného jednání (Češková, 2012).

Intelektuální kapacita a vědomí většinou zůstávají zachovány, ale v průběhu nemoci se může rozvinout výrazný kognitivní deficit (Smolík, 2002). Od ostatních duševních poruch se schizofrenie liší hlavně tím, že její projevy jsou velmi rozmanité a také diagnostika je obtížná, zatímco ostatní psychická onemocnění mají psychopatologický obraz podobný a najdeme zde pouze malé obměny (Kučerová, 2010). Jedná se o onemocnění, které se vyskytuje u přibližně 1% populace (Kokoszka, Abd El Aal, Jodko & Kwiatowska, 2010). Mnohokrát již bylo zjištěno, že u mužů se nemoc vyskytuje v těžší formě, má časnější nástup a objevuje se u nich významně funkční postižení, oproti ženám (Lewine, 2004).

Příznaky mohou být u jednotlivých pacientů velmi rozdílné, neexistují dva naprosto stejní pacienti s touto diagnózou (Hartl & Hartlová, 2010). V rámci výzkumu byli pacienti rozděleni do dvou skupin, z nichž u každé byly zjištěny rozdílné prodromální symptomy. Pacienti s první epizodou nemoci a pacienti s druhou nebo třetí epizodou. První skupina prezentovala především napětí a úzkost, podrážděnost, nespavost, deprese, změnu Ega, redukci sociálních kontaktů, přecitlivělost, snížení energie, spontaneity a iniciativy, zaujetí abstraktními myšlenkami, neodbytné myšlenky, špatně koordinované a výstřední chování. Druhá skupina pacientů neprezentovala žádné signifikantní rozdíly kromě přecitlivělosti a schopnosti vcítit se do druhého (Romosan & Ienciu, 2005). První příznaky schizofrenie jsou přítomny již několik měsíců až let před samotným vypuknutím nemoci, často během dospívání nebo časně dospělosti. Jedinec se většinou od ostatních liší tím, že se uzavírá do sebe, postupně se mění a redukuje sociální kontakty (Doubek et al., 2010).

Hlavní příznaky schizofrenie můžeme rozdělit na pozitivní, negativní a kognitivní (Doubek et al., 2010). „*Pojem pozitivní symptomatika znamená takové příznaky v psychice nemocného, které se u zdravého jedince nevyskytují. Vzniká dojem, jakoby psychická aktivita postiženého byla o tyto příznaky rozšířena.*“ (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010, 219). Pozitivní příznaky se mohou skládat ze dvou dimenzí – psychotické a dezorganizační. Psychotická dimenze zahrnuje halucinace a bludy, do dezorganizační dimenze spadá dezorganizace řeči, a dezorganizované nebo katatonní chování (Smolík, 2002). Halucinace jsou projevem nesprávného vnímání reality a jedná se o falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasné příčiny. Postihují všechny smysly, nejčastěji jsou však sluchové (Doubek et al., 2010). Při těch pacient ve většině případů slyší „hlasy“, jejichž obsah je často nepříjemný. Tyto hlasy jsou odlišeny od vlastních myšlenek, mohou být mužské nebo ženské, někdy je pacient slyší mluvit o něm samotném ve třetí osobě. Tyto hlasy pacientovi s něčím radí (teologické halucinace), něco mu rozkazují (imperativní

halucinace), případně se mezi sebou hádají (Motlová & Koukolík, 2004). Zvláštním druhem jsou pak intrapsychické halucinace, při nichž má nemocný pocit, že mu někdo vkládá do hlavy nebo z ní naopak odnímá myšlenky. Bludy jsou poruchou myšlení a jedná se o nepravdivá a nevývratná přesvědčení, o nichž si pacient myslí, že jsou zcela reálná. Často mají časový vývoj. Nemocný má nejprve pouze myšlenku, která se postupně vyvine v bludné přesvědčení. To pak vede k rozvoji propracovaného systému bludů. Nejčastěji se objevují pocity vztahovačnosti (paranoidní bludy) a pronásledování (perzekuční bludy), pocity vlastní výjimečnosti (extrapotenční bludy) nebo významného původu (originální bludy) (Doubek et al., 2010).

Dušek a Večeřová-Procházková (2010, 219) dále vysvětlují, že: „*Negativní symptomatikou se rozumí takové příznaky, které proti normě znamenají jisté minus nebo ochuzení psychiky.*“ Do této kategorie řadíme oploštělou emotivitu, redukci plynulosti a produktivity myšlení a řeči či sníženou schopnost jednat cílevědomě (Smolík, 2002). Dále sem patří snížená koncentrace pozornosti, snížená schopnost plánovat a oslabení nebo úplná ztráta vůle. Významnými negativními příznaky jsou také poruchy nálady, se kterými souvisí pocity méněcennosti a beznaděje a ty pak mohou vést až k sebevražedným myšlenkám (Doubek et al., 2010).

Kognitivní příznaky jsou považovány za jádrové příznaky schizofrenního onemocnění. Každá epizoda schizofrenie je provázena sníženou schopností soustředit se, pamatovat si, plánovat či řešit problémy. Vážnost kognitivních příznaků souvisí převážně s rozvojem příznaků negativních. Ke zlepšení kognitivního postižení pak dochází především užíváním antipsychotik (Doubek et al., 2010).

1.3. Epidemiologie a etiologie

Epidemiologické zkoumání schizofrenie je velmi omezené specifiky charakteristickými pro toto onemocnění. Problémem při sběru a interpretaci dat je především nižší společenská tolerance neobvyklého chování nebo rozdílný význam role pacienta v jednotlivých kulturách (Libiger, 2002).

Můžeme rozlišit několik důležitých ukazatelů. Prevalence udává počet nemocných lidí v populaci na 1000 ohrožených osob za definované období. Incidence znamená počet nových případů onemocnění během roku na 1000 obyvatel. Tady může být problémem určení začátku onemocnění (Libiger, 2002). Studie ukazují, že incidence je u schizofrenie mnohem nižší než prevalence, asi 1:10 000 za rok, zatímco odhady prevalence jsou

přibližně 0,2 % - 2 %. Ta souvisí s prostředím a okolnostmi, za jakých byly výzkumy provedeny (venkov, město, ambulance, léčebné zařízení, atd.) (Smolík, 2002). Vysoká prevalence se vyskytuje u obyvatel severního Švédska, v některých oblastech Finska či Chorvatska, naopak např. v Jižní Dakotě, jejíž obyvatelé žijí izolováni od okolních zemí, se schizofrenie téměř nevyskytuje (Motlová & Koukolík, 2004). Dále bylo zjištěno, že u nižších socioekonomických skupin je prevalence vyšší a to pravděpodobně z důvodu nepřijímání schizofrenních pacientů společností. Incidence je pak vyšší v jarních a zimních měsících (Smolík, 2002).

Schizofrenní onemocnění má časnější začátek u mužů než u žen, mezi 15. a 25. rokem (Češková, 2012). U žen pak nemoc začíná nejčastěji mezi 25 a 35 lety. V dětském věku a po 40. roce života je počátek schizofrenie velmi vzácný (Doubek et al., 2010). Muži se schizofrenií jsou častěji hospitalizováni a hůře sociálně fungují (Češková, 2012). Výskyt schizofrenie je u obou pohlaví srovnatelný, muži:ženy je 1:1 (Smolík, 2002). Na začátku onemocnění se objevují především negativní nebo nespecifické symptomy, pacienty nejčastěji popsané první symptomy jsou deprese a neklid. Poté se u nich objevila úzkost, problémy s přemýšlením, nízké sebevědomí a pokles energie (Motlová & Koukolík, 2004).

Poprvé se schizofrenní onemocnění projevuje v pozdní adolescenci a časně dospělosti, určit přesný počátek nemoci je však náročné, protože většinou začíná spíše nespecifickými příznaky jako neklid či náladovost. Průběh schizofrenie je velmi variabilní. Po několika letech se může zlepšovat, dlouhodobý průběh je pak modifikován sociokulturním prostředím. Ke zhoršení průběhu schizofrenie mohou vést nepříznivé životní situace jako ztráta přátel, pracovní neschopnost či bezdomovectví a velký vliv má také rodinná atmosféra pacienta (Motlová & Koukolík, 2004).

Schizofrenie je multifaktoriální onemocnění, pro jehož rozvoj je rozhodující souhra genetických vlivů a vlivů prostředí (Bankovská-Motlová, Dragomirecká, Španiel & Blabolová, 2012). Podle Tandon, Keshavana a Nasrallaha (2008) mají na rozvoj schizofrenie z více než 80% vliv faktory genetické. Ti se domnívají, že i přes intenzivní výzkum a výrazné pokroky však není žádná změna genu spojena s větší pravděpodobností vzniku onemocnění a přesná povaha genetického podílu zůstává v současnosti nejasná. K environmentálním faktorům spojeným s vyšší pravděpodobností rozvoje schizofrenie patří především užívání konopných látek, prenatální infekce nebo podvýživa či perinatální komplikace, přesný podíl těchto faktorů je však také nejasný.

Už Kraepelin a Bleuer si všimli, že v anamnézách dospělých pacientů se schizofrenií se objevují abnormální neurologické a behaviorální projevy. V 80. letech pak byla

formulována neurovývojová hypotéza. Podle té byla schizofrenie vysvětlována jako neurovývojová porucha a drobné abnormality vývoje mozkové kůry měly zvyšovat riziko výskytu schizofrenního syndromu. Současné poznatky tuto hypotézu spíše potvrzují. Neurobiologickou platnost hypotézy podporuje řada studií (Motlová & Koukolík, 2004).

U schizofrenie se vyskytují strukturální, funkční a chemické abnormality. Strukturální abnormality zahrnují redukcí některých částí mozku, bílé hmoty mozkové a zvětšení likvorového prostoru. Původ tohoto však není příliš jasný. Funkční abnormality zahrnují hypofrontalitu či zvýšenou presynaptickou aktivitu dopaminu ve striátu. Nástrojem ke zjišťování tohoto typu abnormalit je nejčastěji PET (pozitronová emisní tomografie) a fMR (funkční magnetická rezonance). Chemické abnormality jsou pak zjišťovány pomocí MRS (magnetická rezonanční spektroskopie) a zahrnují především pokles N-acetyl aspartátu, což má za následek snížení životaschopnosti neuronů (Češková, 2012).

V současnosti je popsáno velké množství informací týkajících se příčin vzniku schizofrenního onemocnění, přesto však chápání etiologie zůstává omezené (Tandon et al., 2008). Nejvíce je ve světě akceptovaný Biopsychosociální model, klade totiž důraz jak na biologickou příčinu nemoci, tak na psychologické a sociální vlivy (Novotný, 2005).

1.4. Diagnostika a formy

Při diagnostice schizofrenie musí mít každý lékař na paměti, že toto onemocnění má mnoho podob, příznaků a průběhů a ty se mohou lišit u každého pacienta (Kučerová, 2010). Jak podotýká Libiger (1991, 12): „...*diagnóza schizofrenie se stále opírá o klinickou analýzu poznatků získaných rozhovorem s pacientem a jeho pozorováním.*“

Základem diagnostiky schizofrenie, stejně jako dalších psychických onemocnění, musí být tedy psychiatrické vyšetření, do kterého zahrnujeme psychiatrickou anamnézu a dále posouzení psychického stavu. V budoucnu je pravděpodobné, že běžnou součástí diagnostiky budou i údaje získané pomocí zobrazujících metod, případně také psychoendokrinologické či imunologické parametry (Češková 2012).

Psychiatrická anamnéza je založena na příznacích a průběhu onemocnění (deskriptivní fenomenologie) a měla by být zohledněna specifika konkrétního pacienta, jako úzkost či obavy z vyšetření. Vyšetření by tedy mělo proběhnout v klidu, s vyloučením jiných osob a měla by být dodržována společenská pravidla. Při posuzování psychického stavu je potřeba se zaměřit na vzhled a chování, řeč, vědomí a orientaci, emotivitu, myšlení, vnímání, intelekt a paměť (Češková, 2012).

Diagnostická vodítka pro schizofrenii jsou (dle MKN-10):

- Nepřiměřené nebo otupělé afekty;
- ozvučování, vkládání nebo odjímání myšlenek, poruchy myšlení;
- bludné vnímání, bludy ovládání, sluchové halucinace;
- pasivita nebo ovlivňování;
- epizodický nebo trvalý průběh;
- neměla by být diagnostikována při onemocnění mozku, intoxikaci, epilepsii.

Tyto příznaky musí trvat nejméně jeden měsíc. Podle DSM-IV může být toto trvání i kratší, ale oproti MKN-10 se u pacienta musí vyskytovat některé příznaky onemocnění už během předchozích šesti měsíců (některý z negativních příznaků nebo neobvyklé smyslové prožitky) a také se musí objevovat výrazné sociální potíže a pracovní neschopnost (Motlová & Koukolík, 2004).

Při diagnostikování schizofrenie je pak důležitá také diferenciální diagnostika, do které řadíme (Češková, 2012, 31):

- Organické a symptomatické psychické poruchy
- Psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami
- Poruchy schizofrenního spektra
- Afektivní poruchy
- Neurotické poruchy
- Poruchy osobnosti.

Dušek (2010) popisuje základní typy schizofrenie:

Paranoidní schizofrenie (F 20.0)

Tato forma je nejčastější, provází ji výskyt paranoidního nebo paranoidně halucinatorního syndromu. Zpravidla se u pacienta vyskytují nejprve bludy, poté se přidávají halucinace, obojí velmi výrazně. Bludy zde rozlišujeme nejčastěji vztahovačné, paranoidní a perzekuční, halucinace se vyskytují převážně sluchové. Tento typ schizofrenie často probíhá v jednotlivých epizodách. V průběhu se vyskytují katatonní příznaky či nepřiměřenost afektů.

Hebefrenní schizofrenie (F 20.1)

Tato forma byla německým psychiatrem L. Kahlbaumem nejprve diagnostikována jako porucha puberty. Rozvíjí se pozvolna již od adolescence, jen výjimečně je rozvoj rychlý. Vyskytuje se zde hypomanická nálada s pošetilým vtipkováním, bezcílné a neurovnané chování, porucha myšlení s projevující se nesouvislou řečí.

Katatonní schizofrenie (F 20.2)

Tento typ je charakterizován poruchou psychomotoriky, u pacientů se vyskytuje hypokinetický, hyperkinetický či parakinetický syndrom. Objevuje se nápadná strojenost, manýry, grimasy a ceremoniály. Rozvoj je většinou rychlý, prognóza však bývá nejpříznivější.

Nediferencovaná schizofrenie (F 20.3)

Tato forma je diagnostikována, pokud se nejedná o jiný typ schizofrenie, reziduální schizofrenii ani postschizofrenní depresi.

Postschizofrenní deprese (F 20.4)

U tohoto typu přetrvává depresivní nálada, která je velmi výrazná, přestože projevy schizofrenie již odezněly. Některé příznaky onemocnění se však i nadále vyskytují. Deprese musí trvat alespoň dva týdny.

Reziduální schizofrenie (F 20.5)

Tato forma schizofrenie je charakterizována výraznými negativními příznaky schizofrenie, u pacienta se vyskytla alespoň jedna ataka. Trvá aspoň jeden rok, kdy byla minimální frekvence a intenzita paranoidních projevů. Nevyskytuje se dlouhodobá deprese ani demence.

Simplexní schizofrenie (F 20.6)

Tento typ schizofrenie má pouze obecné příznaky a pozvolný rozvoj. Vyskytují se hlavně negativní symptomy, často emoční oploštělost. Pacientovy projevy připomínají poruchu osobnosti, může u něj dojít ke kriminální činnosti. Obtížně se diagnostikuje.

Jinou možností dělení je podle průběhu nemoci:

- Chronická schizofrenie
- Schizofrenie s atakami
- Schizofrenie s přítomností defektu
- Schizofrenie s remisemi, atd. (Venglářová et al., 2013)

1.5. Léčba

1.5.1. Biologická terapie

Hlavním cílem léčby akutní schizofrenie je redukce psychotických symptomů. Když je tohoto dosaženo, cílem je pak udržet stabilitu příznaků, zlepšit fungování pacienta a minimalizovat riziko relapsu a opakované hospitalizace (Montejo, 2010). V současné době je kladen velký důraz na komplexní přístup k pacientovi (Smolík, 2002).

Nejrozšířenější a nejúčinnější biologickou terapií u schizofrenie je léčba farmakologická (Libiger, 1991). Antipsychotika, která se nejvíce využívají při léčbě tohoto onemocnění, jsou psychofarmaka ovlivňující poruchy psychické integrace a myšlení (antipsychotický efekt). Jejich rozšíření v 50. letech 20. století mělo velký význam při léčbě psychóz (Kořínková, 2005). Různá antipsychotika však mají řadu vedlejších účinků. Vyvolávají extrapyramidové příznaky, zpomalují metabolismus glukózy a lipidů, vedou k přibývání na váze, hypertenzi a arytmií. Jejich požití je také spojeno s vyšší četností metabolických a kardiovaskulárních poruch, což má za následek zhoršení kvality života pacientů se schizofrenií a vyšší úmrtnost v důsledku kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních poruch oproti zdravé populaci (Sciglianno & Ronchetti, 2013). Venglářová et al. (2013, 193) také podotýkají: „Vliv psychofarmak na celkovou kvalitu života je velký. Přestože pozitivně ovlivňují základní onemocnění, zlepšují sociální kompetence a možnost začlenění, pacient někdy vysazuje léky právě kvůli nežádoucím účinkům, jako je celkový útlum, přibývání na váze, útlum sexuálního zájmu a další dysfunkce.“ Zdá se však, že antipsychotika druhé generace mají několik výhod oproti antipsychotikům první generace, včetně lepšího působení na kognitivní funkce a negativní příznaky schizofrenie a také snížení četnosti výskytu extrapyramidových vedlejších účinků (Sciglianno & Ronchetti, 2013). Antipsychotika je třeba užívat dlouhodobě. Především se musí užívat, dokud trvají příznaky psychózy, 1-2 roky po jedné atace psychózy, 5 let po dvou a více atakách psychózy a neomezeně dlouho pokud ataka proběhla tři a vícekrát (Bankovská-Motlová et al., 2012).

V léčbě schizofrenie hrají nejvýznamnější roli neurotransmitery dopamin a serotonin. U pacientů se schizofrenií se objevuje zvýšená aktivita dopaminového systému. Dříve byli nemocní léčeni antipsychotiky první generace neboli klasickými (typickými) antipsychotiky, která snižovala aktivitu dopaminu v mozku. To mělo vliv hlavně na pozitivní příznaky schizofrenie. V současnosti je známo, že na rozvoj schizofrenie má významný vliv nerovnováha mezi serotoninovým a dopaminovým systémem, proto byla vytvořena antipsychotika druhé generace neboli atypická antipsychotika, která ovlivňují oba tyto systémy (Doubek et al., 2010).

Především u farmakorezistentních pacientů se využívá elektrokonvulzivní terapie (Dušek, 2010). Léčba schizofrenie pomocí ní se začala používat před více než 70 lety (Kristensen & Jorgensen, 2011). K jejímu vzniku vedlo pozorování pacientů s velkými epileptickými záchvaty, po kterých symptomy schizofrenie ustoupily (Smolík, 2002). Byla používána hlavně v prvních letech její existence a poté téměř zapomenuta. V posledních několika desítkách let se k ní lékaři opět vrací (Kristensen & Jorgensen, 2011). Je terapií první volby u katatonní formy schizofrenie, kde je nástup účinku velmi rychlý (Dušek, 2010). Její využití je vhodné také u pacientů, u nichž se vyskytují problémy s afektivitou, hyperaktivita, nebo pokud u nich hrozí nebezpečí sebevraždy (Libiger, 2002). Pro úspěšnou léčbu je důležité, aby byl vhodný pacient pečlivě vybrán. Použití elektrokonvulzivní terapie je omezeno a to především z důvodu rizika kognitivních vedlejších účinků (Kristensen & Jorgensen, 2011). Byla provedena celá řada studií zabývajících se účinky elektrokonvulzivní terapie na schizofrenní onemocnění. V průběhu let bylo zjištěno, že ECT je nejcitlivější na pacienty s katatonní formou schizofrenie. Někteří výzkumníci zjistili, že pozitivní příznaky, jako paranoidní bludy a afektivní symptomy se po použití této léčby zlepšily a také se zvýšila citlivost na léky (Zervas, Theleritis & Soldatos, 2011).

Dále se při léčbě schizofrenie využívá repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), což je jediná neinvazivní léčebná metoda, která stimuluje pouze centrální nervovou soustavu a je téměř bezbolestná (Dušek, 2010). Často totiž potíže u pacientů přetrvávají navzdory léčbě druhou generací antipsychotik, což způsobuje zhoršenou kvalitu života a psychosociálního fungování. Jedním z hlavních kognitivních deficitů je narušení pracovní paměti (Guse et al., 2013). Použití této metody vede ke stimulaci mozkové kůry magnetickými podněty a tím dochází ke změnám v kortikálních funkcích a chování. Bylo prokázáno, že repetitivní transkraniální magnetická stimulace vede u těchto pacientů

ke zlepšení neurofyzilogických mechanismů spojených právě s pracovní pamětí (Barr et al., 2013).

Pozitivním faktem je, že mnoho pacientů se schizofrenním onemocněním prožívá díky novým metodám léčby svůj život způsobem, který se nějak výrazně neliší od způsobu života psychicky zdravých osob (Venglářová et al., 2013).

1.5.2. Využití psychoterapie

Přestože užívání antipsychotik zlepšuje některé příznaky schizofrenie, jiné mohou přetrvávat. Farmakoterapie sama o sobě vede jen omezeně ke zlepšení sociálního fungování a celkové kvality života. Proto se kromě antipsychotické léčby využívají také podpůrné psychosociální terapie. Ty mohou zmírnit přetrvávající příznaky nemoci a zlepšit sociální fungování. Kromě toho, terapie s psychologickými prvky vede k lepší reakci na léky, snížení pravděpodobnosti relapsu a opakovaných hospitalizací (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Mezi hlavní cíle psychosociálních intervencí u pacientů se schizofrenií patří dosažení sociálního fungování a dosažení sociální kompetence (Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté & Caqueo-Úrizar, 2012).

Valencia, Fresan, Juárez, Escamilla a Saracco (2013) svou studií zdůraznili význam kombinace psychofarmakologické léčby a psychosociálních terapií. Jejich výsledky ukázaly, že u větší části pacientů se schizofrenií léčených obvyklou antipsychotickou léčbou v kombinaci s nácvikem sociálních dovedností došlo k redukci příznaků onemocnění a většímu funkčnímu zlepšení v porovnání s těmi, kteří byli léčeni pouze antipsychotiky, bez doplňujícího psychosociálního tréninku. Snížení psychotických příznaků může být podle nich prvním krokem k uzdravení pacientů.

Velmi důležitou součástí terapie je psychoedukace, při které se pacient učí, co jeho onemocnění znamená, jaké jsou důvody léčby a nezbytná opatření (Libiger, 2002). Kladen důraz je však také na psychoedukaci u příbuzných pacienta. Ta zahrnuje rady, jak s nemocným zacházet, jak mu pomoci a jak si zachovat vlastní psychickou rovnováhu. Součástí jsou také informace o tom, jaké jsou příčiny vzniku schizofrenie, jaká je povaha a průběh symptomů a také jak je důležitá komunikace s nemocným (Bankovská-Motlová et al., 2012). Motlová a Koukolík (2004, 326) k psychoedukaci doplňují: „*Kromě zlepšení vědomostí o schizofrenii a nabytí praktických rad by mělo dojít ke snížení úzkosti, sebeobviňování a očekávání na straně příbuzných a k redukci úzkosti a beznaděje u*

pacientů. “ Významná je kromě psychoedukace také pracovní terapie, jejímž hlavním cílem je udržet sebevědomí pacientů a jejich perspektivitu. Vede k získání nových dovedností a jejich upevňování (Libiger, 2002).

Bouček (2006) rozdělil rehabilitační prostředky při léčbě pacientů s psychózou do dvou skupin:

1) Rehabilitace sociálně-psychologická zahrnuje:

- Psychoedukaci
- Nácvik sociálních dovedností – využívá se např. Integrovaný psychoterapeutický program (viz. níže)
- Nácvik sociálních vztahů – provádí se ve stacionářích, psychosociálních centrech, také existují svépomocné skupiny nemocných

2) Rehabilitace pracovní a činnostní zahrnuje:

- Pracovní terapii – je důležitá jak v časně fázi psychózy při hospitalizaci, tak po propuštění pacienta
- Arteterapii (využití malby), muzikoterapii, biblioterapii (práce s knihou), kinezioterapii (využití aktivního pohybu)
- Chráněné bydlení
- Fyzikální léčbu (vodoléčba, masáže)

Součástí terapie u pacientů se schizofrenií je prevence relapsu, která zahrnuje dlouhodobou udržovací léčbu antipsychotiky a současně psychosociální intervence. Ty vycházejí z předpokladu, že může dojít ke zhoršení nemoci vlivem stresu. Jejich cílem je tedy zvýšit pacientovu odolnost vůči stresovým situacím, snížit intenzitu chronického stresu v jeho okolí (hlavně v rodině) a ve společnosti (Motlová et al., 2004).

Využívány jsou také nejrůznější terapeutické programy, uvedu některé z nich:

IPT (Integrovaný psychoterapeutický program)

Tento program je využíván pro trénink kognitivních funkcí a nácvik sociálních dovedností u pacientů se schizofrenií. Jedná se o program určený pro skupiny 4-8 pacientů a jednotlivá sezení trvají 30-90 minut při frekvenci nejméně jedenkrát týdně. Celkem pak terapie trvá v řádu týdnů až měsíců, záleží na složení skupiny. Program je rozdělený

do pěti podprogramů, které se vyznačují postupně těžšími úkoly a mírou skupinové interakce – kognitivní diferencování, verbální komunikace, sociální vnímání, řešení problémů a nácvik sociálních dovedností. Program je veden jedním hlavním terapeutem a dále dalším jedním či dvěma spoluterapeuty, kteří plní stejné úkoly jako pacienti a mohou jim tak jít příkladem, případně pomáhají slabším pacientům. (Pěč & Probstová, 2009).

PRELAPSE

Tento mezinárodní program je doporučený Světovou zdravotnickou organizací a Světovou psychiatrickou asociací a mezi jeho cíle patří hlavně poskytnutí informací o nemoci pacientům a jejich blízkým, zlepšení spolupráce mezi nimi, snížení počtu relapsů onemocnění a celkové zlepšení kvality života. Určen je pro nemocné s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní poruchy a jejich rodiny, avšak rozhodně nenahrazuje ambulantní léčbu. Je však nezanedbatelnou součástí komplexní terapie schizofrenie. Program probíhá ve skupinách, zvlášť pro pacienta a zvlášť pro jeho blízké a celkem obsahuje 8 setkání s každou skupinou. V každé skupině je asi 8-12 účastníků. Nemocný by se měl účastnit programu co nejdříve po odeznění akutních příznaků, motivace pacientů i blízkých je pak výrazně větší, než když ataka odezněla před delší dobou (Pidrman & Masopust, 2002).

PREDUKA (Preventivně edukační program proti relapsu psychózy)

Jedná se o jednodenní program pro pacienty trpící schizofrenií nebo jiným psychotickým onemocněním a jejich příbuzné či blízké, který byl vytvořen českými a slovenskými psychiatry. Jeho cílem je poskytovat informace o podstatě schizofrenie a dalších psychóz, o jejich léčbě a o tom, jak předcházet relapsům onemocnění. Program trvá celkem 6 hodin a informace jsou klientům podávány srozumitelnou formou, s obrazovým doprovodem. Pacienti se tady dozvědí, jak včas rozpoznat varovné příznaky relapsu, pochopí význam antipsychotické léčby a důležitost správné komunikace v rodině.

Jedna část programu probíhá společně pro pacienty a jejich blízké a druhá část probíhá odděleně, tedy zvlášť pro pacienty a zvlášť pro jejich blízké. Je totiž důležité, aby bylo možné diskutovat o specifických problémech každé z těchto skupin.

Cílem programu PREDUKA je tedy především informovat pacienty a jejich blízké o nemoci, zlepšit spolupráci pacientů na léčbě a komunikaci v rodině a v neposlední řadě také předejít relapsům onemocnění. Program bývá součástí komplexní léčby schizofrenie a

psychotických onemocnění v ambulantních nebo lůžkových zdravotnických zařízeních (Eli Lilly, nedat.).

PPDZ (Program pro dobré zdraví)

Tento skupinový edukační program je určen pro ambulantní pacienty trpící psychickou nemocí, kterým poskytuje především informace o celkovém životním stylu, zdravé stravě a o důležitosti pohybu v životě a kromě toho je jeho cílem zlepšení zdravotního stavu a sociálního fungování, podpora sebevědomí pacienta a prevence relapsu onemocnění. V zahraničí už program několik let s úspěchem funguje a pacienti si ho i u nás velmi oblíbili. V České republice začalo program v roce 2005 realizovat nejprve Psychiatrické centrum v Praze, poté psychiatrické oddělení v nemocnici České Budějovice. Program trvá celkem 4 měsíce a skládá se z deseti skupinových sezení. Jedna skupina má 7-12 pacientů a každé sezení pak trvá 90 minut.

O pacienty se starají speciálně vyškolené sestry, podmínkou pro vedení programu je také vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii. Sestry jsou pak zodpovědné za aktivity prováděné v průběhu programu. Program má dvě části. Výživová část se zaměřuje na aspekty zdravé výživy, mimo jiné je zdůrazňována důležitost pitného režimu. Kondiční část je pak zaměřena na celkovou kondici a tělesné cvičení. V obou částech programu se pacient setkává s mnoha praktickými informacemi. Pro vstup do PPDZ je nezbytné splnění tří podmínek – remise onemocnění, diagnóza ze schizofrenního okruhu a motivace pacienta, alespoň částečná. (Bauernöplová & Kalinová, 2014).

Vždy je důležité určit konkrétní typ terapie individuálně u každého pacienta a vzít na vědomí, že její účinnost může být ovlivněna takovými faktory, jako je přítomnost a závažnost psychotických nebo afektivních symptomů nebo kognitivní porucha (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Také Bouček (2006, 64) podotýká, že „*péče o pacienta se schizofrenií by měla být vysoce individualizovaná, zaměřená k postupnému dosažení dobře definovaných cílů. Společně s psychiatrem by se na její přípravě měli podílet i další členové terapeutického týmu: psychologové, sestry, sociální pracovníci, pracovní terapeuti a další.*“

2. Sexuální dysfunkce u mužů

Sexualita patří mezi základní lidské potřeby a její součástí není pouze fyzický sex, ale také potřeba intimity, prožitek sounáležitosti, spokojenost, sexuální uspokojení, rodičovství. V dnešní době můžeme funkce sexuality rozdělit na reprodukční a rekreační a čím dál více je kladen důraz na její kvalitu, intenzitu apod. Schizofrenie mimo jiné ovlivňuje vztahovou a sexuální oblast života pacientů (Venglářová et al., 2013).

Sexuální dysfunkce můžeme charakterizovat jako neúplnou či neobvyklou odpověď organismu na sexuální stimulaci a vyskytuje se u 30-40% populace (Brichcín, 2002). Zájem odborníků je v posledních letech zaměřený spíše na mužské sexuální dysfunkce. Muži totiž častěji s takovým problémem přijdou k lékaři a chtějí ho řešit, jelikož sexuální potíže často vedou ke snížení jejich sebevědomí a životní spokojenosti (Kratochvíl, 2008). Mezi mužské sexuální dysfunkce obvykle řadíme poruchu sexuální apetence, erekce a ejakulace (Dušek, 2010). Nejčastěji se vyskytuje předčasná ejakulace, často i při nedostatečném ztopoření (Brichcín, 2002).

Rozlišujeme sexuální dysfunkce primární a sekundární. Primární se vyskytují již od počátku sexuálního života, sekundární vznikají až po nějakém období bez potíží v této oblasti. Také je můžeme rozdělit na částečné, kdy k dysfunkci dochází pouze někdy a při některém konkrétním typu stimulace a úplné, při níž se dysfunkce projevuje vždy a při jakékoli stimulaci. Dále rozlišujeme sexuální dysfunkce situační, ke kterým dochází pouze na určitém místě, v určitý čas či s konkrétní osobou a generalizované, které se objevují s jakýmkoli partnerem (Brichcín, 2002).

U mužů můžeme nejčastěji rozlišit následující sexuální dysfunkce (rozdělení dle MKN-10):

- Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy (F 52.0).

Dříve se potíže se sníženou apetencí u mužů objevovaly výjimečně, naopak zvýšená touha byla častá (Kratochvíl, 2008). Tato porucha většinou odráží závažnější vnitřní konflikty, mohou mít souvislost s výchovou či v minulosti prožitým traumatem (Brichcín, 2002). U mužů má většinou povahu sekundární. Může se jednat o následek vlivu psychosociálních faktorů, často se objevují potíže v partnerském vztahu. Muži se sníženým zájmem o sex většinou trpí ještě nějakou další sexuální dysfunkcí (Weiss, 2010). V některých výjimečných případech je potřeba myslet na možnou homosexuální orientaci

pacienta. Léčba může být u mužů obtížná, protože mají menší motivaci než ženy. Jestliže jsou příčinou problémy ve vztahu, doporučuje se partnerská terapie, v chronických případech je pacient veden ke smíření se s apetencí (Brichcín, 2002).

Opakem snížené apetence je pak hypersexualita, kdy u mužů se dříve označovala jako satyriáza a u žen nymfomanie. V současnosti se rozšířily tři teorie zabývající se příčinami hypersexuality. Těmito příčinami mohou být závislost na sexu, nutkavé sexuální chování nebo impulsivní sexuální chování (Kratochvíl, 2008).

- Selhání genitální odpovědi (F 52.2).

Poruchy erekce se vyznačují chybějícím, nedostatečným nebo nespolehlivým ztopořením penisu. To vede k znesnadnění případně znemožnění pohlavního styku. K erekci buď dojde, ale v některé fázi soulože přichází ochabnutí nebo k erekci vůbec nedojde (Kratochvíl, 2008). Poruchy erekce se často objevují současně s jinou sexuální dysfunkcí a vedou k narušení mužovy sebedůvěry. O duševní poruchu se jedná v případě, kdy k ochabnutí dochází pouze v průběhu sexuálního styku a v jiných situacích pacient s erekcí problém nemá, např. při sledování sexuálních podnětů, sebeukájení, před ranním močením apod. Léčba je v tomto případě zaměřená na psychoterapii, při které je pacient zbavován stresu z neúspěchu. V některých případech je doporučován také autogenní trénink či hypnoterapie (Brichcín, 2002).

- Dysfunkční orgasmus (F 52.3).

Tato porucha může být v nejhorším případě úplná a celoživotní, kdy pacient nikdy za žádných okolností a žádným způsobem nedosáhne orgasmu. Jiným problémem je, kdy k orgasmu dochází pouze při sebeuspokojování či ve spánku (Brichcín, 2002). Může se však někdy vyskytnout i u zdravých jedinců (Weiss, 2010).

Dále rozlišujeme anejakulaci, neboli tzv. „suchý orgasmus“, který je v posledních letech čím dál rozšířenější (Weiss, 2010). Ejakulát neodchází v průběhu orgasmu, ale až později během prvního močení po orgasmu. Problémem je také opožděný orgasmus nebo ejakulace bez orgastického prožitku (Brichcín, 2002).

- Předčasná ejakulace (F 52.4).

Tato porucha znamená problémy s výronem ejakulátu, ke kterému může dojít buď ještě před zahájením styku, při zavádění penisu do pochvy, případně do 15 sekund od začátku soulože. Pacient toto nedokáže vůlí ovládat (Brichcín, 2002). Rozlišujeme také relativní předčasnou ejakulaci, při které sice dojde k uskutečnění pohlavního styku, ten trvá delší dobu, ale tato doba není dostatečná pro uspokojení partnerky (Kratochvíl, 2008). Největším problémem bývá většinou nesouhra v páru a často se vyskytuje u mladších mužů. Při léčbě jsou doporučovány především sexoterapeutické techniky, v některých případech je nutná párová terapie (Brichcín, 2002). Tato porucha je výhradně problémem heterosexuálních mužů, u homosexuálně orientovaných se téměř nevyskytuje (Weiss, 2010).

Mimo předčasnou ejakulaci se rozlišují pojmy retardovaná ejakulace a chybějící ejakulace. Tyto poruchy se však v klinické praxi příliš nevyskytují. Pacient má při těchto poruchách erekci, dokáže uskutečnit soulož, ale ejakulace je opožděná nebo k ní nedojde vůbec (Kratochvíl, 2008).

3. Schizofrenie a sexualita

Lidská sexualita je souhrnem projevů chování a citění člověka a vyplývá z tělesných a duševních rozdílů mezi pohlavími, přičemž tyto rozdíly mohou být anatomického, hormonálního či reprodukčního charakteru, nebo se mohou týkat slasti při sexuálním sbližování, vzrušení a spojení (Dušek, 2010). Sexualita hraje důležitou roli v životě každého člověka a také u pacientů se schizofrenií je velmi významná (Dickerson et al., 2004).

Lidé se schizofrenií tvoří zranitelnou skupinu, jejíž sexualita je často přehlížena či zkreslována. Společenské stereotypní přesvědčení, které v minulosti desexualizovalo a patologizovalo intimní život pacientů s mentálním onemocněním, často vedlo k tomu, že tito lidé byli odrazeni od vyjádření své sexuality (Steen, 1991, Rowlands, 2005 in Volman & Landeen, 2007). Sexuální chování lidí s vážným duševním onemocněním má však vliv na jejich emocionální a fyzickou pohodu. Proto by měla být věnována velká pozornost sexuálním potřebám takto nemocných pacientů (Dickerson et al., 2004). U těchto lidí také hrozí vyšší pravděpodobnost viktimizace, vzhledem k jejich stylu života. Riziko výskytu pohlavně přenosných chorob je vyšší než u zdravých jedinců nebo se také mohou stát oběťmi sexuálního zneužívání (Weiss, 2010).

Na vzniku sexuálních potíží se podílí také odlišný psychosexuální vývoj (Weiss, 2010). U pacientů se schizofrenií se objevují především odlišné osobnostní rysy v dětství, netypické dospívání, začátek nemoci před navázáním partnerství a také má vliv hospitalizace a léčení (Venglářová et al., 2013). Takto nemocní lidé se však často nedokážou dívat na jejich sexuální potíže jako na problém (Harley, Boardman & Craig, 2010).

Přibližně jedna pětina halucinací a bludů u schizofrenních pacientů má sexuální tematiku (Harley et al., 2010). Nejčastěji se objevuje blud emulační (žárlivecký), kdy je pacient nevyvratitelně přesvědčen o nevěře svého partnera. Druhým je blud expanzivní (erotomanický), kdy je pacient přesvědčen o své mimořádnosti. Tento blud se však častěji objevuje u žen než u mužů (Venglářová et al., 2013). Tyto bludy sexuálního charakteru bývají někdy špatně diagnostikovány jako kvalitativní sexuální poruchy. Na onemocnění schizofrenií se pak přijde až později, na základě průběhu vývoje nemoci (Weiss, 2010).

Studie zabývající se sexuálními potížemi u pacientů trpících schizofrenií ukazují vysokou úroveň sexuálních dysfunkcí (viz. Dosavadní výzkumy). Sexualita u těchto osob však bývá často zanedbávána. Kliničtí lékaři by měli tyto problémy sledovat a s pacienty

otevřeně o jejich potížích diskutovat s cílem zlepšit jejich spokojenost a spolupráci během léčby (Salvan et al., 2007). Sexuální dysfunkce jsou převládajícím sexuálním problémem u pacientů trpících schizofrenií a mohou souviset jak s psychopatologií, tak s farmakoterapií. Negativní symptomy schizofrenie omezují možnost pro interpersonální a sexuální vztahy. Užívání antipsychotik první generace pak vede ke zhoršení erektilní funkce a orgasmu, antipsychotika druhé generace jsou méně spojena s nežádoucími sexuálními účinky a tudíž jsou vhodnější pro schizofrenní pacienty se sexuální dysfunkcí. Tyto sexuální potíže však mohou způsobovat také deprese a úzkost plynoucí z problémů v interpersonálních vztazích (Zemishlany & Weizman, 2008). Sexuální dysfunkce však u pacientů mohou natolik ovlivňovat kvalitu jejich života, že se lékaři někdy rozhodnou pro přerušení terapie prostřednictvím antipsychotik (Dušek, 2010).

Otázka sexuality u takto nemocných lidí je však často zanedbávaná (Salvan et al., 2007). Například Bhui, Puffet a Strathdee (1997) zjistili, že většina pacientů z jejich výzkumného souboru nikdy o svých sexuálních potížích s lékařem nemluvila. Do léčebného plánu lidí trpících schizofrenií by proto mělo být zařazeno také poradenství a řešení pacientových specifických obav a měly by být provedeny pokusy řešit pacientovy sexuální problémy (Kelly & Conley, 2004).

Léčba pacientů se schizofrenií by neměla být pouze farmakologická, ale měla by zahrnovat také psychosociální terapie právě z toho důvodu, že řeší také širší otázky pacientova života, jako je sexualita, vztahy a sexuální zdraví (Nicolaou, 2012).

Nnaji a Friedman (2008) zkoumající sexuální dysfunkce u schizofrenie poukázali na nutnou potřebu vzdělávání lékařského personálu s cílem dosáhnout účinné léčby u pacientů se sexuální dysfunkcí trpících schizofrenií. Podle jejich názoru efektivní léčba existuje, ale většina psychiatrů, přestože je ochotna, není v této oblasti vyškolená. Jedním ze způsobů zajištění odpovídající přípravy může být podle výzkumníků školicí balíček s pilotním programem, který by měl zapojit všechny zaměstnance. Dále pro řešení tohoto problému doporučují zřízení specializovaných klinik, ale účinnost klinik, kde by se sexuální dysfunkce těchto pacientů léčily, by musela být zhodnocena. Důležité je také zvýšit povědomí o psychiatrech, pacientech a pečovateli. To by mohlo být provedeno prostřednictvím pravidelného šíření informací o tomto problému. Role farmaceutických společností by pak byla v podpoře vzdělávání, vzdělávání a léčbě sexuálních dysfunkcí u pacientů trpících schizofrenií. Také Nicolaou (2012) se domnívá, že školení odborníků pečujících o pacienty se schizofrenií může vést ke zlepšení povědomí a kompetencí v léčbě

sexuálních potíží u takto nemocných osob. Podpora týkající se sexuálního fungování, včetně informací týkajících se antikoncepce či pohlavně přenosných chorob by měla být nedílnou součástí komplexní péče o pacienty se schizofrenií.

3.1. Sociální faktory

Schizofrenie je nemoc, která sama o sobě způsobuje narušení sociálních vazeb, u pacientů dochází k sociálnímu stažení a řada z nich vykazuje problémy s navázáním a udržení plnohodnotného partnerského vztahu (Žourková, 2005). Tato skutečnost souvisí také se sexuálním životem pacientů se schizofrenií (Weiss, 2010). Velkou roli hraje sociální izolace, dlouhodobý pobyt v léčebném zařízení či ztráta soukromí. Nemocný se postupně přestává stýkat s přáteli a sociální kontakt se často zúží pouze na rodinné příslušníky (Venglářová et al., 2013). K postupnému zhoršování sociálního a psychosociálního fungování často dochází už před začátkem nemoci (Salvan et al., 2007). Mnoho pacientů má již před vypuknutím nemoci snížený zájem o sexuální aktivity a vede chudý nebo žádný sexuální život (Weiss, 2010).

Můžeme rozlišit dva okruhy problémů, které mohou vést k potížím v sexuálním životě lidí se schizofrenií. (Venglářová et al., 2013):

1. Problémy, které prožívá sám nemocný, např. nízký počet sociálních kontaktů, narušené vnímání sebe, nízké sebevědomí. To vše vede ke komplikovanému navazování interpersonálních vztahů.
2. Problémy s chováním nemocného, které narušují jeho vztahy s ostatními lidmi. Ty často nevznikají pouze kvůli charakteru samotného onemocnění nebo osobnosti pacienta, ale příčinou může být právě izolace od blízkých či nedostatek soukromí.

U většiny schizofrenních pacientů dochází k první atace v době studií, na střední či vysoké škole. Často se jim pak nepodaří ve studiu pokračovat, takže dochází k sociální izolaci. Léčba takto závažné nemoci je zdlouhavá a náročná a řada pacientů postupem času přijde o partnera, přátele a blízké a stahuje se do samoty. Důvodem je nedostatečný kontakt s vrstevníky, sociální kompetence se nemohou rozvíjet přirozenou formou. Pokud je pacient léčen pouze ambulantně, není zásah do soukromí tak rozsáhlý. V léčebném zařízení však neustálý dohled způsobuje, že dochází k narušení jeho vztahů s ostatními lidmi, především s partnerkou, pokud ji pacient před příchodem měl. Nulové soukromí vede ke

ztrátě důvěrného kontaktu, intimity a sexuální potřeby nejsou naplněny (Venglářová et al., 2013).

Většina pacientů si přeje najít zdravého partnera, to však často nebývá příliš reálné. V takovém vztahu by se totiž pravděpodobně zdravý partner stal pečovatelem a to je pro každého člověka postupem času velmi náročné (Venglářová et al., 2013). Také Bhui, Puffet a Strathdee (1997) svojí studií zjistili, že téměř polovina pacientů-mužů má výraznější vztahové problémy. Často touží mít stálou partnerku, ale jsou si vědomi své omezené schopnosti vnímat a tolerovat požadavky takového vztahu. Kromě toho mají obavy o svůj vzhled a schopnost citlivě začít a udržet konverzaci, aniž by působili arogantně nebo nemotorně. Muži oproti ženám podle nich primárně hledají vztah a méně přemýšlejí o tom, jaký typ partnera by vedle sebe chtěli mít, možná je toto odrazem jejich menších zkušeností se vztahy v minulosti. Venglářová et al. (2013, 201) doplňují, že když už u osob se schizofrenním onemocněním k nalezení partnera dojde, „*pak vidíme překotné navazování vztahu, setrvávání v neuspokojivém partnerství, podřizování partnerovi, či dokonce trpění zneužívání nebo domácího násilí.*“

Významným problémem a příčinou izolace u psychicky nemocných jedinců jsou i v současné době postoje a předsudky okolí a veřejnosti. Představy, které ovlivňují myšlení a chování lidí vůči schizofrenním pacientům jsou zejména neošetřitelnost a neléčitelnost poruchy a nevypočitatelnost a násilnost takto nemocných lidí. Život pacientů se schizofrenií je stigmatizací a vyčleněním výrazně ovlivněn. Okolí na tyto pacienty působí v tomto smyslu velmi negativně a tím dochází k ovlivnění účinku léčby a celkového průběhu života takto nemocných lidí. V důsledku negativního hodnocení a diskriminace pacientů se schizofrenií může docházet k podkopání jejich sebedůvěry a schopnosti náhledu a spolupráce se zdravotnickým personálem a tím k narušení procesu uzdravování. Ovlivněno je pak také prožívání pacienta, které má souvislost s recidivou onemocnění (Hinterhuber, 2001).

Bylo zjištěno, že již studenti nemají o psychických poruchách příliš informací, přestože by toho rádi věděli více. Avšak právě škola je místem, kde se mohou hodně těchto důležitých informací dozvědět. Výsledky studie však ukázaly silné předsudky jednak vůči pacientům se schizofrenií a někdy také jejich rodinám a jednak vůči psychiatrickým zařízením a jejich léčebným metodám (Hinterhuber, 2001).

3.2. Vliv antipsychotik

Antipsychotika pacientům poskytují příslib úlevy od psychotických příznaků, avšak tyto léky mohou mít řadu vedlejších účinků (Hansen, Casey & Hoffman, 1997). Použití především atypických antipsychotik vede k redukci mnoha psychotických příznaků, ke zlepšení sociability a schopnosti navázání a udržení partnerského vztahu (Žourková, 2005). Avšak jejich užíváním dochází ke snížení zájmu o sex a neobjevuje se dostatečná odpověď organismu na sexuální podněty (Venglářová et al., 2013). U 40-80% takto léčených pacientů se pak objevují výraznější sexuální potíže (Dušek, 2010).

Antipsychotika brání účinku dopaminu, který je zapojen do fáze vzrušení a vyvrcholení, takže tato blokáda vede ke ztrátě chuti na sex a potížím s orgasmem. Dochází k vzestupu prolaktinu, což způsobuje pokles hladiny testosteronu a tím může vést k negativním změnám v sexuálním chování pacienta. V roce 1975 bylo vyvinuto antipsychotikum clozapin, které má odlišný mechanismus účinku, ale při jeho užívání dochází k poklesu granulocytů, takže z toho důvodu se nestalo lékem první volby u schizofrenie (Weiss, 2010).

Léčba antipsychotiky tedy souvisí s některými sexuálními dysfunkcemi především proto, že vyvolávají hyperprolaktinémii. Před nedávnem se však zjistilo, že hladinu laktózy v krvi snižuje cabergolin. Jeho podáváním klinicky stabilním pacientům se schizofrenií se zlepšuje sexuální fungování těchto lidí, aniž by byl nepříznivě ovlivněn jejich psychický stav (Kalkavoura et al., 2013). Pozitivní je, že u nověji vyvinutých antipsychotik se i ostatní vedlejší účinky vyskytují v mírnější formě (Hansen et al., 1997).

Na sexuální funkce mají klasická a atypická antipsychotika rozdílný vliv a byly zjištěny také rozdíly mezi jednotlivými atypickými antipsychotiky. Nejnovější poznatky svědčí o tom, že sexuální dysfunkce se objevují především při léčbě thioridazinem nebo klasickými antipsychotiky. Nová atypická antipsychotika jako olanzapin či ziprasidon nezvyšují hladinu prolaktinu a proto zatím nejsou se vznikem sexuálních dysfunkcí spojována (Weiss, 2010). Také Nicoleou (2012) se domnívá, že frekvence sexuální dysfunkce může záviset na konkrétním léku. Atypická antipsychotika snižují nepříznivé potíže v sexuální oblasti a mohou být vhodná pro ty pacienty se sexuální dysfunkcí, kteří dosud užívali antipsychotika první generace. Mahmoud, Hayhurst, Drake a Lewis (2012) však provedli studii, ve které se předchozí zjištění nepotvrdila. Výsledkem jejich zkoumání bylo, že nejsou rozdíly v sexuálních funkcích u pacientů léčených klasickými antipsychotiky a u pacientů léčených atypickými antipsychotiky.

S potížemi v sexuální oblasti může souviset také léčba jiných zdravotních potíží, které se při schizofrenním onemocněním vyskytují. Velmi obvyklý je u takto nemocných lidí výskyt deprese, nejčastěji se pak depresivní symptomy objevují hlavně u pacientů v akutní a prodromální fázi (Janů & Racková, 2008). Poruchy sexuálních funkcí jsou pak často zmiňovaným a diskutovaným problémem právě při léčbě antidepressivy. Nejčastěji se tyto potíže objevují při léčbě nejvíce předepisovanými antidepressivy typu SSRI, u novějších jsou pak zjišťovány rozdíly mezi různými skupinami léků tak, aby docházelo k co nejmenšímu výskytu problémů v sexuální oblasti (Žourková, Novotná, Havlíková, Večeřová & Purkrábková, 2007).

U většiny pacientů se schizofrenií však nejsou antidepressiva vhodnou léčbou depresivních symptomů. Jejich použití je nezbytné pouze při skutečně přesně diagnostikované depresivní fázi. Důležité je od deprese odlišit stavy, které jsou depresi pouze podobné. Jen u malého počtu schizofrenních pacientů je tedy léčba antidepressivy přínosem, u většiny naopak mohou způsobit negativní vedlejší příznaky, včetně sexuálních dysfunkcí (Janů & Racková, 2008).

3.3. Dosavadní výzkumy

Sexuálním životem pacientů se schizofrenií se v minulosti zabývalo mnoho výzkumníků a také v posledních letech zájem o tuto problematiku nabývá na intenzitě. Tyto výzkumy jsou zpravidla zaměřeny na souvislost mezi sexuálními potížemi u pacientů se schizofrenií a užíváním antipsychotik. U nás se tímto problémem zabývali Žourková, Kašpárek, Skotáková a Večeřová (2005), kteří zkoumali nežádoucí sexuální účinky u schizofrenních pacientů léčených antipsychotiky. Cílem jejich výzkumu bylo zjistit podíl sexuálně aktivních mužů se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou léčených antipsychotiky, dále se pak zabývali kvalitou sexuálních funkcí u těchto pacientů. Bylo zjištěno, že pouze 64 pacientů ze 193 žilo partnerským sexuálním životem. Podle škály ASEX pak polovina trpěla některou sexuální dysfunkcí, nejčastěji byli tito pacienti léčeni risperidonem.

V zahraničí sexuální funkce u mužů se schizofrenií zkoumali Burke, McEvoy a Ritchie (1994). Pomocí dotazníku zkoumali u pacientů rozdíl mezi jejich obvyklými a současnými (během léčby) sexuálními funkcemi. Bylo zjištěno, že léčba psychofarmaky vede ke snížení frekvence erekce a masturbace a u pacientů s těžší formou onemocnění výzkumníci zjistili závažnější extrapyramidové vedlejší účinky a vyšší úroveň prolaktinu.

Také Uçok, Incesu, Aker a Erkoc (2007) svým rozsáhlým výzkumem zjistili, že sexuální dysfunkce u pacientů se schizofrenií, kteří jsou léčeni antipsychotiky, jsou velmi rozšířené.

Volman a Landeen (2007) prostřednictvím rozhovorů zjišťovali, jak pacienti se schizofrenií subjektivně vnímají jejich vlastní sexualitu. Výsledky naznačují, že lidé s tímto onemocněním začleňují sexualitu do vnímání sebe. Ačkoliv nemoc ovlivnila různé aspekty jejich života, mnozí byli schopni rozvíjet a udržovat smysluplné intimní vztahy, stejně jako sestavit vlastní definici a smysl sexuality. Tyto výsledky mají velký význam pro klinickou praxi při práci s pacienty se schizofrenií.

Dále pak Harley, Boardman a Craig (2010) provedli pomocí polostrukturovaných rozhovorů výzkum, při kterém zjistili, že u lidí trpících schizofrenií jsou větší problémy týkající se touhy, vzrušení a orgasmu, ale charakteristiky těchto sexuálních dysfunkcí jsou podle nich podobné jako v obecné populaci.

Salvan et al. (2007) porovnávali skupinu pacientů se schizofrenií s kontrolní skupinou a zkoumali rozdíly ve frekvenci sexuálních dysfunkcí. Také zjišťovali rozdíly mezi pohlavími. U mužů se zaměřili především na míru potíží jako ztráta libida, impotence, předčasná ejakulace či gynekomastie. Výsledky ukázaly častější výskyt sexuálních dysfunkcí u pacientů se schizofrenním onemocněním v porovnání se zdravou skupinou. Nebyly však zjištěny významnější rozdíly v demografických charakteristikách (pohlaví, věk) mezi těmito dvěma skupinami. Pacienti-muži měli většinou normální úroveň libida, ale vyskytovaly se u nich poruchy erekce a ejakulace.

Macdonald et al. (2003) zase provedli případovou studii s kontrolní skupinou, při které zjistili aspoň jednu sexuální dysfunkci u 82 % mužů se schizofrenií. Oproti kontrolní skupině měli tyto pacienti menší touhu po sexu, hůře dosahovali erekce a udržovali ji a rychleji u nich docházelo k ejakulaci. Podle této studie není žádný vztah mezi sexuální dysfunkcí a typem antipsychotik, které pacient užívá.

4. Cíle výzkumu

Většina výzkumů zaměřených na oblast sexuálního života u pacientů se schizofrenií se zabývala především vlivem antipsychotik na sexuální funkce u těchto lidí. Někde byly zjišťovány rozdíly ve výsledcích u mužů a u žen. Ale nepodařilo se mi nalézt informace o souvislostech s jinými proměnnými. Dále jsem v dosavadních výzkumech nenalezla příliš informací o tom, jaký je podíl mužů se schizofrenií, kteří jsou sexuálně aktivní a chybí také komplexní charakteristika dalších potíží souvisejících se sexuální oblastí těchto lidí, výzkumníci se často zaměřovali pouze na konkrétní sexuální dysfunkce.

Na další proměnné jsem se tedy zaměřila v mém výzkumu. Zjišťovala jsem rozdíly mezi zkoumanými pacienty různého věku, rodinného stavu a vzdělání. Předpokladem bylo, že mladší muži se schizofrenií budou mít méně sexuálních potíží než starší muži s touto nemocí, protože čím je pacient mladší, tím kratší dobu jeho nemoc pravděpodobně trvá, často projevuje větší zájem o navázání partnerského či sexuálního vztahu než pacienti starší, kteří jsou delší dobu léčeni, případně strávili více času v léčebných zařízeních, kde jsou izolováni od okolí a je pravděpodobné, že postupem času ztrácí zájem o sexuální aktivity, případně se potíže v této oblasti prohlubují.

Dalším předpokladem bylo, že bude záležet na rodinném stavu mužů se schizofrenií, protože odlišné potíže v sexuální oblasti mohou vykazovat pacienti svobodní, kteří často nemají trvalý partnerský vztah, ženatí, kteří žijí v trvalém svazku s manželkou a rozvedení, kterým manželství skončilo, určitou dobu tedy měli trvalý partnerský vztah, ale teď jsou najednou sami a pravděpodobně je pro ně náročné si najít novou partnerku.

Posledním předpokladem bylo, že také vzdělání bude mít vliv na problémy v sexuální oblasti u pacientů se schizofrenií, protože se mohou objevit rozdíly mezi muži vyučenými, se středoškolským vzděláním a s vysokoškolským vzděláním. Avšak schizofrenie je onemocnění, při kterém se mnoho pacientů není schopno zapojit do pracovního procesu. Svoje vzdělání tedy pravděpodobně naprostá většina pacientů se schizofrenií neuplatní.

Cílem mého výzkumu je tedy zjistit u zkoumaných pacientů souvislost mezi celkovým skórem Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) a věkem, rodinným stavem a vzděláním a dále zjistit, jaký je výskyt sexuálně aktivních mužů se schizofrenií, jaké se u těchto pacientů objevují sexuální potíže, případně dysfunkce a jaký je u takto nemocných mužů výskyt těchto jevů.

Stanovila jsem si tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je výskyt sexuálně aktivních mužů se schizofrenií?
2. Jaké jsou subjektivně vnímané symptomy sexuálních potíží u mužů se schizofrenií a jaký je výskyt těchto jevů?
3. Jak se liší výsledky dosažené v dotaznících ASEX a SFM u mužů se schizofrenií?

Dále jsem si stanovila následující hypotézy:

- H1: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle věku.
- H2: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle rodinného stavu.
- H3: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle vzdělání.

5. Metodologický rámec výzkumu

Testové metody, které jsem ve svém výzkumu využila, byly Arizonská škála sexuálních funkcí (ASEX) a dotazník Sexuální funkce muže, rozšířená kroměřížská verze (SFM/K). Pro zjištění celkového skóru tohoto dotazníku bylo použito pouze prvních deset položek, tedy původní nerozšířená verze (SFM).

Arizonská škála sexuálních funkcí

ASEX je krátká pětibodová škála, která zjišťuje míru sexuálního apetitu, schopnosti dosáhnout sexuálního vzrušení, dosažení a udržení ztopoření penisu (případně u žen vaginální lubrikace), schopnosti dosáhnout orgasmu a uspokojení z orgasmu (McGauhey, Gelenberg, Laukes, Moreno & Delgado, 2000). Přestože je tato škála díky své krátké formě užitečným klinickým nástrojem, posouzení každé oblasti neposkytuje podrobnosti o konkrétní sexuální dysfunkci (Rizvi, Yeung & Kennedy, 2011). Každou položku pacient posuzuje na šestibodové Likertově škále. Nízké skóre pak znamená nenarušené sexuální funkce, vysoké skóre ukazuje na jejich narušení. Pokud je celkové skóre vyšší než 18, znamená to přítomnost sexuální dysfunkce. Skóre 5 nebo 6 v jedné položce ukazuje na oblast či více oblastí, kterých se sexuální dysfunkce týká, skóre 4 ve třech a více položkách ukazuje na významný problém v oblasti sexuálních funkcí, nemusí se však ještě jednat o sexuální dysfunkci. Vyšší skóre tedy úzce souvisí s diagnózou sexuální dysfunkce (McGahuey, Delgado & Gelenberg 1999, in Žourková et al., 2002).

Celé znění dotazníku je uvedeno v Příloze 3.

Dotazník Sexuální funkce muže (kroměřížská verze)

SFM/K je rozšířenou verzí původního dotazníku SFM (Sexuální funkce muže) Jiřího Mellana (Kratochvíl, 2008). Tato původní verze obsahovala 10 položek, které byly hodnoceny na pětibodové škále. První tři položky souvisí se sexuální aktivitou, následující tři s průběhem pohlavního styku, další tři se týkají emočního ladění a poslední z těchto původních 10 položek se zaměřuje na délku trvání poruchy, pokud se nějaká u pacienta vyskytuje. Pokud je celkové skóre těchto deseti položek 25 a vyšší, jedná se o významnější problém v sexuální oblasti. Skóre 4-5 v jednotlivých položkách poukazuje na oblast či oblasti, kterých se potíže týkají (Žourková et al., 2002). V tabulce 1 můžeme vidět oblasti, na které je zaměřená rozšířená kroměřížská verze SFM/K. Každá z položek má většinou 5

možností odpovědi, které se odlišují nejčastěji četností (Obereignerů, Šmahaj, Hansmanová & Oborná, 2009).

Celé znění dotazníku je uvedeno v Příloze 4.

Tabulka 1: Oblasti dotazníku Sexuální funkce muže (SFM/K)

Současný pohlavní život	Výskyt a trvání ev.poruchy, pokud je nějaká
pohlavní zkušenosti	potíže s nedostatečným nebo ztrácejícím se ztopořením
potřeba pohlavního vybití	potíže s předčasným výronem semene
častost pohlavního vybití	dosahování orgasmu partnerkou
častost pohlavních styků	začátek pohlavního života
častost uskutečnění soulože	problémy ve vztahu k pohlavnímu životu
kvalita ztopoření pohlavního údu	ochrana před otěhotněním
doba trvání soulože	shoda v zájmu o sex
nálada před pohlavním stykem	typ reakce partnerky
nálada po pohlavním styku	schopnost ovládat ejakulaci
pocit úspěšnosti v pohlavním životě	délka od zahájení pohlavního života

Oba dotazníky byly spojeny do jednoho, aby se pacientům lépe vyplňovaly a bylo tím zajištěno, že oba vyplní stejný pacient. Byly upraveny tak, aby dvakrát neobsahovaly demografické či jiné údaje, na které jsou probandi tázáni v obou dotaznících, a ke každému byl pacientovi přiložen informovaný souhlas, který obsahoval informace o zaručení anonymity a o možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit. Dotazníky a informované souhlasy byly označeny tak, aby bylo možné je rozpoznat v případě, že by chtěl některý z účastníků z výzkumu odstoupit. Podepsaný informovaný souhlas byl pak od dotazníků oddělen, aby byla zajištěna anonymita účastníků výzkumu.

O vyplnění dotazníku byli pacienti požádáni přímo v léčebném zařízení (Psychiatrická léčebna Šternberk a Psychiatrická léčebna Kroměříž) buď samotnou výzkumníci, případně zdravotnickým personálem, který měl pacienty na starosti, nejčastěji psychologem. V jednom zařízení byli probandi shromážděni v jedné místnosti, kde jim byly sděleny všechny informace k výzkumu, pacienti, kteří měli zájem se zúčastnit, pak v této místnosti zůstali a tady pak všichni najednou dotazník vyplňovali. V tomto léčebném zařízení měli pacienti celkem dvě možnosti se výzkumu zúčastnit, jednou byli požádáni psychologem, po uplynutí určité doby pak výzkumníci. Ve druhém zařízení byla během skupinové terapie pacientům nabídnuta možnost účasti ve výzkumu a poté byl s každým zvlášť dotazník vyplněn za pomoci výzkumnice.

Rozdíly v časech, potřebných pro administraci, byly velké. Zatímco jeden participant dokázal vyplnit dotazník za 5 minut, jiný potřeboval až 40 minut. Záleželo, o jak moc citlivé téma se pro konkrétního pacienta jednalo a jak rychle dokázal porozumět dané otázce. Několik pacientů vyplňování nedokončilo, takže tato data nebyla použita.

Pacientům bylo vždy před vyplněním vysvětleno, o jaké dotazníky se jedná, co zjišťují a k čemu budou použity. Všem byla zdůrazněna anonymita v prováděném výzkumu. Podle těchto informací se pak každý sám rozhodl, jestli se chce výzkumu zúčastnit a dotazníky vyplnit nebo ne. Jelikož se jedná o velmi intimní téma, navíc u psychicky nemocných osob, bylo pacientům zdůrazněno, že kdyby jim bylo vyplňování nepříjemné nebo měli jakýkoli jiný důvod, který nemusí nikomu vysvětlovat, mohou vyplňování dotazníku kdykoli přerušit a již vyplněná data nebudou použita. Tato možnost jim byla připomenuta také během samotného vyplňování. Poté byl pacientům předložen informovaný souhlas, který obsahoval již ústně sdělené informace s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit, ať už během vyplňování dotazníku nebo kdykoliv po jeho odevzdání. Podepsání informovaného souhlasu bylo nezbytnou podmínkou pro účast ve výzkumu.

6. Popis výzkumného souboru

Podmínkou pro zařazení do výzkumného souboru byla diagnóza schizofrenie a mužské pohlaví. Výběr byl proveden náhodně, na základě ochoty a spolupráce pacientů v léčebných zařízeních a zdravotnického personálu.

Nejprve pacienti odpověděli na otázku týkající se jejich sexuální aktivity. Ti, kteří nebyli sexuálně aktivní vůbec, ve vyplňování dotazníku nepokračovali, protože jejich výsledky by neměly příliš velkou hodnotu. Jejich odpověď však byla využita pro zjištění celkové sexuální aktivity u mužů se schizofrenií. Dotazník vyplnilo celkem 31 pacientů, z toho ho však 4 pacienti nedokončili, tudíž data nemohla být použita. Pracovala jsem tedy s výzkumným souborem 27 pacientů. Nejmladším účastníkům bylo 23 let a nejstaršímu 62 let. Průměrný věk byl 43,5. Pokud tito pacienti zrovna nejsou v léčebném zařízení, nejčastěji žijí ve společné domácnosti sami, s rodiči, případně s partnerkou. V příloze 5 najdeme demografické údaje jednotlivých pacientů.

V tabulkách 2, 3 a 4 můžeme vidět podrobnější charakteristiky výzkumného souboru rozděleného podle věku, rodinného stavu a vzdělání.

Tabulka 2: Zkoumaný soubor podle věku

Věk	Počet	Procento z celkového počtu
do 40-ti let	11	40,7 %
nad 40 let	16	59,3 %

Participantů byli rozděleni na dvě přibližně stejně velké skupiny podle věku do 40-ti let a nad 40 let pro porovnání se skórem Arizonské škály sexuálních funkcí. Pro kvalitnější porovnání by bylo lepší rozdělení do tří skupin (mladší dospělost, starší dospělost a důchodový věk), avšak tyto tři skupiny by byly početně nevyvážené, takže bylo použito rozdělení pouze do dvou skupin. Skupina nad 40 let zahrnuje o pět pacientů více, ale tento rozdíl už není tak výrazný a na výsledky by neměl mít výraznější vliv.

Tabulka 3: Zkoumaný soubor podle rodinného stavu

Rodinný stav	Počet	Procento z celkového počtu
Svobodný	17	63,0 %
Ženatý	5	18,5 %
Rozvedený	5	18,5 %
Vdovec	0	0,0 %

V tabulce 3, kde najdeme rozdělení probandů podle jejich rodinného stavu, vidíme, že více než polovina mužů, kteří se výzkumu zúčastnili, je svobodná. To odpovídá informacím z literatury, že takto nemocní pacienti mají často větší potíže s navazováním a udržováním partnerských vztahů. Nemoc se u mužů většinou projeví v mladém věku, kdy se většina ještě neoženila. Mnoho pacientů s tímto onemocněním se pak už většinou neožení nikdy.

Počet ženatých a rozvedených mužů je stejný, tudíž by se dalo říci, že polovině mužů s touto diagnózou vztah nevydrží a dochází k rozvodu, s polovinou pak manželka zůstane i přes toto vážné onemocnění. Určitě hrají důležitou roli faktory jako doba, kterou jsou manželé spolu, věk manželů, forma nemoci, schopnost fungování pacienta v běžném životě, apod.

Tabulka 4: Zkoumaný soubor podle vzdělání

Vzdělání	Počet	Procento z celkového počtu
Základní	1	3,7 %
Vyučen	12	44,5 %
SŠ	9	33,3 %
VŠ	5	18,5 %

V tabulce 4 vidíme výzkumný soubor rozdělený podle vzdělání. Většina mužů, kteří se zúčastnili výzkumu, je vyučena, přičemž není rozlišeno, jestli bez maturity nebo s maturitou. Velký počet pacientů má středoškolské vzdělání s maturitou. Avšak nezanedbatelný počet probandů má vystudovanou vysokou školu. U těch se nemoc s největší pravděpodobností projevila až po studiu, jelikož, jak bylo zjištěno z literatury, většina pacientů s touto diagnózou se postupně uzavírá do sebe, špatně komunikuje s okolím a případné studium nakonec ukončí.

7. Výsledky

Pomocí dotazníku Sexuální funkce muže (SFM/K) bylo zjištěno, jak jsou muži se schizofrenií sexuálně aktivní a jaký je počet sexuálních partnerek, které doposud měli. Dotazník také ukázal, jaké sexuální potíže se u těchto pacientů vyskytují a v jaké míře. Z Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) byl u každého probanda vypočítán celkový skóre, se kterým se dále pracovalo. Také původní verze dotazníku Sexuální funkce muže (prvních deset položek dotazníku SFM/K) nabízí možnost zjištění celkového skóre, který byl použit pro porovnání se skórem ASEX.

Další vyhodnocení probíhalo statisticky, prostřednictvím neparametrických statistických metod Mann-Whitneyův U-test a Kruskal-Wallisova ANOVA. Mann-Whitneyův U-test je jedním z nejsilnějších neparametrických testů pro dva nezávislé výběry (Reiterová, 2003). Použitím těchto metod byly porovnávány zkoumané proměnné věk, rodinný stav a vzdělání s celkovým skórem ASEX. Na základě těchto výsledků pak došlo k přijetí či zamítnutí stanovených hypotéz.

V tabulce 5 najdeme počty zkoumaných pacientů rozdělených podle sexuální aktivity na častý současný pohlavní život, občasné a žádný.

Tabulka 5: Zkoumaný soubor podle sexuální aktivity

Současný pohlavní život	Počet	Procento
Často	6	13,7 %
Občas	21	47,7 %
Vůbec	17	38,6 %

Z tabulky č. 5 vyplývá, že sexuálně aktivních mužů se schizofrenií je asi 85 %, přičemž tato sexuální aktivita je ve většině případů pouze občasná. Tito muži mají podle dotazníku Sexuální funkce muže sexuální aktivitu nepravidelnou, většinou však mají jednu sexuální partnerku. Ani u ženatých pacientů není pravidlem, že mají častou (pravidelnou) sexuální aktivitu.

Tabulka 6 ukazuje zkoumaný soubor rozdělený podle počtu sexuálních partnerek na žádnou, jednu, dvě, tři nebo čtyři a pět a více.

Tabulka 6: Zkoumaný soubor podle počtu sexuálních partnerek

Počet sexuálních partnerek	Počet	Procento
Žádná	0	0,0 %
Jedna	10	37,0 %
Dvě	6	22,2 %
Tři až čtyři	7	25,9 %
Pět a více	4	14,8 %

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že všichni pacienti, kteří byli zařazeni do výzkumu, měli během svého života alespoň jednu sexuální partnerku. Většina však měla pouze jednu, u některých z nich se pak jedná o současnou partnerku či manželku. Více než 40 % těchto mužů mělo za svůj život více než tři sexuální partnerky, což by u takto nemocných pacientů mohlo být považováno za číslo nadprůměrné.

Výsledkem Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) je celkový skóre, který ukazuje míru sexuálních potíží u každého probanda. Pokud je tento skóre 15 a více, poukazuje na nějakou sexuální dysfunkci. Tento skóre byl pak použit pro porovnání s věkem, rodinným stavem a vzděláním probandů.

Tabulka 7: Srovnání celkového skóru ASEX

Celkový skóre ASEX	Počet	Procento
Méně než 15	14	51,9 %
15 a více	13	48,1 %

Z tabulky 7 vyplývá, že počet probandů se skóre menším než 15 a 15 a vyšším je skoro stejný. Téměř polovina z výzkumného souboru tedy vykazuje nějakou sexuální dysfunkci, u poloviny však prokázána nebyla. Skóre vyšší než 5 nebo vyšší než 4 ve třech a více položkách se vyskytlo u 8 pacientů, u těchto je tedy sexuální dysfunkce jistá. Potíže se objevily ve všech oblastech dotazníku ASEX, tabulka 8 ukazuje tři stupně sexuálních problémů, kterými se dotazník zabývá a počty zkoumaných pacientů, kteří problémem trpí. Na výsledky však může mít vliv to, že celkem 8 mužů, kteří se výzkumu zúčastnili, není v současné době sexuálně aktivních. To může výsledky zkreslovat.

Tabulka 8: Počty probandů podle míry sexuálních potíží v jednotlivých oblastech dotazníku ASEX

Oblasti ASEX	spíše slabá/ obtížně/ neuspokojivý	velmi slabá/ obtížně/ neuspokojivý	nikdy
Touha po sexuální aktivitě	10	2	2
Dosažení sexuálního vzrušení	6	2	1
Dosažení erekce a její udržení	4	3	1
Dosažení orgasmu	6	3	1
Uspokojení z orgasmu	1	1	3

Z výsledků uvedených v tabulce 8 vyplývá, že největším problémem mužů se schizofrenií je touha po sexuální aktivitě, kterou trpí 37 % probandů. Míra toho problému je však pouze spíše slabá, o výrazný problém se tedy nejedná. Šest pacientů vykazuje potíže s dosažením sexuálního vzrušení a šest pak s dosažením orgasmu, opět však obojího dosahují pouze spíše obtížně. Tři pacienti nejsou nikdy uspokojeni z orgasmu, dva nikdy netouží po sexuální aktivitě a jeden nikdy nedosahuje sexuálního vzrušení, jeden nedosahuje erekce a jejího udržení a jeden nikdy nedosáhne orgasmu. Tato čísla jsou však v celkovém počtu zkoumaných mužů zanedbatelná a pravděpodobně srovnatelná se zdravými muži.

Za zmínku stojí pacienti, u kterých se objevují potíže ve více z těchto pěti oblastí najednou. To se týká celkem 8 probandů, z nichž u 4 se potíže vyskytly ve všech pěti oblastech dotazníku ASEX. Avšak i tato čísla nejsou příliš významná ve srovnání s celkovým počtem zkoumaných pacientů.

Celkový skór udává také dotazník Sexuální funkce muže, jeho původní verze, tedy prvních 10 položek dotazníku SFM/K. Pokud je tento skór 25 a více, poukazuje na nějaký problém v sexuální oblasti. V tabulce 9 je uvedeno srovnání celkových skóru dotazníku SFM.

Tabulka 9: Srovnání celkového skóru SFM

Celkový skór SFM	Počet	Procento
Méně než 25	16	59,3 %
25 a více	11	40,7 %

Výsledky v tabulce 9 ukazují, že dvě pětiny zkoumaných mužů mají problém v sexuální oblasti. Pokud tyto výsledky porovnáme s celkovým skórem dotazníku ASEX, zjistíme, že sexuální potíže se objevují přibližně u poloviny zkoumaných pacientů v obou případech. Tyto výsledky tedy mohou znamenat nějakou sexuální dysfunkci u více než poloviny participantů.

V tabulce 10 jsou vyhodnoceny jednotlivé položky uvedené v dotazníku SFM/K. Jak už bylo uvedeno, každá položka má několik variant odpovědí, kterými je zaznamenána četnost daného jevu. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze.

Tabulka 10: Vyhodnocení dotazníku Sexuální funkce muže (SFM/K)

Oblasti dotazníku SFM/K	Výzkumný soubor (n=27)
Potřeba pohlavního vybití	56 % alespoň dvakrát týdně, i denně
	22 % alespoň dvakrát měsíčně
	22 % nikdy nebo jednou za měsíc
Častost pohlavního vybití	59 % několikrát za měsíc, i denně
	41 % nikdy nebo nejvýše jednou za měsíc
Častost pohlavních styků	78 % nejvýše jedenkrát týdně
	22 % dvakrát týdně a častěji
Častost uskutečnění soulože	56 % většinou nebo absolutně vždy
	44 % nikdy nebo v menšině případů
Kvalita ztopoření pohlavního údu	59 % dostavuje se vždy a ochabování vydrží až do výronu semene
	26 % vůbec se nedostaví nebo se dostaví, ale před souloží ochabuje
	15 % dlouho trvá, než se dostaví a ochabuje před výronem semene
Doba trvání soulože	81 % více než 5 minut
	19 % nejvýše 5 minut
Nálada před pohlavním stykem	70 % cítí někdy nejistotu, ale styku se nevyhýbá nebo hlavně touží po partnerce
	27 % cítí silný strach z neúspěchu nebo značnou nejistotu
	3 % cítí vždy naprostou jistotu, nikdy o sobě nepochybují

Nálada po pohlavním styku	70 % se cítí dobře nebo velmi dobře
	24 % se cítí velmi špatně nebo nepříjemně, zklamaně, mrzutě
	6 % se cítí lhostejně, necítí zvláštní uspokojení
Celkový pocit úspěšnosti v pohlavním životě	67 % se cítí úplně neschopný, spíše neúspěšný nebo si není moc jistý svojí úspěšností
	33 % se cítí většinou úspěšný nebo naprosto jistý svou úspěšností
Výskyt a trvání ev.poruchy, pokud je nějaká	40 % má poruchu kratší dobu než půl roku
	33 % nikdy potíže v tomto směru nemělo
	27 % má poruchu od počátku pohlavního života nebo soustavně déle než půl roku
Potíže s nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením	44 % má zřídka nebo mělo jen na počátku pohlavního života
	29 % nemá a nikdy nemělo
	27 % má často nebo neustále a od počátku pohlavního života
Potíže s předčasným výronem semene	52 % nemá a nikdy nemělo nebo mělo jen na počátku pohlavního života
	48 % má vždy, někdy nebo jen po delší pohlavní abstinenci
Partnerčino dosažení orgasmu při pohlavním styku	67 % většinou nebo za běžných podmínek vždy
	33 % v menšině případů nebo ojediněle
Začátek pohlavního života	67 % příjemný nebo převážně příjemný
	24 % otřesný, velmi šokující nebo nepříjemný
	9 % velmi pěkný a dokonalý

Problémy ve vztahu k pohlavnímu životu	59 % trpí obavami, že se nepodaří styk uskutečnit, že neuspokojí partnerku nebo pocity méněcennosti pro neúspěchy v pohlavním styku
	41 % nemá žádné problémy
Shoda v zájmu o sex	56 % chce častěji muž
	37 % chtějí oba stejně
	7 % chce častěji partnerka
Schopnost ovládat ejakulaci	48 % dovede ji zabránit jen přerušáním styku nebo ji dovede zabránit částečně úmyslným potlačením vzrušením
	26 % dovede ji ovládat a souložit libovolně prodlužovat
	26 % nedovede ji ovládat

Sexuální život mužů, kteří se výzkumu zúčastnili, není příliš uspokojivý, co se týká kvality ani kvantity. Větší potíže nebyly zjištěny v oblasti apetence. Výsledky ukazují, že více než polovina zkoumaných mužů (56 %) má velkou potřebu pohlavního vybití a to dvakrát týdně až denně. Přestože se jedná o pacienty s takto specifickým onemocněním, s apetencí tedy, stejně jako většina zdravých mužů, spíše nemají problém. Pouze 22 % nemá tuto potřebu nikdy, případně pouze jednou za měsíc. Většina probandů pak nemá problém s dobou trvání soulože, u 81 % je to více než 5 minut. To může souviset také s tím, že polovina zkoumaných mužů nemá a nikdy neměla potíže s předčasným výronem semene. Většina mužů také dovede nějakým způsobem ovládat svoji ejakulaci, z toho asi třetina dokáže díky tomu souložit libovolně prodlužovat a dvě třetiny z nich ji dovedou ovládat alespoň přerušáním styku nebo úmyslným potlačením vzrušení. Potíže se neukázaly ani v zájmu o sex. U více než poloviny chce muž častěji než partnerka (56 %) a ve 37 % chtějí s partnerkou oba stejně.

Položka častost pohlavního vybití zahrnuje nejen samotný pohlavní styk, ale také onanii nebo poluci, ale 41 % uvedlo, že k pohlavnímu vybití u nich nedochází nikdy, případně nejvýše jednou za měsíc. Častost pohlavních styků pak znamená každou snahu muže souložit uskutečnit, bez ohledu na to, jestli k ní nakonec dojde. Zahrnuje také to, jestli se muž ke své partnerce pokouší pohlavně přiblížit hlazením, líbáním, dotýkáním se,

pokusem o tělesné spojení. U většiny zkoumaných mužů (78 %) k tomuto dochází nejvýše jedenkrát týdně, asi u pětiny probandů pak dvakrát týdně a častěji. Z uvedeného počtu pak úplnému uskutečnění soulože (tj. k tělesnému spojení) dochází u více než poloviny většinou nebo absolutně vždy, u 44 % participantů k ní nedochází nikdy nebo pouze v menšině případů.

Pocity spojené se sexuálním životem mají zkoumaní pacienti spíše negativní. Toto může souviset také se začátkem pohlavního života, který čtvrtina probandů považuje za otřesný, velmi šokující nebo nepříjemný. Dvě třetiny participantů se celkově v pohlavním životě cítí úplně neschopní, spíše neúspěšní nebo nejistí svou úspěšností. Pouze třetina se většinou cítí v pohlavním životě úspěšná, pouze dva probandi jsou si naprosto jistí svou úspěšností. Téměř dvě třetiny má obavy, že se jim pohlavní styk vůbec nepodaří uskutečnit, že neuspokojí partnerku nebo trpí pocity méněcennosti kvůli neúspěchům v pohlavním životě. Třetina ze zkoumaných mužů před pohlavním stykem silný strach z neúspěchu nebo značnou nejistotu, 70 % cítí nejistotu jen někdy, ale pohlavnímu styku se nevyhýbá. Pouze jeden muž cítí vždy naprostou jistotu a nikdy o sobě nepochybuje, jedná se tedy spíše o výjimku. Naopak po pohlavním styku má 70 % mužů dobrý pocit a pouze necelá čtvrtina se cítí velmi špatně nebo nepříjemně, zklamaně či mrzutě.

Celkem 73 % probandů přiznalo nějakou sexuální poruchu. Z toho 40 % trpí těmito problémy kratší dobu než půl roku, třetina má poruchu od počátku pohlavního života nebo soustavně déle než půl roku. Pouze třetina v tomto směru nikdy potíže neměla. Většina zkoumaných pacientů má nebo někdy mělo potíže s nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením, pouze třetina tímto problémem nikdy netrpěla.

Dvě třetiny zkoumaných mužů nemá problém s partnerčíným dosažením orgasmu při pohlavním styku. U 67 % k tomuto dochází většinou nebo za běžných podmínek vždy, jen jedna třetina má s tímto potíže a partnerky těchto pacientů dosahují orgasmu pouze v menšině případů, případně zcela ojediněle.

Testování hypotéz

Dalšími cíli výzkumu bylo zjištění souvislostí mezi celkovým skórem Arizonské škály sexuálních funkcí a zkoumanými proměnnými, tedy věkem, rodinným stavem a vzděláním. Tyto souvislosti byly statisticky ověřeny neparametrickými statistickými metodami a na základě výsledku byly přijaty či vyvráceny stanovené hypotézy.

- **H1: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle věku.**

V programu Statistica.cz (verze 10) byla použita neparametrická metoda Mann-Whitneyův U-test pro porovnání skóre Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) u dvou skupin rozdělených podle věku do 40-ti let a nad 40 let.

Tabulka 11: Mann-Whitneyův U-test: porovnání celkových skóre Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) podle věku

Věk	N	Průměr	U	Z	p
Do 40-ti let	11	31,3	57	-1,5051	0,13231*
Nad 40 let	16	51,9			

* $p > 0,05$

Z výsledků v tabulce 11 vyplývá, že na hladině významnosti $\alpha=0,05$ není signifikantní rozdíl ve skóru ASEX mezi těmito dvěma skupinami. Nepotvrdil se tedy náš předpoklad, že skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle věku. Hypotéza H1 byla proto zamítnuta.

- **H2: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle rodinného stavu.**

V programu Statistica.cz (verze 10) byla použita neparametrická metoda Kruskal-Wallisova ANOVA založená na pořadí pro porovnání celkových skóre Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) u tří skupin rozdělených podle rodinného stavu na svobodný, ženatý a rozvedený. V dotazníku byla přítomna ještě odpověď vdovec, ale takto neodpověděl ani jeden pacient. Skupina vdovec byla tedy při vyhodnocování vyřazena.

Tabulka 12: Kruskal-Wallisova ANOVA: porovnání celkových skóre Arizonské škály sexuálních funkcí ASEX podle rodinného stavu

Rodinný stav	N	Průměr	H (2, N=27)	p
Svobodný	17	17	7,369501	0,0251*
Ženatý	5	13,4		
Rozvedený	5	15,4		

* $p < 0,05$

Analýzou byl zjištěn signifikantní rozdíl u skupiny svobodných na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Podle výsledků v tabulce mají svobodní muži větší sexuální potíže, než ženatí a rozvedení. Toto je pravděpodobně dáno tím, že svobodní muži se schizofrenií často nemají stálou partnerku, mají problém navázat a udržet partnerský vztah. Potvrdil se nám tedy předpoklad, že skóre ASEX se bude statisticky významně lišit podle rodinného stavu. Hypotéza H2 byla tedy na hladině významnosti $\alpha=0,05$ přijata.

▪ **H3: Skóre ASEX se bude statisticky významně lišit podle vzdělání.**

V programu Statistica.cz (verze 10) byla použita neparametrická metoda Kruskal-Wallisova ANOVA založená na pořadí pro porovnání skóre Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) u tří skupin rozdělených podle vzdělání na vyučený, se středoškolským vzděláním (SŠ) a s vysokoškolským vzděláním (VŠ). V dotazníku byla přítomna ještě odpověď základní vzdělání, ale takto odpověděl pouze pacient. Skupina základní vzdělání byla tedy při vyhodnocování vyřazena.

Tabulka 13: Kruskal-Wallisova ANOVA: porovnání celkových skóre Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) podle vzdělání

Vzdělání	N	Průměr	H (2, N=26)	p
Vyučený	12	15,3	0,2392431	0,8873
SŠ	9	15,6		
VŠ	5	16,8		

* $p > 0,05$

Z výsledků v tabulce 13 vyplývá, že na hladině významnosti $\alpha=0,05$ není signifikantní rozdíl ve skóre ASEX mezi třemi skupinami mužů vyučených, se středoškolským vzděláním a s vysokoškolským vzděláním. Hypotéza H3 byla tedy zamítnuta.

8. Diskuze

8.1. Diskuze o metodice

Zjištěné výsledky mohou být ovlivněny několika faktory. O účast ve výzkumu byli požádáni pouze pacienti pobývající toho času v léčebném zařízení. Ti jsou však většinou v jiné fázi onemocnění než pacienti léčení ambulantně. Kvalitu partnerského a sexuálního života totiž ovlivňují také vnější okolnosti, včetně ztráty soukromí a izolace způsobené pobytem v psychiatrické léčebně (Venglářová, 2013). Pacienti léčení se pouze ambulantně by tedy mohli vykazovat odlišné výsledky, na ty by proto bylo vhodné se zaměřit v budoucích studiích a výsledky porovnat.

Jelikož se jedná o velmi intimní téma, někteří participantů mohli výsledky záměrně zkreslit. Jedná se o muže, takže je pravděpodobné, že se chtěli před ženami (výzkumníci, psychologkou) ukázat „v lepším světle“, co se týká počtu sexuálních partnerek nebo současné sexuální aktivity. Výsledky by pak mohly být rozdílné, kdyby dotazník vyplňovali pouze s mužem.

Limitem výzkumu je také pravděpodobné ovlivnění sexuálních funkcí antipsychotiky, která jsou schizofrenním pacientům léčeným v psychiatrické léčebně podávána. Užívání těchto léků je však u takto nemocných osob nezbytné, aby došlo ke stabilizaci onemocnění a byli schopni nějak fungovat v běžném životě. Rozdílné výsledky by tedy mohli vykazovat pacienti, kterým antipsychotika podávána nejsou, případně jim jsou podávána jen ta, která sexuální potíže nezpůsobují v takové míře.

Dalším omezením studie je velikost zkoumaného souboru ($n=27$). Takto velký soubor není příliš reprezentativní, výsledky se tedy nedají aplikovat na celou populaci, která schizofrenií trpí. Avšak v klinické praxi je i tento soubor využitelný, případně by se zjištěná data dala použít v budoucích studiích. Je možné, že odpovědi u dalších pacientů by se lišily, tudíž by větší počet probandů mohl vést k rozdílným výsledkům.

Jedním z limitů výzkumu je také pohlaví, které však bylo zvoleno záměrně pouze jedno, protože muži se ukázali být otevřenější a ochotnější v této oblasti spolupracovat. Výsledky žen by se pravděpodobně lišily, trpí totiž odlišnými sexuálními dysfunkcemi a je možné, že ve významně odlišné míře. V neposlední řadě by mohla být limitem výzkumu také malá zkušenost výzkumnice s přípravou a realizací výzkumu. Všechny jeho etapy však byly pečlivě konzultovány s vedoucím práce a dalšími odborníky tak, aby zkreslení výsledků bylo co nejmenší.

8.2. Diskuze o výsledcích

Výzkum byl zaměřen na kvalitu sexuálního života u mužů se schizofrenií. Na základě statistického vyhodnocení získaných dat bylo zjištěno, že není statisticky významný rozdíl v celkovém skóru Arizonské škály sexuálních funkcí mezi muži do 40 let a nad 40 let. Také nebyl potvrzen předpoklad, že muži se budou v tomto celkovém skóru statisticky významně lišit podle vzdělání. Mezi muži vyučenými, se středoškolským vzděláním a s vysokoškolským vzděláním nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl, tudíž vzdělání na sexuální potíže vliv nemělo. Neparametrická metoda Kruskal-Wallisova ANOVA však potvrdila předpoklad, že zkoumaní muži se budou v celkovém skóru Arizonské škály sexuálních funkcí statisticky významně lišit podle rodinného stavu. Výsledky ukázaly, že svobodní muži se schizofrenií mají větší sexuální potíže než stejně nemocní muži ženatí a rozvedení. Toto může být dáno tím, že svobodní pacienti často nemají stálou partnerku, mají problém navázat a udržet partnerský vztah a tím také sexuální vztahy jsou komplikované. Nemají a ani neměli manželský vztah, takže pravděpodobně nemají výraznější zkušenosti v sexuální oblasti, tak jako muži ženatí či rozvedení.

Výsledky vzniklé porovnáním celkového skóru Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) a celkového skóru dotazníku Sexuální funkce muže (SFM) ukazují, že přibližně polovina zkoumaných mužů se schizofrenií trpí vážnějšími potížemi v sexuální oblasti. Podobné výsledky ukázaly oba použité dotazníky. Podrobnější charakteristiky těchto problémů pak ukázal dotazník SFM/K. K podobnému výsledku došli také Žourková et al. (2005), kteří na základě vyhodnocení škály ASEX zjistili přítomnost sexuální dysfunkce u poloviny zkoumaných mužů se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou. Vyhodnocením dotazníku SFM/K pak bylo zjištěno, že pacienti se schizofrenií nemají výrazné potíže se sexuální apetencí. Toto potvrzují i výsledky Salvana et al. (2007), v jejichž studii muži se schizofrenií také vykazovali většinou normální úroveň libida. Pouze čtvrtina našich zkoumaných pacientů nemá potřebu pohlavního vybití nikdy nebo pouze jednou za měsíc. Tyto výsledky v podstatě korespondují s výsledky dosaženými v dotazníku ASEX, podle kterých trpí problémem nedostatečné touhy po sexuální aktivitě asi třetina mužů s tímto onemocněním. Potíže se sexuální touhou pravděpodobně souvisí s pocity spojenými s touto oblastí, jelikož čtvrtina zkoumaných mužů měla otřesný, velmi nepříjemný nebo šokující počátek pohlavního života a to mohlo vést k pozdějším celkově negativním pocitům. Také Obereignerů et al. (2009) se domnívají, že problémy v začátcích sexuálního života mohou vést k dalším neúspěchům v této oblasti, pocitům méněcennosti

před partnerkou, případně ztíženém navazování sexuálních i dalších vztahů. Dvě třetiny zkoumaných mužů se cítí úplně neschopní, spíše neúspěšní nebo si nejsou moc jistí svojí úspěšností a to zajisté vede k tomu, že na sexuální aktivity nemají příliš chuť. Pokud by se však zjistila příčina těchto pocitů méněcennosti a pracovalo se s pacienty na změně, bylo by teoreticky možné zlepšit také jejich touhu po sexuální aktivitě.

Celkem 73 % probandů přiznalo nějakou sexuální poruchu, z toho třetina trpí těmito potížemi od počátku pohlavního života nebo soustavně déle než půl roku. Pouze třetina zkoumaných pacientů nikdy netrpěla nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením. Tyto výsledky potvrzuje také studie Macdonalda et al. (2003), jejichž zkoumaní muži se schizofrenií hůře dosahovali erekce a udržovali ji. Také u nich rychleji docházelo k ejakulaci, což však naše výsledky nepotvrdily.

Souhrnně by se tedy dal sexuální život mužů trpících schizofrenií označit spíše za méně uspokojivý. Primárním problémem by mohly být pocity spojené s touto oblastí. Ať už se jedná o nepříjemný začátek pohlavního života, který později může vést k nejistotě či pocitům méněcennosti spojenými se sexuálním životem, o malé zkušenosti, které také způsobují nejistotu, nebo o negativní vliv antipsychotik na sexuální funkce, sexuální oblast se může stát pro většinu pacientů stresující, postupně se sexuální potíže mohou prohlubovat a pacienti se pak této oblasti mohou chtít úplně vyhýbat. S těmito pocity pak tedy souvisí většina potíží v sexuálním životě pacientů se schizofrenií. Pouze třetina zkoumaných pacientů vykazala nějakou sexuální poruchu, která trvá od počátku pohlavního života nebo soustavně déle než půl roku, což vzhledem k charakteru onemocnění není podle mého názoru příliš výrazné číslo. Na druhou stranu pouze třetina zkoumaných mužů v tomto směru nikdy potíže neměla. Domnívám, že by bylo vhodné se na tuto oblast u pacientů více zaměřit, otevřeně s nimi o sexuálních potížích komunikovat a snažit se jim pomoci tyto potíže řešit.

Sexuální život pacientů se schizofrenií je pravděpodobně ovlivněn povahou tohoto onemocnění, avšak v kombinaci s antipsychotickou léčbou. Vliv antipsychotik na sexuální funkce prokázala řada výzkumů Burke, et al. (1994) zjistili, že léčba těmito psychofarmaky vede ke snížení frekvence erekce a masturbace u pacientů se schizofrenií. K podobným výsledkům pak ve své rozsáhlé studii došli také Ucok, et al. (2007). Ti zjistili, že sexuální dysfunkce u pacientů se schizofrenií, kteří jsou léčeni antipsychotiky, jsou velmi rozšířené.

Podněty pro praxi

Sexuální život mužů se schizofrenií není příliš uspokojivý, což potvrdil také tento výzkum. Otázkou zůstává, do jaké míry jsou tyto potíže způsobeny charakterem samotného onemocnění a jak se na nich podílí antipsychotická léčba. Některá antipsychotika však mají na sexuální funkce menší vliv (Weiss, 2010), takže by bylo vhodné u každého pacienta se sexuálními problémy zjistit, jestli je možné použít jiný lék, který by vedl k menším problémům v sexuální oblasti.

Tento výzkum poodhalil, že sexuální problémy mužů se schizofrenií úzce souvisí především s pocity spojenými s touto oblastí. Negativní zkušenost, selhání nebo neuspokojivý počátek pohlavního života mohou být častými příčinami sexuálních potíží také u zdravých lidí, takže je možné, že částečně pomoci by některým takto nemocným pacientům mohla například Kognitivně-behaviorální terapie nebo Model růstu podle Satirové.

Na sexuální potíže osob se schizofrenií bych se ráda zaměřila také v budoucnu. Mým záměrem je srovnání pacientů se schizofrenií s kontrolní skupinou a také bych ráda zkoumala rozdíly mezi pacienty léčenými v psychiatrických zařízeních a ambulantně léčenými pacienty. V budoucích výzkumech by mohly zajímavé výsledky poskytnout také rozhovory s takto nemocnými lidmi. Z nich by mohlo být možné zjistit více informací o jejich pocitech spojených s touto oblastí, které podle všeho se sexuálním životem pacientů se schizofrenií úzce souvisí.

9. Závěr

Sexuální život mužů se schizofrenií by se dal označit spíše za méně uspokojivý. Statistickým ověřením stanovených hypotéz bylo zjištěno, že:

- Skór ASEX se statisticky významně neliší podle věku.
- Skór ASEX se statisticky významně liší podle rodinného stavu, přičemž svobodní muži se schizofrenií prokázali větší sexuální potíže než muži ženatí nebo rozvedení.
- Skór ASEX se statisticky významně neliší podle vzdělání.

Ukázalo se, že výskyt sexuálně aktivních mužů se schizofrenií je asi 85% přičemž tato aktivita je většinou nepravidelná. Výsledky vzniklé porovnáním celkových skóre Arizonské škály sexuálních funkcí a dotazníku Sexuální funkce muže ukázaly, že přibližně polovina zkoumaných mužů trpí potížemi v sexuální oblasti. Tyto výsledky korespondují s předchozími výzkumy v této oblasti. Potíže mohou pramenit jak z charakteru samotného onemocnění, tak z užívání antipsychotik, u kterých byly prokázány vedlejší účinky této povahy.

U většiny zkoumaných mužů byly zjištěny negativní pocity spojené se sexuální oblastí. Třetina pacientů vykazala problematický počátek pohlavního života, dvě třetiny pacientů se cítí úplně neschopní nebo nejistí svou úspěšností v sexuální oblasti. Potížemi, které se týkají touhy po sexuální aktivitě, většina zkoumaných mužů netrpí.

Souhrn

Pojem schizofrenie poprvé použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, který jím v roce 1911 charakterizoval rozpad osobnosti. Jedná se o závažné psychotické onemocnění, která bývají charakterizována narušením kontaktu s realitou. Samotná schizofrenie je nemoc, u níž jako hlavní příznaky najdeme především halucinace a bludy, dezorganizaci řeči, dezorganizované nebo katatonní chování, dále oploštělou emotivitu, redukci plynulosti a produktivity myšlení, sníženou schopnost soustředit se, pamatovat si, plánovat či řešit problémy. Její projevy jsou velmi rozmanité a také diagnostika je obtížná. Vyskytuje se u přibližně 1% populace. Základem diagnostiky schizofrenie je psychiatrické vyšetření, do kterého zahrnujeme psychiatrickou anamnézu a posouzení psychického stavu nemocného. Léčba nejčastěji probíhá kombinací psychofarmak a psychosociálních intervencí, využívány jsou také další biologické metody. V současné době jsou čím dál více rozšířeny různé terapeutické programy, např. IPT, PREDUKA, PRELAPSE, atd. V současné době je kladen velký důraz na komplexní přístup k pacientovi.

Sexualita patří mezi základní lidské potřeby a její součástí není pouze fyzický sex, ale také potřeba intimity, prožitek sounáležitosti, spokojenost, sexuální uspokojení, rodičovství. Hraje důležitou roli v životě každého člověka a také u pacientů se schizofrenií je velmi významná. Lidé s tímto onemocněním tvoří zranitelnou skupinu, jejíž sexualita je často přehlížena či zkreslována. Sexuální chování lidí s vážným duševním onemocněním má však vliv na jejich emocionální a fyzickou pohodu. Proto by měla být věnována velká pozornost sexuálním potřebám takto nemocných pacientů. Na vzniku sexuálních potíží u lidí se schizofrenií se podílí mimo jiné odlišný psychosexuální vývoj. S potížemi v sexuálním životě souvisí také narušení sociálních vazeb, u pacientů dochází k sociálnímu stažení a řada z nich vykazuje problémy s navázáním a udržením plnohodnotného partnerského vztahu. K postupnému zhoršování sociálního a psychosociálního fungování často dochází už před začátkem nemoci. Mnoho pacientů má už před vypuknutím nemoci snížený zájem o sexuální aktivity a vede chudý nebo žádný sexuální život. Sexualitu pacientů však ovlivňují také antipsychotika. Použití především atypických antipsychotik vede k redukci mnoha psychotických příznaků, ke zlepšení sociability a schopnosti navázání a udržení partnerského vztahu. Avšak jejich užíváním dochází ke snížení zájmu o sex a neobjevuje se dostatečná odpověď organismu na sexuální podněty.

Sexuálním životem pacientů se schizofrenií se v minulosti zabývalo mnoho výzkumníků. Tyto studie jsou zpravidla zaměřeny na souvislost mezi sexuálními potížemi u pacientů se schizofrenií a užíváním antipsychotik. U nás se tímto problémem zabývali Žourková, Kašpárek, Skotáková a Večeřová, kteří zkoumali nežádoucí sexuální účinky u schizofrenních pacientů léčených antipsychotiky. V zahraničí sexuální funkce u mužů se schizofrenií zkoumali Burke, McEvoy a Ritchie, kteří zjistili, že léčba psychofarmaky vede ke snížení frekvence erekce a masturbace. Volman a Landeen prostřednictvím rozhovorů zjistili, že lidé s tímto onemocněním začleňují sexualitu do vnímání sebe. Ačkoliv nemoc ovlivnila různé aspekty jejich života, mnozí byli schopni rozvíjet a udržovat smysluplné intimní vztahy, stejně jako sestavit vlastní definici a smysl sexuality. Tyto výsledky mají velký význam pro klinickou praxi při práci s pacienty se schizofrenií. S kontrolní skupinou porovnávali skupinu pacientů se schizofrenií Salvan, Stanculete a Macrea a jejich výsledky ukázaly častější výskyt sexuálních dysfunkcí u pacientů se schizofrenním onemocněním v porovnání se zdravou skupinou. Nebyly však zjištěny významnější rozdíly v demografických charakteristikách (pohlaví, věk). Pacienti-muži měli většinou normální úroveň libida, ale vyskytovaly se u nich poruchy erekce a ejakulace.

Ve výzkumu jsem se zaměřila na rozdíly mezi zkoumanými pacienty různého věku, rodinného stavu a vzdělání. Dále jsem se zaměřila na sexuální aktivitu mužů se schizofrenií, zjišťovala jsem, jaké se u těchto pacientů objevují potíže, případně dysfunkce, v sexuální oblasti a jaký je u takto nemocných mužů výskyt těchto jevů a srovnala jsem výsledky dosažené v obou použitých dotaznících.

Stanovila jsem si tedy následující hypotézy:

- H1: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle věku.
- H2: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle rodinného stavu.
- H3: Skór ASEX se bude statisticky významně lišit podle vzdělání.

Dále jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je výskyt sexuálně aktivních mužů se schizofrenií?
2. Jaké jsou subjektivně vnímané symptomy sexuálních potíží u mužů se schizofrenií a jaký je výskyt těchto jevů?
3. Jak se liší výsledky dosažené v dotaznících ASEX a SFM u mužů se schizofrenií?

Výzkumný soubor tvořilo 27 pacientů. Testové metody, které jsem ve svém výzkumu využila, byly Arizonská škála sexuálních funkcí (ASEX) a dotazník Sexuální funkce muže, rozšířená kroměřížská verze (SFM/K). Pro zjištění celkového skóru tohoto dotazníku bylo použito pouze prvních deset položek, tedy původní nerozšířená verze (SFM). Každému pacientovi byl před jejich vyplněním předložen informovaný souhlas, který obsahoval informace o zaručení anonymity a o možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Výsledky vzniklé porovnáním celkového skóru Arizonské škály sexuálních funkcí (ASEX) a celkového skóru dotazníku Sexuální funkce muže (SFM) ukazují, že přibližně polovina zkoumaných mužů se schizofrenií trpí vážnějšími potížemi v sexuální oblasti. Vyhodnocením dotazníku SFM/K bylo zjištěno, že pacienti se schizofrenií nemají výrazné potíže se sexuální apetencí. Sexuální život těchto lidí může úzce souviset s pocity spojenými s touto oblastí, jelikož čtvrtina zkoumaných mužů měla otřesný, velmi nepříjemný nebo šokující počátek pohlavního života a to mohlo vést k pozdějším celkově negativním pocitům v sexuálním životě. Celkem 73 % probandů přiznalo nějakou sexuální poruchu, z toho třetina trpí těmito potížemi od počátku pohlavního života nebo soustavně déle než půl roku. Pouze třetina zkoumaných pacientů nikdy netrpěla nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením. Statistické vyhodnocení probíhalo prostřednictvím neparametrických statistických metod Mann-Whitneyův U-test a Kruskal-Wallisova ANOVA, jejich použitím byly porovnávány zkoumané proměnné věk, rodinný stav a vzdělání s celkovým skórem ASEX. Statistickým ověřením stanovených hypotéz bylo zjištěno, že:

- Skór ASEX se statisticky významně neliší podle věku.
- Skór ASEX se statisticky významně liší podle rodinného stavu, přičemž svobodní muži se schizofrenií prokázali větší sexuální potíže než muži ženatí nebo rozvedení.
- Skór ASEX se statisticky významně neliší podle vzdělání.

Souhrnně by se tedy dal sexuální život mužů trpících schizofrenií označit spíše za méně uspokojivý. Primárním problémem by mohly být pocity spojené s touto oblastí. Sexuální život pacientů se schizofrenií je pravděpodobně ovlivněn povahou tohoto onemocnění, avšak v kombinaci s antipsychotickou léčbou.

Výsledky korespondují se zjištěními z předchozích výzkumů. Také v budoucnu by bylo vhodné se touto oblastí zabývat. Já osobně bych ráda svůj výzkum na sexuální život pacientů se schizofrenií zaměřila i v budoucnu. Mým záměrem je srovnání pacientů se schizofrenií s kontrolní skupinou a také bych ráda zkoumala rozdíly mezi pacienty léčenými v psychiatrických zařízeních a ambulantně léčenými pacienty. V budoucích výzkumech by mohly zajímavé výsledky poskytnout také rozhovory s takto nemocnými lidmi. Z nich by mohlo být možné zjistit více informací o jejich pocitech spojenými s touto oblastí, které podle všeho se sexuálním životem pacientů se schizofrenií úzce souvisí.

Literatura

- 1) Bankovská-Motlová, L., Dragomirecká, E., Španiel, F. & Blabolová, A. (2012). *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum.
- 2) Barr, M. S., Farzan, F., Rajji, T. K., Voineskos, A. N., Blumberger, D. M., Arenovich, T., ... Daskalakis, Z. J. (2013). Can repetitive magnetic stimulation improve cognition in schizophrenia? Pilot data from a randomized controlled trial. *Biological Psychiatry*, 73(6), 510-517. DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.08.020.
- 3) Bauernöplová, A. & Kalinová, J. (2014). Program pro dobré zdraví. *Zdravotnictví a medicína*. Získáno 17. ledna 2014 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/program-pro-dobre-zdravi-473729>.
- 4) Bhui, K., Puffet, A. & Strathdee, G. (1997). Sexual and relationship problems amongst patients with severe chronic psychoses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 459-467.
- 5) Bouček a kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 6) Brichcín, S. (2002). Sexuální poruchy. In Höschl, C., Libiger, J. & Švestka (Eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- 7) Burke, M. A., McEvoy & J. P., Ritchie, J. C. (1994). A pilot study of a structured interview addressing sexual function in men with schizophrenia. *Biological psychiatry*, 35(1), 32-35. DOI: 10.1016/0006-3223(94)91164-9.
- 8) Češková, E. (2012). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf.
- 9) Dickerson, F. B., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., Goldberg, R. W., Fang, L. J. & Dixon, L. B. (2004). Sexual and reproductive behaviors among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55(11), 1299-1301. DOI: 10.1176/appi.ps.55.11.1299.
- 10) Doubek, P., Praško, J., Hons, J. & Herman, E. (2010). *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf.

- 11) Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- 12) Eli Lilly ČR s.r.o. (nedat.). PREDUKA. Získáno z <https://www.lilly.cz/info/pacientske-programy/preduka>.
- 13) Guse, B., Falkai, P., Gruber, O., Whalley, H., Gibson, L., Hasan, A., ... Wobrock, T. (2013). The effect of long-term high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on working memory in schizophrenia and healthy controls. *Behavioral Brain Research*, 237, 300-307. DOI: 10.1016/j.bbr.2012.09.034.
- 14) Hansen, T. E., Casey, D. E. & Hoffman, W. F. (1997). Neuroleptic intolerance. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 567-582.
- 15) Harley, E. W., Boardman, J. & Craig, T. (2010). Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 759-766. DOI: 10.1007/s00127-009-0119-0.
- 16) Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 17) Hinterhuber, H. (2001). Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 216-220.
- 18) Janů, L. & Racková, S. (2008). Léčba deprese pacientů se schizofrenií. *Psychiatria pre prax*, 9(4), 161-165.
- 19) Kalkavoura, Ch. S., Michopoulos, I., Arvanitakis, P., Theodoropoulou, P., Dimopoulou, K. & Tzebelikos, E. (2013). Effects of cabergoline on hyperprolactinemia, psychopathology, and sexual functioning in schizophrenic patient. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21(4), 332-341. DOI: 10.1037/a0033448.
- 20) Kelly, D. L. & Conley, R. R. (2004). Sexuality and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 767-779.
- 21) Kokoszka, A., Abd El Aal, M., Jodko, A. & Kwiatowska, A. (2010). Prevalence and subjectively assessed symptoms of sexual disorders in schizophrenia. Preliminary report. *Psychiatry and Psychotherapy*, 12(3), 47-55.

- 22) Kořínková, V. (2005). Antipsychotiká – klinickofarmakologická charakteristika a bezpečnostný profil. In Pečeňák, J., Forgáčová, L., Kořínková, V., Novotný V., Šuba, J., Vavrušová, L. & Žucha, I. *Kapitoly o schizofrenii*. Martin: Vydavatelstvo Osveta.
- 23) Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- 24) Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada.
- 25) Kristensen, D. & Jorgensen, M. B. (2011). Treatment of schizophrenia with electroconvulsive therapy. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 8(1-2), 53-56.
- 26) Lewine, R. (2004). At issue: Sex and gender in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 755-762.
- 27) Libiger, J. (1991). *Schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum.
- 28) Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. In Höschl, C., Libiger, J. & Švestka (Eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- 29) Macdonald, S., Halliday, J., MacEwan, T., Sharkey, V., Farrington, S., Wall, S. & McCreadie, R. G. (2003). Nithsdale schizophrenia surveys 24: sexual dysfunction: Case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 50-56. DOI: 10.1192/bjp.182.1.50.
- 30) Mahmoud, A., Hayhurst, K. P., Drake, R. J. & Lewis, S. V. (2012). Sexual function of patients with schizophrenia receiving first-generation (FGA) or second-generation antipsychotic (SGA) treatment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(2), 148-152. DOI: 10.3109/13651501.2011.625122.
- 31) McGauhey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A. & Delgado, P. L. (2000). The Arizona sexual experience scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 25-40.
- 32) Montejo, A. - L. (2010). The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry*, 25(2), 3-5. DOI: 10.1016/S0924-9338(10)71699-0.
- 33) Motlová, L. & Koukolík, F. (2004). Schizofrenie: *Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.

- 34) Nicolaou, L. (2012). Sexual dysfunction in people with schizophrenia. *Mental Health Practice*, 15(10), 20-24.
- 35) Nnaji, R. N. & Friedman, T. (2008). Sexual dysfunction and schizophrenia: psychiatrists' attitudes and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 32, 208-210.
- 36) Novotný, V. (2005). Schizofrénia – vývoj pojmu a náčrt koncepcií ochorenia. In Pečeňák, J., Forgáčová, Ľ, Kořínková, V, Novotný V., Šuba, J, Vavrušová, L. & Žucha, I. *Kapitoly o schizofrenii*. Martin: Vydavateľstvo Osveta.
- 37) Obereignerů, R., Šmahaj, J., Hansmanová, L. & Oborná, I. (2009). Možnosti psychologické diagnostiky sexuálního života mužů z infertilních párů. *Psychiatria pre prax*, 10(2), 94-96.
- 38) Patterson, T. L. & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 108-119. DOI: 10.1016/j.schres.2007.12.468.
- 39) Pěč, O. & Probstová, V. (Eds.). (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- 40) Pidrman, V. & Masopust, J. (2002). Psychoedukační program PRELAPSE. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 161-167.
- 41) Reiterová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 42) Rizvi, S. J., Yeung, N. W. & Kennedy, S. H. (2011). Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(1), 99-109. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.05.009.
- 43) Romosan, F. & Ienciu, M (Eds.). (2005). Prodromal symptoms in schizophrenia, 86. *3rd International Conference of Early Psychosis*, Copenhagen, Denmark. London: Royal College of Psychiatrists.

- 44) Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J. & Caqueo-Úrizar, A. (2012). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 143(2-3), 327-336. DOI: 10.1016/j.schres.2012.11.014.
- 45) Salvan, H., Stanculete, M. & Macrea, R. (2007). Frequency of sexual dysfunction in patients with schizophrenia. Abstract for poster sessions. *European Psychiatry*, 22, 101-220.
- 46) Scigliano, G. & Ronchetti, G. (2013). Antipsychotic-induced metabolic and cardiovascular side effect in schizophrenia: A novel mechanistic hypothesis. *CNS Drugs*, 27(4), 249-257.
- 47) Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- 48) Světová zdravotnická organizace. (2009). *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- 49) Tandon, R., Keshavan, M. S. & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia „just the facts“ what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 1-18. DOI: 10.1016/j.schres.2008.04.011.
- 50) Uçok, A., Incesu, C., Aker, T. & Erkoc, S. (2007). Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychotic medication. *European Psychiatry*, 22, 328-333.
- 51) Valencia, M., Fresan, A., Juárez, F., Escamilla, R. & Saracco, R. (2013). The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1886-1892. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.09.006.
- 52) Venglářová, M., Eisner, P. a kol. (2013). *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.
- 53) Volman, L. & Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 411-417. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01099.x.
- 54) Weiss, P. a kol. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada publishing a.s.

- 55) Zamishlany, Z. & Weizman, A. (2008). The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Sexual Dysfunction: The Brain-body connection*, 29, 89-106.
- 56) Zervas, I. M., Theleritis, Ch. & Soldatos, C. R. (2011). Using ECT in schizophrenia: A review from a clinical perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13(2), 96-105. DOI: 10.3109/15622975.2011.564653.
- 57) Žourková, A. (2002). Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě antipsychotiky. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 50-53.
- 58) Žourková, A., Kašpárek, T., Skotáková, S. & Večeřová, M. (2005). Sexuální funkce u mužů léčených antipsychotiky. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101(5), 246-251.
- 59) Žourková, A., Novotná, J., Havlíková, P., Večeřová, M. & Purkrábková, L. (2007). Výskyt sexuálních dysfunkcí při udržovací léčbě běžně předepisovanými antidepresivy. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 38-41.

Přílohy

Příloha 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie

Forma: Prezenční

Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
FATĚNOVÁ Renáta	Horní hejčínská 94/4, Olomouc	F080253

TÉMA ČESKY:

Kvalita sexuálního života u mužů se schizofrenií

NÁZEV ANGLICKY:

Quality of sexual life in men with schizophrenia

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s novými normami pro DP na Katedře psychologie FF UP a dodržování zásad v nich uvedených.
2. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, psychologie zdraví a nemoci, psychodiagnostiky, témat schizofrenie, sexuality u pacientů se schizofrenií, sociálního stažení či potíží v partnerských vztazích u těchto pacientů.
3. Shrnutí stávajících poznatků a výzkumů s touto problematikou.
4. Příprava výzkumu, jehož cílem bude zjistit, jaký je výskyt sexuálně aktivních mužů se schizofrenií, jak jsou tyto pacienti se svým sexuálním životem spokojeni a jaké se u nich objevují sexuální dysfunkce.
5. Realizace výzkumu - použití dotazníků Sexuální funkce muže (SFM/K), Arizonská škála sexuálních funkcí (ASEX), Mezinárodní index erektlní funkce (IIEF). Dále je zvažován vlastní anamnestický dotazník či rozhovor.
6. Zpracování výzkumných metod, statistika a interpretace.
7. Diskuze nad dosaženými výsledky, zpracování závěru a souhrnu DP.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Badger & McDonald. (2002). Social function of persons with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 40. 6: 42-50.
- Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (1999). *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada.
- Libiger, J. (1991). *Schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Pierre, F. et al. (2000). The Influence of Schizophrenia and Standard or Atypical Neuroleptics on Sexual and Sociosexual Functioning: A Review. *Sexuality and Disability*, Vol. 18, No. 2.
- Spilková, J. & Venglářová, M. (2004). Sexuální život u pacientů s psychickým onemocněním, In: XVI. Bohnické sexuologické dny, sborník textů. Brno: Akademické nakladatelství CERM; 75-78
- Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.
- Žourková, A., Kašpárek, T., Skotáková, S. & Večeřová, M. (2005). Sexuální funkce u mužů léčených antipsychotiky. *Česká a Slovenská Psychiatrie*; 101: 246-251

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Kvalita sexuálního života u mužů se schizofrenií

Autor práce: Renáta Fatěnová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a znaků: 63 stran, 114 031 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 59

Abstrakt: Schizofrenie je vážné psychické onemocnění, které je charakterizováno narušením kontaktu s realitou. Často je provázena problémy v sexuální oblasti. Sexualita hraje významnou roli v životě každého člověka, u pacientů se schizofrenií je však často zkreslována nebo přehlížena. Na vznik sexuálních potíží u těchto lidí má vliv několik faktorů. Schizofrenie je nemoc, která sama o sobě způsobuje narušení sociálních vazeb, sociální stažení a problémy s navázáním a udržením plnohodnotného partnerského vztahu, významnou roli hraje také odlišný psychosexuální vývoj a léčba antipsychotiky. Sexuální dysfunkce jsou převládajícím sexuálním problémem u pacientů se schizofrenií. Cílem mého výzkumu bylo tedy zjistit u zkoumaných pacientů souvislost mezi celkovým skórem ASEX a věkem, rodinným stavem a vzděláním a dále zjistit, jaké je procento sexuálně aktivních mužů se schizofrenií, jaké se u těchto pacientů objevují sexuální potíže, případně dysfunkce a jaký je u takto nemocných mužů výskyt těchto jevů. Použité testové metody byly Arizonská škála sexuálních funkcí (ASEX) a dotazník Sexuální funkce muže (SFM/K). Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi skórem ASEX a věkem nebo vzděláním. Byla však zjištěna statisticky významná souvislost mezi skórem ASEX a rodinným stavem, přičemž svobodní muži se schizofrenií prokázali větší sexuální potíže než muži ženatí nebo rozvedení. Ukázalo se, že sexuálně aktivních mužů se schizofrenií je asi 85 %. Dále bylo zjištěno, že přibližně polovina zkoumaných mužů trpí potížemi v sexuální oblasti. U většiny zkoumaných mužů byly zjištěny negativní pocity spojené se sexuální oblastí. Třetina pacientů vykazovala problematický počátek pohlavního života, dvě třetiny pacientů se cítí úplně neschopní nebo nejistí svou úspěšností v sexuální oblasti. Potížemi, které se týkají touhy po sexuální aktivitě, většina zkoumaných mužů netrpí.

Klíčová slova: schizofrenie, sexuální dysfunkce, Arizonská škála sexuálních funkcí, Sexuální funkce muže

THESIS ABSTRACT

Title: Quality of sexual life in men with schizophrenia

Author: Renáta Fatěnová

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 63 pages, 114 031 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 59

Abstract: Schizophrenia is a serious mental disorder, which is characterised disruption of contact with reality. It's often accompanied problems in sexual area. Sexuality is very important in life of every person, however in patients with schizophrenia it's often falsified or overlooked. The emergence of problems in these people affecting several factors. Schizophrenia is a disorder, which in itself leads to disruption of social ties, social withdrawal and problems with establish and maintain a full-fledged partner relationship, also important is a different psychosexual evolution and antipsychotic treatment. Sexual dysfunctions are prevalent sexual problem in patients with schizophrenia. The aim of my research was to determine the examined patients relationship between the total score and ASEX age, marital status and education and determine what is the percentage of sexually active men with schizophrenia, which in these patients appear sexual problems or dysfunctions, and what follows is occurrence of these phenomena. Used test methods were Arizona sexual experience scale (ASEX) and questionnaire Sexual functions of man (SFM/K). There was no significant correlation between score ASEX and age or education. However, it was found significant association between score ASEX and marital status, unmarried men with schizophrenia showed greater sexual problems than married and divorced men. It turned out that sexually active men with schizophrenia is about 85 %. Furthermore, it was found that approximately half of the surveyed men have problems in sexual area. For most men surveyed were found negative feelings associated with sexual areas. One third of the patients reported onset of problematic sex life, two-thirds of patients feel completely incompetent or insecure about their success in the sexual area. Difficulties relating to the desire for sexual activity, most men do not suffer examined.

Key words: schizophrenia, sexual problems, Arizona sexual experience scale, Sexual functions of man

Příloha 3: Arizonská škála sexuálních funkcí (ASEX)

U každého bodu dejte do kroužku označení u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš stav:

1. Jak silné je vaše libido (touha po sexuální aktivitě)?

- 1 - extrémně silné
- 2 - velmi silné
- 3 - spíše silné
- 4 - spíše slabé
- 5 - velmi slabé
- 6 - žádné

2. Jak snadno dosáhnete sexuálního vzrušení?

- 1 - extrémně snadno
- 2 - velmi snadno
- 3 - spíše snadno
- 4 - spíše obtížně
- 5 - velmi obtížně
- 6 - nikdy

3. Jak snadno dosáhnete erekce a udržíte ji?

- 1 - extrémně snadno
- 2 - velmi snadno
- 3 - spíše snadno
- 4 - spíše obtížně
- 5 - velmi obtížně
- 6 - nikdy

4. Jak snadno dosáhnete orgasmu?

- 1 - extrémně snadno
- 2 - velmi snadno
- 3 - spíše snadno
- 4 - spíše obtížně
- 5 - velmi obtížně
- 6 - nikdy nedosahuji orgasmu

5. Přináší vám orgasmus uspokojení?

- 1 - extrémní uspokojení
- 2 - velké uspokojení
- 3 - spíše je uspokojivý
- 4 - spíše je neuspokojivý
- 5 - velmi neuspokojivý
- 6 - nemohu dosáhnout orgasmu

Příloha 4: Dotazník Sexuální funkce muže (SFM/K)

Dotazník Sexuální funkce muže

(rozšířená kroměřížská verze)

(Prvních 10 bodů je převzato z dotazníku SFM od J. Mellana)

SFM /K

Jméno: _____ Věk: _____ Povolání: _____ Datum: _____

U každého bodu dejte do kroužku označení u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš stav.

Současný pohlavní život:

Pohlavní zkušenosti: dosud jsem měl:

A) ženatý:

- 1 - pohlavní styk zřídka
- 2 - pravidelný pohl. život

- 1 - pohlavní styk s jednou ženou
- 2 - se dvěma ženami
- 3 - se 3 - 4 ženami

B) svobodný:

- 0 - žádný pohlavní styk
- 1 - příležitostný pohlavní styk zřídka
- 2 - příležitostný pohl. styk často
- 3 - trvalejší známost s řídkým pohlavním stykem
- 4 - trvalejší známost s pravidelným pohlavním životem

- 4 - s pěti a více (uved'te počet.....)
- 5 - pohlavní styk dosud neměl

1. Potřeba pohlavního vybití: Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych měl k tomu vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mně mít pohlavní styk:

- 0 - vůbec nikdy, nebo 1x za rok
- 1 - několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně
- 2 - 2 – 4x za měsíc
- 3 - 2x nebo vícekrát týdně
- 4 - denně nebo vícekrát za den

2. Častost pohlavního vybití: Semeno ze mne vychází, lhostejno jakou formou, tedy ať již při pohlavním styku, při poluci nebo onanii:

- 0 - vůbec nikdy, nebo alespoň 1x za rok
- 1 - několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- 2 - několikrát za měsíc, nejvýše jednou týdně
- 3 - 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 - denně nebo vícekrát za den

3. Častost pohlavních styků: Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližují ke své partnerce (líbám, objímám ji, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení):

- 0 - vůbec nikdy nebo již aspoň rok nikoliv
- 1 - několikrát za rok, nejvýše 1x měsíčně
- 2 - několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- 3 - 2x nebo vícekrát za týden
- 4 - denně nebo vícekrát za den

4. Častost uskutečnění soulože: Z uvedeného počtu pohlavních styků jsem schopen uskutečnit soulož, tj. tělesné spojení (třeba i jen na krátkou dobu nebo při nedokonalém ztopoření):

- 0 - vůbec nikdy
- 1 - v menšině případů
- 2 - většinou
- 3 - za běžných podmínek vždy
- 4 - absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující

5. Kvalita ztopoření pohlavního údu: Nejčastěji se u mne vyskytuje resp. nejvíce mi vadí ten to stav:

- 0 - ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje
- 1 - ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné
- 2 - dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu ještě před výronem semene
- 3 - ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož
- 4 - ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek

6. Doba trvání soulože: K výronu semene u mne dochází:

- 0 - ještě před zavedením údu nebo k němu při souloži vůbec nedochází
- 1 - při zavádění údu nebo během několika vteřin soulože
- 2 - během 1-2 minut soulože

3a - během 3-5 minut

Odhad trvání pohybů v pochvě do výronu:

3b - během 6 a více minut

nejmíň..... nejvíce.....průměrně.....

- 4 - soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky

7. Nálada před pohlavním stykem: Před pohlavním stykem cítím:

- 0 - silný strach z neúspěchu, proto se o nic nepokouším
- 1 - značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout
- 2 - někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám nebo mám styky hlavně kvůli manželce nebo proto, abych se vyzkoušel
- 3 - především touhu po partnerce a k souloži za běžných okolností přistupuji bez obav
- 4 - vždy naprostou jistotu, nikdy nemám o sobě pochybnosti a nikdy netrpím indisposicí

8. Nálada po pohlavním styku: Po pohlavním styku (ev. po nezdařené souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0 - velmi špatně, jsem podrážděný, nervosní nebo cítím nechuť k ženě
- 1 - nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpan
- 2 - lhostejně, necítím zvláštní uspokojení
- 3 - dobře, cítím se příjemně uspokojen
- 4 - velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu

9. Pocit úspěšnosti v pohlavním životě: Celkově si připadám:

- 0 - úplně neschopný, partnerka odmítá mít se mnou styky
- 1 - spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky
- 2 - nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela neschopný
- 3 - většinou úspěšný
- 4 - naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku

10. Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud je nějaká:

- 0 - od počátku pohlavního života
- 1 - soustavně déle než půl roku
- 2 - kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla
- 3a - vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti
- 3b - měl jsem, ale nyní již nemám žádné potíže
- 4 - nevím, co je to mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru

11. Potíže s nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením:

- 0 - mám-stále a vždy od počátku svého pohlavního života
- 1 - mám často
- 2 - mám zřídka
- 3 - jsem měl jen na počátku pohlavního života
- 4 - nemám a nikdy jsem neměl

12. Potíže s předčasným výronem semene:

- 0 - mám vždy; trvání soulože je příliš krátké na uspokojení partnerky
- 1 - mám někdy, musím se snažit výron semene zadržet
- 2 - mám jen po delší pohlavní abstinenci
- 3 - měl jsem jen na počátku svého pohlavního života
- 4 - nemám a nikdy jsem neměl

13. Moje partnerka dosahuje při pohlavním styku se mnou orgasmu:

- 0 - nikdy nebo jen zcela ojediněle
- 1 - v menšině případů
- 2 - většinou
- 3 - za běžných podmínek vždy
- 4 - vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, i opakovaně

14. Začátek mého pohlavního života byl:

- 0 - otřesný, velmi šokující
- 1 - nepříjemný
- 2 - příjemný, ale spojený s problémy
- 3 - převážně příjemný
- 4 - velmi pěkný a dokonalý

U dalších položek zakroužkujte všechna písmena, která se Vás týkají:

15. Problémy ve vztahu k pohlavnímu životu:

- a) nadměrná vzrušivost a pohlavní předrážděnost
- b) obavy, že se mi nepodaří styk úspěšně uskutečnit
- c) obavy, že neuspokojím partnerku
- d) pocity méněcennosti pro neúspěchy v pohlavním styku
- e) pocity méněcennosti pro malý pohlavní úd
- f) deprese a někdy i sebevražedné myšlenky v souvislosti s pohlavním životem
- g) nemám žádné problémy

16. K ochraně před otěhotněním praktikujeme většinou:

- a) přerušování styku před výronem semene
- b) užití preservativu
- c) užití ženského ochranného prostředku a to:.....
- d) zdržování se styku v plodných dnech
- e) nechráníme se nijak

17. Shoda v zájmu o sex: styk chce častěji: a) partnerka b) já c) oba stejně

18. Typ reakce partnerky: reaguje při milostné hře a souloži víc na:

- a) dráždění spíše no povrchu pohlavních orgánů, zejména na poštěvážku
- b) dráždění uvnitř v pochvě

19. Schopnost ovládat ejakulaci: Dovedu ovládat výron semene při souloži:

- 0 - nedovedu, jakmile se silně vzruším, dojde k výronu automaticky i proti mému přání
- 1 - dovedu výronu zabránit jen úplným zastavením pohybů nebo přerušením styku, dokud vzrušení není příliš silné
- 2 - dovedu jen částečně tím, že se úmyslně snažím potlačit při souloži stoupající vzrušení
- 3 - dovedu svou vůlí do značné míry oddálit ejakulaci i při prožívání silného vzrušení
- 4 - dovedu libovolně souložit prodlužovat i na vysokém stupni vzrušení a ejakulovat teprve tehdy, když sám chci

20. Od kdy žijete pohlavním životem? Od svých.....let, tj. celkem.....roků

Od kdy žijete pravidelným pohlavním životem? Od..... let, tj. celkem.....roků

Od kdy máte potíže v pohlavním životě? Od.....let, tj. celkem.....roků

21. Dále popište podrobněji své sexuální zkušenosti, potíže o problémy:

Příloha 5: Demografické údaje jednotlivých pacientů

Pacient	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Původní povolání
1	23	SŠ	Svobodný	Nezaměstnaný
2	23	SŠ	Svobodný	Nezaměstnaný
3	23	Vyučený	Svobodný	Podlahář
4	29	VŠ	Svobodný	Revírník
5	31	VŠ	Svobodný	Religionista
6	31	SŠ	Svobodný	Nezaměstnaný
7	34	Vyučený	Svobodný	Nezaměstnaný
8	35	Vyučený	Svobodný	Zámečnick
9	35	Vyučený	Svobodný	Instalatér
10	40	VŠ	Ženatý	Veterinář
11	40	Vyučený	Svobodný	Dělník
12	41	Vyučený	Svobodný	Autoklempíř
13	45	Vyučený	Rozvedený	Zámečnick
14	45	SŠ	Svobodný	Tesař
15	48	Vyučený	Svobodný	Stolař
16	49	VŠ	Ženatý	Správce
17	50	ZŠ	Svobodný	Důchodce
18	50	SŠ	Svobodný	Skladník
19	50	Vyučený	Rozvedený	Knihovnick
20	51	Vyučený	Rozvedený	Nezaměstnaný
21	53	VŠ	Svobodný	Technik
22	55	Vyučený	Rozvedený	Elektromontér
23	56	SŠ	Rozvedený	Důchodce
24	57	SŠ	Ženatý	THP
25	58	SŠ	Ženatý	Tesař
26	61	SŠ	Svobodný	Nezaměstnaný
27	62	Vyučený	Ženatý	Důchodce