

MĚŘENÍ PORUCH SEXUÁLNÍCH FUNKCÍ PŘI LÉČBĚ PSYCHOFARMAKY

MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Psychiatrická klinika LF MU a FNB, Brno

Autorka popisuje nejčastěji užívané dotazníky a škály ke sledování sexuálních funkcí ve světovém a domácím písemnictví (CSFQ, ASEX, UKU, IIEF, SFM, SFŽ). Pro jednoduchost hodnocení, malou časovou náročnost a schopnost zachytit závažnost sexuální dysfunkce doporučuje užití škály ASEX pro ty lékaře, kteří by chtěli monitorovat kvalitu sexuálního života svých pacientů. Český překlad škály je součástí sdělení.

Klíčová slova: sexuální dysfunkce, ASEX, psychofarmaka.

MONITORING OF SEXUAL DYSFUNCTIONS TREATED BY PSYCHOPHARMACEUTICS

The author describes the most commonly used questionnaires and scales found in foreign and home literature (CSFQ, ASEX, UKU, IIEF, SFM, SFŽ) and used for the monitoring of sexual functioning. The ease of evaluation, the brevity of application and the capacity for identifying the severity of sexual dysfunction are the reasons why she recommends the ASEX scales to those physicians willing to monitor the quality of their patients' sex life. The Czech translation of the scale is part of the paper.

Key words: sexual dysfunction, ASEX, psychotropic medication.

Úvod

Při dlouhodobé léčbě psychofarmaky jsou často popisovány sexuální dysfunkce, pro některé pacienty jsou i důvodem k vysazení léčby. Vzhledem k obtížnosti objektivizace a kvantifikace sexuálních dysfunkcí nebývá jednoduché posoudit podíl medikamentózní léčby na poklesu libida. Při hodnocení účinku léčby a jejím vlivu na sexuální funkci je nutno zjistit základní data o sexuálních funkcích před onemocněním, vyloučit primární sexuální dysfunkci (5). Na tyto potíže je potřeba se cíleně ptát, řada pacientů spontánně sexuální dysfunkce neuvádí, ale je ochotna na otázky ohledně sexuálního života odpovídat. Existuje však i skupina pacientů, kteří o své sexualitě mluvit s lékařem nechťejí. Navíc je nutné při diskuzi o sexuálním životě umět vhodně formulovat otázky a vyhradit si na tuto diskuzi patřičný prostor. Pacienti také většinou nechťejí pouze svoje potíže sdělit, ale pokud se již s nimi svěřili, žádají i terapeutickou intervenci, která v mnoha případech klade na lékaře další časové nároky. Často bývá nutné přibrat k léčbě i partnera.

Demyttenaere a kol. (4) ve své práci o účinku psychotropik na lidskou sexuální aktivitu uvádějí zajímavé dělení pacientů zařazených do studií o vlivu léků na sexualitu. Zařazení pacientů do takových studií ústí v selekci tzv. „erotofilních pacientů“, kteří jsou ochotni sdělovat fakta o svém sexuálním životě, rádi o něm diskutují a tvoří většinu souboru. „Erotofobní“ pacienti účast v těchto studiích povětšinou odmítají. Výskyt vedlejších účinků léčby je pak tímto faktem modifikován (1).

Tyto okolnosti a snaha nějakým způsobem kvantifikovat intenzitu případných sexuálních dysfunkcí vedly k užití dotazníkových metod, kterým pacienti, kteří neradi své potíže sdělují, dávají přednost a které také šetří lékařův čas.

Bylo vyvinuto několik škál ke sledování výskytu sexuálních dysfunkcí v souvislosti s depresivním onemocněním a vlivu terapie, jako je CSFQ (změny v sexuálních funkcích) (3), ASEX (Arizonská škála sexuálních funkcí) (7), IIEF (Mezinárodní dotazník pro hodnocení erektilní funkce) (13), podrobný výčet možných sexuálních dysfunkcí ve škále UKU (6). Z českých instrumentů lze užít Mellanovy

dotazníky SFM (sexuální funkce u mužů) a SFŽ (sexuální funkce u žen), které byly konstruovány v 60. a 70. letech a používány v české populaci (8, 9).

Dotazníky a škály ke sledování výskytu sexuálních dysfunkcí

CSFQ (dotazník změn v sexuálních funkcích) (3) byl vyvinut pro měření sexuálních funkcí spojených s psychickým onemocněním a vlivem léčby.

Je konstruován k měření pěti aspektů sexuálních funkcí: frekvence sexuální aktivity, zájem o sex, stupeň sexuálního vzrušení (kapacita erekce u mužů a vaginální lubrikace u žen), stupeň sexuálního uspokojení a schopnost dosáhnout orgasmu a u mužů schopnost a snadnost ejakulace. Položky těchto pěti aspektů jsou hodnoceny na pětibodové škále podle Likerta:

- stupeň satisfakce (1 – žádná, 5 – vynikající)
- frekvence (1 – nikdy, 5 – vždy)
- změny (1 – žádná změna, 5 – velké zlepšení/zhoršení).

CSFQ obsahuje 36 položek pro muže a 34 položek pro ženy, prvních 21 položek je společných pro obě pohlaví.

Claytonová a kol. (3) v pilotní studii užila CSFQ u léčených paroxetinem pro velkou depresi po dobu 20 týdnů. Studii dokončilo 7 pacientů, 5 žen a 2 muži. Výsledky lze shrnout do tří skupin: v první skupině 2 pacientů bylo udáno zvýšení libida a nebyly udány žádné sexuální dysfunkce, ve druhé skupině 3 pacientů došlo ke změnám libida a anorgasmii, v jednom případě spontánně během léčby potíže odezněly. Třetí skupina dvou pacientů neudala žádné změny v udávané sexuální dysfunkci.

ASEX (Arizonská škála sexuálních funkcí) (7), viz tabulka 1) je krátká pětibodová škála k měření komponent sexuality, které nejvíce interferují s léčbou antidepressivy: zájem o sex, snadnost dosažení sexuálního vzrušení, schopnost orgasmu, dosažení a udržení erekce/lubrikace, sexuální uspokojení. Každá položka je posuzována šestibodovým skóre dle Likerta, nízké skóre ukazuje na nenarušené sexuální funkce, vysoké skóre jejich narušení. Celkové skóre vyšší než 18 ukazuje na sexuální dysfunkci, skóre vyšší než 5 v jedné položce nebo skóre vyšší než 4 ve třech po-

Tabulka 1. ASEX – Arizonská škála sexuálních funkcí

MUŽI		ŽENY	
1. Jak silné je vaše libido (touha po sexuální aktivitě)?		1. Jak silné je vaše libido (touha po sexuální aktivitě)?	
extrémně silné	1	extrémně silné	1
velmi silné	2	velmi silné	2
spíše silné	3	spíše silné	3
spíše slabé	4	spíše slabé	4
velmi slabé	5	velmi slabé	5
žádné	6	žádné	6
2. Jak snadno dosáhnete sexuálního vzrušení?		2. Jak snadno dosáhnete sexuálního vzrušení?	
extrémně snadno	1	extrémně snadno	1
velmi snadno	2	velmi snadno	2
spíše snadno	3	spíše snadno	3
spíše obtížně	4	spíše obtížně	4
velmi obtížně	5	velmi obtížně	5
nikdy	6	nikdy	6
3. Jak snadno dosáhnete erekce a udržíte ji?		3. Jak snadno dosahujete dostatečného zvlhčení vaginy při sexuální aktivitě?	
extrémně snadno	1	extrémně snadno	1
velmi snadno	2	velmi snadno	2
spíše snadno	3	spíše snadno	3
spíše obtížně	4	spíše obtížně	4
velmi obtížně	5	velmi obtížně	5
nikdy	6	nikdy	6
4. Jak snadno dosáhnete orgasmu?		4. Jak snadno dosáhnete orgasmu?	
extrémně snadno	1	extrémně snadno	1
velmi snadno	2	velmi snadno	2
spíše snadno	3	spíše snadno	3
spíše obtížně	4	spíše obtížně	4
velmi obtížně	5	velmi obtížně	5
nikdy nedosahují orgasmu	6	nikdy nedosahují orgasmu	6
5. Přináší vám orgasmus uspokojení?		5. Přináší vám orgasmus uspokojení?	
extrémní uspokojení	1	extrémní uspokojení	1
velké uspokojení	2	velké uspokojení	2
spíše je uspokojivý	3	spíše je uspokojivý	3
spíše je neuspokojivý	4	spíše je neuspokojivý	4
velmi neuspokojivý	5	velmi neuspokojivý	5
nemohu dosáhnout orgasmu	6	nemohu dosáhnout orgasmu	6

ložkách škály označují sexuální dysfunkci. Totální skóre se pohybuje v rozmezí 5–30, může být použito k identifikaci pacientů se sexuální dysfunkcí. Vyšší skóre vysoce korelují s diagnózou sexuální dysfunkce (7).

Piazza a kol. (11) použili škálu ASEX ve studii u chronicky depresivních nemocných léčených paroxetinem a sertralinem po dobu 6 týdnů (11 mužů, 14 žen). Studie měla zodpovědět, jaké sexuální dysfunkce udávají ženy a muži před léčbou a po ní a došlo-li k jejich změně v průběhu léčby. Ženy udaly zlepšení v položkách zájem o sex a schopnost sexuálního vzrušení, schopnost lubrikace, snadnost orgasmu a satisfakce zůstaly nezměněny. U mužů došlo k signifikantnímu zhoršení ve snadnosti orgasmu a satisfakce a byl naznačen trend ke zhoršení zájmu o sex. Schopnost sexuálního vzrušení a kvalita erekce zůstaly neovlivněny. V globálním skóre ASEX bylo nalezeno signifikantní zlepšení sexuálních funkcí u žen a signifikantní zhoršení u mužů. Autoři uzavírají, že změny v ASEX silně korelují se skórem HAMD u žen, ale nikoli u mužů. Depresivní ženy měly v počátku léčby více sexuálních dysfunkcí a během léčby SSRI došlo k jejich zlepšení, zatímco muži vykazovali zhoršení.

UKU (6) je škála vedlejších účinků léčby. Tato škála byla vyvinuta skandinávskou skupinou psychiatrů a obsahuje

výčet symptomů a jejich závažnost. Ačkoli je často kritizována pro nadhodnocení incidence nežádoucích účinků, byla užita v této studii i pro možnost hodnocení vlivu léčby na sexuální funkce, pro tento účel má stupnice adekvátní senzitivitu. Autoři stupnice v popisu použití dávají uživateli možnost selektivně vybírat jednotlivé položky dle uvážení výzkumníka vzhledem k tomu, že celkové skóre stupnice se nehodnotí, pouze jednotlivé položky. V části zahrnující sexuální vedlejší účinky (vzestup či pokles libida, erektilní a ejakulární dysfunkci, orgastickou dysfunkci, poruchy lubrikace) jsou položky hodnoceny stupni 0–3 (žádné narušení, mírné narušení, středně silné narušení a výrazné narušení). Lingjaerde a kol. (6) udali u 2 391 pacientů léčených antipsychotiky 16–37 % výskytu sexuálních dysfunkcí dle stupnice UKU. Nejčastěji udávaným problémem (u třetiny pacientů) byl pokles či ztráta libida.

O podobných výsledcích referoval Pfeiffer a kol. (10) v souboru 103 pacientů dlouhodobě léčených psychofarmaky, 53 % pacientů udalo poruchu sexuálních funkcí.

IIEF (Mezinárodní dotazník pro hodnocení erektilní funkce) (13) je používán při monitorování erektilních funkcí, další faktory sexuální dysfunkce zde nejsou uvedeny, není tedy vhodný pro sledování celé škály poruch sexuálních funkcí.

SFM (sexuální funkce muže) (8) je dotazník zjišťující sexuální funkce muže, zahrnuje 10 položek s pětibodovou hodnoticí stupnicí. První tři položky se týkají sexuální aktivity, druhé tři průběhu sexuálního styku, další tři emočního ladění a poslední položka sleduje délku trvání poruchy. Číslo 3 v jednotlivých položkách je považováno za normální sexuální funkce, 1–2 za snížené, 4–5 za zvýšené. Jako rozmezí mezi normou a patologií je stanoveno celkové skóre 25. Dotazník byl použit v hodnocení léčby parafilií Burešovou (2) a Zbytovským (14).

SFŽ (sexuální funkce ženy) (9) je dotazník, zjišťující kvantifikaci aktuální sexuální funkce ženy. Rovněž zahrnuje 10 položek s pětibodovou hodnoticí stupnicí, za normu je považováno skóre 2,1–3,0 v jednotlivých položkách, rozmezí mezi normou a patologií je celkové skóre 21. Dotazník byl použit v pracích Rabocha (12) o sexuálním životě psychiatrických a sexuologických pacientek.

Oba dotazníky však předpokládají partnerskou sexuální aktivitu, pro hodnocení autoerotických praktik některé položky (častost pohlavních styků apod.) je nutno v tomto případě skórovat nulou a tyto vyšetření se při hodnocení celkového skóre pohybují v patologických hodnotách.

Žourková a kol. (15) použili škály ASEX a UKU a dotazníky SFM a SFŽ ke zjištění výskytu sexuálních dys-

funkcí u 30 depresivních nemocných déledobě (131,8 dne) léčených paroxetinem (20,8 mg pro die). Dle všech užitých metod byl nalezen vysoký výskyt sexuálních dysfunkcí (70–80 %) u jedinců se sníženou metabolickou kapacitou CYP 2D6. Při užití různých škál hodnocení sexuálních funkcí se ukázala škála ASEX citlivější ve srovnání s odělem ve stupnici UKU. Zatímco ve stupnici UKU byl zachycen větší počet jedinců udávajících sexuální dysfunkci, rozdíl mezi nemocnými se sníženou kapacitou CYP 2D6 a těmi, u kterých ke snížení této kapacity nedošlo, nedosáhl hladiny statistické významnosti, rozdíl v celkovém skóre škály ASEX a hodnotách ve většině jednotlivých položek dosahoval statistické významnosti. Problematičnost užití dotazníků SFM a SFŽ již byla zmíněna výše.

Závěr

Je možné shrnout, že z předložených dotazníků a škál se jeví být pro klinickou práci ke sledování výskytu sexuálních dysfunkcí nejvhodnější škála ASEX, která prokázala vypovídající hodnoty ve výše uvedených studiích. V neposlední řadě je také velmi jednoduše strukturovaná, takže její užití není pro vyšetřujícího i vyšetřovaného zatěžující.

Práce je podpořena grantem IGA MZ ČR: NF 6169-3/2000 a VVZ MŠMT-CEZ: J07/98

Literatura

1. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Edinburgh: Churchill Livingstone (1989).
2. Burešová A, Bártová D, Švestka J. Comparison of pharmacotherapeutic procedures in the treatment of sexual deviant behavior. *Activ nerv sup* 1990; 32: 299–301.
3. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. Changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ) – validation study. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32: 423.
4. Demyttenaere K, DeFruyt J, Sienaert P. Psychotropics and sexuality. *Int Clinical Psychopharmacology* 1998; 13 (Suppl. 6): 35–41.
5. Harvey KV, Balon R. Clinical implications of antidepressant drug effects on sexual function. *Annals of clinical psychiatry* 1995; 7: 189–201.
6. Lingjaerde O, Ahlfors VG, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effects rating scale for psychotropic drugs and a cross sectional study of side effects in antipsychotic patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1987; 334–376.
7. McGahuey CA, Delgado PL, Gelenberg AJ. Assessment of sexual dysfunction using the Arizona sexual experiences scale (ASEX) and implications for the treatment of depression. *Psychiatric annals* 1999; 29: 39–45.
8. Mellan J. Vyšetřovací schéma sexuálních poruch u mužů. *Čs Psychiat* 1964; 60: 326–333.
9. Mellan J. K otázce sexuální vzrušivosti žen II. *Čs. gynekologie* 1978; 43: 432–434.
10. Pfeiffer W, Kockott G, Fischl B, Schleuning G. Unerwünschte Wirkungen psychopharmakologischer Langzeitherapie auf die sexuellen Funktionen. *Psychiatr Prax* 1991; 18: 92–98.
11. Piazza LA, Markowitz JC, Kocsis JH, Leon AC, Portera L, Miller NL, Adler D. Sexual functioning in chronically depressed patients treated with SSRI antidepressants. A pilot study. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1757–1759.
12. Raboch J jr, Hořejší J, Raboch J. Pseudohermaphroditismus masculinus – sexuální vývoj a pohlavní život. *Čes a Slov Psychiat* 2000; 96: 192–194.
13. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822–830.
14. Zbytovský J, Zapletálek M. Haloperidol decanoate in the treatment of sexual deviations. *Activ nerv sup* 1989; 31: 41–42.
15. Žourková A, Hadašová E, Robeš M. Sexual functions in treatment with paroxetine. *Homeostasis* 2000; 40: 249–251.