Sexualita osob s organickými duševními poruchami

MUDr. Petra Sejbalová
Sexuologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

Článek se zabývá přehledem sexuálních poruch, které se nejčastěji vyskytují u osob s organickými psychickými poruchami. Vyjma obvyklých funkčních poruch, jako je snížená sexuální touha, selhání genitální odpovědi či poruchy orgazmu, se článek věnuje méně častým, ale o to problematičtějším poruchám, jako je sekundární hypersexualita a změny sexuální preference, jejichž projevy zatěžují zejména okolí pacienta. Tato problematika je ilustrována kazuistickým příkladem změny sexuální preference vyvolané organickou poruchou osobnosti.

Klíčová slova: **organické duševní poruchy, snížená sexuální touha, selhání genitální odpovědi, retardovaná ejakulace, hypersexualita a poruchy sexuální preference.**

Sexuality in individuals with organic mental disorders

The article presents an overview of sexual disorders most commonly encountered in individuals with organic mental disorders. In addition to common functional disorders such as low sexual desire, failure of genital response, or orgasmic dysfunction, the article deals with less common, but certainly more challenging disorders such as secondary hypersexuality and altered sexual preference the manifestations of which pose a burden to the patient's surroundings. The latter issue is illustrated by a report of a case of altered sexual preference due to an organic mental disorder.

Key words: **organic mental disorder, female and male sexual arousal disorders, disordes of sexual desire, retarded ejaculation, hypersexuality, sexual preference disorders.**

Psychiatr. praxi 2011; 12(3): 96–97

Sexualita v různé formě i intenzitě provází člověka v podstatě celým jeho životem, tedy dětstvím, dospíváním, dospělostí, ale i stářím. Pohlavní aktivita mívá různá vyjádření a specifika, která závisí od aktuálního, ale i dlouhodobého duševního i tělesného stavu daného jedince, ale také závisí na vývojové fázi života. Tato období zahrnují i etapy, ve kterých není možná reprodukce (např. prepubertální děti, postklimakterické ženy).

Organickými duševními poruchami nejčastěji trpí starší osoby, i když tato diagnostická skupina zahrnuje i degenerativní, posttraumatické změny či jiná poškození CNS, které vedou k mozkové dysfunkci a které se vyskytují i u mladších jedinců.

Laická představa je, že lidé v seniu sexuálně nežijí (1). Je pravdou, že s postupujícím věkem dochází k všeobecnému snížení sexuálních funkcí, nikoliv však k jejich vymizení. Příčiny fyziologického poklesu sexuální aktivity ovlivňují faktory fyziologické, psychologické i sociální. V důsledku fyziologického stárnutí má sexualita jinou kvantitu, ale také kvalitu. Tento stav můžeme nacházet i při časnějších formách organických duševních poruch.

U organických duševních poruch (dále ODP) se nejčastěji vyskytují ***kvantitativní sexuální poruchy*** (tzn. hypofunkční, ojediněle hyperfunkční), které znesnadňují či zcela znemožňují konkrétní osobě se uspokojivě uplatnit v párové interakci (2).

Méně často se vyskytují ***kvalitativní sexuální poruchy*** (tedy změny sexuální preference), které obtěžují zejména bližší či širší okolí organického klienta (3).

Kvantitativní sexuální poruchy

Mezi nejčastější patří ***nedostatek nebo ztráta sexuální touhy*** (F 52,0 dle MKN 10), ***odpor k sexu a nedostatečné prožívání sexuality*** (F 52,1).

Narušená nebo zcela chybějící sexuální apetence se projevuje sníženou frekvencí partnerských či autoerotických aktivit. Narušení libida nemusí jedinec vždy negativně prožívat. V klinické praxi se setkáváme i s tím, že vyhledání odborné pomoci bylo iniciováno partnerem/kou, přičemž sám pacient/ka k léčbě motivován není. Tato skupina dysfunkcí se vyskytuje zejména u demencí a u degenerativních neurologických onemocnění mozku. Jejich etiologie může být i sekundární, a to vlivem medikace, např. antidepresivy a antipsychotiky.

Obecně lze konstatovat, že léčba sexuálních dysfunkcí u ODP tkví zejména v kompenzaci psychiatrické nemoci či odstranění iatrogenní příčiny. Pokud to zdravotní stav klienta umožňuje, bývá vhodná individuální nebo párová psychoterapie či sexoterapie.

- Jednou z nejčastějších dysfunkcí u všech druhů organických duševních poruch je ***selhání genitální odpovědi*** (F52,2).

U mužů spočívá v neschopnosti docílení nebo udržení potřebné erekce. U žen spočívá v suchosti vagíny nebo v neschopnosti lubrikace. Pomoc sexuologa tito klienti vyhledají, jen když mají zachovalé libido. Léčba selhání genitální odpovědi opět závisí zejména na kompenzaci základní organické příčiny. U mužů lze účinně řešit problematiku PDE5 inhibitory (sildenafil, tadalafil, vardenafil). U žen je léčba komplikovanější, často je nutná spolupráce gynekologa či endokrinologa.

- ***Poruchy orgazmu*** (F 52,3) se poměrně často vyskytují u pacientů mladšího či středního věku trpících roztroušenou sklerózou, Huntingtonovou či Parkinsonovou chorobou. Dysfunkční orgazmus je stav, kdy se psychické vyvrcholení vůbec nevyskytuje nebo je výrazně opožděno. U mužů se může zároveň vyskytovat anejakulace nebo opožděná ejakulace. Tyto poruchy se vyskytují u degenerativních či posttraumatických periferních neuropatií, častěji však jsou vyvolány vedlejším účinkem sympatikolytických léků.

V klinické sexuologické praxi se velmi málo setkáváme s výskytem předčasné ejakulace (F 52,4), vaginizmu (F 52,5) dyspareunie a algopareunie (F 52,6), které by byly způsobeny organickým poškozením CNS.

- ***Nadměrné sexuální nutkání*** (F 52,7)

Oproti výše zmíněným dysfunkcím je nutno mít na paměti, že u ODP se mohou vyskytovat

i sexuální poruchy, které obtěžují zejména okolí pacienta. Velmi problematické bývá soužití se sekundárně hypersexuálním partnerem/kou. Jedná se o nadměrnou sexuální dráždivost nebo výkonnost, která dříve u dané osoby nebyla přítomná a která následně může výrazně narušit interpersonální vztahy. Extrémně se může vystupňovat do forem sexuální agrese (např. domácího násilí), pohlavního zneužívání či exhibicionistického chování. Je zajímavé, že ostatní nesexuální klinické příznaky degenerativního poškození mozku bývají okolím pacienta tolerovány déle.

Typicky se sekundární hypersexualita vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, u organické poruchy osobnosti, u fronto-temporální Pickovy demence nebo Huntingtonovy choroby. Dále se může vyskytnout u Wilsonovy choroby, v prodromálních fázích roztroušené sklerózy, ve stavech po prodělané herpetické encefalitidě či temporální lobotomii aj. Nadměrný pohlavní pud může být způsoben i nežádoucím účinkem dopaminergních preparátů (antiparkinsonika). Sekundární hypersexualita byla popsána při medikaci aripiprazolem (7, 9), quetiapinem (8) aj. Taktéž byla popsána při vysazování antidepresiv ze skupiny SSRI (6).

Léčba nadměrného sexuálního pudu u těchto pacientů bývá komplikovaná, a to především z toho důvodu, že tito klienti svoje hypertrofované libido vnímají kladně. Opět je na prvním místě léčba kauzální příčiny, která může být doplněna medikamenty s tlumícím vlivem na sexualitu a impulzivitu.

Kvalitativní poruchy sexuálního chování

Větší sociální a někdy i trestně právní důsledky mohou mít ODP, které způsobí ***změnu sexuální preference***, tedy kvalitativní poruchu. Nejčastější typ delikventního chování je pedofilní (5). Bylo popsáno mnoho případů pedofilního chování jako důsledek onemocnění mozku (temporální epilepsie, frontální léze, tumory v různých lokalizacích). Dále se setkáváme s exhibicionistickým (taktéž často zaměřeným na děti) nebo zoofilním jednáním. Méně časté je sexuálně agresivní a fetišistické jednání. Tyto delikty bývají většinou jednorázové, náhodné, neplánované a páchané osobami okolo 65. roku věku, u kterých bývá diagnostikována počínající či pokročilá demence či organicky podmíněná porucha osobnosti.

V anamnéze těchto klientů není významné patologické duševní ani sexuální chování. Aktuálně bývá zjištěn kognitivní deficit různého stupně, poruchy emotivity ve smyslu střídání nálad či naopak jejího ochuzení. Často bývá zjištěn nadměrný abúzus alkoholu, který ale nedosahuje stupně závislosti.

Tito pacienti jsou většinou partnersky adaptováni, avšak fyziologická sexualita ve vztahu poslední měsíce či roky vázne nebo zcela chybí. Sexuální apetence naopak bývá u klientů zachována a odpovídá věku, anebo je někdy lehce hypertrofována. Tito muži mívají fyziologickou, na svůj věk i nadprůměrnou hladinu mužského pohlavního hormonu – testosteronu.

Kazuistika

Typickým příkladem organické poruchy osobnosti, která se projevila změnou sexuální preference, je kazuistika 63letého ženatého a doposud netrestaného muže ve starobním důchodu, který jednorázově pohlavně zneužil (hlazením na prsou a genitálu, masturbací a pokusem o imisi) svoji 12letou vnučku. Z anamnestických údajů bylo významné, že jeho matka se léčila pro Alzheimerovu demenci. Klient byl doposud zcela somaticky zdráv a nejevil žádné projevy chování, které by jeho okolí vnímalo jako patologické.

Vstupní psychiatrické vyšetření konstatovalo bradypsychické, zabíhavé a nevýpravné myšlení, emoční inkontinenci a poruchy paměti. Sexuologické vyšetření v předchorobí nezjistilo nezdrženlivé sexuální chování ani hypersexualitu. Psychosexuální i somatosexuální vývoj klienta byl v normě. V dospělosti byl tento muž 20 let partnersky adaptován v rámci manželství, avšak posledních 9 měsíců před deliktem se pro zdravotní potíže manželky sexuálně saturoval pouze autoeroticky, a to i několikrát týdně. Tomu odpovídala i hladina testosteronu, která byla vzhledem k jeho věku nadprůměrná. Falopletysmografické vyšetření (PPG) zaznamenalo narušenou diferenciaci věku i pohlaví sexuálních objektů.

Psychologické vyšetření hodnotilo jeho intelektové schopnosti jako průměrné bez známek deteriorace a konstatovalo mírný kognitivní deficit. Jeho osobnost byla hodnocena jako nevyzrálá, pudová s agresivními rysy a s rysy závislosti. Projevy osobnosti se zesilovaly postupujícím kognitivním deficitem. Organické poškození bylo zjištěno zejména ve složce osobnosti a zvládání emocionality. Objevily se primitivní sexuální tendence, se kterými si pacient nevěděl rady a které byly egodystonní.

Diagnosticky bylo uzavřeno, že tento muž trpí organickou poruchou osobnosti, kdy součástí této poruchy je mimo jiné i změna sexuální preference. Tento klient je nadále v naší péči, užívá antidepresiva ze skupiny SSRI, po kterých došlo ke stabilizaci jeho psychosexuálního stavu. Opakovaným pohovorem s jeho ženou došlo k harmonizaci manželství, avšak nikoliv po sexuální stránce.

Závěr

Pro klinickou praxi lze obecně doporučit, aby výše jmenované sekundární sexuální poruchy byly na prvním místě řešeny léčbou primární organické duševní poruchy. Sexuologická léčba je vhodná jako přídatná, přičemž nedílnou součástí terapie by měla být podpůrná individuální, partnerská i rodinná psychoterapie, v konkrétních případech i terapie zaměřená na získání náhledu klienta na patologii jeho jednání.

Literatura

1. Šrámková T. Sexualita handicapovaných. Sexuologie 2010: 414–416.
2. Zvěřina J. Sexuální dysfunkce. Sexuologie 2010: 340–363.
3. Žourková A. Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů. Sexuologie 2010: 417–421.
4. Pondělíčková J. Psychogenně podmíněná impotence u stárnoucích mužů. Praktický lékař 1980; 60(5): 538–539.
5. Raboch J, Pondělíčková J. Závislost sexuální delikvence na věku. Čas. Lék. Čes. 1980; 119(17–18): 493–494.
6. Žourková A. Hypersexualita u pacientky léčené escitalopramem. Psychiatr. praxi 2007; 8: 168–169.
7. Masafumi K, Hamamura T. Aripiprazol – induced behavioral disturbance related to impulse control in a clinical setting. The International Journal of Neuropsychopharmacology 2010; 13: 549–551.
8. Marco HB Lam, et al. Sexual disinihibition in schizofrenia possibly induced by risperidone and quetiapin. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2007; 7: 61(3): 333.
9. Schlachetzki J, Langosch J. Aripiprazole induced HS in 24-year old female patient with schizoaffective disorder? Journal of Clinical Psychopharmacology 2008; 10, 28(5): 567–568.

Článek doručen redakci: 4. 4. 2011
Článek přijat k publikaci: 14. 4. 2011

MUDr. Petra Sejbalová
Sexuologické oddělení, FN u sv. Anny
Vinařská 6, 603 00 Brno
petra.sejbalova@fnbrno.cz