

sexuální touha. Zahrnuje nejen nízkou chuť na sex, ale i celkový nezáměr o jakoukoliv sexuální aktivitu. Dalším příznakem je porucha sexuálního vzrušení. Nemusí být vždy spojena s nízkou sexuální touhou. Někdy má žena zájem o sex, ale přesto je pro ni obtížné dosáhnout nebo udržet vzrušení v průběhu sexuální interakce. Dalším symptomem je problém s dosažením orgasmu, a to i při dostatečném sexuálním vzrušení. Poměrně častým příznakem je i bolest spojená se sexuální aktivitou nebo pokusem o ní. Nadměrná sexuální touha či problémy s permanentním vzrušením se mohou objevit taktéž, ale bývají významně méně časté ve srovnání s výše uvedenými příznaky (1, 3).

Příčiny FSD

Vzhledem k již uvedenému je jasné, že příčin FSD existuje celá řada a někdy může být vzniklá FSD i v důsledku jejich kombinace. Často se FSD vyskytuje například v období hormonálních změn, například po porodu nebo v souvislosti s klimakteriem, avšak k jejímu rozvoji mohou přispět i závažná onemocnění jako rakovina, diabetes melitus, kardiovaskulární choroby a další (4).

Factory můžeme rozdělit na několik skupin:

- **Fyzické** – sem patří například již zmiňovaná závažná onemocnění – rakovina, diabetes mellitus, roztroušená skleróza, kardiovaskulární nemoci, nemoci urogenitálního traktu a další. Zhoršení sexuální touhy, vzrušivosti a dosažení vyvrcholení může rovněž nastat i v důsledku užívání některých medikamentů, například některých antidepressiv, antihypertenziv, onkologických medikamentů či antihistaminik a kortikoidů (1, 5–7).
- **Hormonální** – typickým příkladem je pokles hladiny estrogenů v období po menopauze, který vede například ke strukturálním změnám nejen vaginální sliznice, ale i dalších tkání a může tak změnit sexuální reaktivitu ženy.

Dlouhodobě nízká hladina estrogenů způsobuje atrofizaci, a s ní spojené horší prokrvení vaginální sliznice a malé pánve. To může mít za následek snížení citlivosti genitálií a v důsledku toho se může doba potřebná

ke vzrušení a dosažení vyvrcholení výrazně prodloužit. Atofizovaná vaginální sliznice se rovněž stává tenčí, méně pružnou, zranitelnější a obtížněji lubrikovanou, což může vést ke vzniku dyskomfortu až bolestivosti při koitu či pokusu o něj. Dlouhodobá sexuální neaktivita může tento problém ještě dále zhoršit.

S poklesem estrogenů může rovněž být spojený i pokles zájmu o sex.

Podobné hormonální změny mohou být příčinou vzniku FSD i v průběhu kojení v poporodním období (1, 8).

Estrogeny ale nejsou jedinými hormony, které mohou FSD zapříčinit. Mezi další patří i testosteron, prolaktin a hormony štítné žlázy (9, 10).

- **Psychologické a sociální** – příčinou vzniku FSD může být rovněž dlouhodobý stres, sexuální zneužívání či znásilnění v anamnéze, obavy z otěhotnění či nutnosti péče o novorozené dítě, zvláště pokud již žena měla v anamnéze komplikace v průběhu porodu či po něm atd. V etiologii FSD se může uplatnit i neřešená deprese či úzkostné stavy, problémy v partnerském vztahu, problémy spojené s vnímáním sebe sama (anorexie, dysmorfobie, zvýšený růst ochlupení, ...), či faktory kulturního a náboženského charakteru (1, 11).

Rizikové faktory vzniku FSD

Rizikové faktory vzniku FSD lze poměrně snadno odvodit z výše uvedeného rozdělení do jednotlivých etiologických skupin. Vyšším rizikem FSD trpí ženy s depresivně úzkostnými stavy a dalšími psychiatrickými nemocemi nebo jinými problémy psychického charakteru, ženy s kardiovaskulárním onemocněním, cukrovkou nebo onkologickou nemocí, neurologickými chorobami (poranění míchy, roztroušená skleróza), gynekologickými stavy včetně těch infekčního původu, ženy užívající některé léky z psychiatrické indikace či antihypertenziva...

Riziko představuje i emocionální či psychologický stres, zejména ve vztahu s partnerem, ale i nedostatek soukromí či pohlavní zneužívání či domácí násilí v anamnéze (3, 11, 12).

Diagnostika FSD

- Anamnéza a zhodnocení současného stavu v případné spojitosti s ní. V anamnéze je nutné se zaměřit jak na zdravotní pro-

blémy, tak i na údaje o psychosexuálním vývoji, rodinném a kulturním prostředí, ve kterém žena vyrůstala, sexuální a reprodukční anamnéza, užívané medikamenty atd.

Nedílnou součástí by měly být dotazy ohledně orientace a genderové identity či jiné odlišnosti od většinové populace (například sado-masochismus atd.). Pro stanovení správné diagnózy a následné léčby je důležité znát i ženu používané sexuální praktiky.

Je nutné si rovněž uvědomit, že ne vše, na co se budeme pacientky ptát, jí musí být příjemné a někdy odpovědět na položené otázky ani nedokáže, nebo alespoň ne při prvním kontaktu. Proto je potřeba otázky vždy klást velice citlivě a snažit se vytvořit pro ženu bezpečné a důvěryhodné prostředí. Někdy pomůže i vysvětlení, že otevřenost a sdílení velice intimních informací s lékařem může výrazně zvýšit šance na vyřešení problémů (2, 13).

- **Fyzikální vyšetření** – běžnou součástí je rovněž gynekologické vyšetření s posouzením a zhodnocením změn genitálií, například zánět, jizvy, atrofie sliznice, ragády, bolestivost atd. (1, 2).
- **Laboratorní vyšetření** – provádíme stanovení hormonálních hladin v krevním séru, testy na infekce či jiné nemoci, jakož i stěry na vyloučení infekčních nemocí (kultivace, PCR, ...) (2).
- **Psychodiagnostika** – v některých případech je vhodné i vyšetření klinickým psychologem či konzultace u psychoterapeuta se zaměřením na sexuální a partnerské problémy (2, 3).

Léčba FSD

Ne každá odchylka od většinového sexuálního chování (například nízká frekvence koitů či nízká sexuální touha) automaticky znamená problém, který musí být léčen. Pokud daný stav nečiní pacientce problém, není potřeba ani léčba. Léčené by měly být pouze stavy, které ženu znepokojují nebo jí působí problémy. Pokud to sice nečiní problémy přímo v osobním životě pacientky, ale v partnerském intimním soužití ano, je tento stav vhodné řešit. Zvláště pokud se stav týká společného intimního soužití, je vhodné přistoupit i k terapii páru jako celku. Důležité je v rámci léčby