

zae typu B, u dospělých může být vyvolavatelem i jiná bakteriální flóra.

Epidemiologie je dána jako respirační infekce přenášena kapénkovou infekcí.

Onemocnění začíná prudce řezavou bolestí v krku spojenou s polykacími obtížemi, stagnací slin a hlenů. Postižený pacient je bledý, hypoxický až apatický, hledá si spontánně úlevovou polohu v sedě, kdy se mu lépe dýchá. Nemoc provází vysoká horečka a alterace celkového stavu s postupnou progresí zhoršování dýchání v poloze na zádech. Po odsátí slin z úst a krátkém stlačení jazyka je patrná zarudlá, zvětšená, prosáklá příklopka hrtanová. Nález dynamicky probíhá pod lokálním obrazem edému, flegmony nebo abscesu příklopky a může vést k akutní obstrukci dýchacích cest. Dítě nikdy nenutíme do polohy vleže, ale transportujeme ho urychleně vždy v sedě na nejbližší pracoviště s možností intenzivní a resuscitační péče.

Léčba má probíhat vždy na vyšším zdravotním pracovišti s nasazením intravenózně podaného antibiotika a s kortikoidní a další antiedematózní léčbou. V případě ohrožení vitálních funkcí je nutná intubace event. provedení tracheostomie.

Akutní epiglottitida je život ohrožujícím onemocněním s možnou smrtelnou komplikací vzniklou z úplné obstrukce dýchacích cest zejména v dětském věku. K méně častým komplikacím patří bronchopneumonie, mediastinitida a meningitida.

Akutní subglotická laryngitida

Jde o zvláštní samostatnou formu laryngitidy navazující na běžnou respirační infekci s postižením anatomicky jednoho z nejužších míst dýchacích cest – subglotického prostoru.

Ve vysokém procentu případů jde o virový průběh infekce, nejčastěji zastoupený kmeny adenovirů, virů chřipky, parainfluenzy, myxovirů a dalších. Mimo virů se v malém procentu vyskytují mezi vyvolavateli i bakterie *Haemophilus influenzae* a pyogenní stafylokok. Kromě infekčního původu se zde velmi pravděpodobně podílí i složka alergická.

Literatura

1. Autorský kolektiv: Remedia compendium, třetí vydání, Panax, 1999: 579–602.
2. Autorský kolektiv: Zásady diagnostiky a racionální terapie infekcí horních cest dýchacích. III. přepracované vydání. Mediforum 2001. Glaxo Wellcome s.r.o., rok 2001.
3. Belohradský B, Weiss M, Huber K. Twice vs once daily dosing with a higher dose. *Antiinfect. Drugs Chemother.*, 1998; 16 (Suppl. 1): 86.
4. Dajani A, et al. Treatment of acute Streptococcal Pharyngitis and Prevention of Rheumatic Fever: Statement for Health Professionals. *Pediatric*, 96, 1995; 4: 758–776.
5. Deschamps V. Terapeutické využití Bioparoxu při alergických projevech dýchacích cest. *Bioparox letters*, 1999.
6. German-Fattal M. Nové poznatky o antimikrobiálním spektru fusafunginu. *Oto-laryngol. Chir. cervicofac.*, 1994, 111: 43–46.
7. Goossens H. Faryngosilitida: mezinárodní postupy a praktická doporučení. Interview, *Objevujeme racionální léčbu v ORL č. 4*, Servier věstník 2000: 2.

Onemocnění převážně virového původu je často recidivující. Je přenášena kapénkovou infekcí a postihuje nejvíce děti v prvních pěti letech života.

Příznaky onemocnění začínají jako běžný katar horních cest dýchacích spojený s kašlem, rýmou. V noci dochází náhle ke komplikacím spojeným se záchvatovitou inspirační dušností, se stridorem při nádechu, alterací celkového stavu a úzkostí. Kašel má štekavý charakter, hlas je hrubý, drsný. V pokročilém stadiu se dostaví cyanóza, zatahování jugula při inspiriu a auxiliární dýchání. Vlivem závažných změn dochází k zúžení subglotického prostoru v důsledku zduření řídkého podslizničního vaziva. Při laryngoskopickém vyšetření, které se však ve stadiu akcentované dušnosti nedoporučuje provádět pro riziko dalšího zhoršení dušnosti, bychom mohli spatřit pod oběma hlasivkami zarudlé, hladké návalky zduření zužující významně dýchací štěrbinu. Ostatní projevy korespondují s interkurentním zánětem horních cest dýchacích.

Léčba spočívá v ovlivnění zevních faktorů, v úpravě mikroklimatu s dostatečně zvlhčeným okolním prostředím, v zklidnění nemocného, v úpravě polohy a v dostatečném zavodnění. Farmakologicky podáváme antibiotika, kortikoidy, antihistaminika, lehká sedativa nebo ataktika, mukolytika nejlépe v inhalační formě. Štekavý kašel tlumíme antitusiky.

Antibiotická léčba je indikována u středně těžkých a těžkých případů, u oslabených dětí k zajištění bakteriální superinfekce a k prevenci komplikací. U lehčího průběhu infekce je možno podat antibiotikum v aerosolové formě.

Většina případů pacientů se subglotickou laryngitidou vyžaduje hospitalizaci. V mírném procentu je nutno počítat s komplikacemi, a to dušností vystupňované do cyanózy, hypoxií a sufokacemi. V tomto případě je nutno zajistit intenzivní anesteziologickou péči se zajištěním dýchacích cest pomocí intubace, krajně i s provedením tracheostomie. Další možnou komplikací je bronchopneumonie.

8. Hybášek I. Ušní, nosní krční lékařství, Galén, 1999: 103–114.
9. Jablonický P. Léčiva používaná u nemoci hltanu a dutiny ústní. *Volně prodejná léčiva. Otorinolaryngologica*, Edukafarm. Panax, 2000: 73–83.
10. Jablonický P. Současné pohledy na racionální léčbu akutních zánětů horních cest dýchacích. *Causa subita*, 2002: 3.
11. Jablonický P. Současné pohledy na racionální léčbu chronických zánětů horních cest dýchacích. *Causa subita*, 2002: 4.
12. Jablonický P. Farmakoekonomický pohled na léčbu horních cest dýchacích. Přínos fusafunginu-lokální antibiotické léčby v průzkumu aktuálního léčebného schématu. *Causa subita*, 2003: 3.
13. Pichichero ME, et al. Recurrent group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatric Infect Dis. J.*, 17, 1998: 809–815.

OČEKÁVÁNÍ PACIENTŮ OD LÉČBY EREKILNÍ DYSFUNKCE V 21. STOLETÍ

MUDr. Ondřej Trojan

Soukromá ordinace psychiatrie a sexuologie, Praha

Článek se snaží shrnout komplexnost problematiky erektilní dysfunkce v kontextu partnerských vztahů, biopsychosociálních vlivů a očekávání pacientů. Respektuje možnosti a hranice léčby a snaží se nastínit model optimálního přístupu pro třetí tisíciletí a upozorňuje na určitá úskalí klinické práce, přičemž nepomíjí význam osobnosti terapeuta.

Klíčová slova: erektilní dysfunkce, inhibitory PDE₅, vardenafil, tadalafil, sildenafil, stárnutí, psychosociální vlivy, psychotherapie, kvalita života.

PATIENTS' EXPECTATIONS FROM THE TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION IN 21ST. CENTURY

The goal of published article is to summarize the complexity of erectile dysfunction in the context of partnership, biopsychosocial setting and patients' expectations. It respects the limits of the treatment and aims to outline a model of optimal approach for the 3rd. millenium. It highlights some obstacles of the clinical work not omitting the significance of therapist's personality.

Key words: erectile dysfunction, inhibitors of PDE₅, vardenafil, tadalafil, sildenafil, ageing, psychosocial influences, psychotherapy, quality of life.

1. Úvod

Erektilní dysfunkce (ED) stále zůstává problémem pohříchu z větší části skrytým. Odhady hovoří o cca 150 mil. mužů po celém světě, jichž se tato porucha týká a také o maximálně 12 % pacientů, kteří se s problémem svěří. Způsobuje to nejen zakořeněné tabu v myslech lidí, ale i nízká aktivita samotných lékařů (14).

Převážně jde o věkovou skupinu mužů starších 40 let, i když ED nejsou až takovou výjimkou ani u mladších.

Často jde o syndrom spjatý s dalšími poruchami somatickými nebo psychickými. Zda kauzálně převažuje „tělo“ či „duše“, je téma diskutované řadu let a ovlivňované primární specializací lékaře, jenž diagnózu stanoví. Tak samozřejmě v ordinacích urologů převládají pacienti se somatogenní ED, u psychiatrů s psychogenní ED. Dnes se ovšem jeví toto dělení jako poněkud nadbytečné, protože poznatky o neurohumorálních procesech v mozku dovolují přesněji určit a daleko kauzálněji léčit i mnohá duševní onemocnění. Jinými slovy stále hlouběji poznáváme tělesnou podstatu mnoha duševních nemocí.

Snad nejpragmatičtější přístup je takový, při němž má terapeut na mysli to, že ED je, pokud ji ovšem včas diagnostikujeme, citlivým symptomem, který může upozornit na závažné tělesné či duševní onemocnění a ústup obtíží velmi často koreluje s úpravou stavu či postupem rekonvalescence.

1.1. Pohled do historie

Od pradávna se lidstvo problematikou erekce (spojovanou často s plodností – erigovaný penis byl a je v mno-

ha kulturách právě jejím symbolem) zabývalo a v odborné i krásné literatuře můžeme o tom nalézt mnohé zmínky. Vpravdě vědecký přístup nacházíme převážně až ve 20. století. Určitý přehled dává tabulka 1.

Není však cílem tohoto sdělení zabývat se konkrétní léčbou, nicméně dovoluji si připomenout vskutku zlomový objev inhibice PDE₅ na konci minulého století.

2. Očekávání pacientů

V posledních letech, v souvislosti s prodlužováním kvalitního života, nastává v oblasti sexu posun od pouhé možnosti uskutečnit styk směrem k touze dosáhnout stavu, kdy v sexu vše fungovalo bez zvláštních opatření. Tedy jakoby vrátit se do období mládí, jež poskytuje nejvíce možností experimentu a neplánovaných sexuálních prožitků. Jakkoliv mohla například dříve být dostatečný cíl terapie „úprava erekce“, dnes se zdá, že již je to cílem ne zcela postačujícím. Pacienti i jejich partnerky daleko více touží po úpravě celkového sexuálního vztahu a nejen jeho fyziologie. Touží prožívat romantiku a spontánnost. V souladu s tím se mění též cíle terapie.

Jaká jsou očekávání našich klientů v tomto tisíciletí? K pochopení změn v očekávání je třeba se zamyslet nad bludnou spirálou erektilní dysfunkce z hlediska jejích potencionálních souvislostí. Nejen ženy si dnes uvědomují, že samo ztopoření nestačí k sexuální spokojenosti. V naší západní kultuře je však erekce stále základním kritériem k hodnocení sexuální zdatnosti, což podporuje i většina seriózních médií stejně jako erotických materiálů. Výzkumy včetně studií metodami tak citlivými jako MM-

Obrázek 1. Vývoj léčebných postupů

starověk / středověk / novověk	1910–1920	1970–1990	1998	2003
Od zařikávání přes afrodiziaka (rostlinná – ženšen atp. / živočišná – roh nosorožce / smíšené – elixíry lásky) až po věd. přístup a rozvoj sexuologie na přelomu 19. a 20. stol. Asi navíc aplikuje i filozofický přístup.	první vakuové pumpy	chirurgické výkony	sildenafil	tadalafil, inhibitor PDE ₅ s delším účinkem
	užití yohimbinu	injekce do topoř. těles, implantáty	1. inhibitor PDE ₅	

RI nebo PET prokazují další souvislosti mezi naším sexuální chováním a konkrétními oblastmi mozku. Zapojují se struktury vývojově staré (limbický systém, talamus, striatální struktury atd.), samozřejmě spolu s mozkovou kůrou.

2.1. Biopsychologické souvislosti

Stále více odborníků si uvědomuje, jaký význam má přechod od „technických, kvantitativních“ forem diagnostiky k hlubšímu a konkrétnějšímu poznání pacientova problému (11). Jde o nový přístup k pojetí diagnostiky sexuální (vs. pouze erektilní) dysfunkce. Současné škály (IEEF, GAQ) se zaměřují hlavně na erekci a ostatní fyziologické projevy sex. funkcí. Je však třeba vyšetřovat širší souvislosti – důvěru, spontánnost, prožitek... a vliv těchto faktorů na partnerský vztah a komunikaci o sexu. Obecně řečeno je třeba se zaměřit, pokud jde o sexuální život, na měřítko více kvalitativní. Hodnotí se sexuální sebedůvěra, vztah a prožitek, časové okolnosti realizace sexu, komunikace atd.

Řada prací zabývajících se problematikou ED se zaměřuje na muže v poli vlivů emocionálních, společenských a psychologických, nejen na samotnou fyziologii a farmakoterapii erekce, resp. dysfunkce. Za všechny ocitují pregnantní sdělení prof. Althofa (2).

Typický obraz intimního života muže trpícího ED zahrnuje tyto symptomy:

- popírá nebo minimalizuje problém
- vyhýbá se styku
– frekvence styku klesá k 1–0× týdně
- omezuje láskyplné dotyky
- uléhá ke spánku většinou dříve či později než partnerka
- je depresivní, popudlivý, „necítí se ve své kůži“
- vnímá pokles kvality života
- negativně jsou ovlivněny i nesexuální, tedy běžné a společenské vztahy.

Typický obraz reakce v psychické sféře jeho partnerky obsahuje tyto prvky:

- nejistota: „Miluje mne?“
- nejistota: „Přitahuji ho ještě?“
- nejistota: „Nemá milenku?“
- vyhýbá se iniciaci sexu, neboť vnímá, že to partnera rozčiluje (některé ženy jsou s asexuální rolí ovšem spokojeny).

Obecně pak platí, že kvalita života (QoL) mužů s ED, ale i jejich partnerek (ev. partnerů u homosexuální menšiny) se snižuje. Psychické strádání pak může být obtížnější než například problémy s chronickou tělesnou nemocí.

Pokud jde o základní očekávání od léčby, lze je lapidárně a se smyslem pro stručnost shrnout do těchto bodů:

- starší muži kladou důraz na rychlost úpravy
- mladší se více zajímají o dlouhodobé vyhlídky léčení
- ženatí chtějí, aby léčba byla komplexní a zahrnula i partnerku
- svobodným záleží na diskretnosti.

Zlepšení sexuálního vztahu je ale to, co většina mužů od léčby ED očekává.

Faktory, které dle respondentů mohou nejvíce přispět k dosažení těchto cílů mimo jiné jsou:

- větší časový prostor pro příležitost k dosažení erekce
- kvalita erekce
- dostatečná doba trvání erekce.

Je dobré mít na paměti, že schopnost dobrého prožívání sexu je citlivým indikátorem tělesného i duševního zdraví. Studie v populaci (1, 4) dále ukazují, že kognitivní předpoklady hrají výraznou roli pro udržení spokojenosti v sexuálním životě stejně jako to, že při léčbě dysfunkcí je vhodné korigovat určité mýty, jež mají tendenci k tomu, aby se dědily z generace na generaci (například mýtus o asexualitě starých lidí) (5).

Sexuální spokojenost má tendenci se v průběhu života udržet na vysoké úrovni u těch párů, které zůstávají přiměřeně zdravé (zde je kladen důraz na absenci neléčených závažných tělesných nebo duševních nemocí), které přikládají sexualitě velký význam v partnerském soužití a dvojice, které jsou schopny akceptovat změny související se stárnutím. Naopak, pokud tyto páry postrádají flexibilitu ve vztahu k fyziologickým změnám, jsou ovlivněny stereotypy nebo mýty či trpí vážnějšími chorobami, kvalita jejich sexuálního uspokojení může být ohrožena (15).

Ačkoliv výskyt erektilní dysfunkce pozitivně koreluje s věkem, stejně jako s věkem koreluje pokles sexuální aktivity, samo sexuální chování, které partnerům přináší uspokojení, už s věkem tolik nesouvisí a odvíjí se ale od toho, jaký mají k sexu vztah. Vyšší aktivitu a uspokojení prokazujeme u těch, kteří mají k sexu pozitivní přístup a u nichž v hodnotovém žebříčku zaujímá vysokou pozici.

Hlavními proměnnými ovlivňujícími sexuální aktivitu jsou shledány postoje partnerek a vlastní zdravotní stav. Věk samotný naopak není pro sexuální funkci určující. Existují i mladí lidé se závažnými dysfunkcemi a naopak!

2.2. Problematika vztahová, interpersonální

Vztahová problematika a její vliv na pocit štěstí a sexuálního uspokojení je zdrojem hypotéz a již tradičně podnětem řady studií. Hledání kauzality nás často zavádí k úvahám stejně hodnotným, jako hledání odpovědi na filozofický problém priority slepice či vejce.

Máme zde samozřejmě řadu možností. Sexuální nesoulad může pocházet ze vztahové disharmonie. Může tomu být naopak. Obě oblasti se mohou ovlivňovat navzájem a tím vést k rychlé eskalaci potíží a konečně mohou být na sobě nezávislé (6). Partnerský vztah a jeho kvalita mohou tedy v řadě případů podmiňovat úroveň sexuálního života. Především pak koreluje porucha partnerského soužití s dysfunkcí u mužů, u žen je tato závislost méně častá. Také nepřekvapuje, že v manželstvích s problémem je sex praktikován méně často než u párů spokojených. Mluvíme o sexuální rovnováze, která sestává ze sexuálního chování a z potřeb dané osoby a reakcí partnera (9).

Pozornost je nezbytné věnovat postojům partnerek mužů s erektilní dysfunkcí (obecně postojům partnerů či partnerek osob trpících jakoukoliv sexuální dysfunkcí) (12).

2.3. Otázky individuálního prožívání a kvality života

V roce 2002 vznikl dotazník „PAIRS“ (Psychological And Interpersonal Relationship Scales), který se rychle rozšiřuje po terapeutickém světě. S jeho pomocí lze nejen hodnotit aktuální stav a závažnost dysfunkce a její vliv na kvalitu pacientova života, ale též se značnou mírou přesnosti předem určit úspěch určitého terapeutického přístupu či konkrétního farmaka.

Příklady oblastí, na něž se PAIRS zaměřuje:

- *Sexuální sebedůvěra*
Jsem spokojen se svými sexuálními schopnostmi.
Věřím si, že sex dokážu spontánně prožít.
- *Vztah, romantika, prožitek*
Jsme schopni dobře si užít sex, aniž bychom se museli starat o to, kdy k němu dojde.
Než se milujeme, můžeme se chovat zcela spontánně.
- *Nedostatek času*
Prožitek ze setkání/schůzky je narušen, uspěchán, pokud se (vědomě či podvědomě) očekává později sex.
Někdy pokazím celou náladu, když si na sex pomyslim.
- *Komunikace o sexu*
Někdy, když užiju pilulku, cítím, že hůře rozpoznávám skutečný (ne)zájem partnerky o sex.
Někdy jsem lék užil zbytečně, když jsme zrovna neskončili v posteli.

Co tedy konkrétně pacienti očekávají? Jeden z významných faktorů je jistě možnost spontánního chování, ať jde o dvoření nebo rozvoj delšího vztahu. Tedy to, že mají-li chuť, mohou se milovat, kdy chtějí. Z praxe víme, jak „plánování sexu“ může narušit jeho uspokojivý průběh či vést k neurotizaci.

Zaměření na širší hodnocení sexuálního prožitku je cestou, která může pomoci správnému pochopení klientů a zefektivnění terapie. Současná léčba se převážně soustřeďuje hlavně na kvalitu erekce. Oba partneři však očekávají více. Naplnění jejich očekávání rozhodne o tom, který lék si v případě potíží zvolí.

Terapeuty stejně jako farmaceutické firmy samozřejmě zajímají důvody, proč někteří pacienti po čase opouš-

tějí léčbu („drop out“). Většinou jde o důsledek nesplněných očekávání. K tomu je dobré vědět, jaká ta očekávání jsou a také co pacienti postrádají nejvíce z období, kdy ještě dysfunkcí netrpěli.

Data získaná ze studií v populaci

Současné i starší studie (3, 10, 13) se zaměřují na následující body

- pochopení emocionálního vlivu erektilní dysfunkce
- pochopení toho, co muži nejvíce postrádají z období zdraví
- pochopení toho, jak muži vnímají vliv dysfunkce na své partnerky
- porozumění tomu, co je pro tyto muže důležité.

Pro ilustraci uvádím některé výsledky multietnické studie z roku 2002, v níž byli dotazováni formou strukturovaného interview 973 muži s ED ve 12 zemích (grafy 1 a 2) (11).

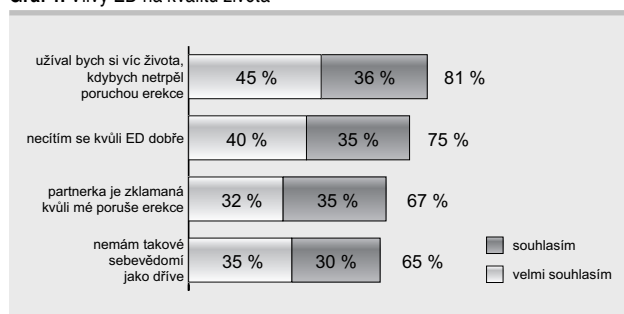
Podobné studie mohou dát velmi přesnou představu, ze které je možno vycházet při obecném plánování léčby. Konkrétní přístup k jednotlivým pacientům však musí respektovat jejich individualitu, a proto se hovoří o „léčbě strižené na míru“. Ve farmakoterapii jistě mnozí muži upřednostní možnost prolongovaného terapeutického působení tadalafilu (až 36 hodin), někteří však zvolí lék s razantnějším nástupem (sildenafil či vardenafil).

3. Osobnost terapeuta, terapeutický vztah, možnosti terapie

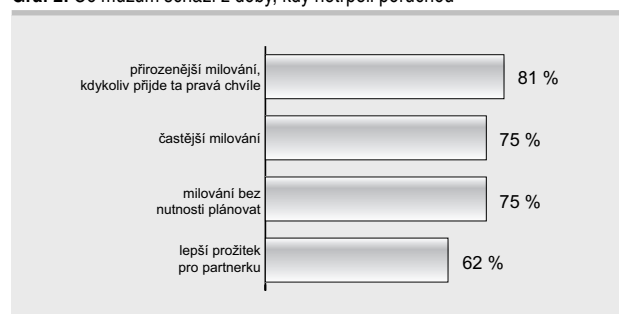
Problematika vztahu v psychoterapii je starší než psychoterapie sama, resp. než její teoretické základy, jež – jak známo – položil v počátku století příborský rodák Freud. Exaktní vědy mají nesporně určitou výhodu – vztah fyzika či matematika a jejich čísel nikdy nebudou hrát roli ve výsledku rovnic a teorií, zatímco terapeut mající na mysli vyléčení svého pacienta musí o přenosových i protipřenosových mechanismech uvažovat a brát umění s nimi naložit pro blaho pacienta jako součást své erudice. Jen tak dokáže klientovi pomoci.

Technická medicína velmi směřuje k prohnání pacienta úskalím řady promyšlených a složitých vyšetření, aby v jejich závěru ustoupila z pozic omnipotence a vysvětlila člověku, jenž očekává pomoc, že je jistá pravděpodobnost, že má tu či onu nemoc a tu že je možno léčit, ovlivnit a s určitou pravděpodobností lze očekávat, že mu bu-

Graf 1. Vlivy ED na kvalitu života



Graf 2. Co mužům schází z doby, kdy netrpěli poruchou



de pomoheno. Tělo však nejeví tendenci reagovat podle jednoduchých příčinných vzorečků, ale spíše stochasticky, tedy poněkud nahodile – byť do určité míry předvídatelně. Tuto míru reakce je možno více či méně ovlivnit psychoterapeuticky.

V nové éře se osoba a role terapeuta stává rovněž předmětem zájmu odborné i laické veřejnosti (8), neboť se ukazuje, že terapeutova úloha nekončí úpravou erekce, protože „dobrý sex nezačíná polknutím pilulky“.

V terapii dysfunkcí by důraz měl být kladen na interdisciplinární přístup, který ale vyžaduje komplexnost, vyhodnocení biomedicinských i psychologických faktorů a všech jejich vzájemných vztahů a snahu ovlivnit to, co je možné. Tedy pochopitelně nikoliv biologický věk sám, ale doprovodnou patologii.

4. Shrnutí a závěry

Erektivní dysfunkce je porucha týkající se velké části mužské populace nad 40 let věku. S ohledem na prodlužující se dobu dožití a stárnutí populace bude v následujících letech přibývat pacientů, pro něž bude důležité nejen aby byli schopni dosahovat erekce, ale též aby mohli žít do značné míry *normálním sexuální životem* bez nutnosti plánovat a medikamentózně či jinak připravovat každý pohlavní akt. Většina mužů, ale i jejich partnerek, spojuje představu sexu s kreativitou, improvizací, často romantikou a zejména spontánností. Léky s krátkou dobou účinku jim přinášejí zklamání z nutnosti příliš plánovitého přístupu

pu k intimnímu životu a často vedou k opouštění terapie zejména tehdy, není-li jejich podání spojeno s psychoterapií, která pacienta či lépe celý pár na léčbu připraví.

Mnoho mužů zatím zůstává se svými obtížemi „ve stínu“, což je způsobeno nejen nedostatečným povědomím o problematice a možnostech léčby v laické populaci, ale i málo aktivními postoji lékařů, kteří většinou otázku sexuálního zdraví vynechávají.

Do budoucna se v terapii jako důležité jeví pokračování cesty nastoupené inhibitory PDE₅ se snahou o prodloužení jejich účinnosti (farmakokinetické vlastnosti tadalafilu jsou slibným krokem vpřed), nicméně je dobré znát i alternativní možnosti a nezapomínat na psychoterapii včetně práce s celým párem, ať už jako hlavní či podpůrný prostředek k dosažení terapeutických cílů (7).

Moderní trendy zahrnují „léčbu na míru“ podle jedinečnosti muže postiženého dysfunkcí a jeho partnerky. Základní cesta k pochopení pacientovy situace je celostní pohled na něho v kontextu somatickém, psychologickém, interpersonálním a potažmo i sociálním, nikoliv jen snaha o ovlivnění erekce jeho penisu. Dobrý sex nezačíná a nekončí dobrou medikací, zahrnuje mnohem širší aspekty, jako je sebedůvěra, tolerance, uspokojení, štěstí, spontánnost nebo kreativita. Terapeut, který dokáže léčbu zasadit do rámce těchto souvislostí, dokáže lépe pomoci než ten, kdo se omezí na předpis medikamentu.

*Převzato z časopisu
Urologie pro praxi 2003; 5: 196–200.*

Literatura

1. Adams Serrhel G Jr, Dubbert Patricia M; Chupurdia Kimberly M; Jones Adolph Jr; Lofland Kenneth R., Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction Archives of Sexual Behavior, 1996; 25, 3: 249–260.
2. Althof SE, What Patients Are Looking for in ED Therapy.
3. Beutel M.E. et al. Sexual Activity and Partnership Satisfaction in Ageing Men – Results From a German representative Community Study. Andrologia; 2002; 34: 22–28.
4. Bortz Walter M II; Wallace Douglas H; Wiley Diana, Sexual function in 1,202 aging males: differentiating aspects, Journals of Gerontology: May 1999; 54A, 5: M237–M241.
5. Gurian Bennett S., myth of the aged as asexual: countertransference issues in therapy. Hospital and Community Psychiatry, Apr 1986; 37, 4: 345–346.
6. Hartman LM, Effect of Sex and Marital Therapy on Sexual Interaction and Marital Happiness J of Sex & Mar. Therapy 1983; 9: 137–151.
7. Leiblum SR. After Sildenafil: Bridging the Gap between Pharmacologic Treatment and Satisfying Sexual relationships, J Clin Psychiatry 2002; (suppl 5): 17–22.
8. Leiblum SR, et al. Treating Sexual Dysfunction: Psychiatry's Role In the Age of Sildenafil, J Clin Psychiatry, 2002; (suppl 5): 23–25.
9. Levine SB. Sex Is Not Simple, Columbus, Ohio: Ohio Psychology Publishing Co; 1989.
10. Nettebladt P. Uddenberg N. Sexual dysfunction and Sexual Satisfaction in 58 Married Swedish Men, J Psychosom Res 1979; 23: 141–147.
11. Rosen RC. „New Insights in the Epidemiology and Measurement of ED“, paper presented on ESSIR Conference, Hamburg 12/2002.
12. Rust J, Golombok S, Collier J. Marital Problems and Sexual Dysfunction: How Are They Related? Br. J Psych. 1988; 152: 629–631.
13. Simonelli C. Wirthlin Multiethnic Survey, 2002.
14. Utiger RD. A pill for impotence. N Engl J Med. 1998; 338: 1458–1459.
15. Zeiss Antonette M, Sexuality and aging: normal changes and clinical problems. Topics in Geriatric Rehabilitation, Jun 1997; 12, 4: 11–27.