

Sexuální chování člověka

Lidská sexualita je v populárních pojetích chápána jako „sexuální pud“ (představa, že sex je podobnou nutnou potřebou jako jídlo či pití, že se aktivuje vnitřním nedostatkem a vyznačuje se puzením i uspokojením, jakmile je ho dosaženo, vnitřní přetlak se vybije). Realita je ovšem mnohem komplikovanější. Lidské sexuální chování může být velmi imperativní až nezávislé na racionálních kontrolních mechanismech – subjektivně pociťovaná pudová naléhavost. Avšak sexuální chování člověka nelze redukovat pouze na pohlavní vzrušení a pocitové vyvrcholení, naopak jde o celou řadu aktivit, které mají za úkol signalizovat sexuální zájem subjektu a navodit případný zájem sexuálních objektů.

Sexualita je ze základu párová aktivita se základním reprodukčním posláním. Úvodní fáze mají za úkol vytvořit dvojici, v této přípravné fázi je základem sexuální atraktivita, která je dána přítomností druhotných pohlavních znaků, ty jsou nejučinnější sexuální signály. Zdrojem výrazných reakcí u partnera mohou být také sexuální aktivity. Tyto přípravné fáze jsou u lidí nazývány koketování, namlouvání a párování.

V lidské sexuální motivaci jsou rozlišovány čtyři základní komponenty:

- sexuální identifikace
- sexuální orientace
- sexuální emoce
- sexuální chování.

Sexuální identifikace

- pocit příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví
- většinou bezkonfliktně sleduje genetické a fetálně-gonadální determinanty
- organizační vliv pohlavních steroidů na CNS (centrum pro sexuální identifikace) v kritických fázích nitroděložního vývoje (4. – 6. měsíc těhotenství), důležitá přítomnost či nepřítomnost testosteronu, pokud není přítomen, centrum se vyvine žensky, i když je chromozomální struktura mužská, pokud je přítomen centrum se vyvine mužsky, i když je chromozomální struktura ženská.
- projevem je schopnost jedince zaujmout k této identifikaci odpovídající sociální roli
- porucha = transsexualita – jedinec je identifikován s opačným pohlavím a silně puzen k opačné sexuální roli, jsou nespokojeni se svým genitálem a přejí si být vybaveni tělesnými znaky opačného pohlaví. Vzniká v prenatálním období, je to stav nezvratný (např. těhotné matky byly léčeny vysokými dávkami androgenů nebo estrogenů).
 - učí se žít v opačné sexuální roli
 - nasadí se hormonální terapie pro navození sekundárních pohlavních znaků opačného pohlaví
 - může podstoupit chirurgické výkony na genitáliích a prsou

- a nakonec může dojít k definitivní změně matričního pohlaví.

Sexuální orientace

- erotické signály ze strany příslušníků opačného pohlaví mají zpravidla nejvyšší erotickou hodnotu
- účinnost sekundárních pohlavních znaků opačného pohlaví
- sexuální minorita několika procent homosexuálně orientovaných jedinců mezi muži (min. 2 %, ale méně než 4 %) i ženami (1 %):
- vliv steroidních hormonů na organizační centra sexuální orientace v CNS, později než u center sexuální identifikace, důležitá přítomnost či nepřítomnost testosteronu. Pokud není přítomen, centrum se vyvine žensky, i když je chromozomální struktura mužská, pokud je přítomen centrum se vyvine mužsky, i když je chromozomální struktura ženská.
 -
 - v populaci nejpočetnější sexuální minorita, dnes součást širší normy, někde stále kriminalizováno (sodomie, pederastie,...), někde se ji snaží stále léčit, někde se ji snaží odnaučit, protože ji považují za vliv výchovy – vše chybné – jde o vrozenou dispozici!
 - je třeba odlišovat homosexuální chování (např. v případě nouze) a skutečnou niternou homosexuální orientaci
 - bisexualita = stav, kdy jedinec nedokáže přesně říct, které z dvou pohlaví eroticky preferuje. Skutečně bisexuálních je extrémně málo.
 - asi polovina homosexuálních mužů a dvě třetiny homosexuálních žen někdy uskuteční heterosexuální styk, většinou pak v období dospívání a mladé dospělosti, kdy se snaží být jako ostatní.
 - homosexuální muži mají vysokou tendenci k sexuální promiskuitě – biologická dispozice mužů, z toho pramení vyšší výskyt pohlavně přenosných nemocí (syfilis, kapavka, HIV virus), vyšší výskyt v profesích: herec, tanečník, estrádní umělec, číšník, kněží s nařízeným celibátem.
 - homosexuální ženy, lesbičky, mívají citově vřelejší vztah, jsou méně promiskuitní, mají větší stálost ve vztazích.

Sexuální emoce

- sexuální vzrušení
 - elementární sexuální emoce, má typickou prožitkovou kvalitu a periferní projevy – vasodilatace genitálu (tumescence) = erekce u mužů, lubrikace poševní sliznice u žen.
 - Sexuální vzrušivost je míra snadnosti, s jakou lze u jedince působením erotických podnětů dosahovat pohlavního vzrušení.

- U lidí jsou nejdůležitější podněty zrakové, potom ostatní smysly. Muži jsou často vzrušováni pohledem na ženské prsy, zadek či nohy. U žen je muž vnímán mnohem komplexněji, hraje roli jeho postavení, vystupování a zařazení ve společnosti. Pozitivně vnímají muže suverénní se schopností situačně vtipkovat, a také sportovní postavu a mužný hlas.
 - U mladých jedinců stačí k navození sexuálního vzrušení pohled, s přibývajícím věkem jsou stále důležitější podněty dotykové.
 - Opakování stejného podnětu sexuální vzrušení snižuje. Naopak působí expozice podnětu nového, nezvyklého. Libido je zesíleno navozením vztahu s novým partnerem, kdežto v dlouhodobém svazku dochází k zevšednění a k určité psychické únavě. I ve zvířecí říši se sexuální reakce a síla potence zvyšuje s příchodem nového partnera, platí pro samce i samice. Podle někdejšího amerického prezidenta Coolidge se tento fenomén nazývá Coolidgeův efekt. Na návštěvě farmy se svou manželkou, paní prezidentová viděla, jak kohout skočila na jednu slepičku, po chvíli na druhou, pak na třetí a další. Paní prezidentka poté řekla jejich sekretáři, aby upozornil pana prezidenta, aby si všimnul chování kohouta. Pan prezident reagoval sdělením sekretáři, aby upozornil paní prezidentovou, aby si všimla, že jde vždy o jinou slepici.
- pocitové vyvrcholení (orgasmus)
 - konzumní fáze sexuální motivace při koitu
 - může být dosažen i bez koitu (masturbací, stimulací erotogenních zón, ve spánku)
 - prožitková i periferní komponenta může být různě intenzivní
 - prožitková složka je škála pocitů od jednoduchého uspokojení až po extatické stavy se zúženým vědomím
 - periferní složka jsou různě intenzivní stahy především svalstva pánevního dna (ale i jiných), u mužů dochází většinou k ejakulaci.
 - sexuální uspokojení (satisfakce)
 - stav uvolnění a „odolnost“ vůči sexuálnímu dráždění po orgasmu
 - zamilovanost (erotická fascinace)
 - emoce, která je specificky humánním vyjádřením schopnosti erotické fascinace sexuálním objektem
 - není naučená
 - dostavuje se po dosažení určité zralosti CNS.

Sexuální chování

- párový charakter
- v první fázi výběr vhodného partnera a navázání partnerské erotické interakce na pretaktilní úrovni (předdotykové) – sladují se emoční stavy
- různě dlouhá komunikace přechází v taktilní fázi – ustavuje se párový vztah
- pár má určitou soudržnost a jeví tendenci k restrikci sexuálního chování ve směru k ostatním členům skupiny
- věrnost a monogamie vyplývají ze základních biologických motivačních vlastností lidské sexuality, v dobře fungujícím páru je sexualita prožívána nejpřirozeněji a nejintenzivněji.
- neexistuje biologický mechanismus, který by zaručil doživotní monogamii - to je pouze kulturní a sociální fenomén.
- konzumní přístup k sexualitě je specifický kulturní fenomén – neosobní sex, sex s povrchně známými lidmi, prostituční chování, donucení násilím apod.
- významnou složkou lidského sexuálního chování je autoerotika
 - o vzrušení fantaziemi
 - o masturbace už od dětského věku – rozhodně nemá škodlivý vliv na duševní a tělesné zdraví. Toto dnešní poznání však bylo ještě v nedávné době u mnoha lidí překrouceno chybnými představami laiků i lékařů 18. a 19. století. Pronásledování masturbace má své kořeny v židokřesťanské historii. Lékařsky byla tato myšlenka poprvé podpořena v roce 1758 v publikaci Simona André Tissota *L'onanisme*, kde popisoval choroby vzniklé následkem onanie. Vznikla teorie degenerace, podle které mohlo dojít k poruchám v oblasti tělesné, intelektuální i morální. Britský gynekolog Isaac Baker Brown přišel v roce 1858 s myšlenkou, že většinu ženských chorob lze připsat na vrub předráždění nervového systému, přičemž na vině je zejména stydký nerv zakončený v klitorisu. Vyjmenoval osm fází progresivní nemoci, kterou vyvolává u žen masturbace:
 1. hysterie
 2. zánět míchy
 3. hysterická padoucnice
 4. kataleptické stavy
 5. epileptické stavy
 6. idiocie
 7. mánie
 8. smrt.

Jako nejlepší metodu jak této progresi zabránit, doporučoval a prováděl chirurgické odstranění poštvěváčku (klitoridektomie) – nakonec jeho metoda

upadla v nemilost, on byl vyloučen s ostudou z Londýnské porodnické společnosti, později zešílel a klitoridektomie byla v britských lékařských kruzích zdiskreditována. Zato ve Spojených státech byla doporučována ještě v roce 1936 k léčbě hysterie, nymfomanie a ženské masturbace. A později bylo odstranění poštváčku doporučováno z kosmetických důvodů. Historie hysterie je vůbec zajímavá, je jednou z prvních popsanych nemocí, z doby Hippokrata ve 4. století. V roce 1952 byla vymazána z rejstříku lékařských diagnóz. Léčba hysterie byla masturbací, ženy však nesměly v žádném případě masturbovat samy, tuto proceduru prováděli lékaři. Vzhledem k tomu, že spis „Zdraví a nemoci žen“ vydaný v roce 1873 odhaduje, že tuto léčbu potřebuje 75 % amerických žen, otevřel se široký trh pro lékařské služby. Léčba byla nazývána „poševní masáží“ a výsledkem byla „nervová křeč“, která přinášela pacientce dočasnou úlevu. Ty pak na další léčbu znovu pravidelně a nadšeně docházely. Jenže lékaři si tuto „léčbu“ moc neužívali, neboť byla náročná a přetěžovala jejich prsty. A tak již v roce 1902 firma Hamilton Beach Company z Racinu ve Wisconsinu patentovala první vibrátor, který byl užíván v lékařských ordinacím. Nakonec byl jedním z pěti prvních elektrických spotřebičů schválených pro domácí užití. Do roku 1917 byl v amerických domácnostech víc vibrátorů než topinkovačů.

V roce 1850 byla masturbace (samohana) v Neworleánském zdravotním a chirurgickém časopise za zhoubný element civilizované společnosti, který má katastrofální dopad na lidstvo, horší než mor, válka, neštovice či celý zástup takových zel. Děti i dospělí byli varováni, že je to nejen hříšné, ale také velmi nebezpečné, protože se najisto dostaví zdravotní obtíže včetně slepoty, neplodnosti a šílenství. Až v minulém století se pomocí osvěty a výzkumů podařilo tyto mylné představy omezit. Nebyly nalezeny žádné významné rozdíly mezi zkoumanými skupinami v dětství masturbujících a nemasturbujících, ani v negativním, ani v pozitivním smyslu pro rozvoj a průběh pozdější sexuality. Ale dnes stále v některých zemích hrozí tresty, např. v Indonésii useknutí hlavy

- rozdíly v sexuálním chování mužů a žen (probrali jsme dříve)

Základní charakteristiky normální lidské sexuální motivace:

- *pevná sexuální identifikace*
- *erotická preference objektu opačného pohlaví (v širší normě je homosexuální minorita)*
- *sexuální zralost*
- *vytvoření páru, vzájemnost.*

Neuroendokrinní regulace sexuálního chování

- odlišuje se u žen a mužů
 - u mužů pracuje osa hypotalamus-hypofýza-gonády v dospělosti bez větších periodických výkyvů
 - u žen je tato regulační osa charakterizována menstruačním cyklem
 - uplatňují se také vyšší etáže CNS
 - člověk nemá estrální cyklus, sexuální aktivita nepodléhá sezónním výkyvům, ani menstruační cyklus se sexuálním chováním podstatně neinterferuje
 - pohlavní hormony jsou velmi významné, ale elementární sexuální reakce nejsou přísně hormonálně dependentní (viz dřívější přednáška)
- mozkové působky (např. hormony, neurotransmitery aj.)
 - **dopamin** – neurotransmitter, zvyšuje sexuální aktivitu
 - **noradrenalin** – neurotransmitter, centrální stimulační vliv na sexualitu
 - **serotonin** – neurotransmitter, snižuje sexuální aktivitu lidí
 - **kyselina gama-aminomáslená (GABA)** - neurotransmitter, snižuje sexuální aktivitu lidí
 - **prolaktin** – hormon, tlumivý vliv na sexualitu mužů i žen, u žen blokuje ovulaci, může tedy narušit plodnost, u mužů při dlouhotrvající zvýšené hladině byly popsány sexuální dysfunkce a patologické hodnoty spermiogramu
 - **endorfiny** – endogenní opioidy, spíše tlumivý vliv na sexualitu
- pohlavní steroidy (popsány již v dřívější přednášce)
 - **estradiol (E2)** – nevýznamnější estrogen, koncentrace kolísá v průběhu menstruačního cyklu s vrcholem v době ovulace, kromě příznivého vlivu na poševní sliznici ovlivňuje přes centrální účinek celkové emoční ladění ženy. U mužů se tvoří především v tukové tkáni.
 - **progesteron** – gestagen, na sexuální vzrušivost působí tlumivě, zřetelný projev v druhé polovině gravidity.
 - **testosteron** – androgen, hlavní stimulátor psychické i tělesné sexuální aktivity, je zodpovědný za spermiogenezi a rozvoj a udržení mužské sexuální aktivity. Dolní hranicí pro přiměřenou sexuální aktivitu muže jsou 3 – 4 ng na 1ml krevní plazmy. Běžně je jeho koncentrace ale 2 – 3 krát vyšší (7 – 10 ng na 1 ml). Tak jako v počtu spermií mají muži nadprodukcí testosteronu. Produkci snižuje např. denní užívání marihuany, naopak zvyšuje doping (anabolické steroidy), tím zvyšuje sexuální apetenci, ale také výskyt poruch erekce! U žen je pro rozvoj chuti do pohlavního života a rozvoj sexuálního vzrušení důležitější než ženské hormony. V těle ženy narůstá především v době uvolnění vajíčka. Tvoří jej:

- 5-25 % kůra nadledvinek
- 5-25% vaječníky
- 50 – 70 % vzniká přeměnou jiných steroidních hormonů na periférii.

○

Použitá literatura:

PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava a Jan RABOCH. O sexualitě a partnerských vztazích. První vydání. Praha: Galén, 2005. 196 stran. ISBN 8072623230.

Zvěřina J. (2012): *Lékařská sexuologie*. Karolinum, Praha.

Žourková A. (2002): *Klinická sexuologie*. LF MU Brno.