



ŽIVOT A ZDRAVÍ

IVO PONDĚLÍČEK

**Stárnutí:
osobnost
a sexualita**

Doc. PhDr. Ivo Pondělíček, CSc.

Stárnutí : osobnost a sexualita

AVICENUM, zdravotnické nakladatelství

Děkuji akademiku Josefu Charvátovi za cenné poznámky i náměty k prohloubení některých pasáží týkajících se obecně lékařských hledisek a obsažených především v první části práce. Prof. MUDr. Josefu Hyniemu, DrSc., patří můj dík za podnětné připomínky k druhému dílu, který se zabývá otázkami sexuologickými.

Některá zjištění, případně hypotézy, jež jsou obsaženy v kapitolách o sexuální involuci, vycházejí též z klinického materiálu MUDr. Jaroslavy Pondělíčkové-Mašlové. Podobně jako v našich předchozích pracích přispěla k obsahu této knihy svými praktickými terapeutickými zkušenostmi.

I. P.



© Ivo Pondělíček, 1981

Recenzovali akademik Josef Charvát

prof. MUDr. Josef Hynie, DrSc.

PROLOG: ESEJE PROTI REZIGNACI

(k 2. vydání)

První vydání této knihy vyšlo v roce 1981 a za pár dnů bylo rozebráno. To je zásluhou tématu, nikoliv autora. Téma i jeho zpracování musí ovšem vycházet vstříc současným čtenářským aspiracím. Je třeba v pravý čas zveřejnit problémy, jež bytostně zajímají i znepokojují – i když jde o problémy ryze soukromé a intimní. Souvislost s kolektivním povědomím a obecně panujícími pocity se ukazuje být důležitá rovněž pro téma populárně vědecké, zdravotně výchovné publikace.

V našem případě – tedy u titulu, jakým je **Stárnutí: osobnost a sexualita** – jde například o zásadní fakt, že se v novější době mění náplň intimních erotických potřeb a jejich uspokojování v souvislosti se středním a starším věkem. V povědomí lidí přestala sexualita být už pouhou výsadou mládí. To také bylo výchozím bodem této práce.

Dneska i pro starší věkové vrstvy, jimž je tato kniha určena především, přetrvává sex jako pramen radosti, jako zdroj potěšení, jako výraz libých a libidinózních pocitů, jež jednotlivec může připravit sobě i druhému, partnerovi či partnerce. To za prvé. Za druhé – v mediánu nebo za mediánem života se i nadále sexualita potvrzuje jako prostředek k upevňování partnerských vztahů mezi mužem a ženou. A konečně – i po padesátce a při sestupu z vrcholu produktivního věku může sex posilovat aktivity jiného druhu než intimní. Může podporovat tvorbu veřejně platných hodnot, úspěchy v práci a zaměstnání, angažovanost na veřejném dění, společenskou prospěšnost.

Někomu, kdo konzervativně odmítá nečekaná a neobvyklá spojení, se to může zdát neslučitelné, ale skutečně tomu tak je.

Celý lidský věk od dospívání až do vysokého stáří v sobě sexualita tají nejenom jakýsi „privátní elixír života“, ale podněcuje mnohdy i určité „politikum“: spokojenost v intimních a erotických vztazích se pozitivně promítá do společensky prospěšné činnosti a prospívá též profesionální a pracovní zdatnosti, přinejmenším u jistých (disponovaných) lidí. Samozřejmě tu platí také opak. Nedostatky v těchto vztazích se často u mnoha lidí projevují jako nepochopitelná, ale podstatná brzda i ve společenské aktivitě a při pracovním výkonu.

Současného čtenáře zajímá nový okruh problémů, které se staly snad právě proto i trendem moderní sexuologie — přiblížit a formulovat biologické a psychologické mechanismy sexuálního chování u lidí staršího věku. Zejména pak jsou-li tyto jevy vysvětlovány a osvětlovány psychohygienicky, jestliže se v nich obráží především **postoje proti rezignaci**, mohou se zmíněné čtenářovy aspirace uspokojovat a naplňovat v dobrém směru a bez falešných předsudků. Jinými slovy, čtenář si našel své téma a — obráceně — téma si našlo početnou obec čtenářů.

Autora vždy potěší, má-li jeho knížka ohlas a je-li brzy po vydání rozebrána. Skutečně ho to ovšem potěší jen za určitého předpokladu — že se knížka brzy dočká dalšího vydání. V tomto přetisku, který se čtenáři dostává do rukou, nemohl však autor reagovat na otázky a připomínky odborné i laické veřejnosti, jak by si přál. Abychom tuto nevýhodu alespoň trochu zmírnili, je zde pro druhé vydání zvláštní úvodní stať, něco jako prolog či předmluva, v níž aspoň tímto způsobem doplňuje autor text některými novými poznatky a pohledy, jak je přinesl vývoj vědeckého nazírání na problematiku, již je věnována tato kniha. Navíc jsou v tomto vydání uvedeny i opravy formálních či věcných nedopatření (viz **Změny a doplňky** na str. 246).

1 ... nikdo, nikdo neví, co ho čeká, kromě beznadějných trosek stárnutí...

Jack Kerouac: *Na cestě*

Z těch asi tří set obecných či speciálních teorií stárnutí jsme vyjmenovali jen pár. Především ty, jež se nějakým způsobem vztahují k sexuální involuci, jimiž tedy může být stárnutí sexuálních funkcí nějak vysvětleno. V laickém povědomí se k nim váží zejména úvahy o *opotřebování*.

Každý kdo stárne, nebo spíš obráceně: protože stárne každý, pozoruje opotřebování funkcí i orgánů sám na sobě. I v tomto ohledu je svým vlastním experimentálním modelem. V „troskách stárnutí“ je bohužel jediná jistota — skutečnost, kterou nutno proto překrýt kompenzačními manévry, možná i jinými výhodami, mechanismy odškodnění, v každém případě něčím, co by nahradilo ztráty. (O tom na str. 16 — 29, 55 — 59 i jinde.)

Jde o to, jak se tento náš vlastní experimentální model interpretuje. Úvahy o opotřebování vznikají mnohdy jen krátkým spojením s mechanickým opotřebováním věcí, ale v lidské sexualitě je to jen vzdáleně podobné, anebo se to vůbec nesrovnává. Jak asi uvažuje přívrženec koncepce opotřebování? Zjednodušeně a zkratkově. Volí nejobyčejnější analogie. Protože fyziologické a psychologické mechanismy sexuálního chování jsou příliš složité, nač si jimi lámat hlavu — vždyť každý přece zná z lidového mudrosloví (tak často si ovšem protiřečího) přísloví o džbánu a utrženém uchu! Takže potom muž, který se svými pohlavními styky předčasně končí, dejme tomu v pětapadesáti či šedesáti letech, je zpravidla nařčen, že se opotřeboval

nešetrným, nestřídmým nebo dokonce nezřízeným pohlavním životem, a je na tom prý vždy hůře než ten, kdo se v mládí a ve středním věku „pohlavně šetřil“ ...

To je ovšem jen iluze. Zmiňujeme se o zcela odlišných předpokladech pro předčasné ukončení pohlavního života. Je pravda, že člověk se může „opotřebovat“, takže se to maligně projeví i v jeho intimním životě, ale není to způsobeno předchozí sexuální aktivitou. Děje se to vražedným životním režimem, přejídáním a s ním spojenou obezitou, chronickým alkoholismem, kouřením, čili škodlivinami, jejichž vina na stárnutí nebo i na vzniku některých vážných chorob (zejm. kardiovaskulárního systému) je zcela prokázána. Jmenovitě pak kouření s konzumací několika desítek škodlivých působků zeslabuje sexuální funkce především u mužů středních let. Patologicky působí na samotný základ těchto funkcí. Hovoří se kromě jiného o patologických změnách na cévách v oblasti pánve, kde je vzestup krevního tlaku předpokladem k dosažení erekce, o poruchách průchodnosti cév zasahujících pohlavní úd, dokonce o sklerotických změnách v topořivých tělesech penisu. To je skutečný proces opotřebování. Muži středních let jsou potom často postaveni před volbu; buď přestat s kouřením, nebo si muset odříkat jiné, příjemnější a přitom zdraví neškodné požitky.

V úvahu je třeba vzít i předem dané pudové založení. Pro toho, kdo „předčasně končí“, zpravidla nikdy, ani v mládí, sexualita mnoho neznamenala. Většinou mu k ní chyběly již vrozené dispozice. Spíše ji potom též sublimoval do jiných činností, jelikož v ní samé spatřoval jen ztrátu energie.

Pokud platí, že *Eros v padesáti nekončí* (viz str. 152 – 154), musí se dodat: leda pro toho, kdo jeho konec sám uvítá a chce se brzy a dobrovolně zbavit „tyrana pohlavnosti“. Což byl též případ (a je to i příměr) filozofa Schopenhauera (str. 89).

Proti obligátní, i když nepodložené domněnce o opotřebování pohlavních funkcí vlivem sexuální aktivity stojí i klinické zkušenosti jiného druhu, publikované například T. Bilikiewiczem, I. Rubinem, I. Singerem a dalšími autory, kteří došli k podstatně jiným závěrům. Mýtus o zeslabení organismu sexuální aktivitou byl vyvrácen řadou důkazů, z nichž dokonce vyplynula koncepce přesně opačná. Je to koncepce „sexuálního tréninku“. Pro zachování trvalejšího efektu se navrhuje pravidelná a systematická sexuální aktivita až do pozdního věku (str. 137).

Nové zkušenosti kliniků a experimentátorů se tu jako v mnoha jiných případech vhodně doplňují postřehy a sondami umělecké prózy. Například zde, u těchto sexuologických zjištění, by klidně mohlo být uvedeno moto z románu Alberta Moravii *Pozornost*: „Někomu se bude zdát divné, že by se muž v květu let mohl tak snadno vzdát přirozeného úkoje, bez kterého si mnozí nedovedou život představit. Ale není tomu tak. Pohlavní akt je jedna z těch věcí, které se dělají stále častěji, dělají-li se často, a stále méně, dělají-li se zřídka, a nakonec se s nimi klidně může přestat docela.“

Na str. 39 hovoříme o stárnutí vlivem radioaktivního záření. Jistý čtenář – starší muž zaměstnaný řadu let v prostředí, kde se přicházelo do styku s radioaktivními látkami – si v jednom dopise stěžuje na nedostatky ve svém sexuálním životě. Domnívá se, že zmíněné pracovní prostředí mělo velmi neblahý vliv na jeho intimní život a bylo příčinou jeho nedostatečné pohlavní potence, která ho sice provázela už od mládí, ale značně se ještě zhoršila, sotva začal ve zmíněném prostředí pracovat. Zároveň se ptá, jak tomu zabránit.

To by ovšem chtělo velmi důkladné vyšetření. Uvědomuje si pisatel, že sníženou sexuální schopnost, kterou podle všeho u něho ovlivnila již snížená vrozená dispozice, zhoršují zpravidla spíše příčiny psychogenní? O těch je v knize řeč na několika místech. Lze i pochybovat, že z hlediska bezpečnosti práce mohlo zůstat pisatelovo pracoviště tak dlouho nezjištěné a nezajištěné.

K tomu ještě obecný dodatek. Zajímavě se prokázalo, že jako obrana proti radiaci se osvědčuje izokalorická dieta, omezení kalorií, dokonce podvýživa. Neprodlužuje jen život, ale i reprodukční sílu a vitalitu.

Na téže stránce knihy, pokud jde o stárnutí vlivem autointoxikace způsobené pigmentem stáří čili *lipofuscinem*: Proti jeho ukládání v buněčných strukturách a proti tzv. volným radikálům, které není starý organismus schopen odstraňovat a vylučovat, ačkoliv škodí, se podávají některé ochranné substance (např. antioxidanty, Instenon, Cetrexin Spofa, vitamin E), což jsou protektivní léky, ale nejsou to léky na dlouhověkost. Nelze od nich očekávat žádné zázraky.

Zčásti v limbickém systému, zčásti v hypotalamu spatřují někteří badatelé mozkový „odměřovač“ pro stárnutí, stejně jako je zde pravděpodobně odměřovač pro zrání a růst (C. E. Finch 1976, T. Samurajski 1977). To je podstata stárnutí v důsledku *mechanismu cerebrálních hodin*, závislých na postupném ubývání hypotalamické odpovědi ve vztahu k tvorbě katecholaminů. Odchytky v mozkových katecholaminech jsou základnou pro specificky stařeckou patologii, jmenovitě pak pro parkinsonismus, chvění rukou, depresi i pro vznikající srdeční arytmií (u člověka i u experimentálních zvířat). V práci jsme hovořili o možném vlivu jednoho z katecholaminů na stárnutí, a tím je dopamin (str. 49).

2

Jedné starší čtenářce připadlo vhodné vyložit si pozdní, nově vzniklý poměr mezi staršími partnery jako vztah ideální. Jak píše, jde vlastně o vztah *platonický*. Láska na sklonku života předpokládá ryzí emocionální situace, a právě proto ji lépe pochopíme z básnického příměru. Cituje Robinsona Jefferse: „... naplněn touhou, ale bez křehkých nicotností rozkoše...“

Touto metaforou jsou prý přesně vyjádřeny pocity stárnoucích partnerů. Platonický vztah plný touhy, ale bez amplektace, bez tělesného objetí je pro ně nejvyšší hodnotou – ideálem, k němuž se dospěje až po zkušenostech smyslného mládí.

Ani s ohledem na sugestivní argumenty, posílené krásou básnickových slov, nelze však s tímto výkladem souhlasit. Láska se svým neodmyslitelným erotickým obsahem se i pro starší milence a manžele široce rozevívá vždy mezi dvěma póly, z nichž jeden představuje touhu po duševní harmonii a druhý touhu po tělesném splynutí. V lásce oba tyto póly oscilují a posléze se i sjednocují. Soustředit se jen na jeden pól a ulpívat jen na některém z nich znamená v kterémkoliv věku, i ve stáří, okleštění celého a plnohodnotného milostného vztahu.

Připusťme ovšem jinou možnost. Něco jiného je, když dva starší lidé naváží na sklonku svého života vroucí a empatické *prátelství*. V této komunikaci plné kladných citů, náklonnosti, soucítění, vzájemné opory a sympatií lze nepochybně spatřovat přesnější a odpovídající naplnění zmíněné básnické metafory.

Jiná čtenářka by se ráda dověděla ještě další podrobnosti o *syndromu zavírajících se dveří* (str. 86 a násl.). Snad jí připadá, že v preklimakterickém věku a posléze i v přechodu nesporně ovlivňovaném změnami v hormonálním hospodářství, přisuzujeme příliš významnou úlohu psychologickým vlivům.

Věk po čtyřicítce je pro ženu už věkem bilancování, změny a mnohdy i – deprese. Hledá se pro to nějaké vysvětlení a ještě donedávna se paušálně opakovalo jedno jediné: náhle se vynořivší problémy jsou už od doby našich prababiček přičítány blížícímu se klimakteriu. Ženám, jež mají ve čtyřiceti do menopauzy de facto ještě daleko, se ve snaze pomoci od těchto problémů ordinovaly pak různé léky, převážně hormony. Přitom ale tato krize, krize ženy středních let, nepředstavuje zpravidla žádný lékařský problém. Krize středního věku má co činit spíše se společenskými a psychologickými příčinami.

Zde je celkem šest zjištění z různých úhlů a od různých autorit, většinou žen (a většinou feministek):

1. Mezi čtyřiceti a pětáctičeti pohlížejí ženy ve srovnání s jinými věkovými skupinami do budoucna „obzvlášť pesimisticky“. Častěji než padesátnice je děsí představa stáří a smrti.
2. Hůře než mladší či starší ženy se vypořádávají s odchodem dětí z domova, protože bez dětí se matka právě v tomto věku cítí „v maximální komunikační prázdnotě“.
3. Tehdy se též velmi palčivě pociťuje každé odmítnutí společenského uznání. Milovány a uctívány jsou ženy často jen jako „sexuální partnerky a matky“ a v tomto bodě se ve čtyřicítce, kdy se proměňuje původní tělesná při-

tažlivost a děti odcházejí z domova, otřásá subjektivní víra v sama sebe, sebedůvěra a sebejistota.

4. Pokud jde o citový život, čtyřicátnice jsou v tomto ohledu zejména citlivé na odezvu u druhého pohlaví. Nejen proto, že nastává situace „posledního zvonění“, ale že život ženy vůbec, a tedy i v tomto věku, se mnohem víc než život muže otáčí kolem lásky. U mužů téměř všech věkových skupin stojí na prvním místě kariéra, zatímco u žen je prvořadý vztah k partnerovi, a to i tehdy, je-li žena zaměstnána a je-li v zaměstnání úspěšná.

5. „Ženy jsou naprogramovány jinak než muži. Jejich sebevědomí se kryje se schopností budovat a udržovat pouta a vztahy“ (americká psycholožka C. Gilliganová). Už od dětství se hoši věnují bojovým a soutěživým hrám více než dívky, zato však dívky se více snaží vždy zabránit konfliktům, jež z těchto her plynou. Každou takovou hru a každou takovou soutěž podřizují zachování „vztahu“ – ten je pro ně důležitější než prestižní aspekty.

6. Chlapci se už v raném věku učí, že se budou muset starat sami o sebe, kdežto ženy ještě ve čtyřiceti čekají na muže, který je přijde vysvobodit jako princ z pohádky. A tento „komplex Popelky“ projevují – přinejmenším občas či v náznaku – i ženy emancipované a intelektuálky.

Nedivme se, že všechna tato zranění se nestačí zahojit, když před dveřmi už čeká fyziologický přechod a menopauza. Ba naopak – leckterá z těchto šesti psychických jizev hypertrofuje v dalším období života, po padesátce.

Nejvíce ženských dotazů se ovšem soustředilo na „biologickou a psychologickou prospěšnost a účelnost věkového rozdílu mezi starším mužem a o mnoho mladší ženou“. V groteskně pocitové rovině vyjadřuje tuto situaci Joseph Heller v románu *Gold za všechny peníze*: „Když se muž ožení mladý, ... vezme si nejspíš někoho skoro stejně starého: a právě v době, kdy se naučí opravdu vychutnávat život s mladou dívkou a přijde do nejlepších let, začne mu manželka stárnout.“

Na str. 148 píšeme: Mnoha starším mužům, kteří se již v padesáti cítili impotentní, se náhle zvýšila sexuální schopnost, jakmile získali novou, většinou mladší partnerku. Uplatnil se tu účinek nové situace a silných psychologických vzruchů na podkladě očekávání i projevů neobvyklého. Při milostné rutině je působení stimulujících vzruchů omezené. Často pozorujeme, jak muž po rozvodu náhle omládne. Když si najde novou partnerku, je pro něj většinou milým překvapením, jak značně se mu zvýší potence, vzrušivost a vitalita.

Tomuto dobrodějnému efektu se říká *šunamitism*. (Pozor však – čas pracuje neúprosně zase k monotónnosti. Za několik měsíců či za rok může nastat stejná situace jako s dřívější partnerkou v předchozím manželství.)

Šunamitism je starý názor magického původu. Experimentálně se však prokázaly jeho ryze „praktické“ výsledky. U některých experimentálních zvířat, jmenovitě u krysích samců, příznivě ovlivňuje nejen aktuální sexuální výkonnost, ale v pozdějším dopadu i dlouhověkost. Život starých samců

byl delší v přítomnosti mladých samic. Vysvětlení netkví ovšem v magii. Žádné „vyzařování“ mladých vitálních sil se na nikoho nepřenáší. Vysvětlení je věcnější. Má spojitost s „dobrodějným efektem“ větší sexuální aktivity přiměřené vyšším hladinám testosteronu. Pářící se krysí samci se dožívají vyššího věku než nepářící (jak potvrdily experimenty D. Droriho a Y. Folmana). Dlouhověkost se tu jeví jako výsledek aktivovaných hormonálních (androgenních) poměrů. Už před čtyřiceti lety se poukázalo na to, že vitalita starších savčích samců pochází přímo z aktivity androgenů.

Analogie by se našla i u lidí. Ženaté osoby žijí déle než ty, které se neoženily (M. C. Sheps to podrobně rozebírá v práci o manželství a úmrtnosti). Samozřejmě, v úvahu se musí brát odlišná psychologická a sociální situace – co když ale pravidelnost sexuálních styků u ženatých je právě to rozhodující?

3

Bohužel rozkoš není všem přístupná. A přece jenom ona dává zapomenout na předmět našich tužeb, který hledáme, a stává se sama tím předmětem.

François Mauriac: *Pustina lásky*

Několik dotazů se týkalo *hormonálního působení*. Především se čtenářům zdá divné, že androgeny, tedy mužské pohlavní hormony, jsou „hormony lásky“ rovněž u žen.

Toto stanovisko, vyložené na stránkách 120 až 126 a připomínané i jinde, se stalo obligátním poté, když byla vyvrácena původní koncepce T. Benedekové a B. B. Rubinsteina, v které se uvádělo, že každé pohlaví je i ve své sexuální vzrušivosti podněcováno svými specifickými hormony (muži androgenem, ženy estrogenem). To se ukázalo být mylné. Všechno svědčilo pro méně logickou a spíše paradoxní koncepci. V knize je uvedena větou: „Hormonem lásky“ je u obou pohlaví androgen. Avšak v letech, jež následovaly po prvním vydání této knihy, jdou některé úvahy ještě dále – a zdají se ještě paradoxnější.

Za pohlavní vzrušivost jsou odpovědné mužské pohlavní hormony především u žen! Anebo jediné u žen!

Role androgenu v cyklu *ženského* sexuálního vzrušení se zjistila experimentálně i klinicky. (Není však relevantní asi ve vztahu k ženské orgastické schopnosti, tedy ke schopnosti prožít při sexuálním styku pocitové vyvrcholení. Soudí se, že zatímco androgen způsobuje u ženy sexuální tužby a libido, orgastickou schopnost způsobuje vliv estrogenů na sexuální centra v hypotalamu. Tyto vlivy a účinky je třeba rozlišovat.) Naproti tomu se tatáž role v cyklu *mužského* sexuálního vzrušení v odborné literatuře sedmdesátých let značně zpochybnila, neboť prokázat ji tak jednoznačně nelze a většina experimentálních jevů svědčí proti ní. Uvažujeme-li ve starých intencích, jež jsme při psaní první verze vyjádřili před deseti lety, tedy připus-

tíme-li, že androgen se aspoň *částečně* spolupodílí na mužském libidu, k výkladu společného průběhu sexuální vzrušivosti u obou pohlaví se nabízejí pouze předpoklady. Těch je ovšem málo, stačí jen na hypotézy, a důkazů je ještě méně; je také možné, že ani těch málo se v kontextu dalších zjištění neosvědčí.

Čtenář by měl dnes správně přijmout tento pozměněný výklad: Zdá se pravděpodobné, že zatímco ženské sexuální libido může být spolehlivě zprostředkováno androgenem, úroveň mužského vzrušení a libida závisí snad v první řadě na jiných neurohormonech. Androgenní efekt na mužský organismus se zdá být spíše globální než specifický. Růst libida byl pozorován u mužů po choriogonadotropinu podávaném pro neplodnost. A průběh této akce se zdál být závislý na koncentraci gonadotropinu FSH či LH nebo na obojím, anebo na specifických a dosud neidentifikovaných oligopeptidech (A. Comfort 1979). Nebo – současné sexuální vzrušení bylo vyvoláno u živočichů obého pohlaví po intraventrikulárních injekcích RH-LH. Avšak odezvy tohoto druhu nejsou stále dostatečně vysvětleny ani prozkoumány klinickou aplikací. Nicméně nesoustavná a neprůkazná reakce na androgen u případů sníženého mužského libida jasně naznačuje, že se toto libido probouzí vlivem jiných mechanismů než vlivem androgenním. Převažuje tedy názor, že úbytek libida u muže není výsledkem androgenního nedostatku, ale že je ve spojitosti s nějakými „hypotalamickými hodinami“, podobnými těm, co u ženy zahajují menopauzu. A dále, že je výsledkem sociogenních a vnějškových vlivů odpovídajících lidské tradici a společenské kultuře.

Posledně zmíněné vlivy zřejmě způsobují, že se ani díky novým *biologickým* zjištěním nedaří sexualitu vyložit beze zbytku a co víc – bez komplikací. Někdy se zdá, že oblast intimních erotických vztahů vzhledem k svým psychologickým aspektům leží spíše v dostředivém poli básnického jazyka, krásné literatury a uměleckých podobenství. Pravdu uměleckých symbolů, náznaků i zámlk, tuto pravdu schematizovaných tvárností nelze ovšem sloučovat se žádným vyčerpávajícím výkladem jevů. Místo něj je tu jen určitá redukce na pocitová a prastará poznávací schémata magického myšlení. Proto též citát z Mauriacova románu, že rozkoš není všem přístupná, vyjadřuje sice pravdu, ale zároveň zní jako magické morální zaklínadlo: jako by absencí rozkoše (orgasmu!) byl člověk trestán za svá provinění a hříchy, jež lásce ubírají na dokonalosti.

A není tomu skutečně tak? Což třeba pocit viny či jiné archetypy nepříznivě neovlivňují projevy ještě starší a fylogeneticky zděděné, biologické a fyziologické pochody včetně kompletního prožitku v cyklu sexuální odezvy? Lze postřehnout, jak se tímto sekundárním, „magickým“ vlivem ve svých projevech mění i komplikuje sám biologický či fyziologický základ.

Pak se tu nabízí otázka, zda těmto komplikacím vůbec někdy v úplnosti porozumíme. Podobá se té, zda lidský mozek při své nadměrné pýše bude

někdy vůbec schopen exaktně vysvětlit to, co z něj vychází a co ho zároveň přesahuje.

I takzvaně exaktní výklad se mnohdy ovšem inspiruje vírou. A umělecký výklad je přímo totožný s vírou. Je zajímavé, že i v Mauricově shora uvedeném „výkladu rozkoše“ rezonuje Pascalova rada týkající se víry. I když však tuto metafyziku zaměníme za „fyziku“, soustředíme-li se tedy k biologickému výkladu sexuálních projevů, zůstává tu stále ještě mnoho nejasného. Paradoxně možná ještě více než dřív.

Příkladem se vraťme k tématu. Odchylky v koncentraci androgenů, jež se zjišťují s přibývajícím věkem v sexuální involuci, nevyjadřují snížení hladiny z vnitřních (endogenních) biologických příčin, nýbrž signalizují omezení sexuální aktivity vlivem toho, co známý americký gerontolog v této souvislosti nazývá „sociálním scénářem“ (A. Comfort 1979). Jde tu o vlivy sociální, psychické a pocitové. O pohlavním životě ve stáří rozhodují často „magická morální zaklínadla“, pocity nepatřičnosti, hříchu a viny, více než biologické možnosti.

V lidském sexu jako by spolu zápasily tělesné projevy a tyto magické duševní vlivy, instinktivní schéma s kulturou. Výklad sexuálního chování, omezený pouze na biologická hlediska, představuje vždy proto redukcionistický omyl. Znovu se tu jen propadá jistému druhu víry. Redukcionismus je filozofická víra v to, že lidské aktivity mohou být redukovány, to jest vysvětleny například pouhou analogií s chováním nižších živočichů. Experimentům se zvířaty vděčíme bezpochyby za nové poznatky také o existenci člověka – avšak postihují se tu jen elementární a nespecifické jenotlivosti naší přirozenosti, jež máme společné s pokusnými psy, opicemi, krysami či morčaty, zatímco specifické a výlučně lidské aspekty, jež vytvářejí jedinečnost naší species, ponechávají tyto experimenty bez povšimnutí. Při výkladu sexuality, pokud se její vnější jevy neinterpretují ve spojitosti s jejich prožitkem, ocitají se vědci redukcionistického směru ve stejné mizérii jako metafyzici či moralisté, spekulativně se zabývající pouze prožitkem. Jinak řečeno, coby kompetentní diagnostici sexuálního chování jsou redukcionisté právě tak málo vhodné jako metafyzici a moralisté.

4

Víra a zvláště víra magická byla vždy rozhodující silou v lidském osudu. To se týká i stárnutí a obrany proti stárnutí – obrany, jež zároveň oddaluje přirozený konec. V literatuře se v tomto ohledu tradují přímo heroické snahy některých známých osobností. Například J. W. Goethe, jehož vitalita byla neobyčejně silná, věřil, že člověk umírá, jenom když chce, to jest když všechny jeho síly, bránící konečnému rozpadu a v souhrnu tvořící sám život, jsou až do poslední zničeny. Básník uhranutý faustovskou legendou

o nesmrtelnosti byl heroicky přesvědčen, že člověk umírá teprve tehdy, když už nemůže déle žít. (A jako v mnoha jiných svých předpokladech, dedukcích i snech se ani v této své víře Goethův génius příliš nemýlil. De facto v ní předjal některé novější lékařské teorie o smrti, která by byla „přirozená“.)

Ocitáme se tak zároveň u posledního okruhu problémů, na něž se čtenáři znovu a znovu ptají. „Poslední“ je tento okruh i ve svém obecném či eschatologickém významu; dotýká se posledních věcí, věcí z posledních stanic: *sexuality a nemocnosti*.

Dotazy se soustředily především na dvě vážná onemocnění, často s letálním průběhem: na rakovinu prostaty a infarkt myokardu.

V jedné americké monografii (za red. R. J. Ablina: *Prostatic cancer*, 1981) byla znovu a tentokrát důkladně propracována hypotéza o vztahu karcinomu prostaty a sexuálního života, respektive sexuální aktivity, jež vzniku rakoviny předchází. I v prvním vydání jsme upozornili na jisté případy, mimo jiné na případ Čiňanů, kteří neznají sexuální abstinenci ani ve stáří a přitom (či právě proto?) se u nich poruchy s prostatou prý nevyskytují (str. 173). Z těchto důvodů a ne tedy pro své rasové dispozice se žlutá rasa asi ukazuje být i méně rizikovým faktorem pro vznik karcinomu prostaty.

Zmíněná hypotéza zní: Riziko karcinomu prostaty se může zvyšovat sexuálním nedostatkem a pudovým neuspokojením, tedy deprivací v sexuální aktivitě. Snížení této aktivity může být jednak důsledkem, jak jsme o tom psali (na str. 206n), ale i naopak: může být také příčinou! U někoho tedy sexuální abstinence vysloveně škodí zdraví. Jako rizikový typ pacienta s karcinomem prostaty se vytvořil model muže středních či starších let, který je silně sexuálně založen, takže už od mládí je vybaven mimořádně silným libidem, ale v průběhu života se svou sexuální aktivitou z různých důvodů musel přestat a trvale ji pak potlačovat. Jako v mnoha jiných případech nejde o prostou kauzální závislost (sex. abstinence → karc. prostaty), ale o závislost za předpokladu, že tu ještě dojde k splnění nejméně tří podmínek: že tu intervenuje mimořádně silné sexuálně pudové založení a jeho nucené potlačování při náhlé sexuální abstinenci ve věku pro vznik nádorovitých onemocnění zejména nebezpečném.

Také k infarktu myokardu se ve spojitosti se sexualitou během posledních let konkretizovalo jisté terapeutické stanovisko. Jeden čtenář se ptá, jaký náhled se dnes uplatňuje v běžné praxi. Nadále platí, co jsme již v knize uvedli (na str. 215n). Konkrétně například: Jestliže člověk po infarktu snese zatížení 110 až 120 tepů za minutu, aniž by se u něj objevily známky anginy pectoris nebo výrazné zkrácení dechu, může již obnovit pohlavní styky.

Tělo každého z nás jsou hodiny, jimž ubývá čas. Ač mlád, slyším v sobě odtikávat proteinové kyseliny. ... Čím starší jsme a čím méně jiter nám zbývá, tím hlouběji nás bodne a probudí dýka svítání.

John Updike: *Holubí pírká*

Očekávání, inspirovaná některými vědeckými eseji, že se *brzy* prodlouží lidský věk, třeba až k oné bájně a optimisticky předvídané metě stopětdvaceti let, se jako mnoha jiných upřílišněných prognóz či nadějí ukázalo být falešné a mylné. Poslední dobou vidíme pravý opak. Vlivem infarktových psychogenních podnětů a karcerogenních mal-ekologických poměrů se věkový průměr varovně zkracuje.

Prodlužuje se však doba vyměřená mládí, především v psychologickém směru. Což je pro naše téma právě podstatné.

Dnešní populace ve věku nad čtyřicet či dokonce i nad padesát se ještě cítí být mladá. Proč ne? Je fakt, že velkou roli v tom hraje autosugesce. Ale proč jí nepřiznat smysl, když nahrává pocitu, že jsme ještě mladí? Vždyť tuto autosugesce praktikují či spíše praktikovali – jistě méně rádi – i lidé, kterým se zdá nebo jestliže měli pocit, že jsou již staří. Lidem se daří vytvářet obyvatelné univerzum a dodávat mu nějaký smysl vlastně jen pomocí podobných fikcí. Začátkem našeho století byl na tomto zjištění založen celý filozofický systém: Vaihingerova filozofie „als ob“, filozofie „jako by“. Stručně lze říci, že vyjadřuje možnost volby člověka – totiž nemožnost jiné volby, než žít ve fikci a činit všechno tak, „jako by“ vnímaný svět představoval nějaký smysl. Činit vše tak, „jako bychom“ měli dobrou vůli být za své činy odpovědní. Žít tak, „jako by“ pro člověka neplatil jistý ortel smrti. A koneckonců chovat se tak, „jako by“ organismus, tělo i duše nestárly.

Fikce je mnohdy – a jmenovitě v kritických situacích – potřebnější než realita. To dobře víme z klinických zkušeností a měli by s tím počítat všichni lékaři, kteří mají kontakt s nemocným. (Nedejme se mýlit ani módními hity o „pravdě“ a „otevřenosti“ při komunikaci lékaře s pacientem, ať už jde o nemocného s perspektivou přežití nebo o odsouzenec k smrti. Zkušenosti lékaři docházejí k složitému a přitom nemilosrdnému poznání, že pravda a otevřenost někdy zabíjí i naději na přežití. Nevyléčitelným odnímá i poslední ostrůvky snesitelné existence. Takže legendární *pia fraus*, ta známá milosrdná lež, zůstává naštěstí dosud antickou ctností!)

Ve svých prožitcích zakouší stárnoucí člověk jeden povzbuzující a posilující moment: pokud mu slouží třeba jen rezidua někdejšího zdraví, cítí, že ani v intimních vztazích nepatří ještě do starého železa. To je povzbudivé zejména ve srovnání s tím, co ve středním a starším věku eroticky prožívaly předchozí generace, co jako břímě cítili ve stáří naši předkové.

Prvé zmíněné postoje proti rezignaci mají pro každý věk svou strategii,

což znamená, že se mohou uplatňovat i ve stáří. Zcela věcně tuto strategii vyjadřuje titul jedné z příštích kapitol: *Mít cíl!* (více o tom na str. 21 a násl.) Některé dotazy se přesto stále soustřeďují k tomu, jak to zařídit: jak přistoupit na oslnivou myšlenku Marcela Pagnola, že „naše dny jsou krásné jen svými zítřky“, když zítřky mizí v závoji očního zákalu a v nadměrných hodnotách cholesterolu? A člověk, protože už je starý, se spíše na zítřek myslet bojí.

Kromě filozofie „als ob“ má člověk jako svou zbraň, někdy aniž o tom ví, celou *filozofii proti rezignaci*, filozofii reflexe, existenciální obranu proti existenciální úzkosti: *Prožitek okamžiků a přijetí jejich štěstí!* Okamžik, jakoby petrifikovaný v proudu času a vybraný pro náš šťastný prožitek, přináší libost a euforii. Teprve nešťastné zřetězení okamžiků – to, čemu se též říká iterace okamžiků – podstrojuje depresi.

Máme-li v pozdním věku zúročit naše adaptační a obranné manévry, jimiž můžeme bojovat proti rezignaci, znamená to kromě jiného osvojit si jakýsi výběrový temporální princip, jakýsi „časový trik“. Také ve stáří se čas na chvíli zastaví – přesně jako v tom slavném citátu – a člověk vychutnává přítomnost s nostalgickou vzpomínkou na minulost i s nadějí do budoucna, že takových chvil, jako je tato, bude ještě dost.

S oblibou se nám tvrdí, že čas plyne v rovnoměrných a změřitelných úsecích, tisíc čtyřistačtyřicet minut trvá den, čtyřicet tři tisíce dvěstě minut trvá měsíc, stovacet měsíců trvá desetiletí. To však odpovídá jen takzvané objektivní skutečnosti, objektivnímu času, jež nejsou vždy tak závazné ani důležité pro subjektivní prožitek. Známe adaptaci k místu a prostředí, ale existuje i adaptace k času. Spočívá zřejmě v jakémsi „nasyčení“ časových iterací subjektivním prožitkem.

Podle principu komplementarity lze čas vykládat i měřit dvojím způsobem – jednou jako fyzikální veličinu, exogenně zachycovanou hvězdárnou v Greenwichi, podruhé zas podle aktuální endogenní situace našich mozkových mediátorů, tedy jako něco, co je psychologicky podbarvené naším subjektivním prožitkem. V této druhé, ne však méně pravdivé dimenzi času se promítá i citová účast v intimních vztazích a seberealizace v erotickém životě. Jakmile dochází k vyřazení intimních zážitků, když se jich člověk v pozdějším věku rezignovaně sám vzdává, všechny okamžiky tím spíše prožívá jako deprimující.

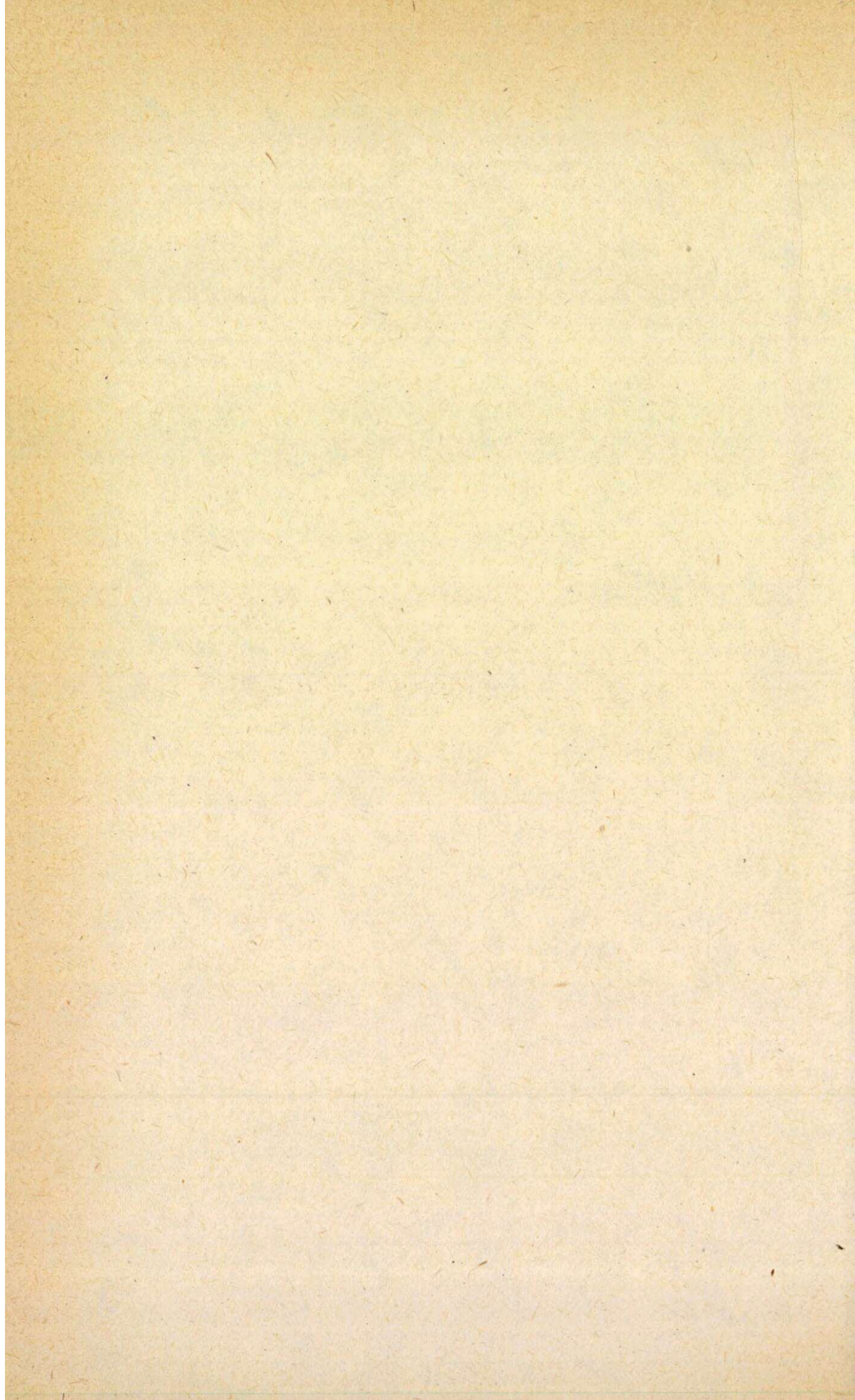
Sexualita se v laických představách a zejména u mladých lidí až donedávna spojovala *výhradně* s mládím. Intimní život starších ročníků, přestože se odehrával, byl ještě více tabuizován než erotické praktiky mladých. Přínejmenším byl pokládán za něco nepatřičného; odehrával se proto tajně a takříkajíc na zapřenou. Proč ale taková tabuizace? Biologický prospěch z ní nekynul. Subjektivně a psychologicky přímo škodila. Společensky způsobila ne jeden paradox, v morálce pak celou paradoxní situaci. Mladí a nezralí jedinci dokázali sebevědomé, leč mylné představy o svých sexuál-

ních výsadách indoktrinovat většině starších a zkušenějších. Zároveň bezděčně ovlivňovali veřejné mínění, instituce, masová média, tisk, dokonce i umění. Mladí, tak málo jinak spoutané morálními ohledy, diktovalo jakousi svou předsudečnou morálku osobám starším, svým otcům a matkám. (Leccos z tohoto paradoxu mají na svém kontě možná i „výchovná“ či „moralistní“ pojednání odborných expertů. Bez ironie: Nejsou však tito profesionálové – jako lidé, to jest jako muži a ženy – geneticky sami slabě ve své sexualitě disponováni? Viz dokonce i postoj Freudův, str. 160.) Ale dneska už slovo „výhradně“ z prve uvedeného kontextu nevyjadřuje ani teoretické oprávnění, ani naštěstí praktickou zkušenost. Rovněž naše úvahy by chtěly tento mýtus, tuto pověru vyvrátit.

Stejně jako když byli mladí a stejně jako dnešní mladí si lidé středního a staršího věku sexualitu dnes přivlastňují a vykládají většinou už bez předsudečných zábrán a bez někdejšího ostychu. Je to velká změna v postojích intimního života. A všimněme si zde *biologických* a *psychologických* určení. V intimních vztazích se dnes víc využívá všech biologických možností, jež byly donedávna u starších lidí blokovány psychicky. Pasivitu v erotických vztazích a ztrátu sexuální iniciativy si tito lidé vždy vysvětlovali jen stárnutím a stářím, což byl omyl, protože hlavní příčina tkvěla v něčem jiném.

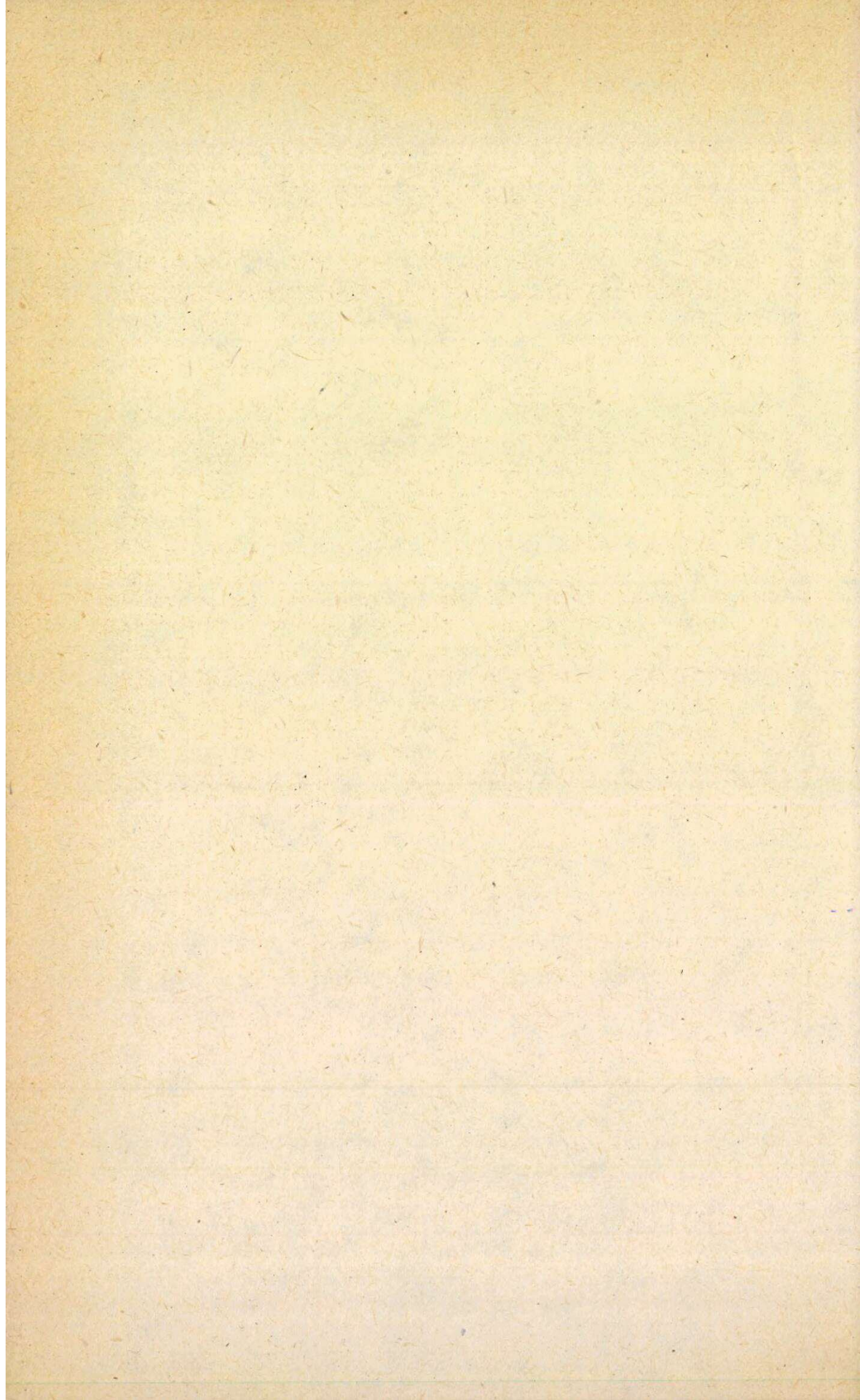
V posledních letech se například zjistilo, že ani stařeckou asexuálnost, tedy vymizení sexuální aktivity, k němuž často ve stáří dochází, nezavinuje předpokládaná a nezvratná hormonální krize. Ano, poměry v hormonálním (androgenním) zásobení by podle klinického obrazu měly být kritické, ale nejsou – hladina androgenů v krvi se ukáže být dostačující. K žádnému drastickému snížení mužských pohlavních hormonů v plazmě nedošlo. Takže když tu nepříznivě nepůsobí nedostatek hormonů všeobecně pokládaných za látky účinné pro sexuální potenci, zmíněnou asexuálnost si je třeba vysvětlit jinak. Buď jako poruchu zaviněnou nesprávně zaměřenou autosugescí, tedy psychogenními vlivy, nebo vlivy sociálními, vycházejícími z pacientova okolí (a to podle Comfortova „sociálního scénáře“).

Lidé podceňují své biologické možnosti a zbytečně se odsuzují k pasivitě, jestliže žijí v domnění, že stáří znamená za každou cenu neschopnost, nezájem, chlad a impotenci. To je pouze škodlivější autosugesce, jiný druh fikce, jež předem odzbrojuje, na rozdíl od té, kterou jednou budou praktikovat – a už ji dnes praktikují – jejich synové a dcery, ne-li vnukové a vnučky, kteří si chtějí zachovat mládí i ve starším věku.



Část I.

Stárnutí organismu a osobnosti



1. kapitola

POPULAČNÍ TREND — VE VĚKU METUZALÉMA

— TYRANIE KALENDÁŘE —

SOCIÁLNÍ STATUS A SUBJEKTIVNÍ POCIT — MÍT CÍL!

— POKRYTECKÁ FILANTROPIE — NEJVĚTŠÍ NEPŘÍTEL

Stáří je relativní pojem, stejně jako stárnutí. Někdy se ztožňuje s chronologickým čili kalendářním věkem, což je chyba. Děti trpící progerií (vzácným onemocněním, při němž se předčasně stárne a jehož základ je patrně v chromozómové situaci) vzbuzují dojem starců již ve třinácti letech. Mnozí lidé jsou staří v padesáti, jiní jsou v pětasedesáti ještě „mladí“. Život se zdá být měřen mnoha biologickými hodinami. Růst, zrání i stárnutí ovlivňují každou funkci v organismu. Mění se nitrobuněčné procesy, koordinace nervového systému, práce srdce a cév, práce ledvin i endokrinní rovnováha. Pokoušíme-li se dnes tyto biologické hodiny sledovat a měřit, jsme teprve na začátku složitého úsilí. Synchronizovat jejich výkonnost na rovinu určitého stupně obecnosti se ještě nedaří. Pro snazší dorozumění se zatím držíme alespoň obecné typologie stárnutí.

Víceméně tedy jen pomocné názvosloví pro různé věkové stupně stárnutí člověka jednotně zavedla Světová zdravotnická organizace (WHO). Podle ní se označuje věková skupina 45—59 let jako „střední“, 60—74 jako „stárnoucí“, 75—89 jako „stará“ a skupina nad 90 let jako „stařecká“. Klasifikace je sice formální, má však i své racionále, a navíc pro involuci, o níž tu bude řeč, vůbec nevyznívá pesimisticky.

POPULAČNÍ TREND

Kolem roku 1840, sotva člověk dospěl, už působil zrale. V tehdejších divadelních hrách jsou třicetiletí svobodní muži pokládáni za „staré zhýralce“

Henri Perruchot: *Život Edouarda Maneta*

Pojem různých věkových kategorií je neoddělitelný od demografického ukazatele *průměrného věku*, který je různý v různých společnostech a u různých etnických skupin. Je jiný dokonce u jednotlivých vrstev a tříd jedné a téže společnosti¹). Především se však mění v průběhu dějin, v historii. Demografové soudí, že přinejmenším polovina všech lidí, kteří se kdy narodili, žije v našem století. Pokud se sečtou všechna úmrtí v populaci, takže vyjde statistické číslo na osobu, byla roku 1750 nejčastější délka života jen pětadvacet let, zatímco dnes obnáší tato doba šedesát let. Touto jednoduchou matematikou dojdeme k obecně známému závěru, že se lidský věk prodlužuje.

Když r. 1824 ve svých šestatřiceti letech zemřel proslulý romantik básník lord Byron, byl podle našich dnešních měřítek ještě mladý. Přitom však ve své epoše dosáhl průměrného věku. Podle statistik z prvního roku našeho století (1900—1901) žili muži v průměru 37,1 a ženy 37,9 roků. Ze sovětských demografických údajů vyplývá, že průměrný věk 32 let v carském Rusku se prodloužil na 70 let v současné době. V Polské lidové republice se ve srovnání s předválečným obdobím protáhl věk mužů o 19 let, žen o 23 let. Muži zde dosahují v průměru 67 a ženy 74,3 let. V Maďarsku se dožívali v letech 1920—1921 muži 41 a ženy 43,1 let věku. O čtyři desetiletí později se věkový průměr u mužů zvýšil již na 66,6 a u žen na 71,9 let. V USA byl v roce 1900 průměrný věk pro muže 46,2 a pro ženy 48,3 let. Dnes tato čísla činí 68,3 a 75,9. Trend je tak rychlý, že lze předpokládat ještě vyšší a jiná čísla v době, kdy tato práce vyjde tiskem.

Podle Demografické ročenky OSN obnášel počet obyvatel zeměkoule v polovině roku 1975 téměř 4 miliardy (přesně 3967 miliónů), což představuje přírůstek 77 miliónů za rok. Kdyby růst pokračoval tímto tempem, pak by se do roku 2001 počet lidí zdvojnásobil. Již dnes to působí starosti ekonomům.

Téměř osm z deseti lidí žije v pětadvaceti nejlidnatějších zemích světa, mezi nimiž je na prvním místě Čínská lidová republika. Rapidně přibývá lidí v rozvojových zemích, v La-

tinské Americe a v Africe. V čele tabulky porodnosti jsou Senegal a Niger s 55 nově narozenými na tisíc obyvatel. Nejnižší porodnost mají Rakousko (12,3 promile), Belgie (12,7 promile) a USA (14,7 promile). V posledních letech byla též nebezpečně nízká v NSR a NDR.

Ženy se dožívají nejvyššího průměrného věku v Norsku, a to 77,6 roku, muži ve Švédsku 72,11 roku. Jiné údaje říkají, že nejvyššího průměrného věku na světě dosahují obyvatelé Nového Zélandu. Naproti tomu obyvatelé většiny afrických států se v průměru nedožívají ani 50 let, v devatenácti zemích dokonce méně než 40 let. Mimo jiné to způsobuje velmi nízká životní úroveň. Hlavním problémem je v těchto rozvojových zemích nedostatek potravin, který snižuje odolnost vůči infekcím, a nedostatek důležitých vitamínů, v jehož důsledku vzniká řada chorob u nás dnes již neznámých. Značně teplé klima zaviňuje jejich šíření. Chybí lékařská péče a zejména prevence. Situace připomíná poměry ve středověké Evropě.

V zemích s populační explozí zůstává trend přírůstku obyvatelstva poměrně časnou úmrtností nedotčen. A že i v zemích s nízkou porodností se počet obyvatel zvyšuje, to je zde možno přičíst podstatnému prodloužení života. Na první pohled lze situaci v obou populačních oblastech srovnat s vynaloženým civilizačním úsilím, s výrazným zlepšením či zaostáváním v lékařské péči a hygieně, ve složení výživy a životním stylu. Chybí ovšem vysvětlení dalších jevů, například interpretace úkazu opsaného tzv. Gompertzovým zákonem, což je *zákon o exponenciální úmrtnosti v určitém věkovém rozmezí*.

Gompertz zjistil, že úmrtnost člověka ve věku od 35 do 85 let probíhá exponenciálně, jelikož se během tohoto životního období vždy za každých pět až deset roků zdvojnásobuje. Je to stejné u různých populací a kultur, u odlišných etnických skupin a v relativní míře dokonce i u domestikovaných a laboratorních zvířat. Avšak ještě pozoruhodnější je, že Gompertzem popsaná zákonitost přetrvává u lidské populace z minulých staletí a přinejmenším od roku 1700, a že se tedy uplatňuje bez ohledu na podmínky života a sociální vymoženosti a zároveň bez ohledu na příčiny smrti, které se značně změnily zejména v posledním půlstoletí, a to v souvislosti s růstem tzv. civilizačních onemocnění. R. 1936 byly infekční choroby příčinami smrti ve 12 až 13 procentech, téměř jako choroby srdce a oběhového systému (17 procent). R. 1976 se úmrtnost na infekce snížila až k necelým 2 procentům, kdežto srdce a oběhový systém jsou příčinami smrti ve 45

procentech. Za tutéž dobu se zvýšil výskyt letálních (smrte-
ných) onemocnění zhoubnými nádory a novotvary z 12 na 22
procent.

Ještě do r. 1960 tu byly důvody k optimismu. Zdálo se, že
Gompertzův zákon přestane pro současného člověka platit.
Tehdy se úmrtnost v závislosti na přibývajícím věku snižovala,
takže ji přestala vyjadřovat exponenciální křivka. V poslední
době nastal ovšem nepříznivý obrat: úmrtnost začala vzrůstat
podle pravidel z minulých dob, tedy exponenciálně.

Všimněme si dat Státní populační komise uvádějících po-
pulační věkový trend za poslední čtvrtstoletí u nás v ČSSR
(tabulka 1). Věkový průměr našich mužů se v letech 1965 až
1975 snížil.

Tabulka 1. Průměrný věk mužů a žen v ČSSR

Rok	Muži	Ženy
1955	60,93	65,3
1965	67,27	73,2
1975	66,8	73,8

Tento nepříznivý vývoj stěží již odpovídá optimistickým
představám o blahodárném působení současné civilizace na
člověka. Přičemž stejně jako statisticky zjišťovaný populační
trend je i on bezpochyby projevem zákonitostí působících
v lidské společnosti. Pokud nás překvapuje a pokud jsme jím
byli zaskočeni, asi jsme příliš podléhali optimismu, který je
„optimismem demografů“, a málo pozornosti jsme věnovali
dalším jevům, jichž se pro změnu zas týká „pesimismus bio-
logů“: život každého organismu je jednak v zásadě limitován,
jednak ohrožen vždy novými noxami včetně těch, jež vznikly
civilizací.

Mnoho otázek zde zůstává nevyřešených a odpovědi na ně
jsou velmi obecné a rámcové. Že úmrtnost přes všechno úsilí
vědy a protipatření medicíny narůstá od mediánu života
exponenciálně, dovedeme si dosud nejlépe vysvětlit biologicky
danými a geneticky zakódovanými limity stárnutí. Ale proč
tedy zhruba v pětadesáti letech dochází k odklonu od
Gompertzovy exponenciální křivky? Proč se — vzhledem
k počtu lidí této věkové skupiny — úmrtnost potom rapidně
snižuje, takže v devadesátce zůstává na konstantní úrovni
nebo dokonce klesá?

Na odpověď si budeme muset počkat, až bude odhalena složitá podstata procesu stárnutí a činitelů, jež ho zpomalují či urychlují, ať už jde o činitele vnější či vnitřní, imanentní. Ale na první pohled se to jeví tak, jako by jedinec, který má žít dlouho, musel „přežít“ jakási kritická léta života, v podstatě tedy svůj střední věk. Zájem současné medicíny v boji za prodloužení lidského života se značně soustředil právě na onemocnění středního věku. Nutí k tomu skutečnost hrozivého výskytu těchto chorob v dnešní době. K tomu se ještě vrátíme.

VE VĚKU METUZALÉMA

O stáří téměř metuzalémském se občas dozvíme z denního tisku nebo čtenářských magazínů. Jistý Igor Korolov se podle sovětských pramenů dožil 150 roků, z toho více než polovinu pracoval jako kuchař. Známý je případ Angličana Thomase Parra („starého Parra“, jak se říkalo), který se narodil devět let před objevením Ameriky a žil prý do 152 let. Měl přežít devět anglických králů a zemřel z přejedení, když byl pozván jako rarita ke královskému dvoru. Pitevní nález vyzněl velmi překvapivě: jeho organismus byl ve výborném stavu a odpovídal člověku mnohem mladšímu. Prvně se starý Parr oženil až v 80 letech, podruhé ve 120 letech; z obou manželství měl děti. Manželé Rovelyovi z Maďarska se prý dožili rovněž požehnaného věku: on 172 a ona 164 roků. Třináctkrát za život se podařilo oženit se Turkovi Zaro Agovi, který zemřel r. 1934, údajně ve svých 156 letech. Doktor P. Defournel zemřel ve 120 letech, když si předtím vzal manželku asi o 80 let mladší, s níž měl několik dětí.

Vysoký věk je rovněž tématem lékařských kasuistik. Sexuologická studie uvádí případ kolumbijského Indiána Javeira Pereiry. Dožil se prý 168 roků a krátce před svou smrtí byl pozván do New Yorku, přičemž udivoval tím, jaký zájem ještě jevil o novinářky, které ho všude provázely²⁾. Podle gerontologických pramenů je však fakticky ověřená maximální délka života u člověka 125 let. Tohoto stáří se například nedávno dožil sovětský občan Sulejman Aršba. Někteří badatelé jsou skeptičtí i k tomuto číslu. Horní hranici lidského života v současné době kladou do rozmezí 109 až 113 let a vyšší dlouhověkost je podle nich zpravidla jen výsledkem omylů v záznamech matrik. Tak například legenda o „starém Parrovi“ mohla vzniknout spojením věku otce, syna a vnuka,

neboť v Anglii se rodné listy vedly přesně až od devatenáctého století. V jiných případech sehrály svou roli mystifikace, připomínající biblické legendy. Adam se podle bible měl dožít 930 let, Metuzalém dokonce 969 let.

Vyššího věku se dožívají lidé v určitých zeměpisných oblastech. Nejvíce stoletých je u nás v Železných horách na Českomoravské vysočině³). Podle posledního sčítání obyvatel v Čechách a na Moravě bylo napočteno 251 stoletých.

Výzkum tohoto druhu se podrobně prováděl v SSSR. Dnes zde žije více než dvacet tisíc občanů starších sta let (čili 77 na milión obyvatel). Století lidé tu však nežijí jenom na venkově, jak se předpokládalo. V Moskvě například žije 113 a ve městech moskevské oblasti dalších 106 stoletých občanů. Většina z nich strávila celý život anebo jeho převážnou část ve městě. Výzkum vyvrátil též názor, že dlouhověkost je výsadou národů na slunném Kavkaze. Velmi mnoho stoletých lidí žije i ve zcela odlišných klimatických podmínkách drsného Jakutska. Avšak kavkazský Dagestán, Gruzie a Ázerbájdžán zauímají nadále v počtu stoletých primát na celém světě. Pojem „abchazští starci“ se stal stejně známým jako obdobný pojem „ekvádorští starci“. Tak jako v latinskoamerickém Ekvádoru i v kavkazské Abcházii, pověstné zemi dlouhověkých, byla zjištěna celá řada mužů dosahujících stáří 120 let. Ve 156 letech zde prý zemřel Khapara Kunt a jen o pět let mladší byl další rodák jménem Madezachara. Abchazští starci jsou ve valné většině zemědělci. Žili pravidelným způsobem života, stále aktivně pracovali, netrpěli žádnými chorobami ani v mládí, těšili se celý život neobyčejnému zdraví, živili se ponejvíce mléčnými výrobky a masem.

Kromě toho se jejich pohlavní potence projevovala ještě ve značně vysokém stáří, stejně jako zájem o sex. Jako nestárnoucí vlastnost to u nich uvádí Bogomolec⁴). Při své expedici na Kavkaze r. 1938 objevil neobyčejně zdravého starce, tvrdošíjně zapírajícího svůj skutečný věk. Bylo mu už 107 roků, ale předstíral, že je mu sedmdesát. Když ho přátelé přesvědčili, aby se přiznal, prohlásil nakonec, že svůj věk zapírá, protože se chce oženit. A kdo by si chtěl vzít stoletého? Kdežto za sedmdesátiletého se bude chtít provdat každá ...

TYRANIE KALENDÁŘE

Posun ve struktuře věkových skupin za posledních sedmdesát až sto roků si vynutil odpovídající změnu názorů na stáří a stárnutí. Především se ukazuje, že je nutné zbavit se předsudku, jemuž někteří autoři říkají „tyranie kalendáře“^{5,6}).

Z hlediska biologického stárnutí se jako pohodlná, neudržitelná, předvědecká a konzervativní konvence jeví počítat stáří člověka pouze podle počtu prožitých let. Naštěstí se s touto konvencí nesmiřuje jenom věda, medicína a psychologie a její gerontologické obory, ale s námitkami proti ní se setkáváme i v obecném povědomí, v konverzaci, v lidových rčeních a výrociích, jež jsou často sice míněny jako bonmoty a šprýmy, obnášejí však v sobě více pravdy než konzervativní lpění na zmíněné tyranii kalendáře. Člověk je tak starý, jak se cítí! O mužích se říká, že stárnou až tehdy, když si v restauraci prohlédnou nejdříve jídelní lístek a pak teprve číšnici.

Chronologický věk se u různých jedinců liší od věku biologického. Každý z nás stárne rozdílným tempem. Tuto nesrovnalost vyjádřil Jalavista slovy, jež znějí jako aforismus, přitom však jsou velmi přiléhavá: „Ze dvou kalendářně stejně starých jedinců je biologicky mladší ten, u něhož můžeme očekávat delší zbytek života“⁷). Jde tedy o čas, který ještě zbývá do smrti. Je možno tento biologický věk nějak stanovit?

Na pomoc vezmeme analogickou techniku. Že se jisté faktické dispozice a schopnosti odlišují od předpokládaných (či ideálních), z toho již více než půlstoletí vychází psychologická diagnostika inteligence. S poměrně velkou spolehlivostí se některými inteligenčními testy u dětí zjišťuje souhlas či nesrovnalost mezi chronologickým věkem, jak jej ukazuje kalendář, a věkem mentálním, který odpovídá psychickým výkonům a schopnostem obecně přisuzovaným inteligenci. IQ se pak vypočítá podle jednoduché rovnice

$$\left(\frac{\text{mentální věk} \cdot 100}{\text{chronologický věk}} \right).$$

Diagnóza stárnutí selhává, pokud se opírá o pouhé zjištění kalendářního věku. Zkoušely se tedy možnosti nalézt případné nesrovnalosti mezi biologickým stupněm stárnutí a kalendářním, matrikovým, chronologickým věkem. První velký úspěch v tomto směru byl zaznamenán Hollingsworthovým výzkumem, publikovaným r. 1965 v lékařsko-biologickém bulletinu Yaleské univerzity. Na skupině 437 mužů a žen sledoval autor sedm-

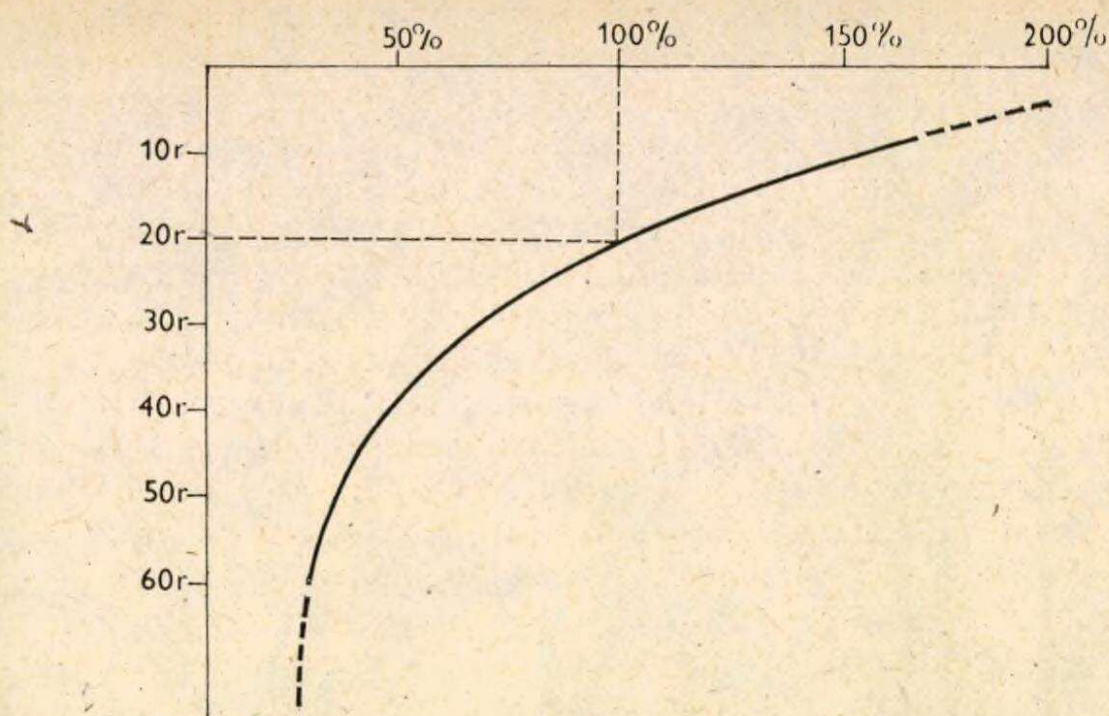
náct ukazatelů, z nichž devět se projevilo jako signifikantních (s korelačním koeficientem +895 u mužů a +898 u žen). Jde o tyto ukazatele: 1. měření pružnosti pokožky, 2. systolický krevní tlak, 3. vitální kapacita plic, 4. tlak sevřené ruky, 5. rychlost reakce na světlo, 6. vibrometrická zkoumání, 7. ostrost zraku, 8. audiometrická kontrola vnímání různě intenzivního zvuku a 9. stanovení hladiny cholesterolu v krvi. Abnormální hodnoty a úchyly se projevily častěji u pokusných osob od čtyřiceti let výše, dosti shodně u obou pohlaví. Nejlepším ukazatelem biologického stupně stárnutí se zdá být pružnost pokožky. Od věku pětatřiceti roků trvale stoupá hladina cholesterolu v krvi. Zaznamenány byly též vibrace a slábnutí sluchu. Údaje získané těmito metodami bude však nutno ještě srovnat s hodnotami „přirozené“ úmrtnosti. Konečnou otázkou je, zda jedinci biologicky mladší zemřou později než osoby, u nichž se zjistil vyšší stupeň biologického stárnutí.

Baterii Hollingsworthových testů doplnil o čtyři roky později Comfort. Mimo jiné též potvrdil, že ukazatelé stáří se začínají měnit a přeskupovat až po čtyřicítce⁸). Zásadní důležitost přikládá ještě těmto faktorům: 1. době hojení ran, 2. koeficientu RNK/DNK u lymfocytů, 3. množství lipofuscinu a kolagenu, 4. koncentraci kožního pigmentu, 5. obsahu vápníku v nehtech (který je srovnatelný s obsahem vápníku v aortě), 6. testům inteligence a paměti, 7. množství inaktivních enzymů a 8. lag-periodě aktivních enzymů. K některým z těchto pojmů a faktorů se vrátíme v příští kapitole.

Dobu hojení ran jako ukazatele stárnutí objevili již za první světové války lékař Carrel a matematik Du Noüy stanovením tzv. *cikatrizačního indexu* (cikatrizace = zajizvení rány). Při svém výzkumu disponovali jedinečně homogenním materiálem. Tvořili ho ranění vojáci, ošetřovaní ve stejných podmínkách frontové nemocnice. Du Noüy vyslovil formuli, která dovoluje vypočítat dobu, během níž se bude hojit určitá rána, známe-li věk raněného. Jinými slovy, cikatrizační index mění svou hodnotu podle toho, kolik je raněnému roků.

Na uvedené Du Noüyově křivce (obr. 1) je znázorněna procentní (relativní) rychlost hojení ran v závislosti na věku. Přitom se vzala za základ rychlost, s jakou se rána hojí dvacetiletému člověku (= 100 procent). Soubor zahrnoval osoby od deseti do šedesáti let věku. Čárkovaná část křivky značí, že křivka se v těchto místech neopírá o měřené hodnoty, ale je rekonstruována podle celkového průběhu⁹).

Zdravému dvacetiletému člověku se zahojí rána o rozsahu



Obr. 1 Křivka cikatrizačního indexu (podle Du Noüy)

10 cm² asi v deseti dnech, třicetiletému za třináct dnů, čtyřicetiletému za osmnáct dnů, padesátníkovi za pětadvacet dnů a šedesátiletý k tomu potřebuje již asi dvaatřicet dnů. Index zahrnuje obecné a průměrné hodnoty, z nichž samozřejmě existují výjimky, podle kterých můžeme usuzovat buď na předstih, nebo na opoždění biologického stárnutí proti kalendářnímu věku. (Jiný rozsah zranění u různě starých jedinců vyžaduje sice jinou dobu zhojení, ale křivka vykazuje vždy stejný průběh — čili všechny křivky jsou výrazem stejných hodnot.)

Jak vidno z Hollingsworthových a Comfortových testů, je dnešní stanovení biologického věku podstatně složitější a pracnější. Carrel a Du Noüy byli jen šťastnými průkopníky této myšlenky.

Pro budoucnost je přesné určení biologického věku nezbytné. Nezbytností též bude, aby se experimentální medicína a gerontologie intenzivně biologickým stárnutím zabývaly. Stále větší pozornost se musí věnovat především etiologii (příčinám vzniku) a patogenezi stárnutí, přesněji řečeno jeho degenerativním změnám. Jinak by i boj proti hlavním chorobám stáří, srdečně cévním poruchám, arterioskleróze, cukrovce, artritidám a zhoubným nádorům přinášel stále méně možností. Rozhodně by nepokročil tak, jak je žádoucí. Bude to úmorná

a zdlouhavá práce. Ale až se jednou na tomto poli dosáhne úspěchů, v což dnes už věří řada odborníků, značně se prodlouží mládí a střední věk.

Na základě „křivky délky života“, kterou pro budoucnost načrtl patolog Kalifornské univerzity Waldorf, bude posledních deset procent života i nadále patřit vysokému stáří, ale produktivní lidský věk se dále značně prodlouží¹⁰), což je ta nejcennější deviza. Přes 80 expertů, kteří se měli vyjádřit k budoucím trendům biologického výzkumu, shodně datovalo prodloužení mladické zdatnosti do roku 2000 a kontrolu stárnutí s prodloužením délky život o padesát let do počátků 3. tisíciletí n. l. (Jiní, méně skromní badatelé pomýšlejí na neomezené prodloužení věku. Jak ještě uvedeme, nejde ani tak o technickou proveditelnost těchto možností. Technika transplantací, regeneračního přenosu orgánů a náhrada mrtvých buněk nebudou třeba brzy již žádným problémem. Dovedeme si však představit *sociální* důsledky jejich realizace?)

Z futurologie se přenesme do současnosti. Zatím se právem upozorňuje, že dnes většina lidí biologicky začíná stárnout mnohem dříve než sociálně. Přičemž biologické stárnutí je ryze individuální, ale sociální status jedince je ohraničen a určen shodně pro všechny.

SOCIÁLNÍ STATUS A SUBJEKTIVNÍ POCIT

Pro člověka, který *ví*, není žádným překvapením ani stáří samo o sobě, ani to, co může poskytnout. To, že člověk „ví“ — to znamená, že si nezastírá, co je na jeho pokročilém věku bolestného či hrozného. V Athénách byl chrám, který byl zasvěcen stáří. Vodili tam děti.

Albert Camus: *Mýtus o Sisypovi*

U nás začíná stárnutí ve společenských poměrech pro muže teprve v pětadesáti a pro ženy v šedesáti letech. (*Teprve?* — Neměli bychom se v mnoha případech zeptat: *Už?*) Odchod do důchodu se řídí výhradně jen kalendářními lety. Prognosticky však vzato, budoucí důchody biologicky ještě mladých a produktivních pracovníků by byly hříchem na společnost a především by byly na škodu „postiženému“ jedinci. Z průzkumů stoletých víme, jak významnou roli pro dlouhověkost hraje pracovní činnost. Bez ní se tělo propadá jako

stavba bez základů, což může potvrdit každý, kdo musel strávit třeba jen týden v posteli. Chybou je pokládat stáří výlučně za období, v němž si člověk může odpočinout. Stáří k odpočinku — to je v nejlepším případě jen polovina pravdy. Přes veškerá omezení svých úloh na sociální scéně se mohou starší lidé takřkajíc „angažovat na dálku“, což jim prospívá jednak sociálně, jednak psychohygienicky. Životní plány by měly pokračovat, třebaže na jiné úrovni, ale možná v zesílené míře. Tajemství „umění stárnout“ (a zároveň i „umění nestárnout“) spočívá v tom, že si člověk najde ve společnosti místo, které mu dovoluje, aby stárnul a přitom byl na všem taktně a s přehledem účasten — pokud možno až do konce. Aby bylo stáří skutečně krásné, musí až do konce poskytovat vzruch.

Sociální obraz je v tomto směru ovšem spíše žalostný. Vinny jsou snad především instituce. Nabízí se tu mnoho příkladů ze světa práce a hospodářské organizace.

Na vedoucí místa v některých západních zemích se málokdy přijímají techničtí odborníci starší pětáctyřiceti let. V Japonsku se budoucí zaměstnanci v mnoha oborech musí předem zavázat, že v pětapadesáti letech odejdou dobrovolně do penze. Přitom se podle západních statistik většina těchto omezení neprojevuje jako oprávněná. V průmyslu a obchodu se dosahuje nejvyšší výkonnosti u řídicích pracovníků mezi padesáti a šedesáti lety věku. Ve strojírenském a elektrotechnickém průmyslu začíná u nich nejvyšší individuální produktivita klesat až po šedesátce, ve stavebnictví dokonce až po pětádesátce.

Již dříve se prokázal statisticky významný vliv různých zaměstnání na délku života i na zvýšení úmrtnosti. Stereotypní a jednostranný způsob práce je velmi nepříznivý. Dnešní rychlý rozvoj mechanizace a automatizace výroby by teoreticky mohl zkracovat život nebo přinejmenším zeslabovat pocit satisfakce z vykonaného díla, důležitý v každém věku a ve starším věku zejména. U starších pracujících navrhuje proto naše posudkové a sociální lékařství řadu potřebných opatření¹⁵): Vychází se z toho, že hlavním úkolem sociálního zákonodárství je udržet co nejdéle v pracovním poměru a zejména v dosavadním zaměstnání i pracovníky odcházející do důchodu. (Připomínají se tu zkušenosti ze Sovětského svazu. Po druhé světové válce by se tam těžko překonal nedostatek pracovních sil nebýt starých kvalifikovaných kádrů, jež byly schopny rozvíjet vědu a techniku a hlavně zaučovat mladé.) Pro starší lidi mají být individuálně vybírána odpovídající

pracoviště a únosné pracovní úkoly, což je v souladu s tzv. dynamickou expertizou. Lépe jsou na tom ti, kdož byli zvyklí na intelektuální práci. Je-li dobře organizována, mohou ji vykonávat beze zbytku i nadále. Prospěch přináší též doplňková rehabilitace správnou tělovýchovou. Starší lidé by se měli hodně pohybovat a pravidelně cvičit přiměřená cvičení. To je dejme tomu postulát. Jde o to, jak vypadá skutečnost.

Reálný optimismus vyplývá ze zprávy hlavní oborové komise pro gerontologii při českém ministerstvu zdravotnictví z r. 1976. Z výzkumu postojů mladší generace vůči generaci stárnoucí, zařazené ještě do pracovního procesu, se zjistilo, že stárnoucí pracovníci nejsou na pracovištích izolováni, ale naopak jsou relativně kladně hodnoceni, a to zvláště v oblasti kvalifikace. U nás jsou tedy pozitivní předpoklady pro jejich případné začleňování do pracovního procesu.

Jiná ilustrace pozitivních možností pokročilejšího věku vyplývá ze statistiky autonehod. Mladí řidiči od osmnácti do čtyřiceti způsobují mnohem více nehod než řidiči nad čtyřicet.

Proti tyranii kalendáře svědčí i *subjektivní* faktory. Nelze je samozřejmě přeceňovat, nicméně jejich projevy jsou v jistém směru poučné. Longitudinálním výzkumem 450 stoletých osob, jež byly sledovány během posledních dvaceti roků života, zjistila badatelka Birdová, že pro mnohé z nich „začal“ život až teprve po dosažení tohoto vysokého stáří. Ale v první fázi výzkumu, když bylo sledovaným kolem osmdesáti, prohlašovali, že život pro ně „začínal“ v šedesáti. Úžasně se adaptovali k novým věkovým podmínkám. Mnozí z nich měli dosud pevné plány do budoucna, projevovali zájem o veřejné věci, byl pro ně charakteristický životní optimismus i výrazný entuziasmus. Měli své záliby, smysl pro humor, dobrou chuť k jídlu a jevili silnou odolnost vůči námaze, chorobám a zraněním. Vcelku byli naprosto duševně zdraví a především u nich nebyly zjištěny žádné obavy ze smrti¹¹).

Mnoho starších lidí se na svůj věk subjektivně necítí. Na otázku, jak se v tomto smyslu samy hodnotí, kterou jsme položili 68 osobám obojího pohlaví ve věku od pětapadesáti do sedmdesáti let, odpověděla asi polovina v tom smyslu, že se cítí být „ve středním věku“, nebo dokonce že jsou „ještě mladí“. Dotaz adresovaný skupině 16 osob, jimž bylo přes osmdesát, byl však již zodpovězen realisticky — že se cítí „staří“, anebo v lepším případě že „již zestárly“. Výsledky tohoto malého průzkumu jsou pro některé naše aspekty dosti podstatné.

Stáří neznamená ukončení potřeby být užitečný společnosti a nepředstavuje ani konec produktivity či tvůrčích a organizačních schopností. Seznam osobností, jež v pokročilém věku přispěly svými díly k trvalým hodnotám lidské kultury, je rozsáhlý. Goethe dokončil druhý díl svého Fausta rok před smrtí, ve stáří dvaosmdesáti let. Rovněž Voltaire, Tolstoj, Komenský, Darwin a Kant byli až do vysokého věku schopni vynikajících intelektuálních výkonů. Neuvěřitelnou politickou a organizační aktivitu vyvíjejí do pozdního stáří mnozí politici a pro důkaz toho nemusíme chodit daleko do historie. Rovněž tak vědci jsou ve svém úsilí podobni nezmarům. Akademik I. P. Pavlov průkopnický experimentoval ve fyziologii vyšší nervové činnosti až do své smrti v sedmaosmdesáti letech. Znamý černošský učenec W. E. B. Du Bois odjel po své devadesátce do Afriky, aby o ní potom mohl napsat dvanáctisvazkovou encyklopedii. Historik Leopold Ranke dopsal své pětidílné Dějiny světa v pětaosmdesáti. Jiný proslulý vědec, biolog, geolog a antropolog Gustavus Eisen v devadesáti letech dokončil padesát rukopisných svazků o legendách o svatém grálu a opatřil pro ně tisíce akvarelových kreseb. La Fontaine dopsal svou nejúspěšnější knihu jako čtyřiasedmdesátiletý. Verdi zkomponoval ve čtyřiasedmdesáti Othella a v osmdesáti Falstaffa. Ve stavbě chrámu sv. Petra v Římě pokračoval Michelangelo Buonarroti ještě po osmdesáti letech svého rozervaného života (ačkoliv svou první sochu vytvořil již ve třinácti). Tizian namaloval Korunovací trnám v pětadevadesáti a slavnou Pietu v devětadevadesáti letech. Řepin vytvořil neméně slavný Portrét dámy, když už překročil osmdesátku. Nejznámější postava mezi naivními malířkami Grandma Moses se dostala k tvorbě až v pětasedmdesáti letech. Podobně někdejší prادلena a služebná zvaná Séraphine začala malovat svá bizarní zátiší s kyticemi z lastur a lidských srdcí až na sklonku svého života.

Ve výčtu těchto jmen je možné pokračovat podle kteréhokoliv naučného či kulturního slovníku. Nekonečné je pak množství mužů a žen, jež sice nedosáhli světového věhlasu, ale pracovali na svých úkolech a předsevzatých povinnostech se stejným úspěchem jako v mládí, třebaže jinými prostředky.

Můžeme si ovšem klást otázku, jak je možné, že velká díla lidské kultury vytvořili jedinci ve věku, kdy čas tak rychle ubíhá. Při pojednání o stárnutí musíme totiž brát v úvahu, že pro živé organismy se fyzikální čas s pokračujícím stářím zrychluje. Uvědomuje si to samozřejmě jedině člověk. Můžeme

těž zastávat stanovisko, že Bergsonův „vnitřní čas“ se vždy s přibývajícím věkem poněkud ochuzuje. To je filozofický pohled. Psychologický aspekt se vztahuje k involučnímu úbytku dynamogenie, duševní aktivity. Působí tu však i zákon biologický. Výše jsme hovořili o hojení ran v závislosti na věku. Něco podobného lze zjistit i pokud jde o růstovou energii: je tím menší, čím je organismus starší. U různě starého jedince je fyzikální čas naplněn různě intenzívní biologickou činností. Ale ani Bergsonův psychologický čas, ani Du Noüyova formule stárnutí neplatí obecně.

Tento druh času probíhá nepravidelně a u někoho se zastavuje, a to zejména — což pro nás zní optimisticky — právě ve středním věku! Biologicky se v tomto období tělo nalézá v jakési rovnováze: kalendářní roky míjejí a člověk poměrně dlouho zůstává stále týž. Semtam nějaká nová vráska nebo šedivějící skráně neznamenají zatím ještě nic...

Hezky o tom již před více než třiceti lety psal u nás Herčík⁹⁾. Uvádí též číselné vyjádření časové akcelerace u člověka na tabulce propočtené podle Du Noüyovy formule (tabulka 2).

Tabulka 2. *Relativní zrychlení fyzikálního času, je-li věk 10 roků brán jako základ*

Věk v letech od narození	Zrychlení nebo zpomalení	Poznámka
0,77	7	rok je 7× delší než pro 10leté dítě
1,03	6	
1,38	5	
1,92	4	
2,82	3	
4,62	2	
10,00	1	
20,77	1/2	rok je jen z poloviny tak dlouhý jako pro 10leté dítě
42,31	1/4	
53,08	1/5	
85,38	1/8	
106,92	1/10	

Pro dítě staré devět měsíců (tj. 0,77 roku) je rok sedmkrát delší než pro dítě desetileté a sedmdesátkrát delší než pro stoletého starce. Jinak řečeno, rok desetiletého dítěte je na-

plněn sedmkrát menším počtem fyziologických událostí než rok kojence a rok padesátníka je zas asi čtyřikrát chudší na biické děje než rok desetiletého školáka. Nejbohatšímu fyziologickému dění je vystaveno embryo. Zárodek starý šest minut by podle toho fyziologicky „žil“ miliónkrát intenzivněji než desetileté dítě! Je-li embryo staré devět hodin, za jednu fyzikální sekundu „prožije“ asi 10 000 fyziologických sekund. Pokud svůj čas měříme fyziologickými sekundami, dospějeme k absurdnímu závěru, že se náš hlavní život odehrál v mateřském lůně a že podstatou lidského věku (i věku jiných placentálních savců) je fetální období. Je to v souladu s biologickým růstem a evolucí. Nesprávnou extrapolací by však mohlo vzniknout domněnání, že v embryonálním stádiu je také nejbohatší dění promítnuto do našeho psychologického „vnitřního času“ — a to už si snad nemůže myslet nikdo jiný než ortodoxní psychoanalytici!

Čas se ovšem opravdu zrychluje. Ať už jde o dny, měsíce či léta, připadají starším lidem vždy kratší než dřív. Stárnutím běží „vnitřní hodiny“ rychleji. Ubývá zážitkové extenzity, ale proto se ještě nemusí snižovat intenzita prožitků! Právě naopak. Starší člověk prožívá svůj „vnitřní čas“ většinou koncentrovaněji, plněji, i s klidnější vyrovnaností.

MÍT CÍL!

Významným rysem produktivního věku není počet kalendářních roků, nýbrž tendence a schopnost *vyvíjet se dále jako osobnost*. To úzce souvisí s životním názorem, s celou škálou motivů a postojů i s hodnotovou orientací, které se sice mohou měnit (a také se mění), nikdy by však neměly poklesnout na úroveň rezignace nebo dokonce deprese. Psychiatři referují o depresích v seniu, někdy intenzivnějších a mučlivějších, než jsou deprese v dřívějších životních obdobích. Zato však autoakuzace (sebeobviňování) a negativní bilancování života se častěji shledávají v involuci ve středních letech věku¹²). Z toho vyplývají četná nebezpečí. Naopak prve jsme uvedli případ stoletých optimistů a entuziastů. Je to jistě exkluzivita, ale v každém ohledu příkladná.

Pokud se člověk do budoucna dívá bez cíle a rezignuje na možnost dalšího sociálně psychologického rozvoje, je to s ním subjektivně a nakonec i objektivně zlé. Začíná „komplexně stárnout“. Jestliže rozhodující faktory stárnutí nejsou určovány

jen hodinami a kalendářními lety, pak bez ohledu na chronologický věk všechno závisí na faktickém a komplexním stavu, v němž se jedinec nachází. Řekli jsme, že biologický stupeň stárnutí se začíná dnes intenzivně zkoumat. To je významný krok vpřed proti dřívější gnozeologické skepsi. Nutno ovšem přitom navíc přihlídnout i k dalším stránkám, nejen k biologii či klinice, ale i k psychologickému stavu a k sociálním podmínkám. Bez těchto kontextů neexistuje ani osobnost, ani její rozvoj.

Důležitá je psychofyzická harmonie, něco na způsob starořecké *kalokagatie*. Když už tak záhy, ve středním věku, přestaneme od našeho těla vyžadovat námahu, ocitneme se v hroživé formě, jaká se obvykle projevuje teprve ve stáří. Svaly atrofují, kosti se stávají porézními, snáze dochází k frakturám, autoregulace oběhu krve se snižuje. Srdce ztrácí ze své schopnosti vyrovnat se s náhlým napětím. Tkáně a orgány, jež absorbují životně důležité látky, při fyzické stimulaci pracují lépe. Aktivitou těla a pohybem se bráníme proti oběhovým poruchám, infarktu srdečního svalu a arterioskleróze. Jedna z rad interní medicíny zní: Kdo se chce chránit proti arterioskleróze, musí se aspoň jednou za den zapotit námahou! Kornatění cév je známo odedávna, civilizace pouze tuto chorobu podstatně rozšířila. Kdyby egyptští faraóni spolu s tisíci otroky stavěli své vlastní pyramidy, patrně by se dnes na jejich mumifikovaných orgánech nenacházely arteriosklerotické změny.

A jak vypadá skutečná situace dnes? Stejně žalostně jako širší sociální obraz. Technika změnila svět i domácnosti. Nepotřebujeme chodit pěšky do zaměstnání, všude jezdíme vozidly. Nepotřebujeme se starat o nošení uhlí, zatápění a vynášení popela. Již neběháme, ale jezdíme autem za roh, abychom si koupili noviny. Při řízení vozu, brzdění a otvírání okénka v autě není třeba žádné svalové síly. A přece jsme unavenější než naši otcové či spíše dědové, i když ti vykonávali různé tělesné práce, neměli tolik aut, zatápěli v kamnech dřívím, jež předtím naštipali, a uhlím, jež předtím nanosili, a chodili o víkendech po horách, zatímco my sedíme u televizoru nebo čteme noviny v lehátku v autokempinku.

Požadavky a cíle představují pro člověka přirozený komplex podnětů. Člověk zvítězil nad světem, protože byl připraven čelit různým požadavkům a dosáhnout pak cíle. Ukázal, že požadavkům i cílům vždy dorůstá. Když se však pro činnost, ať už fyzickou nebo duchovní, ztrácejí motivace a podněty

naplněné emocionálním nábojem, s nímž se bojuje o úspěch, z jedince se stane dlužník společnosti, nikoliv činný občan.

Někdejší *makrobiotika* shrnující poučky o dlouhém a zdravém životě měla pravdu, pokud varovala před rezignací a lenošením. Nejsilnějším faktorem proti předčasnému lidskému úpadku je cílevědomá aktivita fyzická i duševní, práce, zaměstnání, ale i hobby, činnost pro vlastní uspokojení, zájem o okolí. Je to druh léčby pro stárnoucí lidi trpící typickými emocionálními problémy. Pokud nejsou ambice a nepracuje se s účastí druhých vždy pro zítřek, začíná se žít včerejškem. Jedinou hradbou proti podobné regresi je činnost a aktivita.

Falešně se věří, že civilizace, v níž je všechno snadné, automaticky přeje též individuálnímu zdraví. Dokonce se soudí, že štěstí a zdraví je v obráceném poměru k intenzitě požadavků, jež vyzývají k činnosti. Jistěže některé situace „chtějí klid“, ale nutno upozornit na hrozivější nebezpečí pasivity a zápečnictví. Starší lidé by se měli naučit rozeznávat mezi stresem jako událostí mimořádnou a škodlivou zdraví, a „stressem“ jako neodmyslitelným podnětem pro uchování tělesných funkcí na výši jejich potenciálních schopností.

Chyba je, když lidé na svůj pokročilejší věk hledí očima a měřítky svého předchozího životního období. Pokus vzájemně srovnávat stáří a mládí a mezi oběma pak volit se nemůže nikdy vyplatit. Ve skutečnosti je to volba mezi stářím a smrtí. Každý jsme prožili své mládí a nyní už existuje jen stáří anebo nic. Srovnávali se mechanicky stáří a mládí, lidé se znepokojují. Za této situace jsou pak zvyklí brát v úvahu spíše *problémy* než *možnosti*. Není to správné a především ne zdravé. Je to proti mentální hygieně.

Léta zralosti jsou léty naplnění, jsou to léta vnitřních žní. Když se herec na scéně stává víc a více divákem, může být život přece jen vždy ještě zajímavý a zábavný! Učíme se měřit pokročilejší věk jeho vlastními měřítky a nikoliv měřítky mládí. To je nutný předpoklad. Další z toho vyplývá. Stárnout znamená totiž přijmout i výzvu k jinému způsobu života a stylu a také cestu k novým horizontům.

POKRYTECKÁ FILANTROPIE

Involuční proměny některých hodnot i potřeb jsou námětem dalších kapitol. Teď ještě znovu připomeňme „chyby okolností“. Pro společnost toužící po okamžité a zcela zjevné

produktivitě svých členů je stárnutí jakousi Achillovou patou. Prve jsme pro tyto nesnáze užili několika příkladů, kdy byla vina na straně institucí. Ve skutečnosti je tato vina obvykle oboustranná. Přinejmenším v některých odvětvích činnosti se lidé pokročilejšího věku *sami* pokládají za „opotřebované“ a „zbytečné“ a málokdo si dá práci jim oponovat, pokud jsou pesimisté a tvrdí, že už patří do starého železa. Dostatečně a důrazně se nikdy nepoukazuje na jejich možná méně zjevnou, nicméně stejně hodnotnou produktivitu jiného druhu, z oblasti zkušeností a syntézy, která je rovněž prospěšná a potřebná celku. Někdy nás k pohrdavým postojům vůči starším lidem zavádějí nepodložená, nezodpovědná a krátkozraká hesla, v nichž se preferuje mládí za každou cenu a uvádějí se tak do pohybu mechanismy jeho společenské facilitace, tj. výhody a usnadnění.

Další nesnáz tkví v tom, že staří přátelé zemřeli nebo deteriorovali a člověk v prokročilém věku prožívá odcizení současnosti. Mezi mladými a starými se v lecčems zdá být generační propast, ale styk s mladšími, třeba povrchní, přináší stárnoucímu člověku uspokojení a těžce tudíž nese jejich nezájem¹²).

V některých primitivních kulturách se staří lidé jako nepotřební násilně předurčovali a odsuzovali k smrti. Naše civilizace tak nečiní. Má se však opravdu čím chlubit? Zdůrazňuje humanitu, mluví o zabezpečení stáří. Je tomu vždycky tak? Mnohé symptomy dosud svědčí proti těmto proklamacím. Exemplárně to poznáme, až budeme mluvit o obecně rozšířeném mýtu asexuálního a bezpohlavního stáří.

Marxistická analýza společnosti odhalila škodlivost a pokrytectví filantropie v základních společenských (třídních) otázkách. Jedním z dalších výsledků pokrytecké filantropie jsou i nedostatečně vybavené a kasárensky vedené domovy pro přestárlé, někdejší starobince. Místo psychologicky správně orientovaných institucí, *v nichž by starý člověk „dále obohacoval nejen život o léta, ale i léta o život“* (WHO), připomínají tyto domovy skutečně jen skládku starého železa. Tyto a jiné sociální symptomy vedou pak zkušené a moudré lékaře k přesvědčení, že stáří je dnes opuštěnější než kdysi¹³). I kdybychom tu pominuli mravní pohnutky, k hledání lepších cest, jak zabezpečit staré lidi, vedou přinejmenším důvody sobecké, neboť — všichni jednou zestárneme!

NEJVĚTŠÍ NEPŘÍTEL

Člověk neumírá, protože se narodil, protože žil,
protože zestárnul. Umírá se na něco.

Simone de Beauvoir: *Velice lehká smrt*

Pohled na stárnutí negativně komplikuje nakonec i výskyt různých onemocnění pokročilejšího věku. Cicero prohlásil: „Senectus ipse morbus.“ Tento probabilismus je starý už více než dvě tisíciletí. Jak se však dívat na vztah stáří a nemocnosti dnes, v období rozvoje gerontologických zájmů? Lze snad stáří (či dokonce stárnutí) považovat za chorobu, protože kromě častých známek demence vykazuje i všechny příznaky „všeobecné dystrofie“, jak soudí Parhon? Či jak se domnívá Greppi je snad stáří chorobou proto, že se liší od normálního stavu a provázeno sníženou odolností ve finálním výsledku končí smrtí? (Co je však „normální stav“? Asi stav *ideální*, protože statistický průřez tuto normu nedělá. V Praze například žije v důchodovém věku celá čtvrtina obyvatel!)

Zřejmě i někteří zkušení gerontologové chápou zmíněný vztah ne-li jako identický, tak přinejmenším jako bezprostředně kauzální. Hlediska se tu ovšem různí. Přitom se zdají být den ze dne optimističtější. Odstraněním typických a častých chorob stáří se může oddálit smrt, i když lidský život se určitě do nekonečna neprodlouží. Horní limit životnosti, patrně zakódovaný v jádru buněk, se nedá překročit. Pro vědu však toto zjištění nepředstavuje žádný smír se smrtí, pokud smrt nastává (nebo může nastat) dříve, než je nezbytné. Možná tedy v tomto ohledu věřit spíše Balázsovi, který říká, že „stárnutí není chorobnou změnou, nýbrž normálním biologickým procesem, vlastním převážně většině druhů a jedinců“¹⁴). Odpovídalo by to současné tendenci a strategii boje proti biologickému stárnutí ve všeobecném smyslu.

Experimentální medicína ovšem potvrzuje, že starší jedinci jsou ke vzniku chorob citlivější a méně rezistentní. Stejně tak jsou méně odolní vůči nepříznivým vlivům prostředí (ať už vnějšího nebo vnitřního). V této souvislosti možno upozornit na zajímavý názor vědců z Harvardské university, kteří tvrdí, že nemoc končící smrtí není jen záležitostí medicíny, ale i věcí psychologie a sociologie. Weismann provedl v jednom geriatrickém ústavu studii tzv. psychologických pitev, jejichž výsledky ukázaly, že smrt může být do jisté míry následek silné emocionální nebo sociální krize. Může ji uspíšit rezignace

a odevzdání. U velmi starých lidí (stejně jako u zesláblých pacientů) nastává ovšem smrt častěji ztrátou možností dorozumět se s okolním světem, v důsledku sociální izolace, čili v situaci společenské „ulity“. A tato izolovanost starých lidí neexistuje pouze ve sféře psychické, ale setkáváme se i s izolovaností fyzickou, jak o tom svědčí příčiny nehod a mechanismy úrazů u starých osob: manipulace s vřelými tekutinami, vznícení oděvu od kamen či pád na kamna jsou nejčastější¹⁶).

Jak je tomu tedy s takzvanou *smrtí sešlostí věkem*? Vyskytuje se vůbec ještě? — Dnes už je velmi vzácná, anebo ještě spíše ji už nelze vůbec konstatovat. To byla diagnóza minulých dob, kdy se o typických chorobách stáří nebo o jeho degenerativních změnách vědělo jen málo nebo nic.

Nositel Nobelovy ceny za medicínu roku 1960, anglický zoolog Peter B. Medawar, se po léta marně pokoušel najít jedince, který by zemřel stářím. Jeho úsilí se nesešlo s úspěchem, stejně jako úsilí jiných vědců před ním. American Medical Association prohlásila, že až dosud nebyl nalezen nikdo, kdo by zemřel takzvanou přirozenou smrtí. To znamená, že se nenašel člověk, jehož tělo jednoduše zemřelo, protože bylo staré. Nejnovější poznatky zdůrazňují, že život nemusí ztrácet na rozmachu do vysokého stáří — až do věku, který se nyní dokonce bojíme odhadnout. Hlavní vinu na selhání, jež se donedávna přičítalo stáří, nesou vždy degenerativní choroby a onemocnění. Dnešní histologie, sekce a mikroskopická vyšetření post mortem ukazují, že úmrtí bez chorobných příčin nastává ve skutečnosti buď jen zřídka, anebo ještě spíše jsou tyto chorobné příčiny zatím neznámé.

Je pravda, že každý organismus nese stopy roků a znaky opotřebování. Nejdéle do třiceti let se uzavírá vývoj, evoluce. Potom nastupuje involuce. Tělo začíná ochabovat. Příroda tu kreslí Gaussovu křivku: síla svalů dvanáctiletého chlapce odpovídá svalové síle sedmdesátníka. Milióny našich tělesných buněk odumírají každou minutou. Stále méně buněk musí zmáhat funkce a práci těla. Výklad podstaty involučních procesů se očekává především od makromolekulární biologie, která se týká buněk. Snižuje se tvorba bílkovin neboli proteosyntéza, klesá aktivita enzymů a přibývá některých složek lipidů. Involuční změny však pozorujeme i v celých systémech, v systému imunitním, nervovém a endokrinním.

Zápas se smrtí se ovšem prohrává mnohdy dříve, než jsou involuční změny vůbec patrné. Ve středním věku se dnes umírá ve značné míře *předčasně* — na choroby, jež dříve zname-

naly výlučně jen hrozbu stáří. Některé tyto léze jsou dosud nesnadno léčitelné. Neznáme jejich původ. Mnoho z patogeneze se skrývá již v rodinných predispozicích, genetických faktorech a konstituci, ale jako příčiny tu prokazatelně působí i nepříznivé vlivy prostředí, duševní stress, civilizační noxy a chyby ve výživě.

Podle nedávných rešerší univerzity v Ohio (1979) se na laboratorních zvířatech prokázal velmi pozitivní vliv péče, něhy a lásky na relativně nízkou hladinu cholesterolu, který byl dosud převážně obviňován jako příčina arteriosklerózy. Vytvářet analogii mezi laboratorními zvířaty a klinickým stavem starších pacientů, jež jsou v nebezpečí kornatění cév, je samozřejmě značně zjednodušující a jako každý experiment toho druhu to vytváří jen modelovou situaci. Nicméně, pokud by analogie platila, znamenalo by to, že vysloveně kladné psychické stimuly, zmíněná péče, něha a láska, by de facto mohly ovlivňovat i ty biochemické procesy, jež blokují a tlumí cholesterolémií.

Je tedy hromadný výskyt arteriosklerózy po šedesátce (či oběhových poruch už ve věku středním) také důsledkem citové a psychické deprivace? Zaviňuje výskyt tohoto degenerativního onemocnění třeba jen sociálně psychologická izolace starších jedinců, dožívajících svůj život bez morální a emocionální opory bližních? Zatím je to ještě otázka. Zároveň však tvoří zajímavý podnět pro psychosomatickou (kortikoviscerální) medicínu. A určitě není neproduktivní se jím zabývat. Jestliže by odpověď zněla kladně, byly by zřejmé důvody, aby se změnila i tato antihumánní situace — ve prospěch lidí, kteří ve starším věku (zejména vdovci a vdovy) potřebují společenskou oporu a psychické a citové porozumění, a to především od mladších spoluobčanů.

Nový poznatek vědců z univerzity v Ohio by kromě toho asi poněkud setřel závažnost, jež se dosud v prevenci arteriosklerózy přikládala výhradně životnímu režimu a výživě, nadměrnému požívání živočišných tuků, vajec apod. Další otázka: Hraje snad v tomto úkazu nějakou úlohu endokrinní složka? Původ projevu z okruhu psychosomatické závislosti si zatím nedovedeme vysvětlit. Je však docela možné, že se výklad řečeného efektu řídí odkazem na hormonální funkce, resp. na jejich spouštěče.

Za posledních padesát let zvládli lékaři metlu infekčních onemocnění, ale zde především běží o choroby cév a srdce, dále o ischemické poruchy a zhoubné nádory. Podaří-li se

v budoucnu spolehlivě předcházet degenerativním změnám a léčit například infarkt myokardu, kornatění cév, hypertenzi a rakovinu, brzy dosáhne pravděpodobná délka života sta let. Doufejme, že by to mohlo přinést biický prospěch již generaci narozené koncem padesátých a začátkem šedesátých let tohoto století.

Nedostatek sociálního blaha i snížení rezistence vůči chorobám a poraněním vede pak starší lidi k poznání snad vůbec nejhoršího nepřítele, kterého zažívají ve svém vlastním nitru.

Největším nepřítelem stárnutí jsou totiž *obavy před stárnutím*. Z involuce činí v mnoha případech trvalou frustrační situaci. To je osudová zábrana v aktivitě a produktivitě starších lidí, ale i jedinců středního věku. Stárnout není tragické. Tragičtější je vědomí, že stárneme. Jak uvedeme později, v involuci se tato frustrace projevuje rovněž jako předsudečná a zbytečná, ale dosti častá psychogenní zábrana pohlavní aktivity a sexuálních projevů.

Literatura

- 1) *Kon I. S.*: Sociologie osobnosti. Čes. př. Praha, Orbis, 1971, s. 22.
- 2) *Caldwell D. O.*: When Does Sex Life End? *Sexology* 25 : 250—253, 1958.
- 3) *Hrůza Z.*: Věda o stárnutí. Praha, Akademia, 1966, s. 26.
- 4) *Bogomolec A. A.*: Prodloužení života. Čes. př. Praha, 1949, s. 77.
- 5) *Benjamin H.*: Outline of a Method to Estimate the Biological Age with Special Reference to the Role of the Sexual Functions. *Internat. J. Sex* 3 : 34—37, 1949.
- 6) *Rubin I.*: Sex nach Sechzig. Něm. př. Hamburg, Hoffmann und Campe Verl., 1968, s. 25.
- 7) *Jalavista* cit. dle: *Balázs A.*: Jak život prodloužit. Čes. př. Praha, Orbis, 1973, s. 187.
- 8) *Comfort A.*: Theories of Aging. Prot. 8th Int. Congr. Geront. 1 : 3—6, 1969 (Washington).
- 9) *Herčík F.*: Život na ruby. Praha, Nová osvěta, 1948, s. 18, s. 26.
- 10) *Waldorf R. L.*: The Immunologic Theory of Ageing. Kopenhagen, 1969.
- 11) *Birdová* cit. dle: *Gumbert M.*: You Are Younger than You Think. New York, 1944, s. 129—130.
- 12) *Vondráček V.*: Úvahy psychologicko-psychiatrické. Praha, Avicenum, 1975, s. 142, s. 140.
- 13) *Charvát J.*: Člověk a jeho svět. Praha, Avicenum, 1974, s. 135.

- 14) *Balázs A.*: op. cit., s. 162.
- 15) *Bláha F.*: Heslo Stárnutí. V: Lékařské repetitorium. Praha, SZdN, 1967, s. 208.
- 16) *Königová R.*: Etické problémy při léčení těžkých popálenin. Čas. lék. čes. 114 (27) : 823—826, 1975.

2. kapitola

ELIXÍR MLÁDÍ — KLÍČ JE V BUŇCE — OMLAZENÍ Z AMPULÍ
— BUNĚČNÁ SMRT — KONCEPCE OPOTŘEBOVÁNÍ —
CEFALIZAČNÍ INDEX — ZMĚNY V ENDOKRINIU
— POTENCE Z NOVÝCH GONÁD —
DOPAMINERGNÍ SYSTÉM — HORMON SMRTI

Člověk v involuci stárne. Ostatně stárne již od narození a rozhodně od ukončení pohlavního zrání a diferenciacce, ačkoliv není ještě starý. Během ontogeneze ubývá velmi rychle jeho obecných schopností růstu. Nejrychleji roste embryo. Počáteční vaječná buňka váží šest tisícín miligramu, novorozenec váží v průměru tři a půl kilogramu. To znamená, že se jeho hmotnost za pouhých devět měsíců nitroděložního života zvětší asi šestsetmilionkrát. Dospělý člověk váží v průměru sedmdesát kilogramů. Od narození tedy zvýší svou hmotnost během dvaceti let života ani ne dvacetkrát.

Involuce v biologickém smyslu znamená jednak zakrňování nějakého orgánů (opak evoluce), jednak — a to je v našem případě podstatné — soubor markantnějších příznaků stárnutí. Podle všech zkušeností jde o ireverzibilní, nezvratný a jednosměrný proces.

Stáří pak podle Bürgera představuje *biomorfózu*¹⁾. Teorie biomorfózy je jednou z nejvelkolepejších koncepcí jednotného vývoje individua od narození k smrti. V organismu se prosazují změny tvarové skladby působením různých vlivů. Vidíme to již v poměru anabolických a katabolických procesů, v tvorbě či v odbourávání bílkovin ve tkáních. Má se za to, že anabolické procesy pozitivně působí v prvních deseti letech života, před třicátým rokem je dosaženo rovnováhy a poté až k životnímu konci ustupují procesům katabolickým. U některých jedinců úbytek postupuje pomalu, u jiných rychleji.

ELIXÍR MLÁDÍ

Když Médeia viděla, že odvar z bylin a kořínků nabyl již čarovné moci, prořízla starému Aisónovi hrdlo a vypustila jeho starou krev. Širokou ranou mu pak vlila do žil čarovnou tekutinu. ... Aisón se probudil a cítil se opět mladým, silným a zdravým.

Staré řecké báje

Cíl zastavit involuční procesy a oddálit jejich nezvratnost spojuje medicína s regenerační či revitalizační terapií, o níž se systematicky pokouší již nejméně padesát let. (Počítáme-li Hunterovy a Bertholdovy pokusy s transplantacemi zárodečných žláz u zvířat, trvá tato snaha již od konce osmnáctého a od poloviny devatenáctého století.) Regenerace se stále víceméně odehrává na úrovni experimentu. Doba pro elixír mládí zřejmě ještě nedozrála.

Dozraje však vůbec někdy? Nezdá se, že by slovo omlazení, jež tak fascinuje starší generaci, bylo v lékařském kontextu vhodným pojmem. Není exaktní a vedlo vždy jen ke zbytečným nadějím nebo bylo zneužito šarlatány. Někteří z nich se sice stali nesmrtelnými, ale jen díky své šarlatánské pověsti — jako například Alessandro Cagliostro. Zemřel ve dvaapadesáti letech, takže vzhledem k úmrtí v tomto poměrně zachovalém věku nelze říci, že by měl být zrovna vděčen svému čarovnému nápoji z kopru a z koření. Svým „elixírem života“ nezabránil své smrti v padesáti letech ani slavný Paracelsus.

Zůstaňme však u nás, v domácím prostředí. Mnoho příkladů takového šarlatánství se totiž objevovalo v Praze, a to na dvoře podivínského a vrtošivého císaře Rudolfa II. za jeho vlády v letech 1576—1612. Jak známo, Rudolf si potrpěl nejen na hromadění všelijakých kuriozit a monstrozit pro svou „Kunst-kammer Europas“, ale byl mecenášem mnoha bizarních umělců, především legendárního Giuseppa Arcimbolda, a vydržoval si též armádu alchymistů, destilátorů a „zázračných lékařů“, kteří mu slibovali prostředek k prodloužení života. Působila zde dvojice anglických mágů, John Dee a Edward Kelley, dále Polák Sendivogius, své pokusy tu konal Ital Geronimo Scotta i záhadný Alexandr Seton a také Hieronymus Makropulos. Pro Rudolfa připravoval „medikament“, který mu měl zachovat mládí do tří set let života.

Vladařem zprvu hýčkaní šarlatáni upadli dříve či později v nemilost a po svých neúspěšných pokusech skončili většinou v žaláři či na popravišti.

Jméno Makropulos inspirovalo ke známému dramatu Karla Čapka. Jeho hrdinkou je dlouhověká, ale mladá alchymistova dcera Ellina, ve své neustálé mladosti nešťastná, znuděná, přesycená a vnitřně prázdná. (Zaklínadlo nesmrtelnosti, jež hrdinka nosí na prsou, připomíná další z magických předmětů pražské rudolfinské mytologie — golemův šém.) Čapek uzavírá, že příliš dlouhý život plodí nudu a omrzelost — a jako kdyby tím předjal současné gerontologické úvahy o *optimálním* trvání života, o optimálním věku, což není totéž co jeho maximální délka. Ale k limitům života se ještě vrátíme. Moudře je glosoval Leoš Janáček, autor opery komponované na Čapkovo drama: „Je to hrozná věc, pocit, že by člověk neměl nikdy skončit. Čisté neštěstí. Nechtít nic, nečekat nic.“ Plně a důstojně prožitý život přivedl oba autory k pochopení smrti: v přirozeném dilematu lidského vývoje, jež trýzní náš svět, je smrt nutná, neboť život je krásný!

Člověk však nějaký elixír mládí a života hledal snad odjakživa. Pro několik let mládí prodal Faust svou duši ďáblu. V minulosti se setkáváme s různými zázračnými zdroji omlazování nejprve vítanými s nadšením, brzy však zase zapomenutými. Braly na sebe nejrafinovanější i nejrealističtější podobu — od čarovných nápojů, lektvarů a rituů až k pouštění žilou, transfúzím krve a transplantacím orgánů. Staroindická Sušruta Samhita informuje, že se starcům k jídlu nabízela varlata tygrů. Doporučovala se zejména pro léčbu impotence, stejně jako varlata krokodýlů. Šamani požívali varlata obět-ních zvířat, aby získali novou sílu. Ještě dva a půl tisíce let poté, kdy byla staroindická příručka lékařství napsána, se všívala do těla stárnoucím mužům varlata antropoidních opic s jednoduchým účelem omlazení. Dělo se tak v tomto století v Paříži a byla z toho svého času velká senzace.

Všimněme si řeckého mýtu o Médeie. Je to snad první dochovaná zpráva o omlazení. Médein experiment vrátil prý králi zdraví a mládí; v mytologii se však dějí mnohé zázračné věci, aniž bychom se nad nimi pozastavovali.

V dávnověku se také věřilo na omlazující účinek dechu mladých děvčat. Staří ho vdechovali z úst do úst jako při základní resuscitaci. Ucházel se o to například izraelský král David, ale bez úspěchu, a proto se vzdal trůnu ve prospěch svého

syna Šalamouna. Resuscitačního efektu se měl však dočkat jeden starý Říman a k údivu lékařů se prý dožil celkového věku 115 roků a 5 dnů! Dnes si dovedeme spíš představit, že to příjemci přinášelo asi jiné radosti, nikoliv však dlouhověkost.

Fascinovala též krev mladých lidí. Syřané a Hebrejci se v ní koupali a pili ji. Římané srkali v Colosseu čerstvě prolitou krev gladiátorů. Mnohem později papež Inocenc VIII. dostal transfúzi krve od tří mladých mužů — protože však ještě nebyly známy krevní skupiny, skončila transfúze smrtí a nikoliv omlazením.

Doslova vzato, omlazení znamená návrat ze stáří k mládí, od sedmdesátky ke třicítce. Toto věčné téma makrobiotiky je však proti přírodním zákonům. Má vůbec tedy smysl mluvit o omlazení? Nebyly by korektnější jiné výrazy? Vžilo se mluvit o *reaktivizaci*, *regeneraci* nebo *revitalizaci*, jejichž účelem je probouzet a posilovat jisté životně důležité funkce a zvýšit výkonnostní nivó. Někteří lékaři věčně hovoří o gerontoterapii; ta se však týká spíše skutečných gerontů, navíc postižených nemocemi stáří.

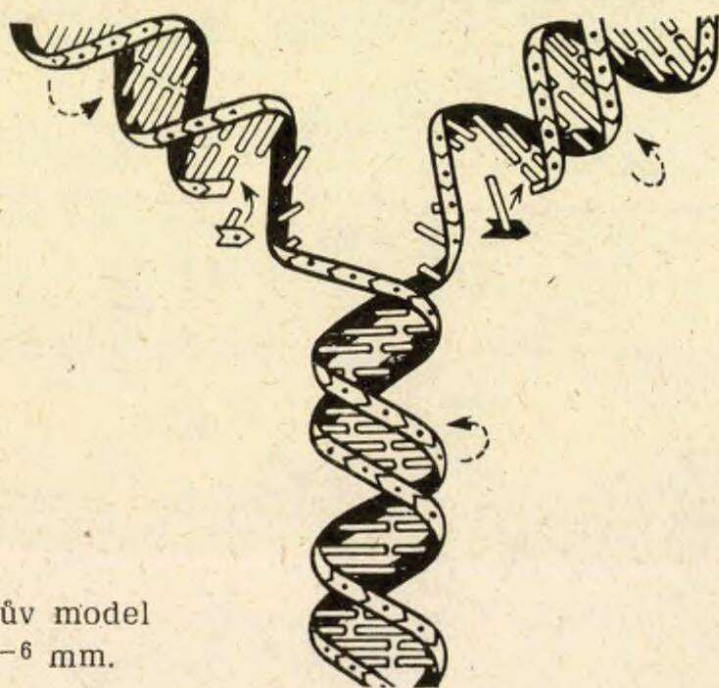
Strategie současné gerontologie je však zřejmě správná. Předně nutno omezit a vymýtit typické choroby, na něž se umírá předčasně. Dále je třeba zkoumat mechanismy přirozeného i patologického stárnutí ve spojitosti s poruchami v genetickém aparátu nebo se změnami regulačních formací včetně CNS, jež v těle řídí biologické procesy. V podstatě jde o tendence nejen vyřadit příčiny smrti, nýbrž i podpořit a zachovat biologické síly a vitální funkce člověka. Druhá tendence je smyslem regenerační terapie. Ta začíná již u buňky.

KLÍČ JE V BUŇCE

Centrální řízení procesu stárnutí třeba hledat v genetickém aparátu nejméně padesáti biliónů tělesných buněk, přesněji řečeno v nukleových kyselinách. Pokud jde o deoxyribonukleovou kyselinu (DNK), vyskytuje se v buněčném jádru, a pokud jde o ribonukleovou kyselinu (RNK), vyskytuje se jak v jádru, tak i v cytoplasmě. Obě kyseliny zajišťují uchování, přepis, překlad a zapojení genetické informace.

Klíčem k dědičnosti i základem života je DNK (obr. 2). Výčet plánů, jež jsou archivovány v její struktuře, by zabral

stovky lexikonových svazků. Kombinace a sekvence čtyř písmen jejího „textu“ (tj. sekvence nukleotidů) na nesčetných příčlích dvojláknité šroubovice, stáčejí se jako provazový žebřík, obsahují genetický kód pro recept k tvorbě bílkovin, k proteosyntéze. Z jaderné DNK se genetická informace dostává přepisem na RNK do cytoplazmy, kde se sestavují proteinové řetězce, což je již úvod k proteosyntéze a příkaz k životu. Co když však jsou v makromolekulách DNK obsaženy i příkazy k anomálnímu vývoji či k zpětnému involučnímu pochodu, kdy se regulace buněk zastavuje? Víme, že tu může docházet k nepříznivým mutacím. Nebo se snad chyba objevuje až v „genetickém telefonu“ mezi DNK a RNK?



Obr. 2. Watsonův a Crickův model DNK. 1 perioda = $3,4 \times 10^{-6}$ mm.

Pokud by revitalizační terapie měla uspět, musela by vadný text v DNK biologicky korigovat. Je možné, že v jaderné DNK je už zašifrován i příkaz, aby se do staré ochablé buněčné struktury vždy absorbovaly zdravé energetické posily, jakmile jí jsou nějakou schůdnou cestou nabídnuty. Fakt je, že proteosyntéza potřebuje volnou chemickou energii. Přestane-li ji mít k dispozici, nebo pokud se v energetickém buněčném metabolismu hromadí omýly, buňka odumírá. Ve starých buňkách by se však transplantací čerstvých buněk podpořil metabolismus, umožnilo by se jím další dělení a pak i regenerace s následnou produkcí důležitých hormonů a enzymů. V protikladu k metodám, jež léčí jen symptomy, by to byla ideální léčba pravděpodobných biologických příčin stárnutí.

OMLAZENÍ Z AMPULÍ

Není všechno ovšem tak jednoduché. Niehans, který je znám svou *celulární terapií* na podkladě transplantace embryonálních tkání, se například mýlil již v základních možnostech této techniky²⁾. Jeho formule byla jasná: embryonální srdeční tkáň proti chorobám srdce, tkáň z varlat proti impotenci (!), jaterní parenchym při jaterních obtížích atd. Pacientům s ledvinným onemocněním se injikovaly buňky z ledviny zvířecího embrya (vepře, ovce, hovězího skotu) a při onemocnění rozsáhlejším, zasahujícím více orgánů, se vstříkl buněčný koktejl ze všech embryonálních tkání, jež odpovídaly postiženým orgánům.

Metodu přejali lékaři v Evropě i v Japonsku, propagoval ji tisk a stala se světoznámou, přestože vycházela z chybných premis. Je prozatím nemožné, aby transplantované buňky žily dál v jiném organismu a krevním oběhem se mohly dostat do postižených orgánů. V krvi je totiž pohlcují fagocyty. Efekt Niehansovy revitalizace nutno spíše přičíst pacientově autosugesci. Kritika ze strany American Medical Association upozornila též na nebezpečí v imunologickém směru. Bez speciální imunoprese, tedy bez přídatných prostředků k podpoře odolnosti, jež zatím nejsou známy, skrývá v sobě Niehansova metoda zřejmá rizika včetně možných následků zhoubného bujení.

Přesto po třiceti letech své praxe Niehans sdělil, že od r. 1931 dal svým pacientům více než 12 000 injekcí. Jeho revitalizační léčbě se podrobilo přes dva tisíce starších osob, mezi nimi i papež Pius XII. a Konrád Adenauer.

V involuci dochází ke změnám, jež ruší funkční či morfologickou organizaci živé hmoty. Dalším cytologickým zákonem stárnutí je, že se počet buněk s věkem zmenšuje. Místo funkčně schopných buněk se objevuje vazivo, *kolagen*. Tvorbou kolagenu se snižuje funkční schopnost všech orgánů jednotlivě i organismu jako celku. Kolagen s přibývajícím věkem tuhne a sklerotizuje, takže se stává bezcenným pojivem. To je Bogomolcova teorie stárnutí³⁾.

Za druhé světové války se Bogomolec věnoval regenerační terapii injekcemi specifického antiretikulárního séra, jež nazval *serum antireticulare cytotoxicum* (SAC). Myšlenka pocházela od jeho slavného předchůdce, ředitele Pasteurova ústavu v Paříži, Mečnikova, který se jako první vyslovil pro stimulační účinek fagocytů, tvořených v síťové tkáni retikuloendo-

telového systému (RES). Na tomto principu bylo sérum získáváno především ze sleziny a kostní dřeně mladých zdravých osob, jež těsně předtím zemřely. V koncentrované formě má SAC toxický účinek na buňky, je-li však rozředěno ve fyziologickém roztoku, jeho působení je pozitivní. (To není nic překvapujícího. Homeopatie spočívá na stejné zásadě: Co ve velkém množství škodí, to v malém léčí.) SAC mělo rozluštit tajemství dlouhověkosti i regeneračních a revitalizačních možností, při jeho pozdějším laboratorním testování a klinickém ověřování se však v tomto směru nezjistil žádný účinek. Nejvýš se konstatuje jistý efekt při hojení ran a zlomenin, což je málo, uvážíme-li pokroky v dnešní traumatologii. Objevitel séra žil „jenom“ do pětadesáti let — a pokud si sérum injikoval sám, asi na něj nezapůsobilo.

Též jenom teoretická cena se přisuzuje injekcím novokainu čili *prokainu* (H3) podle Aslanové. Když se s ním před více než dvaceti lety začalo nejprve jako s lékem proti revmatismu, hovořilo se zároveň o příznivém ovlivnění svalového tonu, všeobecné vitality a paměťových funkcí.

Prokain zabíral v tomto směru u značně starých pacientů, ale nakonec se potvrdilo, že v experimentální terapii nelze dojít k směrodatným závěrům, pokud se nepoužije dvojité slepých (kontrolovaných) testů. Při nich se kontrolní skupině pacientů podává tzv. placebo, což je prostředek, který navenek vypadá jako zkoušený lék, ale žádný léčebný účinek nemá. Aslanová placebo nepoužívala. Otázka je, nakolik v její léčbě zapůsobil prokain a nakolik pacientova autosugesce. Není vyloučeno, že prokain má příznivé neurotrofní účinky, pochybuje se však o účincích v širším smyslu regeneračních. Diskuse též vyústila v konstatování, že prokainová léčba ovlivňuje spíše psychologické než fyziologické funkce. Po této kúře staří lidé zlepšují svůj výkon v psychologických testech.

Aslanová byla sice v titulcích novin senzačně představována jako „doktor Faust v sukních“, takové nadsázky však vyvolávají vždy jen bumerangový efekt. V třicátých letech to byl i osud hormonů, když například chvalo zpěvy Paula de Kruifa příliš vysoko pozvedly naděje hormonální léčby. V oblasti regeneračních pokusů došlo k určitému vystřízlivění i v případě prokainu.

Stárnutí bílkovinných (proteinových) makromolekul vede k jejich zpevnění a ztužení. Aminokyseliny jako základní stavební jednotky bílkovin se v nich vzájemně svazují a potlačují možnost prostupnosti, prolínání a obměny látek. To je základem teorie o *hysterezi koloidů*. Obecně se v biologii hysterezí rozumí zhušťování protoplazmy jako projev stárnutí. Svou zvláštní teorii o tom už více než před půlstoletím vyslovil český biolog Růžička⁴). Předpokládal, že některé přeměny látek urychlují v bílkovinách hysteretické změny. Ty pak vedou k ukládání vaziva a odpadových látek, k degenerativním změnám v buňkách, k zpomalení obnovy tkání i k zpomalení tvorby bílkovin. Především se tak děje v bílkovinách vaziva, tedy v kolagenu, jehož sklerotizace je vhodným modelem pro Růžičkovu teorii. Kolagen je skleroprotein, který se hydrolyzuje na kliš. Rozmach kolagenu vede k „hladovění buněk“. Kdyby se našla látka, která by kolagen v jistých místech těla znovu rozpouštěla a změkčovala, znamenalo by to obrovský pokrok v nápravě stárnutí.

Otázkou je, zda se hystereze kolagenu dá aplikovat na jiné bílkovinné makromolekuly, např. ve svalech. Nebo platí-li rovněž pro nukleové kyseliny. Kdyby DNK a RNK stárly stejným způsobem, ve starých organismech by tvorba bílkovin byla vždy defektní a mohly by se tím vysvětlovat veškeré involuční změny. Otázka však zůstává nadále otevřená. Na pokusech s implantací polystyrénových houbiček u různě starých zvířat se například prokázalo, že nové vazivo vzniká u mladých stejně jako u starých jedinců⁵). Podle toho by v těle měly stárnout již jednou vytvořené bílkoviny, nikoliv však nukleoproteinová matrice.

I když se bílkovina vytvoří zcela nově, ve starém organismu stárne rychleji než v mladém, zřejmě vinou vnitřního prostředí včetně krevní plazmy. Mimo jiné se tu brzdí i buněčné dělení čili mitóza, jež je pro makromolekulární biologii citlivým seismografem stárnutí. Všechny buňky však nereagují stejně. Některé se množí ještě v pokročilejším věku a jiné, vysoce specializované buňky, se přestávají dělit už v dětství. Stárnutím množství buněk odumírá.

Velmi pravděpodobnou domněnku o příčinách odumírání buněk vyslovil Bjorksten. Makromolekuly ve formě dlouhých řetězců, jež jsou nositelem nejdůležitějších funkcí v buňce, se doslova začnou sbalovat. Přidatné molekuly či zlomky molekul

se potom náhodně oběma svými konci připojují k různým místům sbaleného řetězce a mohou tak vytvořit můstky, které nakrátko svazují dvě místa řetězce dohromady. Tímto svazováním se koncepce podobá Růžičkově hysterezi. Na solidní základ je teorie *buněčné smrti* postavena výzkumy Shockovými, který v baltimorské nemocnici dlouhodobě (již od roku 1958) studuje několik set pokusných osob⁶). Letos bude projekt uzavřen, ale již dříve se prokázaly výsledky podporující uvedené hypotézy.

KONCEPCE OPOTŘEBOVÁNÍ

Jestliže část buněk vzniká a u další části se snižuje prostupnost pro živiny, dochází k opotřebování jednotlivých ústrojí i organismu jako celku. Na první pohled to vypadá, že přestanou pracovat orgány, příčina je však de facto hlubší. Lecos naznačuje, že v jádru buněk je zašifrován horní limit životnosti celého organismu⁷). Z jádra se patrně ovlivňují poruchy metabolismu, krize mitózy, opotřebování orgánů a též asi imunitní odchylky.

S přibývajícím věkem vážne i funkce enzymů, jež jako bílkovinné katalyzátory za normálních okolností tvorbu bílkovin urychlují. Prodloužení života pokusných zvířat po experimentálním podávání aminokyseliny obsahující síru známé jako *cystein* by se podle Oeriu dalo vysvětlit jako zlepšení ve složení bílkovin a zároveň jako zlepšení v činnosti enzymů. Ale mnoho o této věci ještě nevíme. Dosud například nejsou prokázány změny aminokyselinového složení bílkovin v souvislosti s vyšším věkem.

Víme ovšem, že proteiny jsou někdy v těle nahrazovány tukem. Vytvářejí se tukové vakuoly. Ukládání tuku na stěny cév podporuje arteriosklerózu, častou nemoc stáří. Na buněčné membráně se hromadí vápenaté soli. U starých lidí nacházíme osteoporózu, řídnutí a dekalifikaci kostí. Kostí ztrácejí vápník a ten zčásti odchází s močí, zčásti se ukládá do měkkých tkání, do vaziva a buněčných membrán. Tento proces činnost buněk zhoršuje. Vápník se usazuje i na stěnách cévních, které ztuhuje, takže zároveň snižuje či omezuje jejich funkci. Rovněž tím klade odpor srdci, které je nuceno k zvýšené aktivitě.

To jsou však spíše následky, nikoliv příčiny stárnutí, což platí rovněž o postižení cév a především kapilár. Prostupnost těchto vlásečnicových tenkostěnných spojek mezi tepenným

a žilním koncem cévy se věkem nesporně zhoršuje. V některých orgánech kapilár ubývá. To však pro stárnutí není patrně primárně rozhodující faktor. Jak si jinak vysvětlit, že stárnou i organismy fylogeneticky nižší, jež ještě nemají cévní systém?

Pro buňky jistě existuje i riziko radioaktivního záření. Na tomto základě byla vytvořena teorie *somatických mutací*. Organismus podle ní stárne, poněvadž je vystaven paprskům ze zdrojů přirozené radioaktivity. Účinky ozáření se dávají do souvislosti i s „buněčnou smrtí“ podle zmíněné Bjorkstenovy a Shockovy koncepce. Vlivem radioaktivity se svázání proteinových řetězců prohlubuje a urychluje. V bílkovinných makromolekulách se nejen zkracují, nýbrž i „slepují“ a v buňkách se objevují nerozpustné produkty. Nositele nejdůležitějších funkcí buňky jsou slepovány tímto pigmentem stáří. Ještě ničivější vliv než přirozené radioaktivní zdroje mají rtg paprsky a radioizotopy. Je-li buňka atakována zářením, škodí to i jejím chromozómům, nositelům dědičnosti. Buď je poškození tak značné, že buňka „slepením“ řetězců zanikne úplně, nebo se při menším narušení sice rozdělí, ale nově vzniklé dceřiné buňky už nejsou schopny funkce; jsou defektní a bezcenné.

Involuční biologické změny se hlédají i v *autointoxikaci* způsobené lipofuscinem. S postupujícím věkem se tento pigment stáří ukládá nejen v srdci, ale i v mozku a v játrech; tento proces začíná snad již kolem dvaceti roků věku. Mečnikov v minulém století vysvětloval stárnutí působením toxických bakterií v tlustém střevě. Navrhl proti němu jednoduchou regenerační dietu: jíst hodně bulharského jogurtu, kde se vyskytuje mikroorganismus známý jako *Lactobacillus bulgaricus*. Ve střevě působí velmi zdravě. Méně přijatelně vyzněl druhý Mečnikovův návrh, aby se tlusté střevo z těla jednoduše vyoperovalo.

Co když však příčinou stárnutí (a posléze i smrti) je opotřebování a selhání některých jednotlivých, ale důležitých orgánů nebo dokonce celých systémů? Opotřebováním chitinu hynou některé druhy hmyzu. Již v sedmnáctém století zjistil sir Francis Bacon, že nejvýraznější změnou provázející stárnutí je atrofie, chřadnutí. Trpí jím prý hlavně mozek, játra a žlázy. Na jeho dobu šlo o pronikavý postřeh. Hmotnost mozku se snižuje z průměru 1370 gramů ve třiceti letech na 1060 gramů v devadesáti letech. Normální hmotnost jater dospělého člověka činí 1500 gramů, ale ve věku osmdesáti roků klesá na 950 gramů.

O inkrečních žlázách brzy promluvíme. Stejně tak o některých funkcích mozku, hlavně ve spojitosti s biochemickými defekty v nižších etážích. U fylogeneticky vyspělejších druhů, tj. kromě člověka i u všech savců, se stárnutím radikálně mění i endokrinní systém a koncentrace sexuálních hormonů. Primárně je to vše řízeno ze specifických mozkových útvarů.

CEFALIZAČNÍ INDEX

Dlouhověkost zvířat se některým autorům zdá přímo úměrnou hmotnosti jejich mozku. Zvířata s větším mozkiem vzhledem k váze svého těla údajně žijí déle. Termín pro tento vztah zní *cefalizační index* nebo *cefalizační koeficient*. Dokonce se chápe i jako příčina relativní dlouhověkosti člověka. Protože druh Homo má vzhledem ke své tělesné váze ze všech tvorů nejtěžší mozek a kromě toho též optimální inteligenci, je prý tedy schopen přežít do věku, kterého ostatní species nedosahují.

Faktem je, že domestikovaná zvířata i zvěř chovaná v zajetí se dožívají zpravidla vyššího věku než příslušníci stejného druhu žijící volně v přírodě. To ovšem nemůže být žádný argument ani pro přirozený věk, ani pro dlouhověkost! Spíše to upozorňuje na předčasnost uhynutí v důsledku vzájemného mezidruhového soupeření a boje s přírodou. Rezonuje tu klasické darwinovské pojetí přirozeného výběru.

Právě tak nelze cefalizační index aplikovat na člověka jako jedince, nanejvýš na člověka jako druh. Zastánci cefalizačního indexu uvádějí jako příklad Turgeněva, jehož mozek vážil více než 2000 gramů, přičemž se Turgeněv dožil na svou dobu vysokého věku pětasedmdesáti let. Ale co například mozky stoletých? Mají normální hmotnost kolem 1100 gramů! (Od třiceti let do devadesáti hmotnost mozku klesá zhruba o 300 gramů.) A pokud jde o lidské mentální schopnosti, víme, že nezáleží tolik na velikosti mozku, nýbrž na jeho složitosti. Ale ani gyrifikace (počet mozkových závitů), jež je velmi individuální, není patrně rozhodující. Pokud nebereme v potaz mozkovou biochemii a chceme srovnání anatomické, zdá se, že tu je pro mechaniku i výkonnost mentálních dějů rozhodující spíše specifické strukturování některých produktivních okrsků mozkové kůry.

Malou průkaznost cefalizačního koeficientu lze zjistit na ukazatelích maximálního věku různých živočišných druhů.

Jepice žije 1 den, moucha *Drosophila* až 30 dnů, myš dosahuje 3 let, krysa 2,5 až 4 roky, včelí královna stejně jako morče 7 roků, vlaštovka 9 let, králík 12, netopýr a ovce 15 let, mravenčí královna 19, velcí pavouci, žába a vůl 20, pes podle rasy od 13 do 25, tuleň 25 roků, kočka až 31, holub a lev 35, velbloud a gorila 40 (podle některých pramenů tohoto věku dosahuje i kůň), rak, kapr a nosorožec se mohou dožít 50 let, úhoř a husa 55, krokodýl a velryba 60 (ačkoliv u velryb se někdy uvádí až 100 let), sova 68, papoušek 70, slon podle někoho až 77 a podle jiných jen 30 roků, orel 80, škeble, vyza a malé želvy 100 roků, sokol 125 (stejně jako člověk) a nejdéle žijí velké želvy — 150 let. Pokud bychom s cefalizačním indexem pracovali, museli bychom připustit celou řadu výjimek (gorila proti velbloudu, slon, velké želvy aj.), takže se o jeho platnosti právem pochybuje.

Lze připustit jistou relaci mezi nervstvem a dlouhověkostí, jak na ni upozorňuje Charvát. Je to relace velmi zprostředkovaná. „Nepřímo... se přesvědčujeme, že jistý zašifrovaný vztah tu existuje. Hmyz se svým primitivním nervstvem žije krátce. Nedovede se učit, nemůže získávat nové typy chování. Člověk je však velmi odkázán na dlouhé učení a krátká životnost by pro něho byla evolučně nevýhodná. Souvislost dlouhověkosti se stupněm nervové organizace však nemůže být hlavní determinantou. Je sice pravda, že člověk žije asi dvacetkrát déle než krysa a asi čtyřikrát déle než pes, ale proč žije želva asi dvakrát tak dlouho jako člověk? Souvisí to s nízkým metabolickým obrátem studenokrevných?“⁷⁾

Nesrovnalosti v cefalizačních hlediscích vysvitnou rovněž, když porovnáme lidský mozek s mozkem šimpanze, který je člověku nejbližší. Proces jejich zrání se podstatně liší. Mozek šimpanze doroste své možné dokonalosti v prvním roce po narození, u lidí je však proces mozkového vývoje dokončen teprve ve třidvacátém roce života. U nás tedy rozvoj mozku pokračuje ještě asi deset let *poté*, co jsme dosáhli pohlavní zralosti, kdežto u šimpanze končí šest nebo sedm let *předtím*⁸⁾.

Každý druh doznává asi specifický biologický vklad pro dlouhověkost, zakotvený už v jádru buněk — a jak prve řečeno, obdobně je tomu i v životě individua. I v rámci naší species má asi každý jedinec geneticky naprogramované dispozice ke kratšímu či delšímu životu. Dalšími determinantami jsou změny v integračních systémech, celý životní cyklus, metabolismus, funkční činnost žláz aj. U člověka k tomu svým

dílem rozhodně přispívá heredita, tedy dědičnost a rodinné dispozice. Jalavista sledoval statisticky přes dvanáct tisíc švédských a finských rodin od šestnáctého století a zjistil, že potomci dlouhověkých rodičů se všeobecně dožívají i vyššího věku⁹). (Bylo by ovšem třeba odlišit, jak tady zároveň působila rodinná úroveň, tradiční a vžitý styl rodinného života přejatý od předků a udržovaný z generace na generaci.) Asi u žádné vyšší species není dlouhověkost výlučně *biologický*, ale i *ekologický* problém, protože o ní často rozhodují i podmínky, které působí z vnějšku.

ZMĚNY V ENDOKRINIU

Existují i pokusy vyložit stárnutí změnami celých integračních systémů, například humorálního. Potom ovšem vzniká otázka, co je příčinou a co jen zákonitým důsledkem stárnutí, co je primární a co druhotné. Že by vnitřně sekretorické změny byly příčinou involučních procesů, se nikdy neprokázalo. Základní řešení problému nelze hledat v endokriniu, ačkoliv se tomu dlouho věřilo, zejména za časů velkých endokrinologických nadějí ve třicátých letech. Přesto jsou hormonální výklady stále aktuální. Nepřestaly být potřebné pro dokreslení somatického obrazu stárnutí i jeho psychických či sexuálních korelátů. Každá z rozhodujících životních fází od puberty až po zakončení reprodukčních schopností (u žen po menopauze) je totiž podmiňována specifickou vnitřní sekrecí. To vzhledem k stárnutí není bezvýznamné.

Pubertální zrání pohlavních žláz hormonálně podněcuje hypofýza, přesně řečeno její přední (žlázový) lalok zvaný adenohypofýza. Ještě předtím na ni působí ovšem spouštěcí hormony z hypotalamu (RH). S touto částí mozkové báze kolem III. komory, která se jmenuje *hypotalamus*, se budeme setkávat velmi často. Představuje rozhodující centrum pro řízení různých autonomních procesů a funkcí v organismu. Je velmi důležitá například pro pohlavnost a sexualitu. Kromě toho se v ní patrně též vytvářejí některé biochemické podněty pro samotný proces stárnutí.

Z některých neuronů hypotalamu přes stonek hypofýzy uložené na mozkové spodině vychází prvotní neurosekrece, až nakonec rozhybá celý endokrinní systém včetně pohlavních žláz. Z adenohypofýzy se vyplavují oba hlavní gonadotropiny, a to luteinizační hormon (LH) a folikulostimulační hormon

(FSH), jež ovlivňují činnost varlat a vaječnicků. Na podněty adenohipofýzy odpovídají pak tyto pohlavní žlázy dále již sekrecí svých vlastních hormonů (sexuálních steroidů) podle pohlaví.

Není těžké se dovtípit, že k mužskému vývinu přispívají mužské hormony čili *androgeny*, produkované především varlaty, a pro ženský vývin že jsou rozhodující ženské hormony čili *estrogeny* (a v druhé části menstruačního cyklu *progesterony*), převážně vylučované z vaječnicků, ovarií. Kromě toho je známo, že se tyto konečné hormony získávají i z kůry nadledvin jako kortikosteroidy. Androgeny mají virilizační a estrogeny feminizační účinek s hlavním uplatněním již v pubertě a adolescenci. Trvají na něm však i později, i když jen do jisté doby. Využívají totiž příležitost uplatnit se zhruba i pětatřicet let poté, jenomže v nevíтанém směru. K tomu se ještě vrátíme.

V každém případě mají sexuální steroidy rozhodující slovo pro typicky mužský či typicky ženský vývin. Nezbytné jsou rovněž pro pohlavní zralost. Dokladem toho je výzkum nejvýznamnějšího androgenního steroidu, jímž je *testosteron*. Už podle jména je zřejmé, že se tento steroid vylučuje z varlat (testes). Jeho účín byl přesvědčivě zkoumán na rozdíl mezi kastrovanými a normálními muži¹⁰). Zjistilo se, že pozdní kastrát se pohlavně vyvíjí a sexuálně chová normálně, jen když je léčen příslušnými hormony. Nikdy se mu však nevrátí plodnost. Ještě hůře je na tom raný kastrát (eunuch od dětství), který není léčen. Kromě toho, že je sterilní, pohlavně se nestačí vyvinout a není schopen sexuální aktivity. To vše zaviňuje nedostatek testosteronů.

Normální muž si po pubertě a na vrcholu pohlavní zralosti zachovává velké množství androgenů (až s pětinasobným koeficientem zabezpečení) a normální žena má ve stejném období velkou koncentraci estrogenů. To však neznamená, že by obě pohlaví nebyla zásobena též opačnými, komplementárními hormony. U mužů se estrogen tvoří přeměnou z androgenu zvaného *androstendion*, což je tedy vlastně „prehormon“. U žen vznikají androgeny z 60 procent v nadledvinách a ze 40 procent ve vaječnicích (mj. přes progesteron). Do jistého věku se v mužském organismu estrogeny při dostatečném androgenním zásobení stačí odbourávat v játrech. Stejně dočasně se v ženském organismu při dostatku estrogenů významně nijak neprojeví ani tzv. adrenální androgeny vylučované z nadledvin. Kdysi se androgenům u žen přikládaly patologické

účinky, dnes však známe jejich fyziologický význam. Při biosyntéze působí jako „předchůdci“ (prekursory) estrogenů, což značí, že se z nich estrogenu vytvářejí chemickou konverzí. Androgeny též podněcují sexuální tužby a libido, a to je obzvlášť pozoruhodné. Tento fakt nemůže zůstat ani stranou našeho zájmu.

Vrcholně zralý a zdravý jedinec je ve své pohlavní identitě pojištěn proti případné endokrinní nehodě na řádnou hormonální částku. Ručitelem pojistky je dostatek odpovídajících sexuálních steroidů a zároveň „umořování“, tj. přeměna a odbourávání steroidů opačných.

Koncentrace sexuálních hormonů však nezůstává stejná, postupně se jejich sekrece ze zárodečných žláz snižuje a s přibývajícím věkem se mění u obou pohlaví též vzájemný poměr androgenů a estrogenů. Snížení hladiny sexuálních steroidů odbrzdí tonické centrum v hypotalamu. Hypofýza sice nepřestane produkovat gonadotropiny a negativní zpětnou vazbou je zprvu dokonce zvyšuje, ale stárnoucí gonády — varlata a vaječníky — je nestačí již v bývalé míře přijímat, anebo na ně nereagují. Samy sexuální hormony sice nestárnou, zato však stárnou jejich největší producenti čili pohlavní (zárodečné) žlázy, gonády. A stárnou zároveň s ostatními orgány, cévami a nervstvem. Chybou je domnívat se, že involuci způsobuje výhradně jen stárnutí endokrinia.

U mužů je sestupný trend v produkci a zásobování androgeny zaznamenán poměrně brzy, ještě dříve než ve středním věku. Obzvlášť markantně se úbytek těchto hormonů projeví u jedinců se steroidní labilitou. Ale i u normálních mužů se androgeny z původních hodnot snižují dokonce už po pětadvacátém roce věku (1). Zde se ovšem příroda pojistila nadbytečností. Prve o tom padla zmínka. Dobrou sexuální aktivitou se vyznačují i muži, v jejichž krvi se zjišťuje jen asi čtvrtina nebo dokonce pětina průměrné hodnoty androgenů, jak se projevuje u normálních jedinců na vrcholu pohlavní zralosti. Teprve po šedesátce ubývá androgenů kriticky, i to je však individuální. Dochází také k pozoruhodným paradoxům. Úbytek androgenů je u mužů rychlejší než u žen a naopak hladina estrogenů zůstává u nich mezi třicítkou a šedesátkou přibližně stejná, zatímco u žen po čtyřicítce se rapidně snižuje. Někdy to působí i vážné starosti. Estrogeny se někdy u mužů prosadí natolik, že zaviňují femininní rysy, a jako průvodní jev menopauzy se u žen naopak objeví virilní známky včetně hirsutismu, tj. nadměrného ochlupení a růstu vousů. Hladiny

obou hormonů se k sobě totiž v pozdějším věku pomalu, ale jistě dočasně blíží. Jejich vzájemný poměr se u mužů i u žen vyrovnává, je to však fenomén jen přechodný. Nepříjemné změny většinou brzy vymizí, současně s vyrovnáním hormonální hladiny po přechodu.

POTENCE Z NOVÝCH GONÁD

Primitivní magie přikazovala našim předkům pojídat genitálie nepřítelů, aby člověk získal sílu a potenci. Po několika tisíci-letích se z této dávné praktiky vyvinuly v medicíně extrakty z varlat a transplantace zárodečných žláz.

Vlastním předchůdcem dnešních hormonálních koncepcí je nejspíše göttingenský fyziolog Berthold. Už r. 1849 transplantoval kapounům kohoutí varlata, takže se z nich stali bojovní a kokrhající kohouti s mohutně vyvinutým hřebínkem. Jeho čin však upadl na padesát let v zapomenutí. Za další pokusy tohoto druhu vděčíme vlastně stařeckým neduhům, kterými trpěl dvaasedmdesátiletý profesor fyziologie Brown-Séguard. Aby se jich zbavil, začal experimentovat sám na sobě. Vstříkoval si výtažky z varlat psů a morčat, přičemž zjistil významný obrat k lepšímu, neboť se mu vrátila fyzická síla i duševní výkonnost. *Le liquide testiculaire* se stal senzací posledních let minulého století. Před nedočkavými pacienty musel pařížský fyziolog dokonce uprchnout do Londýna, ale když se rozšířily zprávy, že účinek metody je v nejlepším případě jen přechodný, nadšení pro jeho injekce opadlo.

Skutečným pionýrem hormonálního výzkumu byl vídeňský fyziolog Steinach. Ukázal, jaký vliv mají zárodečné žlázy na ostatní části pohlavních ústrojí, a upozornil na to, že tento vliv je umožněn krevním oběhem, což bylo jedním z prvních důkazů vnitřní sekrece. Steinachovy návrhy i zdůvodnění k endokrinním zásahům byly pozoruhodně věcné. Nemluvil o žádném elixíru mládí, jak bylo tehdy zvykem. Zahlédl však perspektivu snesitelného stáří, v němž by v rámci přirozených hranic panovalo optimum fyziologických životních podmínek. Jeho vasoligatura byla velkým přínosem. Podvázáním chámovodů docílil u pokusných krysích samců zvýšenou produkci sexuálních hormonů; staří krysí samci omládli a jejich sexualita se aktivizovala.

Po vasoligatuře dochází k degeneraci spermogenního epitelu vlivem městnání sekretu ve varlatech, což současně vede

k podráždění Leydigových buněk, a tím i ke zvýšené produkci varlečních hormonů. Hypotézou bylo, že pohlavní hormony jsou přirozeným atributem mládí. Podle této koncepce urolog Lichtenstern operoval řadu pacientů, mezi nimi i předčasně zestárlého muže, který byl impotentní, kachektický, postrádal chuť k jídlu, vážil necelých padesát kilo a nalézal se v kritickém stavu. Výsledkem byl téměř zázrak. Pacientovi znovu narostly vlasy, jeho pleť dostala svěží barvu, zesílil a spravil se, vrátila se mu chuť k jídlu, obnovila se pracovní výkonnost i pohlavní potence. Ne u každého však zákrok přinášel optimální výsledky.

Málo se ví, že steinachovské vasoligatuře se podrobil i Sigmund Freud. Pocítil prý po ní celkově uspokojivý stav, ale jeho zájmy o sex byly i nadále výlučně teoretické.

Zahájilo se též s transplantacemi ovarií. Protože vaječníky nemají žádný protějšek k mužským chámovodům a přerušení vejcovodů nemá pro tvorbu hormonů žádný význam, zrodila se u Steinacha myšlenka operativně přenést vaječníky z jednoho organismu do druhého. Syntetická výroba estrogeneru a progesteronu byla ještě v nedohlednu a o reaktivizaci stárnoucích žen se lékaři pokoušeli voperováním ovarií od mladých zemřelých dáreků. Veterinární medicína kromě toho s úspěchem transplantovala zvířecí vaječníky neplodným samicím.

Legendární postavou experimentální chirurgie byl Voronov, jehož zájem o gonadální výměnu látek se zřejmě datoval z doby, kdy jako mladý lékař v Egyptě ošetřoval v harémech eunuchy. Později ve Francii chtěl transplantacemi mladých varlat docílit regeneraci mužského organismu. Z nedostatku lidských dárců a materiálu začal používat samčí zárodečné žlázy antropoidních opic, které voperoval do těla starých mužů. Takových zákroků provedl více než půldruhého sta. Po počátečních úspěších nastínil utopický projekt opičích farem, jež by se na březích Středomoří rozprostíraly od Neapole až po Marseille — měly to být „továrny na náhradní díly pro lidské stroje“. Avšak po jeho naivních plánech brzy nezůstalo nic než špatné varietní vtipy. Transplantovat orgán je vážný imunologický problém, a to u téhož druhu, natož pak mezi dvěma různými species. Antigenů čili protilátek je tím více, čím si jsou dárci a příjemci antigenně vzdálenější. Potlačit imunitní reakci a odstranit neslučitelnost tkání dvou lidí se podařilo experimentální chirurgii až třicet let po Voronovových pokusech (a padesát let po prvním pokusu Ullmanově s transplantací ledviny u psa). Klíčové postavení v transplantační pro-

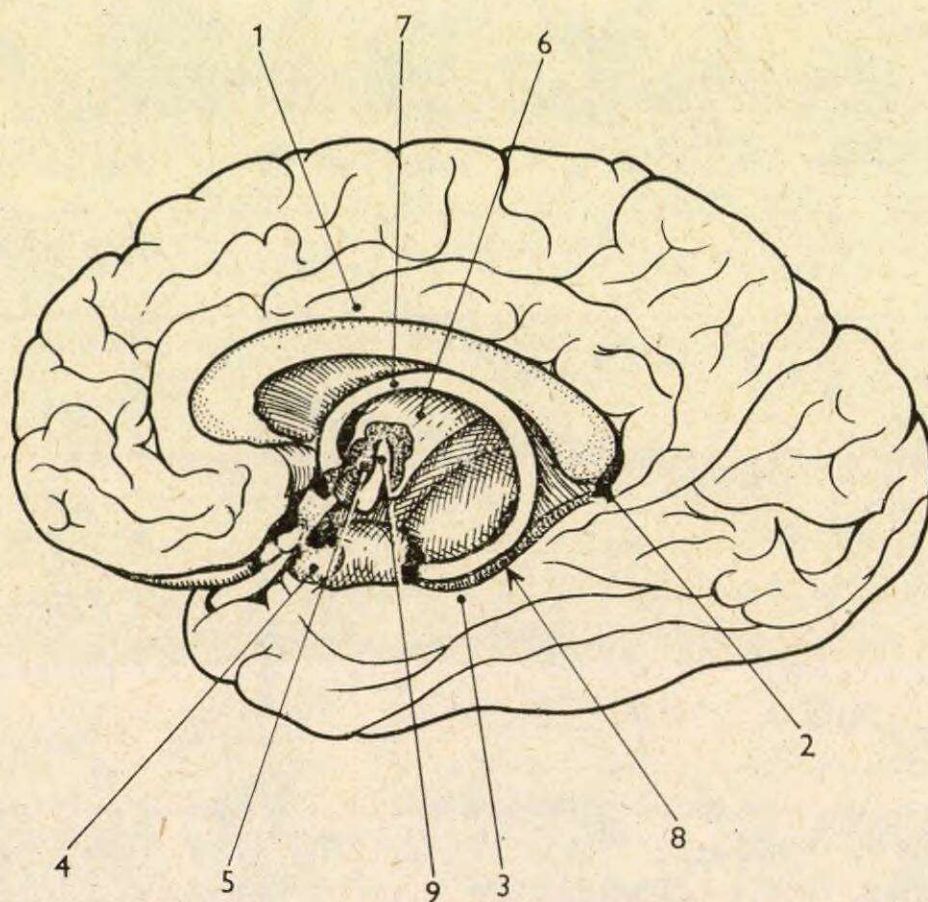
blematicke má překonání imunologické bariéry. Rentgenové ozařování se neosvědčilo. Pokud není transplantace provázena speciální imunosupresivní léčbou (nejlépe s dvoulékovým schématem), končí brzy smrtelně. Pomohl tu objev systému HLA z r. 1965, tj. určení geneticky determinovaného rozdílu mezi dárcem a příjemcem (např. sledováním pomocí leukocytárních skupin). Zdrojem transplantace bývá kadaver, mrtvé tělo, což vede k problémům nejen etickým a právním, ale především stále ještě imunologickým. Nejvhodnějšími dárci jsou totiž nejbližší živí příbuzní, rodiče a sourozenci. Proto má dnes smysl a úspěch zejména transplantace ledviny, jelikož jde o párový orgán. Ubývá transplantací ojedinělých orgánů, srdce, jater, slinivky. Začíná se experimentovat s náhradou umělými orgány. Vhojení a přijetí implantátu od jiné species (zejména pokud jsou to celé orgány) zůstává i nadále problémem, i když do budoucna nepochybně otevírá určité možnosti.

DOPAMINERGNÍ SYSTÉM

Kromě zjištění molekulární biologie jsou dneska nejcennějším přínosem k problematice involuce výzkumy *mozkové biochemie*. Upoutaly pozornost jednak k dvěma sousedícím strukturám CNS v mezimozku, k talamu a hypotalamu, jednak k chemickým látkám zvaným *mediátory*, jež fungují při šíření nervových vzruchů jako přenašeči. Mezi ně patří acetylcholin, noradrenalin (a možná i adrenalin), dále dopamin, serotonin, kyselina gama-aminomáselná (GABA), enkefalin aj. „Přelévají se“ z jednoho neuronu do druhého a působí reakce a změny v pudové a emoční oblasti. Proto je jejich hlavním dějištěm limbický systém, promítající se z limbického laloku v kůře do podkorových struktur, přes amygdalu do hypotalamických a talamických jader a fornixem zase nazpět do limbického laloku (viz obr. 3).

Nejen však to. Hovoří se o vlivu neuromediátorů na stimulaci různých činností, na kontrolu bdění a spánku (noradrenalin), na sexuální chování i mechanismy ovulace (serotonin), na potlačení bolesti (enkefalin) a hlavně na psychopatologické stavy (acetylcholin, serotonin, katecholaminy). Tato biochemie není však v mozku zrovna jednoduchá. Například *acetylcholin* v malých dávkách aktivuje většinu produktivních neuronů (podle některých autorů je v lidském mozku 80 procent neuronů neproduktivních). Ale ve vyšší dávce brzy vede

k silné úzkosti, k hrůze a posléze ke stavům zmatenosti. (Lze to vysvětlit odbouráváním cholinesteráz. Pokud dochází k ztlumení jejich účinku, acetylcholin se hromadí až k supramaximálnímu psychopatologickému, úzkostnému výsledku). Na vznik úzkosti může mít vliv rovněž kyselina *gamma-aminomáselná* (GABA) jakožto mediátor útlumu v celém CNS. Dále je tu *serotonin*. Jeho nedostatek způsobuje určitý druh deprese, pokud se zároveň brzdí i metabolismus katecholaminů. Jiný



Obr. 3. Schéma mozku s projekcemi limbického systému. Limbický lalok kůry tvoří na obrázku zakreslený gyrus (závit) cinguli (1), istmus (můstek; 2) a malá část gyrus hippocampi (3). Na tento kortikální úsek jsou napojena podkorová jádra, a to amygdala (4), dále corpus mamillare v hypotalamu (5) a nucleus anterior (přední jádro) v talamu (6). Hlavní projekční plochou je fornix (7); spojuje hippocampus (8) a amygdalu (4) s hypotalamem. Prostřednictvím mamillo-talamického svazku (9) mohou být podrážděny nuclei anteriores thalami (6) a z nich pak gyrus cinguli (1) v kůře. Tím se tento kortiko-hypotalamo-talamo-kortikální okruh limbického systému uzavírá.

druh deprese vzniká za přidružených metabolických poměrů z nedostatku jednoho z katecholaminů — *noradrenalinu*. Štěpy *beta-lipotropinu* (alfa-, beta- a gama-endorfiny) vyvolávají u experimentálních zvířat změny v chování podobné schizofrenii a katatonii. Zvýšená koncentrace endorfinů se našla i v mozkomíšním moku schizofreniků. Přitom se v pokusech s injekcemi beta-endorfinu docílilo toho, že schizofrenici přestali halucinovat své „hlasy“ a těžce depresivní pacienti se po dlouhé době poprvé usmáli. Endorfin může působit i tak, že při psychických traumatech anestetizuje mozek, takže je na něm patrně závislá odolnost vůči frustraci. Podobnou funkci a chemickou strukturu má *enkefalin*. Tvoří vlastně první skupinu objevenou mezi endorfiny. Jakožto „endogenní opiát“ má podle všeho také schopnost potlačovat bolest — asi jako morfin, jenomže bez návyku. Dále též ovlivňuje emoční stavy, radost a hněv. Víme již, že receptory důležité pro regulaci emocí a afektivity jsou umístěny v limbickém systému a v diencefalu, a tam se nejvíce koncentrují i endorfiny včetně enkefalinu.

Z řečeného vyplývá, že jakýkoliv zásah dnešními psychotropními léky, vedoucí buď k doplnění deficitního či k vytlačení nadbytečného mediátoru z jisté části mozku, nelze s úspěchem provádět, pokud se nesplní nejméně tři podmínky. Efektu není dosaženo: 1. bez správného „zacílení“, 2. bez optimálního dávkování a 3. bez přihlídnutí k vzájemné interakci neuromediátorů mezi sebou. V tom je dosud potíží psychofarmakologické léčby.

Nejvíce nás teď zajímá *dopamin*. Patří ke katecholaminům. V posledních pěti letech se vynořily teorie o jeho vlivu na stárnutí v souvislosti s výzkumem Parkinsonovy choroby, jež je lokalizována do talamu, a proto vyvolává chaotické pohyby trupu a končetin. Soudí se, že z určitých hledisek imponuje jako jedna z forem předčasného stárnutí; byla označena jako „extrémní případ normální tendence k stárnutí“ (Finch). Dále se ví o biochemickém defektu této choroby způsobeném nedostatkem dopaminu. Úspěchu při léčbě se dosáhlo aplikací L-dopy, která je „stavebním blokem“ dopaminu. Po dávkách L-dopy vstali parkinsonici ze svých křesel a začali chodit.

Koncepce mozkové biochemie se při výkladu stárnutí opírá o hypotalamický a talamický dopaminergní systém. Dopamin vykonává vliv nejen na talamus, nýbrž i na sousední hypotalamus, o němž jsme již prve řekli, že představuje nejdůležitější centrum pro kontrolu různých autonomních funkcí v or-

ganismu. Z pokusů na myších (u nichž se objevuje jeden ze špatných vtipů přírody, že chemie jejich mozku se dostí podobá mozkové chemii člověka) se zjistily souvislosti mezi stárnutím a výrazným snížením dopaminu v hypotalamu, v talamu a v bazálních gangliích. Nedostatkem dopaminu trpí zejména středový hrbolek hypotalamu umístěný přímo nad hypofýzou; tam se kontroluje regulace hormonů proudící ze sousední hypofýzy. Otázka zní, zda se tímto zjištěním nenalezlo snad předpokládané „propojení“ z neurohypofýzy na endokrinní systém.

V každém případě se zdá, že řečená mozková lokalizace je vzhledem k stárnutí klíčovou oblastí. U myší se skládá asi ze sto tisíc neuronů, u člověka možná z miliónu neuronů, tedy vlastně jen z nepatrné hmoty mozku, avšak i tato nepatrná část by mohla (a asi může) udávat tempo stárnutí celého organismu. Když se pokusným myším dávaly značné dávky L-dopy, prodloužil se jejich věk o dva až tři měsíce, což představuje 10 procent délky jejich života.

Mohl by tedy přísun dopaminu ovlivnit hypofyzární regulaci hormonů natolik, aby se tím „omladil“ a vzpružil endokrinní systém nebo i celý organismus? Tato úměra vypadá až příliš modelově, leccos by se jí však dalo vysvětlit. Samozřejmě ještě problematičtější je otázka, zda se může L-dopa vydávat za toužebný cíl pokusů prodloužit lidský život nebo dokonce dosáhnout stavu, v němž se ocitla proslulá Čapkova Ellina Makropulos!

Prognózy v tomto směru nezní zdaleka tak optimisticky, jako když jsou vystřiženy z literárních metafor. Spíše se tu hromadí potenciální nebezpečí. Vzpomeňme, co jsme řekli o nezbytném ohledu na interakci neuromediátorů při terapii psychotropními léky a na jejich „zacílení“ k přesně vymezené mozkové struktuře. L-dopa se při Parkinsonově chorobě cílí například do *corpus striatum*, tedy na bazální ganglia překrývající talamus. Pak má efekt. Ale účinek dopaminu na jiné oblasti než na corpus striatum může vyvolat zmatenost a manické příznaky. Vysoké dávky dopaminu vedou k vykojení rovnováhy mezi sympatikem a parasympatikem. Na VI. světovém psychiatrickém kongresu r. 1977 na Honolulu se poukázvalo i na dopaminergní hyperaktivitu u schizofreniků. A parkinsonici léčení L-dopou někdy skutečně svým emocionálním neklidem, bludy a halucinacemi vykazují klinický obraz této proslulé, ale dosud málo prozkoumané psychózy.

O mediátorech včetně dopaminu se tedy dnes již leccos ví,

čím se může přispět k terapeutickému zvládnutí některých neurologických a psychiatrických onemocnění. Brzy možná budeme umět ovlivnit i dopaminergní systém jako prevenci stárnutí. Problém tkví stále v tom, jak příslušné psychotropní léky dostat na správné místo. Nedočkaví publicisté sice již vydávali v populárně vědeckých magazínech L-dopu za novodobý elixír mládí, avšak klinické zkušenosti při její aplikaci radí naopak k největší obezřetnosti a zdrženlivosti.

HORMON SMRTI

Až dospějeme k lepší dohodě se smrtí, budeme mít jiný výraz, my, lidské bytosti. Naše vzezření se změní. *Jestli se s ní dohodneme.*

Saul Bellow: *Herzog*

Důležitá zjištění z biochemie mozku jsou dnes zároveň nezbytným krokem k chápání stárnutí jakožto *oslabení imunitního systému*¹¹). Do popředí pozornosti se přitom dostal orgán, o němž se již dávno soudilo, že jeho činnost končí pubertou. Jde o tymus čili brzlík, který již po pubertě začíná atrofovat. Tymus produkuje tymozin a ve věku od dvaceti do padesáti žádný jiný hormon nevykazuje v lidském organismu takový pokles. V padesáti je tymozinu čtyřikrát méně než v mládí. To už by mohlo něco signalizovat. Nejen však to.

Jak známo, imunitu organismu vytvářejí lymfocyty, což jsou de facto „imunocyty“, ne nepříhodně zvané zdravotní policií organismu. A právě v brzlíku se mění na T-lymfocyty čili na T-buňky. Dostávají se pak do krve, kde se účastní obrany proti virům, bakteriím, rakovinným zárodkům a neznámým škodlivinám (noxám).

Postupující atrofie brzlíku je zcela jistě provázena ubýváním T-buněk. Mimo jiné i proto jsou staří lidé asi náchylnější k chorobám a onemocněním, ať už jde o banální infekce nebo třeba cukrovku i rakovinu. V deseti letech věku, kdy je brzlík rozvinutý a funkčně schopný, je lidský organismus zároveň „nejzdravější“ a nejodolnější. Provedly se transplantace brzlíku a kostní dřeně z mladých myši na staré myši, u nichž pak došlo k regeneraci imunitního systému a k vyšší produkci protilátek. V jiných pokusech se mladým myším odebraly lymfocyty, konzervovaly se zmrazením a pak se znovu transplantovaly stejným, jenomže podstatně starším jedincům.

Efekt byl rovněž povzbudivý. Z toho se v moderním „imuno-inženýrství“ usuzuje na možnost zvyšovat životaschopnost starých lidí injekcemi lymfocytů, jež by jim byly odebrány již dříve v mládí.

Teorie o zeslabení imunitního systému vycházejí v podstatě z kruté, bohužel však patrně pravdivé poučky, že příroda nemá zájem na existenci jedinců, kteří již splnili své reprodukční poslání. V přírodě nacházíme velmi názorné případy naprogramovaných mechanismů smrti, ovládaných hormony. Lososa zabíjí záplava adrenokortikálního hormonu již dva týdny po vytření na trdlišti. De facto se u něho projeví Cushingův syndrom. Hormonální systém se vychýlí z rovnováhy. K stimulaci hypofýzy začne fungovat nějaký přepínač na vyšší stupeň, který je pro organismus zkázný. Platí tento vnitřní mechanismus i u druhu *Homo*? Možno sem počítat úkaz, že například imunitní systém žen po klimakteriu se zeslabuje a tyto ženy jsou pak náchylnější k některým onemocněním srdce a oběhového systému, k metabolickým poruchám cukrovky i k zhoubným nádorům?

Již na vrcholu pohlavní zralosti působí v organismu asi něco, co zároveň pracuje k zániku. Je to snad „hormon smrti“, jak ho nazvali někteří autoři? Má se za to, že společně s dalšími hormonálními působky je vylučován zadním lalokem hypofýzy (neurohypofýzou) a že snižuje citlivost na hormony štítné žlázy, která se zřejmě podílí na ovládnání imunitního systému i systému týkajícího se srdce a cév, tedy systému kardiovaskulárního. Je to snad *vazopresin*?

Tento hypofyzární neurohormon v malých koncentracích reguluje tvorbu moče a ve větších vyvolává zužování cév. V Ústavu gerontologie Akademie lékařských věd SSSR se podařilo prokázat, že v involuci má vazopresin na svědomí celou řadu poruch při zásobování srdce a mozku krví¹²). Zjistilo se také, že ve stáří se jeho obsah v krvi prudce zvyšuje. Lidé kolem sedmdesátky mají v krvi asi dvacetkrát více vazopresinu než lidé ve věku od dvaceti do třiceti let.

Výzkumy v tomto směru (v SSSR i jinde) přinesly poslední dobou neočekávané naděje. Podle některých autorů může případný objev, izolování a umělá regulace „hormonu smrti“ prodloužit lidský život o dvě stě až tři sta let, což zní neuvěřitelně. Snad proto, že je to mladý obor (anebo že zájem o něj se z alchymie a z šarlatánství přenesl do vědy až v posledních desetiletích), docházejí pak teorie stárnutí i hypotézy o regeneraci často až k románovým prognózám ze žánru science-

fiction. To ovšem vynaložené úsilí nijak nezlehčuje. Ve vědě se dospívá mnohdy k závěrům a zjištěním, jež překvapují více než vědeckofantastická literatura.

Co bylo řečeno v této kapitole, třeba chápat jako nezbytné teze. I když jsou stručné a nesystematické, mohou tyto poznámky k biologické problematice stárnutí v některých ohledech tvořit východiska pro náš další výklad. Vše se zajisté odehrává i jinde — v rovině psychických, sociálně psychologických, psychosexuálních a sexuálních hodnot a funkcí. Těch si chceme podrobněji povšimnout v dalším.

Prozatím tedy shrneme, že stárnutí je nutno chápat jako komplexní proces s mnoha endogenně i exogenně působícími faktory. Zřejmě se odehrává již na úrovni nitrobuněčných procesů a skrývá se v makromolekulách, tvořících strukturální i enzymatický a metabolický základ živé hmoty. Jak řečeno, svou roli tu hraje genetický vklad, humorální, nervový a imunitní systém, patologie stáří, ale i stress, výživa, vlivy okolí. Většina předních gerontologů dospěla dnes k názoru, že existuje *obecný princip stárnutí živé hmoty* — už proto, že stárnou všichni živí tvorové. U člověka začíná globální proces stárnutí prvním výkřikem po narození, pokračuje pohlavním zráním v pubertě a adolescenci a zřetelně se manifestuje zejména pak v psychosomatických známkách klimaktéria a menopauzy, popř. andropauzy. A nakonec přes všechny „zázračné“ pokusy o omlazení a regeneraci proces pokračuje neustále a neúprosně až k smrti.

Smrt musíme chápat jako evoluční a nejen biologickou nezbytnost. Teoreticky je možné, že kumulativní buněčná smrt nemusí jednou patřit už k programovaným mechanismům. Primitivní organismy jsou vlastně nesmrtelné. Blízko k nim mají v tomto ohledu i některé složitější species, např. schyristoma larvy medúzy senepohlavně množí do nekonečna. Nesmrtelnost vyšších druhů by však nebezpečně narušila rovnováhu přírody a vytvořila by i jednu z brzd evoluce. To je snad ještě hůře řešitelný problém než případný objev elixíru mládí. Paradoxně se existencí smrti může odůvodnit i kvalita lidského života, která se neustále zvyšuje proti životu našich animalních, hominoidních, pravěkých, starověkých a středověkých předků. Nejvyšší zlomyslnost přírody spočívá v tom, že její děti se musí rodit, ale i umírat stále znova.

Literatura

- 1) *Bürger M.*: Biomorfoza i jej znaczenie w procesie straczenia i stanach chorobowych. Pol. př. Warszawa, PZWL, 1965, a dále: Altern und Krankheit. Leipzig, Thieme, 1957.
- 2) *Niehans P.*: Introduction to Cellular Therapy. New York, Pa-geant, 1960.
- 3) *Bogomolec A. A.*: Prodloužení života. Čes. př. Praha, 1949, s. 77.
- 4) *Růžička V.*: Beiträge zum Studium der Protoplasmahystereti-schen Vorgänge. Arch. mikr. Anat. Entw. mech. 101: 459, 1924.
- 5) *Hrůza Z.*: Věda o stárnutí. Praha, Akademia, 1966, s. 64.
- 6) *Shock N. W.*: Perspectives in Experimental Gerontology. Spring-field, Ch. C. Thomas, 1966.
- 7) *Charvát J.*: Člověk a jeho svět. Praha, Avicenum, 1974, s. 129, s. 130.
- 8) *Morris D.*: Nahá opice. Čes. př. Praha, Mladá fronta, 1971, s. 27.
- 9) *Jalavista* cit. dle: *Balázs A.*: Jak život prodloužit. Čes. př. Praha, Orbis, 1973, s. 226.
- 10) *Corner C. W.*: The Hormones in Human Reproduction. New York, Atheneum, 1963, s. 228—242.
- 11) *Waldorf R. L.*: The Immunologic Theory of Ageing. Koppenha-gen, 1969.
- 12) *Čebotarev D. F., Mankovsky N. B., Frolkis V. V., Mints Y. A., Duplenko A. K. (red)*: The main problems of Soviet gerontolo-gy. Kiev, Zdorov'ja, 1972.

3. kapitola

MECHANISMY ODŠKODNĚNÍ — STAROSTI A ZTRÁTY
— PROMĚNY HODNOT — PROMĚNY POTŘEB —
TYPOLOGICKÉ HLEDISKO — EXTRAVERZE A INTROVERZE
— DVĚ KASUISTIKY: VITÁLNÍ TYP (V₁) —
TYP VÁHAJÍCÍ (V₂) ČILI KUNKTÁTOR —
NA CESTĚ K AUTONOMII

Pátému a šestému decenniu, přesněji: člověku od pětáctyřiceti do šedesáti můžeme za určitých podmínek přisuzovat hodnoty nejproduktivnějšího životního období. Stárneme sice, většiny sil zákonitě ubývá a proces stárnutí nedokážeme zvrátit zejména jako celek, ale naše síly se mohou napřít soustředěným směrem k životním cílům. Vykrytalizovaným úsilím a pomocí bohatší zkušenosti je lze udržet na výši, anebo dokonce z této životní etapy vytvořit „zralý věk“ života. To není označení nepříhodné a má své zřejmé oprávnění — jednak proto, že zralý věk nastupuje až po zakončení tělesného i duševního vývoje, a jednak že v něm dochází i k nově rozvinutým možnostem a prožívají se v něm nové hodnoty.

Za určitých podmínek střední věk představuje nejbohatší zeň života. Byl nazván i „ranou renesancí“ — zřejmě pro vytrvalé křísení zážitkových modů z mládí, ale zároveň pro jejich harmonickou vyváženost a vyšší etickou kvalitu. Odráží se tu jeden z dialektických zákonů platný pro ontogenezi. A mluví-li někdo v souvislosti se středním věkem o „odpolední života“, stačí připomenout jednoduchý fakt, že také odpoledne se vykoná množství užitečné a důležité práce, ačkoliv už organismus není tak čerstvý a pohotový jako ráno. Odpolední čas mnohdy dokonce slouží k nezbytnému shrnutí všech dosavadních výkonů, pokusů a poznatků. A kromě toho práce tu sice není vykonávána tak rychle jako dříve, může však být zato přesnější.

MECHANISMY ODŠKODNĚNÍ

Za čtyři desítky roků svého života si jedinec v psychologickém ohledu dokáže vytvořit určité *kompensační mechanismy*, jimiž své stárnutí odškodňuje, překrývá a vyvažuje jeho ne-

výhody biologické. Je schopen osvojit si vnitřní harmonii i přesnost ve výkonu a vyvinout tvůrčí syntézu či syntézu myšlení, s níž disponuje vždy jen lety nabytá moudrost. Do jaké míry vychází toto umění z genetických dispozic a je dále pěstováno v individuálním rozsahu a do jaké míry se na něm účastní neodmyslitelní sociální činitelé, nedokážeme v přesných proporcích posoudit — už proto ne, že přesné proporce obecně neexistují. Stárnutí, jak jsme již řekli, je komplexní proces, ale právě proto do něho patrně ještě dlouho nebudeme vidět, i když ho můžeme již dneska rozložit na některé podstatné či méně podstatné faktory. Proč stárneme biologicky, jsme již stručně uvedli.

Z hlediska sociální aktivity a lidské vitality, nebo pokud jde o takzvaný životní elán a osobní energii, se involuce pokládá za období všeobecného ústupu sil. Především se poukazuje na ztrátu dynamogenie i na ubývání duševní pružnosti a fyzických možností. Je pravda, že se základní funkce zvolňují. Zpomaluje se tělesné i psychické tempo, snižuje se dynamogenie, neboť se zpomaluje metabolismus. Ale za prvé, metabolismus se zpomaluje již u batolete, to není žádná degradující známka, která by byla typická pro střední věk. A za druhé, proti mechanismu zpomalování je v akci mechanismus kompenzace: snížení tempa výkonu má například při práci za následek větší přesnost, ubývání energie je kompenzováno maximální ekonomii mozkové činnosti a rozvahou. K rozvaze vede též uklidnění ve sféře emoční. Uvažování je objektivnější, reálnější a hlubší. Rychlé adaptační efekty, bystrost a pohotovost jsou nahrazeny „krystalizovanou inteligencí“ (Cattell), navrstvenou zkušeností a zážitkovou základnou osobnosti. Hbitost v chování, v mládí tak kladně oceňovaná, je dnes vystřídána neméně příznivě hodnocenou reprezentativností ve vystupování.

Věřilo se dále, že stáří a vůbec stárnutí znamená fyzickou a mentální ochablost, z toho zejména nedostatky paměti a zhoršenou pohotovost recepčních procesů. Ale pokud jde o senzorické schopnosti, museli bychom hovořit o recepční „ochablosti“ začínající již v dětství, před pubertou. Zrak dosahuje svého maxima ve dvanácti letech; zrakové akomodace ubývá dokonce již od deseti roků, stejně jako schopnosti slyšet. V dětství se slyšitelnost pohybuje kolem frekvence 18—20 tisíc kmitů, kolem pětačtyřicítky je maximum 12—14 kHz a osmdesátiletý člověk již kmity nad 5 kHz nevnímá. A jestliže ochabujeme fyzicky, nedostatky se nemusí nutně odrážet na

intelektuální úrovni. Výsledky dlouhodobých zkoumání 2500 osob (publikované r. 1976 v ročence WHO) říkají, že pětáctyřicátníci a padesátníci na tom nejsou nijak zle. Schopnosti slovního vyjadřování jsou ve středním věku často lepší než v mládí. S přibývajícímí lety dochází jen k mírnému oslabení paměti až do šedesátky, zejména pokud máme podmínky stálého a účelného tréninku. To znamená, že není výrazně oslabena životně důležitá schopnost učení, že se na ni však později možná jen zbytečně rezignuje.

Proti otřepaným frázím i takzvaně „potvrzeným nálezům“, že staří lidé jsou zapomnětliví nebo že se těžko učí, protestuje dnes řada psychologů. Citlivějšími technikami psychologického vyšetření a faktorovou analýzou se mnohá dřívější testová zjištění revidovala a překonala.

Některé testy paměti fungují nespolehlivě, třebaže se i nadále těší důvěře jako kdysi celá psychotechnika. Při jejich aplikaci i hodnocení dochází k metodologickým chybám; v úvahu se například nebere vliv jiných potenciálních proměnných než věku a paměti. Dejme tomu zdravotní stav: starší věk sebou přináší různé choroby, jež se jako intervenující proměnná neakceptují, a potom tedy případné nedostatky ve výkonech paměti se výhradně přičítají jen věku, což je chybné zúžení problému. Zjistilo se, že zdraví lidé nad pětádesát roků podali v baterii psychologických testů lepší výkon než osoby stejného stáří, při jejichž výběru nebyl brán ohled na jejich zdravotní stav. Potíž je i v další nestejnoro-dosti zkoumaných vzorků. Vzorek mladých probandů se zpravidla vybírá z výchovných institucí a škol, zatímco staří se jako pokusné osoby rekrutují ze skupin hospitalizovaných či z domovů pro přestárlé, kde chudoba podnětů vyvolává mnohdy deprivace syndrom a ztrátu zájmů o jakoukoliv činnost.

Rovněž při testech učení působí množství přídatných faktorů, k nimž se vždy nepřihlíží. U starších osob se často projevuje nechuť k řešení úkolů nikoliv pro jejich vlastní nemohoucnost, ale protože se na nich žádá, aby se naučily nesmyslným symbolům, vzorcům a asociacím. Při interpretaci výsledků může též dojít k záměně nedostatků spojovaných se stářím za nedostatky vyvolané poruchami sensorických funkcí. Staří lidé na testové úkoly špatně vidí a hůře slyší instrukce. Za rozdíly ve vybavování naučeného odpovídá u obou věkových skupin též odlišná technika a strategie učení¹).

Ideální podmínky k procesu učení zajišťují přinejmenším dva obecně platné faktory: faktor biochemický, tj. významný

metabolismus proteinů, a to nejspíše v mozku, a dále faktor psychologický čili dostatek kognitivních podnětů a zkušeností.

Pro učení v širším smyslu přijali genetikové na celém světě „dogma svaté trojice“, platné i pro paměť čili pro neurochemické zakódování naučených informací. Toto dogma zní: DNK + RNK + proteiny. Jmenovitě ribonukleová kyselina (RNK) se donedávna pokládala za nejdůležitější z humorálních faktorů učení²). Neurochemické teorie paměti a učení jsou pro střední věk ještě optimistické. U neurologicky zdravých osob ve věku od tří do osmdesáti let se zjistil stoupající obsah RNK v mozkových neuronech až do věku čtyřiceti roků. Tehdy dosáhne konstantní hladiny na další dvě životní dekády a teprve až po šedesátce dosti rychle klesá. To by znamenalo, je-li nadále dostatek kognitivních podnětů, že ve středním věku nemůže nijak rapidně schopnosti učení ubývat.

Mnozí autoři, kteří buď testovali osoby různého stáří anebo výzkumné subjekty sledovali po delší dobu, jsou dosti optimističtí i v závěrech o celkových intelektuálních schopnostech středního věku. Podle Latimerových šetření sice „celkové výkony inteligenčního testu ukazují znatelný postupný úbytek v poměru k narůstání věku, avšak v subtestech, týkajících se např. slovní zásoby, celkové informovanosti a problémů vyžadujících myšlení, v nichž nejde o rychlost, mají starší osoby stejný úspěch jako mladí“³). Podle Owense se u vysokoškolsky vzdělaných osob generální faktor inteligence v průměru projevil mezi padesátiletými dokonce více než mezi devatenáctiletými³). Sociální důsledek zachování těchto schopností je přitom důležitější než jejich subjektivní dosah. Jak poznamenává Příhoda, specifická povaha kognitivního chování uzpůsobuje jedince středního věku již ne k intenzivní a vysilující práci, nýbrž k jejímu řízení. Pro tento výjimečný soulad vlastností rekrutují se z těchto jedinců vedoucí politici, státníci, ředitelé průmyslových, zemědělských a distribučních podniků, školští a techničtí organizátoři, vyšší důstojníci a generálové. Osobnosti tohoto věku udávají směrnice pro hospodářský, politický i kulturní život státu⁴). Hranice uplatnění není zdaleka totožná s hranicí mládí, ačkoliv se to často neuváženě prosazuje.

Více než věková hranice se někdy pro podstatné ontogenetické změny ukazuje být důležitější generační faktor, tedy příslušnost jedince k určité generaci. Především tento faktor a nikoliv sám věk způsobuje totiž rozdílnost například mezi dnešními pětáctičátníky a pětšedesátníky. Nečekaně se

zjistilo, že starší lidé nejsou dnes nijak konzervativnější, než byli kdysi v mládí. Na politické otázky mají (podle anket konaných v SSSR i jinde) například stejný názor jako zamlada; samozřejmě se jím však odlišují od dnešních dvacetiletých. Leccos v nich korigovaly ovšem okolnosti a jejich vývoj.

A že by pětáctyřicetiletý člověk, ať muž či žena, již dosáhl v dnešních poměrech svého životního zenitu? Pro negaci tohoto náhledu netřeba chodit daleko. Stačí subjektivní pocit. Většině lidí staršího a snad i mladšího věku se již na první pohled musí tento názor zdát nepochopitelný, starším lidem se zdá směšný. Zřejmě tomu tak není. V dějinách lidstva je sen o věčném mládí takřka den ze dne působivější. Při oslavě padesátin Svatopluka Čecha mohl mluvčí studentské delegace oslovit básníka zcela vážně „Velebný kmete!“, zatímco dnešní padesátileté zdravíme „uprostřed jejich plodného života“. Když přišla babička Boženy Němcové na Staré bělidlo, bylo jí čtyřiapadesát roků. Dnešní čtenář v ní vidí sedmdesátiletou stařenku.

Ještě před několika málo generacemi byl člověk v šesté životní dekádě nepochybně pokládán za starého. Také pokud jde o sociální smýšlení v některých etnografických skupinách, stáří se zde manifestuje velmi brzy. Například u Bontor-Igorotů na Filipínách: Třadvacetiletá žena zde dosahuje „životního vrcholu“, ve třiceti tu už „zestárla“ v pětatřiceti je „stará“, a pokud má štěstí, že se dožije padesátky, „je samá vráska od hlavy až k patě“. U severoamerických Indiánů kmene Creek existuje přísloví, že je u rodičů možno mluvit o štěstí, jestliže se dožijí šedin na skráních svých dětí. To jsou ovšem výjimky. Pro většinu etnografických skupin začíná střední věk spíše ve čtyřiceti nebo ještě později, v padesáti. Rovněž tak v naší současné civilizaci.

Přirozeně — věk vždy stigmatizuje. Přesto však sám o sobě neurčuje charakteristické rysy osobnosti. Faktor věku je totiž relativní. Často není důležité, že je člověku padesát, ale také to, že je mu padesát a že je ženatý a má malé nebo i dospělé děti. Stejně jako není tak důležité, že je člověku sedmdesát. Rozhodující je multiplicita faktorů, jejich komplexnost: že je člověku sedmdesát a ještě pracuje, nebo že je mu sedmdesát a je v důchodu, že je ženatý nebo sám atd⁵). Nezáleží pouze na rozdílných osobních podmínkách včetně biologických vloh, ale i na obecných společenských a sociokulturních vlivech. Determinanty třeba hledat ve skupinových konvencích, v psy-

chologii a v sociálně psychologických okolnostech, jež „věkový profil“ jedince značně diferencují.

Stárnutí není v populaci homogenní. Jeho nestejnorodost způsobují odstíny ve stylu života: ve městě nebo na venkově, v rodině či osaměle, dále příslušnost k sociální vrstvě, společenská přizpůsobivost, zdravotní stav, úroveň vzdělání aj. Starší věk může někdy přinášet moudrost a vyrovnanost v povaze a citech, ale určitě nevytváří sociální homogennost.

STAROSTI A ZTRÁTY

Teprve v tomhle věku začínám teď tušit pravdu o věcech, které nelze napravit; to znamená být starý.

T. S. Eliot: *Rodinné shromáždění*

Avšak i bez ohledu na posun věkového průměru, zjistitelný v demografických studiích za posledního půlstoletí, a bez ohledu na kompenzační mechanismy sociálního rázu jsou vstup do pátého decennia a střední věk spojeny s problémy rovněž pro dnešního člověka. Jsou pro něj přinejmenším charakteristické nové hodnoty a nová hlediska. Zakouší je zcela intimně (cítí například, jak stárne) a ostřeji je z bohaté mozaiky podnětů vybírá a vnímá i zvenčí, ze svého prostředí.

Zároveň tedy nevidět *ztráty* by bylo jen zbožným přáním. Jsou spojeny vždy s frustracemi, u někoho méně a u jiného více. Každý věk je však jimi poznamenán — ubývá například „milostných“ a erotických frustrací, ale přibývají frustrace sexuální a vrcholí i frustrace spojené se společenskou prestiží, frustrace v práci a v zaměstnání. Ztráta a frustrace jsou spjité nádoby každého věku.

Naše znalosti o fyzických a emocionálních potřebách či nárocích stárnoucích lidí nestačí držet krok s přibývajícím počtem těchto lidí v populaci. V nejobecnějším smyslu může být nejvážnější frustrací samo stárnutí a nezáměr okolí. Věc se ještě komplikuje, zejména když se ocitneme v sexuální oblasti. Z erotických a sexuálních vztahů mezi muži a ženami na konci středního věku (ale i dříve, kolem padesátky) vyvěrají stále zdroje starostí, jež jsme při jiné příležitosti nazvali „sexuálními starostmi“. Rovněž tady platí, že potom nikoliv člověk má starost, ale starost má člověka! O tom ještě bude řeč.

Jiné, dílčí ztráty lze zhruba rozdělit do pěti skupin. Hovořili

jsme o úbytku kognitivních čili poznávacích funkcí. Není tak markantní, jsou-li zachovávány určité zásady. Musí být dodržován psychohygienický režim i správná výživa (nepřejídat se!). Nezbytné je další podněcování kognitivních funkcí a motivace pro ně. Na překážku bývá vážnější onemocnění. Ačkoliv je stále víc zřejmé, že kognitivní funkce ustupují jen ve specifických okruzích (např. vlivem snížené rychlosti reakcí), jejich ztráta je menší, než se obecně předpokládá. Poněkud horší je to se ztrátou fyzické síly a fyzického zdraví. Nemoci narůstají od čtvrté životní dekády úměrně s věkem. Trvají též déle a delší je i případná doba hospitalizace. Starší lidé jsou dlouhodobými pacienty.

Motivy, postoje a celá hodnotová orientace lidí jsou závislé na jejich sociální roli. Experimentálně to prokázala řada autorů. Avšak sama sociální role člověka se mění s jeho věkem! Vlivem věku se například internalizuje, jedinec si ji dobře osvojuje. Subjektivně správně určuje své sociální postavení i svůj vztah k povinnostem z něho vyplývajícím. Tomu se v sociologii říká internalizace sociální role. K vadné internalizaci dochází v každém věku. Chyby jsou tu specifické. O ztrátě původní sociální role a statusu lze hovořit ovšem až s odchodem do důchodu. Avšak roky letí a je tu šedesátka! Výhodou je, že důchod představuje změnu, která je plánována předem, takže nepřekvapí tak tvrdě. Nicméně se vytrácí společenská prestiž, ať chceme či nechceme.

Touto ztrátou objektivně i subjektivně trpí hlavně muži. V důsledku toho se mění i funkce partnerů ve stárnocím manželství. Muž ustupuje ze slávy a žena, která organizuje domácnost, se stává dominantnější. V mnoha případech jí k tomu pomáhá i lepší zdraví, protože muž je zpravidla odkázán na její ošetřování. Již dříve se vytrácí rodičovská role. Děti odcházejí z domova a pro rodiče se mění struktura dne. Někdy se dostavuje pocit deprese, zbytečnosti a osamělosti.

Nejtěžší frustrace plyne ze ztráty blízkého člověka. Smrt životního druha či družky se snad ještě strašněji dotýká pozůstalého, který je ve středním věku. Zbývalo přece ještě tolik roků společného života! Začínat manželství znovu s jiným partnerem? Zemřelý dával jedincovi životu nezastupitelný význam a nyní je nenávratně pryč!

Ze statistik víme, že jde především o kratší život mužů. Bývá tedy ztráta manžela či druha především starostí a frustrací ženy. V populaci najdeme převahu vdov a osamělých žen po pětadesáti letech v poměru tři ku dvěma proti mužům ve

stejně situaci. Po pětasedmdesáti letech věku se u nás počet vdov proti vdovcům ještě zvyšuje na poměr jedna ku čtyřem.

PROMĚNY HODNOT

Dovedeš si představit, jak se Ábelova osobnost najednou promění a v padesáti letech se z něho stane Kain?

Jean Dutourd: *Hrůzy lásky*

Některé lidské hodnoty jak známo vyrůstají z biologického rezervoáru a jsou vrozené, instinktivní. Většinu však — podobně jako symboly — reprezentují získaná hlediska. Jde o proces sociálního učení. Hodnoty se vytvářejí a předávají během života, jelikož vyrůstají ze sociální zkušenosti.

Srovnání se symbolem je přitom oprávněné. Symbol se často vymyká koncepci biologické užitečnosti, anebo zas naopak často opomíjí biologické zákony. Dějinné postavy (což jsou ovšem výjimky) mnohdy odhazují lidský pud sebezáchovy, přestože jde snad o nejvýraznější hodnotu, a umírají „za pravdu“. Ale co jiné než tuto relaci mezi biologickým zákonem a symbolickými hledisky lze najít v pozadí častého a obecného rčení — „je to silnější než smrt“? Jestliže jsou hodnoty pro člověka symbolicky silnější než biologická určenost, lze tím částečně pochopit, proč se v involuci a ve stáří na existenci kladou nová hlediska, ale též proč se v rámci adaptace naše postoje určují novými věkovými normami a kritérii.

Některých z nich si všímá i tzv. *teorie neangažovanosti*, zformulovaná pro psychologii stárnutí Cummingem a Henrym (1961) na základě pětiletého výzkumu 275 osob ve věku od padesáti do devadesáti roků¹²). Stárnoucí člověk dává v životě přednost událostem, spojeným s jeho vnitřním světem, před událostmi společenské scény, před angažovaností na společenské scéně. Existuje úzký vztah mezi věkem a „vypadáváním“ ze sociálních úloh, čemuž ovšem nemusí odpovídat vnitřní angažování v psychologickém smyslu. Okolo šedesátky nastává u jedince obrat v myšlení, snahách i celkové orientaci: je to zlom, kdy pro člověka ztrácí svůj dominující význam prostředí i práce a vzrůstá význam vlastních zážitků a postojů. Místo angažovanosti na okolí se objevuje angažovanost na sobě samém. Z psychického hlediska si stárnoucí člověk vytváří

vůči sociálnímu prostředí zvýšený odstup, ačkoliv dále přirozeně žije ve společnosti a nadále hraje své sociální role (rodiče, souseda, kolegy, přítele). *Třebaže vnímá sociální podněty, nemá potřebu na ně odpovídat*, což je asi podstatou problému.

V souvislosti s tím se mění i celkové nazírání člověka na život a na sebe samého. Čtyřicetiletí na sebe pohlížejí jako na nositele energie dostačující k zvládnutí problémů vnějšího světa. Šedesátiletí však již vnímají svět jako komplikovaný a nebezpečný, jako svět, který se nedá reformovat ve shodě s plány člověka.

Existuje přímý vztah mezi věkem a počtem úvah o smrti. Podle Cumminga začíná „neangažování“ patrně už ve středním věku, kdy se v chápání jedince objevují některé změny, z nichž jednu z nejdůležitějších tvoří právě změna v chápání faktu, že smrt je nevyhnutelná. Podle Smitha hledá mladý člověk filozofii jak žít, zatímco člověk v pokročilejším věku hledá filozofii jak zemřít.

Ve čtyřiceti či pětáctičeti se získává i jiný pohled na vlastní osobnost včetně pocitu vlastní hodnoty. Fanfarónská gesta mládí bývají aktuálně silná, ale jsou to jen gesta. Ve spojitosti s konkrétními úkoly a cíli, zejména pokud vyžadují vytrvalost, mnohdy rychle mizí. Naproti tomu sebevědomí pětáctičetiletých je trvale hnáno ctižádostí i hřejivou zkušeností, že jsou schopni dokázat mnohem více než mladí lidé, samozřejmě v jiných oblastech a jinými prostředky.

Typickou emoční atmosférou, jíž je růst sebevědomí, pociťují ovšem individuálně založené a formované osobnosti různě. Rozdílné jsou motivy a stejně rozličné jsou reakce a projevy. Nezbytná autorita řídicího pracovníka může vlivem povahových sklonů i okolností přerůst do autoritářských tendencí a diktátorských postojů. Jiné chyby naznačuje hovorový jazyk: některým jedincům „sláva stoupne do hlavy“, jiní zas „usínají na vavřínech“. Přiměřená hrdost, s níž se právem shlíží na dosavadní dílo, metastázuje u někoho v neoprávněnou pýchu. Někdo je ve své ctižádosti bičován až ke komplexu. Přitom nemá žádný tělesný defekt, aby ho toužil „překompenzovat“. Nemusí být ani malý postavou, aby se cítil jak Napoleon. Stačí, když je stigmatizován psychicky (jako „duševní kyfotik“) a v souhlase se svými chorobně vášnivými cíli se chápe i asociálních prostředků k jejich dosažení. Také vztahy plynoucí z nově vytvořených vlastností jsou diferencovanější než v mládí. Bohatší životní zkušenost poskytuje možnosti pro

uplatnění široké škály citových výrazů, od humanismu až po cynismus. Setkáme se s lidmi středního věku, kteří jsou duševně pružní a v řešení meziosobních vztahů přizpůsobiví. Jiní trpí za těchto okolností duševní i společenskou strnulostí. To vše je individuální a také situační.

Jsou tu i změny v etickém cítění s následkem protispolečenských činů. Od negativních emočních pólů k nim není nikdy daleko. Člověk má dosti sil, ale už málo času — urvi tedy, co můžeš! *Carpe diem* je heslo některých individuí tohoto životního úseku. Pokud si lze z tabulek soudního postihu různých věkových vrstev populace učinit obraz o jejich mravním a etickém cítění, je na tom střední věk ovšem lépe než mládež (v poměru jedna ku dvěma). Procentuálně stojí nejvýše delikvence mladých ročníků. Příčiny jsou evidentní. Typické jsou delikty vyžadující sílu, energii, bezohlednost, agresivitu a rychlé a neuvážené rozhodování. Proti mladým letům jsou tedy ve středním věku (a hlavně na jeho konci) zanedbatelné rvačky, výtržnictví, ublížení na zdraví, loupežná přepadení. Čtyřicet či padesát roků zkušeností a institucionálního tlaku usměrní vrozené agresivní pudy. Ostatní spraví subjektivní faktor, snížená dynamogenie a afektivní uklidnění. To však neznamená, že od pětáctyřiceti výše se mravní konání neocitá v rozporu se zákonem. Celkově je však trestnost tohoto životního období od pětáctyřiceti do šedesáti roků v ČSSR o 60 procent nižší než u mladších ročníků. Kuriózním deliktem středního věku je porušení ustanovení hlavy IV. Podle nich

Tabulka 3. Procento delikvence v různých věkových skupinách v letech 1960—1970

Hlava	Obsah zákona	Věk delikventů				
		15-19	20-29	30-44	45-59	60 a více
I	Základy republiky	8,2	31,2	40,1	16,1	4,3
II	Hospodářská soustava	17,5	31,2	34,1	14,5	2,7
III	Veřejný pořádek	13,5	39,6	33,5	11,5	1,9
IV	Činy obecně nebezpečné	2,8	17,4	36,0	32,9	9,9
V	Občanské soužití	13,9	41,3	34,3	9,6	0,9
VI	Rodina a mládež	1,5	27,7	56,7	12,7	1,4
VII	Život a zdraví	16,9	37,4	30,2	12,4	3,1
VIII	Svoboda, důstojnost	37,5	27,4	22,9	8,4	3,8
IX	Majetkové delikty	38,1	35,2	20,3	5,2	1,2

jsou na základě § 194/1,2 stíhány osoby vyrábějící nebo opatřující potraviny či předměty nebezpečné lidskému zdraví. V praxi jde často o pokoutní domácí výrobu alkoholu.

Procento trestní činnosti v letech 1960—1970 podle Státního statistického úřadu ČSSR ukazuje s ohledem na věkové rozvrstvení tabulka 3.

Lidský charakter je podmíněn situačně. Pýcha, egocentrismus a patetické sebevědomí plodí zlo ovšem spíše v situaci, na niž se žádné paragrafy nevztahují. Z jedince dosud mravně cítícího a zachovalého se najednou v padesáti stane amorální bytost. To je též charakteristikum středního věku — dříve totiž k této očividné proměně ani dojít nemůže, neboť by nebyla právě tak očividná. Nebylo by přesné tvrdit, že je to vina věku, nicméně i věkové zvláštnosti mohou představovat pro řečenou proměnu supramaximální podnět. Supramaximálně působí tzv. „syndrom zavírajících se dveří“, o němž budeme ještě mluvit. Vina tkví dosti často i ve zvýšené sexuální apetenci, se kterou se setkáváme u mužů před andropauzou a u žen v klimakteriu. Zdánlivě je to proti přírodě, rozhodně však nejde o vzácný jev. Právě z těchto příčin se v Dutourdově knize z Ábela stává Kain.

PROMĚNY POTŘEB

Došli jsme nakonec k vrozeným konstantám, k agresivitě a k sexuálnímu pudu. Ty tvoří naše *id*, což je podvědomá složka. Předpokládá se jeho neměnná a potenciálně stále stejná proporce, ale navenek se může více či méně usměrnit vyššími etážemi osobnosti. To je klasická psychoanalytická formule. Dále pak — jestliže se naše *id* nemění, naše *ego* rozhodně nestagnuje a začíná rovněž ve středním věku s dosud nepoznanými projevy, potřebami a zájmy. Hierarchie potřeb je proti dřívějšímu pozměněná.

Jak je to tedy s některými potřebami? Definice praví, že potřeba je pocívaný nedostatek něčeho. V tom případě ve středním věku dejme tomu potřeba obživy není už vlastně ani potřebou ve striktním smyslu. Zpravidla je zde již vrcholně saturovaná, to znamená, že se stala stereotypem. Pouhá nutnost, aby se jedinec uživil a nasytil, odpadá. V našich poměrech je na tom existenčně tak, že mu to nemůže dělat starost. Ale jako jiné materiální nároky se i tato potřeba diferencuje a víc se při ní dbá na kvalitu. Padesátiletý muž je v jídle vybíravý

a mlsný. Někdo sní všechno, ale ne s pravou rozkoší. Propadá labužnictví a jídlo se mu stává otázkou gurmánského výběru. Při stárnutí se hovoří o významu nadbytečnosti, nadbytečného zabezpečení. Tím se sice involuční proces nezastaví, ale zvolní a oddálí, takže například nadbytečnost v metabolismu má kompenzační a ochranně adaptační význam. Ale stárnutí se rozhodně nezastaví ani neochrání nadbytečnou výživou. Přejídání má většinou právě opačný efekt, jak dosvědčují úzké korelace mezi krátkým věkem a obezitou z přejídání.

Čas měřený směrem k smrti získává jinou, spíše metafyzickou a úzkostnější dimenzi a méně se v něm tedy plánuje. Investiční zájmy a hmotnou touhu vybudovat si vlastní „hnízdo“ pocítil jedinec zpravidla už dřív. Teď tyto zájmy ustoupily a začínají se posuzovat již sub specie mortis. Proto se mění jejich intenzita i obsah. U některých lidí po padesáti ubývá též zájem o pohledný zevnějšek, módu v oblékání a eleganci, což dříve nebylo. Nemělo by to však být ani v tomto věku! Estetický deficit se objevuje zvláště u těch, kdož předčasně rezignují na své sexuální potřeby a u nichž tedy Eros a Venuše ztratili už autoritu božstev. To je varovné hned z několika důvodů. Touha líbit se není jen ješitným programem mládí. Je mnohoznačně biicky motivována, a to i ve zralých letech.

V mediánu života se pozvolna vytrácí i aristotelovská potřeba člověka jakožto tvora společenského. Ne úplně, ale přece. Zatímco v pětadvaceti rádi navazujeme nové známosti a energicky hledáme nové přátele, což nám činí téměř rozkoš, ve středním věku se člověk stává víc samotářem. S přáteli z dřívější doby plně vystačí. Zřejmě to souvisí s obratem k introverzi. Tím spíše se zde pak otevírá pole pro další potřebu — žít něčím hlubším a duchovnějším, čili najít lidský smysl života. To je základní, mnohdy však marná potřeba civilizovaného (a v civilizaci neurotizovaného) člověka. Podle Frankla je to například důležitější než Freudův sexuální pud, ba dokonce větší než Adlerova potřeba sociálního uplatnění.

Po pětáctyřicátém roce věku ubývá zájmu o tělesné aktivity, provozování sportu, hazardní činnosti typu řízení auta, či o soutěže a sázky, jež mohou způsobit újmu na zdraví. Podle dotazníkových šetření, včetně našich vlastních, se do popředí dostávají sedativní zájmy. Je to esejistická i románová četba, jsou to kavárenské hovory, šachy a partičky karet provozované v monogamních skupinách, v přírodě pak především rybaření.

Tragické je, že pasívní realizace snů se hledá i v alkoholu,

který se pije často o samotě. Mnoho takzvaně nešťastných či stárnoucích existencí propadá chronickému alkoholismu z nudy a omrzelosti, z bázně ze samoty, z nedostatku vyšších zájmů i z neschopnosti přizpůsobit se novým věkovým normám. Překvapivě velké je z toho procento žen. Narkotikem středního a staršího věku je také televize. Divák je jí znechucen, nezdráhá se to dávat najevo, z jejích programů má občas duševní kocovinu — a přece ji každodenně znovu zapíná. Proč? Nezbyvá mu snad již na víc energie? To by nebylo dobré právě v tomto věku.

Na druhé straně pak tyto sedativní zájmy souhlasí i se zvýšeným ohledem na vlastní tělesné zdraví. Ve středním „nebezpečném“ věku infarktů a žlučnickových záchvatů je útlum pochopitelný, u někoho však hraničí až s hypochondrií. Duševní a sociální intence se tu pak střetají. Zvýšený zájem o vlastní zdravotní stav se dostane do rozporu s potřebou sociálního uplatnění, což je snad nejvýraznější potřeba pětáctyřicetiletého až pětapadesátiletého člověka, zvláště pak muže. Konflikt zavíní celou řadu psychosomatických symptomů a obtíží. Úzkostlivé sebepozorování a obavy o vlastní zdraví jsou na konci středního věku výsledkem fyziologické reakce sebezáchovných mechanismů s ozvěnou úvah nad krátkým se životem. Ale ve spojitosti s přetrvávajícími sociálními ambicemi a zvláštní prestižní touhou uplatnit se ve světě kariéry jsou možná častějšími příčinami oběhových selhání, než si lidé myslí. K tomu si přičtíme ještě zmíněné snížení zájmů o tělesnou činnost a máme tu patogenezi vnějších vlivů pro infarkt myokardu i pro arteriosklerózu. Z hlediska psychosomatické medicíny má střední věk zcela specifické problémy. K jeho syndromologii se vrátíme v příští kapitole.

TYPOLOGICKÉ HLEDISKO

U mužů se v období několika let předtím, než oslavují své padesátiny, neděje nic tak výrazného jako například v pubertě (což u žen bývá právě naopak), nicméně pro obě pohlaví tu objektivně nastává nová etapa. Zpravidla tak totiž bývá i prožívána — jednak intrapsychicky a jednak v průsečíku nových společenských stereotypů, tedy ve změněné sociální situaci. Dost zřetelně to lze pozorovat v pracovních a zaměstnaneckých vztazích, v práci a zaměstnání, nebo — řečeno bez pejorativního přízvuku — ve sféře kariéry. Psychické postoje i so-

ciální kategorie se v této oblasti nově standardizují a typizují podle daných či předem získaných *typových* dispozic.

Podrobněji je dokáže osvětlit typologická metoda, typologický systém. V našem případě by mělo jít o typologii pětáctyřicetiletých až šedesátiletých mužů. Avšak typ osobnosti nevzniká až v tomto stáří. Nebylo by správné se domnívat, že se ve středním věku utvářejí úplně nové a jiné strukturní rysy osobnosti, postoje a schopnosti. Proces socializace — jinými slovy proces sociálního učení — jen pokračuje. Typově se tu fixují a diferencují dřívější, leč nově rozvinuté dispozice, a to pod vlivem sociálních okolností. De facto bychom měli mluvit o vyhraněné *sociální typologii* středního věku. Metoda není ovšem vyčerpávající a má funkci pomocnou.

Typ je vždy charakteristickým vzorem, obecného zaměření, jenž se vyskytuje v řadě individuálních forem⁶). Není tvořen jediným znakem, nýbrž vyrůstá z komplexu různých dispozic čili z dispoziční struktury, náležející určité skupině lidí, ale některý faktor v něm vždy získává převahu čili strukturální primát. Charakteristickým znakem typu je rovněž jeho polarita, jinými slovy — každý typ v sobě obsahuje dva protikladné póly, mezi nimiž se pohybuje řada variant. Existuje proto jen málo takzvaně čistých typů, ale mnohem více typů, jež oscilují a jsou smíšené.

Typologie není nový pojem. Základy k ní dala již antická filozofie a medicína před více než dvěma tisíci lety (Hippokrates, Aristoteles, Theofrastos, Galénos). Nejznámější jsou temperamentové typy prvně uvedeného: sanguinik, flegmatik, cholerik, melancholik. Jejich platnost se v moderní době víceméně potvrdila v experimentech I. P. Pavlova. Kombinací síly, dynamiky a rovnováhy nervových procesů se došlo k závěru, že u vyšších živočichů a u člověka existují čtyři adekvátní základní typy vyšší nervové činnosti.

Nejen však hippokratovský výklad humorálních působků, jež by měly vliv na temperament, ale vůbec celý hippokratovský model typologie, která vychází ze vztahu fyziologie k psychologii, je dnes už těžko udržitelný. Jak poznamenává Mann, „je těžko generalizovat vztah fyziologie k psychologii, protože tematika fyziologie je konkrétní, kdežto psychologie se zabývá proměnnými, které lze redukovat na behaviorální pojetí jen s obtížemi. Vcelku není stupeň vztahu mezi oběma nijak pozoruhodný. V nejlepším případě podává fyziologický substrát paralelu k psychologickým jevům, ale nikoliv jejich vysvětlení“⁷). Produktivnější a podle mého soudu i správnější,

a to zejména pro výklad typu a charakteru člověka po čtyřicítce, se jeví úkol postihnout celkové množství aktivity jednotlivce ve skupině, tedy určit vztah mezi osobnostními a skupinovými měřítky. Zájem se sice upíná k osobnosti, tj. k individualitě, ale především se zkoumá, jak se promítají vlastnosti osobnosti do sociálního prostředí.

EXTRAVERZE A INTROVERZE

Lze tu pracovat s pojmy dostatečně známými, například s extravertí a introvertí. Právě tato osobnostní měřítka se nejlépe postihují v sociálních souvislostech.

Dlouhodobé zkoumání osobnostní struktury dává podněty ke zjištění, že člověk kolem čtyřicítky (a výše) *introvertuje*. Lidová empirie našla pro to výstižné rčení, jestliže o někom praví, že „jde do sebe“. Introverze znamená „jít do sebe“. Člověk si vytváří vlastní svět, poněkud odlišný od dřívějšího, protože ten aktuální je už více ohraničen od vnějšího světa reality. Musíme tomu ovšem rozumět tak, že celý tento proces vede zpravidla jen k relativní změně. Spíše než o kvalitativní změně měli bychom hovořit o kvantitativním posunu. Ne každý mladý extravert přijímá tedy rysy introverze natolik, aby se z něho ve čtyřiceti nebo v pětadvaceti stal typ opačný. Introvertní znaky jsou věkem sice již četnější, ale i nadále se zpravidla vyskytují v rámci předchozího strukturálního primátu. Záleží na vyhraněnosti typu za mlada. U jedince s méně vyhraněným extravertním zaměřením v mládí může mít kvantitativní posun za následek však i kvalitativní změnu. Zde se původní typ osobnosti dokonce obrací ve svůj protiklad.

Introverze je oporou emoční stálosti. Řečiště někdejších afektů se reguluje. Vášně snad nejsou už tak šířavé. Tvrdíme, že jejich místo z větší části zaujímá rozum. Introverze dále přispívá i k vyrovnanosti ve složce volní. Průběh podkorových reakcí a funkcí limbického systému se zdá být více pod kontrolou. Energetický potenciál pudů se brzdí. Při posuzování sexuální agrese se například s delikventy staršími čtyřiceti let setkáváme jen vzácně. Má se za to, že ústup této deviace způsobují vlivy mimovolní a esenciální, zde např. biochemické a endokrinní, spojené se stárnutím pohlavních žláz a s úbytkem sexuálních steroidů. Nelze tu však vyloučit ani pozitivní působnost volní kontroly vycházející z nejvyšších etáží osobnosti. Každopádně se oslabuje sexuální pud.

Jako o symptomatice středního věku se mluví též o fenoménu „zmoudření“. Je to však specifický proces a nepřekrývá se s posunem k introverzi. Moudrost je výsledkem nasbíraných zkušeností a informací, kdežto introverzi nutno významově vymezit a chápat jinak, českým výrazem „zvniternění“. A to je kategorie, která má s moudrostí společné jen něco, nikoliv všechno.

Komponenta *introverze* znamená desurgenci, tedy mlčenlivost, dále introspektivnost, až sklíčenost a znepokojení, nesdílňost, neuvolněnost (postoj „abych si nezadal“) a konečně pomalost a ochablost. Naproti tomu komponenta *extraverze* se projevuje povznesenou náladou, nepunivitou, optimismem a nedostatkem vypočítavých aspirací, postojem „z pekla štěstí“, dále surgencí (hovorností), veselostí, výmluvností, uvolněností a konečně rychlostí a čilostí.

Obě komponenty s uvedenými charakteristikami zkoumá a zjišťuje mezi jinými dimenzemi osobnosti Cattellův 16faktorový osobnostní dotazník. Izoluje je v osobnosti jako faktor F, přičemž extraverzi odpovídá F+ a introverzi F—. S nimi koreluje z hlediska osobnostních a skupinových měřítek též faktor H, který představuje stupeň autonomní aktivity či reaktivnosti, tj. pružnosti a odolnosti. Jedno vyjádření faktoru H tvoří vlastnosti jako dobrodružnost, smělost, společenskost, otevřený zájem o druhé pohlaví, veselost, duchaplnost, impulzivnost, frivolnost, bezstarostnost. Člověk tohoto druhu nepodléhá tak snadno únavě z opakované stimulace, je v něm dynamické napětí a spontaneita a cítí jen malou inhibici i v nebezpečí. Opačně je faktor H vyjádřen plachostí, ústupností, soběstačností, nevtíravostí vůči druhému pohlaví, chladem, pohoršlivostí a zdrženlivostí. Člověk tohoto druhu potlačuje své žádosti, rychle odhaduje nebezpečí a podle toho opatrně jedná, má úzce vymezené zájmy a je značně reaktivní vůči nepříjemnostem a hrozbám.

V behaviorálním pojetí představují extraverze a introverze právě tak jako oba póly Cattellova faktoru H určité vzorce chování. Možno se tedy ptát, jak vypadá jejich typová protikladnost v sociální aktivitě a reaktivitě té části populace, jež je podle někdejšího mínění v zenitu životní dráhy?

Spojení extraverze s pozitivním stupněm autonomní aktivity či reaktivnosti, pružnosti a odolnosti se objevuje v různých kategoriích dospělosti, u značné části populace. Typologicky se však manifestuje zejména u člověka v produktivním věku. Těchto *vitálních typů* (čili V₁-typů) je patrně nejvíc ve

stáří kolem čtyřicítky nebo pětáctyřicítky. Přesněji řečeno, teprve v tomto životním období se vyhraňují. Spojení introverze s negativním stupněm prve vytčených vlastností osobnosti vidíme v jiném typu, protikladném k prvnímu. To je skupina zdrženlivých a *váhajících* (čili typy V_2).

Smyslem těchto pojmů je vystihnout *vyhraněné chování* pětáctyřicetiletých či o něco starších jedinců ve společenském prostředí. Otázka zní: Jak se člověk středního věku chová, jak jedná pod tlakem sociálních poměrů i v kontextu své osobnosti, tj. svých individuálních zájmů a aspirací? Předpokládejme, že jeho vzorce chování jsou relativně již vyhraněné. Času měl dost, aby své bazální dispozice rozvinul a také aby svou osobnost integroval.

DVĚ KASUISTIKY

Oba typy si nejlépe přiblížíme kasuisticky. Předem však možno poukázat na jejich strukturální primát: u prvního živý zájem o okolí a vitální přístup k řešení existenčních i „existenciálních“ situací, u druhého váhavost, nerozhodnost a zdrženlivý přístup k volbě životních možností, často spojený s „existenciálními“ pocity.

Literárně byly oba typy zachyceny již mnohokrát, někdy i společně jako protihráči. Z jejich protikladnosti čerpá polemické klima, napětí, humor. (Takřka ve schematické podobě účinkují vedle sebe například v detektivních románech Rexe Stouta. Snad právě proto, že v tomto žánru jde o něco jiného než o realistické líčení, mohl autor v Lize vyděšených, ve Zlatých pavoucích a jiných svých románech vykreslit oba typy tak, jak se to v obyčejném životě vidí jen zřídka. *Thruston Nero Wolfe* je nesdílňný, mlčenlivý, hezoun *Archie Goodwin* hovorný až tlachavý. První je samotář, nespolečenský podivín, druhý se bez společnosti neobejde. Detektiv se nezajímá o ženy, je misogyn. Jeho tajemník naproti tomu nikdy ženám neodolá, je to donchuán. Nero je chladný, pohoršlivý a zdrženlivý. Archie je impulzivní, bezstarostný a téměř frivolní.)

Vše, co zde teď bylo řečeno, se týká převážně mužů. Ženská mentalita je přece jen odlišná. Rovněž situace ženy je stále ještě zvláštní. K tomu se však vrátíme.

Vitální typ (V₁)

47letý technický úředník, středoškolák, čtyři semestry vysoké školy, ženatý, dvě děti. Vyrůstal v rodině živnostníka v dobrých sociálních poměrech. Otec, dříve energický a úspěšný podnikatel, nyní po mrtvici žije jako důchodce. Matka byla veselá a společenská. Zemřela před deseti lety na karcinom. Byla v domácnosti. V rodině se nevyskytuje duševní přítěž, pouze strýc z matčiny strany zemřel bilanční sebevraždou.

Je druhý ze čtyř sourozenců. Bratr byl starší o dva roky, zahynul ve dvaceti letech při automobilové havárii. Sestry dvojčata jsou mladší o osm let. Obě jsou vdané a mají děti. V dětství byly obě miláčky rodičů. On sám byl veden spíše k samostatnosti a realismu. Brzy vyhledával společnost mimo rodinu, s bratrem ani sestrami příliš nekomunikoval. Jako dítě byl neposlušný. Většinou ho trestala matka domácím vězením, jež se ho dotklo nejcitelněji. Bit byl málo — nebylo to prý nic platné. Od dětství měl mnoho kamarádů, převážně starších. V pubertě byl členem party, která se pro vandalství a rušení veřejného pořádku dostala do rozporu se zákonem. Před soudem vyměřeny podmíněné tresty, sám jako nejmladší vyšel bez potrestání. Po roce práce na stavbě na přímluvu svého příbuzného dostudoval střední školu a složil maturitu s průměrným prospěchem. Dostal se na vysokou školu humanitního směru, odkud byl vyloučen. „Jednak jsem nechodil na přednášky, nebavilo mne to. Jednak — a to bylo horší — přišla na školu stížnost z VB. Když jsme se vraceli v noci z flámu, přecházeli jsme auta a jednou nás při tom chytili. Tenkrát zrovna spal v tom autu šofér.“ (Přecházení aut znamenalo, že se rozeběhli, vyskočili vzadu na kufr, přeběhli střechu a po kapotě slezli dolů.) Po vyloučení ze školy byl na vojně. Odtud měl velmi dobrý posudek. V civilu začínal jako aranžér u družstevního podniku. Pak nějaký čas pracoval v kanceláři v propagaci. Začal se zajímat o populární hudbu a estrádní produkce. Dal s několika kamarády dohromady kapelu s poloprofesionálním uplatněním. „Kluci hráli a já zpíval nebo i konferoval.“ Dostali se prý až do rozhlasu, když předtím zvítězili v jakémsi konkursu. Pak je rozpustili, protože neměli v pořádku finance. Z družstva, kde pracoval, odešel do hlavního města, bydlel u tety a stal se pracovníkem pojišťovny. „To bylo dost svobodné povolání, ale málo jsem tenkrát vydělával.“ Měl pak vážnou známost a potřeboval si prý našetřit peníze. Z pojišťovny odešel a začal ve vlastní režii jezdit jako taxikář. Starší auto mu koupil otec z úspor. Asi po roce mu byl odebrán řidičský průkaz, protože řídil v podnapilém stavu. „Tenkrát to do mne lila taková veselá parta, něco oslavovali, prémie nebo

co.“ Na dobu taxikaření nerad vzpomíná: „Nic mi to nedávalo. Nic kromě peněz.“ Potom nastoupil do stavebního podniku ve svém rodišti. Zde se během pěti let vypracoval z místa pomocného skladníka k funkci vedoucího technického oddělení. Prošel asi pěti funkcemi. Stačil si při zaměstnání udělat nástavbu a složil maturitu na stavební průmyslovce. „Nikdy dřív jsem netušil, že mám technické nadání.“ Pro pracovní iniciativu a úspěchy byl vyznamenán odborovým svazem. Zásluhy má též jako vynálezce a zlepšovatel. V dohledné době ho prý čeká funkce náměstka ředitele. Odpovědnosti se nebojí.

Jako hobby má v posledních letech sport. Je jednatelem místního sportovního klubu, jehož fotbalový oddíl hraje v nejvyšší soutěži. Dále udržuje kontakty s beatovou skupinou, jíž radí a pomáhá. „Dělám jim skoro manažera.“ Již dvě sezóny za sebou absolvovali zájezd do ciziny. „Kdybych neměl tak dobré místo, asi bych se vrátil do kultury. A odešel bych znovu do Prahy.“

Oženil se v pětadvaceti letech s dívkou o rok mladší, povoláním učitelkou. Mají dvě děti. Na rodinu prý moc času nemá, ale manželka ho chápe. Nosí domů dost peněz. Manželka je značně aktivní v politické práci, rovněž je zaneprázdněná. Děti byly většinou vychovávány u matčiny matky. Starší chlapec prvním rokem studuje vysokou školu v Praze, mladší se učí horníkem v Ostravě. Výchovné problémy s nimi jsou stále.

Je společenský, má mnoho známých a přátel, s každým si tyká. Občas se rád ve společnosti napije. Kouří dvacet i více cigaret denně. Zdraví mu slouží dobře. Fyzicky je přitažlivý, na svůj zevnějšek dbá, ženám se může líbit. Vypadá mladší než na svůj věk. Počíná si energicky a sebevědomě.

K psychologickému vyšetření byl poslán lékařem, který byl soudním znalcem v jeho paternitním sporu. Šlo o ověření diferenciální diagnózy týkající se anomálních rysů osobnosti.

Na otázku, jak to je s jeho paternitním sporem, odpovídá rozhodně: „Už je to v pořádku. Věděl jsem, že v tom určitě nemám prsty.“ Žalující strana si ho vybrala prý jen proto, že má dobré sociální postavení a příjmy. „Měl jsem s ní něco, to je pravda — ale to bylo dřív. Nejsem v tom sám a moje to určitě není.“ V paternitním sporu bylo po vyšetření krevní skupiny jeho otcovství vyloučeno.

Pro ženy má prý sice slabost, ale nevěru v současnosti rozhodně popírá. „Když jsem taxikařil v Praze, měl jsem ženských vždycky dost. Teď už mne to přestalo bavit. Příležitost byla taky, když jsme někde hráli, ale to už je dávno.“ Pohlavně je dobře vyvinut, má výrazné maskulinní znaky. Na poruchy v sexuálním životě si nestěhuje. „Jenomže už na to nemám ty myšlenky.“

Vyšetřením na základě baterie testů se zjistilo cyklotymní založení, spíše aktivizující složky inteligence, snadná adaptabilita, avšak menší svědomitost, menší vytrvalost a menší kultivovanost. Chybí tendence inteligentních lidí k přijetí vyšší morálky. Dále lze zjistit výraznou extraverci, dominanci, emoční labilitu, iniciativnost a inventornost. Projevuje se soběstačně a naznačeny jsou i agresivní rysy. Myšlení je praktické, se smyslem pro realitu.

Nápadná je v tomto životním běhu křivka úspěchů v podobě vlnovky, která vyjadřuje vitální typ v nejrůznějších oborech činnosti. Ztroskotal, ale hned nato profitoval v řadě zaměstnání i zájmových činností. Přitom se vždy pohyboval na tenkém ledě, na hranici mezi normou a odchylkami. Jeho optimismus a bezstarostnost hraničí s nedostatkem vnitřní kázně, jeho impulzivnost občas přechází do agrese, jeho smělost a to, že se málo dokáže brzdit i v nebezpečí, ho zavádějí do rozporu se zákonem. Spoléhat na štěstí ho zřejmě občas inspirovalo ke švindlířským praktikám a k mystifikacím. Jeho zájem o ženy byl otevřený až příliš — tak, že jej musel v jednom případě řešit paternitním sporem. Vyhraněný vitální typ je vůbec vždycky „příliš“! Je příliš impulzivní a horlivý — proto se zdá být agresivní. Je příliš surgentní a hovorný — takže se zdá být tlachavý. Je příliš bezstarostný a povznesený — proto se dostává do malérů. Je příliš smělý — až frivolní. Je však též příliš čilý, odvážný, podnikavý, vynalézavý, bystrý, rozhodný a energický — takže může mít vždy znovu úspěch.

Psychoanalytická interpretace tu zřejmě nevystačí. Je značně úzká a dogmaticky sleduje naplnění svých hypotéz. Mohli bychom se dejme tomu domnívat, že aktivita typu V₁ pramení z potlačované úzkosti. Jde o známou domněnku o *překompenzování* povahových rysů ve smyslu Adlerovy individuální psychologie. Avšak u našeho případu nelze vyšetřením zjistit žádný významný „vzorec úzkosti“. Spíše se držíme domněnky o dědičnosti genetického charakteru některých důležitých psychických rysů. Eysenck ve srovnávacích výzkumech zjistil, že „shodnější stupeň intelektuálních vloh, extravertivnosti a neuroticismu mají vždy identická dvojčata proti dvouvaječným“ — a nezáleží, jsou-li vychovávána odděleně nebo společně⁸). Typ našeho V₁—muže je příkladem rozvinutých konstitučních vloh.

Z vypěstovaných dispozic si v kasuistice povšimneme dvou. Adler před lety vyslovil domněnku, že „u druhorozených dětí má úsilí o moc a převahu zvláštní odstín. Druhorozenec silně

dráždí to, že je někdo před ním, kdo se uplatňuje⁹). Pokud může rozvinout své síly, dere se pak celý život dopředu. Připomíná to biblickou legendu o Ezauovi a Jakubovi. Nejstarší sourozenec je v tomto pojetí „strážcem pořádku“, druhorozený je však neustále činný, aby ho ohrozil. Z této pozice v rodinné struktuře přebírá do života energii a dynamický elán, někdy až tvrdost a agresí. (Mezi bratry existují rozdíly i v sexuální výkonnosti. Výzkumem 250 mladých mužů s poruchami potence se zjistilo, že zhruba do pětadvaceti let života selhává 85 procent prvorozených, což je dvaapůlkrát více, než odpovídá jejich výskytu v naší populaci¹⁰). Platí tu snad adlerovský výklad?)

Od dětství byl náš muž velmi společenský. Nejprve se jako pubescent přátelil se staršími, později v dospělosti si ponechává některé juvenilní stereotypy, je v kontaktu s mladými. Vypadá mladší než na svůj věk.

Pro každého jedince má věková vrstva funkci referenční skupiny (z lat. *refero* = vztahuji se). Podle sociologických průzkumů z ní jedinec čerpá normy, hodnoty a postoje ve svém chování a je s ní nejtěsněji spjat. Ale současně může působit i více referenčních skupin. V jistých vztazích je typ V₁ spjat se střední věkovou vrstvou, vzorem je mu však i nadále skupina mladých. Je to paradoxní. Jako adolescent vždy pospíchá do skupiny starších, ačkoliv je spjat s adolescenty. Dříve „pospíchal“ a nyní, ve středním věku, jako kdyby byl retardován, anebo jako by jednoduše „nestárnul“. Je takový nejen ve svých emocích, ale podle toho se tak i chová. V tom se mimo jiné liší od typu váhavého (čili od V₂), protože tomu bývá ve středním věku vzorem spíše skupina starších.

Typ váhající (V₂) čili kunktátor

49letý absolvent umělecké školy, pracovník v kultuře a osvětě, prošel řadou odborných funkcí na tomto poli; publicista, literát, redaktor, nakonec knihovník. Od dětství byl plachý, později sociálně málo odvážný až bázlivý, což se značně přičilo jeho úřadu. Jedináček, vždy silně pod vlivem matky, která se na něho „podruhé“ upnula zejména po smrti svého manžela. Otec byl vynikající hudební interpret, vzdělaný intelektuál, patriarchálních názorů. Zemřel, když byl náš muž již dospělý. Matka vždy v domácnosti. V rodině nezjištěna žádná duševní přítěž, s výjimkou matčiných hysterických sklonů.

Studoval s vyznamenáním. Ve škole se mu „dávaly velké naděje do budoucna“. Vrstevníci, spolužáci a kamarádi ho měli za „společenského samotáře“. Vážili si jeho nadání. Později byl oblíben zejména proto, že nikdy nevyhledával konflikty. „Každého jsem se snažil spíš potěšit.“ Věděl, jak a co říci, aby si nezadal a nevytvořil si nepřátele. U učitelů se těšil značné oblibě pro „mírnou povahu a svědomitost“. Brzy po studiích vstoupil do veřejného života. Byla mu svěřena důležitá funkce ve velkém kulturním zařízení. Měl zde velký vliv, rozhodující moc i mimořádnou odpovědnost. Selhal prý však na celé čáře. Nedovedl organizovat. Dělal chyby v rozhodování. „Přišlo se na to až za několik let.“ V té době se radil vždy s několika osobami z okruhu svých známých, které o jeho práci neměly ani ponětí. Stačilo jen, že jim věřil. Přitom ovšem: „Každému jsem dával vždycky chvíli za pravdu, nakonec ale většinou nikomu, ani těm, kteří — jak se zdá — věci rozuměli.“ V zaměstnání cítil vždy přemíru odpovědnosti, a to i v další funkci, která už zdaleka nebyla tak odpovědná jako předchozí.

Heterosexuálních přátelství se nestránil. „Jeden čas, a to po rozvodu, se o mně říkalo, že jsem holkař.“ Nikdy však neměl jistotu, že dívka „je ta pravá“. Na schůzky si vodil přátele, kteří mu měli dát tajně na srozuměnou, zda je dívka pro heterosexuální partnerství s ním „vhodná“. Komunikace v tom smyslu se před dotyčnou odehrávala na symbolické úrovni. Předem prý bylo dohodnuto jakési bodování, podle něž se řídil. Dokázal například dívku poslat ze schůzky domů a nikdy se s ní již nesejít, když mu přítel naznačil „nižším počtem bodů než bylo povoleno“, že partnerka vhodná není. Naopak zase, ve svých 29 letech začal chodit s ženou o pět let mladší, kterou si rok nato vzal, protože se přítelům líbila a měla „vysoký kvocient vhodnosti“. Za další tři roky se rozvedl. Manželství bylo bezdětné. Manželsky žil prý sotva rok. Důvodem k rozvodu byl vliv kamarádů, kteří ho zvali na večírky, kde měl možnost seznámení s jinými ženami. Byl dosti často nevěrný. V určité době se zúčastňoval i hromadných erotických her, ne prý že by ho to lákalo, ale: „Začal jsem nenávidět ženy a rád jsem je viděl pokořené.“ Po rozvodu ještě mnoho let svou ženu nenáviděl (nenávidí?). „Hledal jsem možnost, jak ji vytrestat.“ Vážně se zabýval myšlenkou, že ji „předhodí“ jistému muži ze své blízkosti, který byl znám svými cynickými postoji. S ním vypracovali přesný postup „trestné akce“. Nakonec vše selhalo, poněvadž náš muž sám od „trestu“ upustil. Dlouho se pak svému známému vyhýbal.

S jiným přítelem chodili do restaurací jíst. Občas konzumovali také alkohol, ne však nad míru. „Alkohol na mě působil jako stimulant pro jistější rozhodování, ačkoliv jsem se alkoholu jinak bál.“

Charakteristické přitom bylo, že si nedokázal sám vybrat podle jídelního lístku. K jídlu objednával vždy to, co si dal společník. Sám na to chuť neměl. Pokud večeřel nebo obědval sám, žádal o radu číšníka, někdy za směšných okolností. („Nikdy jsem na nic k jídlu neměl vyslovenou chuť. Ta se dostavila až při jídle.“)

I ve svých zájmech se projevoval jako pověstný *kunktátor*. Než se rozhodl pro nějakou zábavu či relaxaci, například kino, radil se vždy s druhými. Ačkoliv do biografu chodil rád, protože mu „dával možnost úniku“, obvykle se na jistý film dostal znovu jen pod vlivem známých: „Připojil jsem se k nim.“ O shlédnutém představení neřekl žádný jasný hodnotící názor, třebaže byl na něj často „jako odborník“ dotazován.

Po rozvodu se u něho vyhranila tendence k misogynii. Vyžíval se v ní. Konflikty se ženami nevyvolával, prožíval je jen vnitřně a spíše ve fantazii. Báł se, že by ho mohly ohrozit, domníval se, že „ženy jsou mocné“, že jsou společensky i jinak preferované a že by ho zničily.

Přitom měl pro ženy vždy jistý půvab. Je hezký a fyzicky přitažlivý. Užší společnost dokáže vtipně bavit. Mluví velmi vybraně a duchaplně, ale ne tak, aby to odpuzovalo; nepůsobí „intelektuálsky“, ani nedává své vědomosti na odiv. Do společnosti je zván pro svou vážnost a společenskou prestiž. Pozvání přijímá — slíbí, že přijde, obvykle tam však nejde a dodatečně se omlouvá nejasnými, nejapnými a neutrálními argumenty. Nemá rád nové tváře. „Pokud jsem se tam měl seznamovat s novými lidmi, třeba i od mé profese, bylo to hrůzné pomýšlení.“

Někdy se podle názoru druhých chová podivínsky: měl-li třeba ve městě potkat dobrého známého, kamaráda či přítele, radši někdy přešel na druhou stranu ulice, aby se mu vyhnul, ačkoliv za hodinu nato mu telefonoval, že by se s ním chtěl sejít. K tomu dodává: „Občas nemám na nikoho chuť.“

Projektivní vyšetření osobnosti nevykázalo žádné známky nezralosti, jak by se z anamnézy zdálo. Naopak, je to sice osobnost silně introvertovaná, ale vysoce kultivovaná, harmonická a emočně stabilní, s výraznými sklony k tvůrčí a umělecké práci, s bohatou představivostí i s přiměřeným („normoplastickým“) smyslem pro realitu. Inteligenční schopnosti jsou ve vysokém nadprůměru, především díky značné vnitřní kreativitě. V testech výkonnosti je poněkud snížena reaktivita a pohotovost. Některé zvláštní nálezy v testech svědčí pro vysoký, i když variabilní „vzorec úzkosti“.

Životní dráha tohoto váhavého typu vykazuje mezi třicátým a čtyřicátým rokem věku povlovný sestup. To je však jen

z pohledu zvnějška, podle měřítek „kariéry“ na základě vnějších úspěchů. Po pětadvaceti letech již zpravidla skýtá tato dráha vyrovnaný obraz změněné sociální role. Je tu dlouhá a intenzivní křivka bez výkyvů. Životní spokojenosti se docíluje v klidu a *intenzitě*. Rozhodně nelze říci, že náš kunktátor v životě selhal. Selhal jen v činnostech, které pro jeho cíle nic neznamenaly. Zároveň prožil své „znovuzrození“. V posledních letech publikoval práce, na jaké předtím — jak tvrdí — nikdy neměl čas ani náladu. Ve středním věku se člověk tohoto typu V₂ našel. Naproti tomu typ V₁ má křivku s více vrcholky a výkyvy. Základnu jeho životního štěstí tvoří neustálý a *extenzivní* návrat k vrcholům, což ovšem vylučuje klidný tok života. Vnucuje se tu představa dynama, které se nabíjí jen potud, pokud je motor v chodu.

NA CESTĚ K AUTONOMII

Ale v tomto světě pořád a pořád pramení další a další naděje na místech zcela nečekaných, a vůbec si ji neuvědomujeme...

T. S. Elliot: *Rodinné shromáždění*

Svou charakterovou strukturou oba typy odpovídají společnosti v určitém stádiu populačního vývoje a v určitém věkovém standardu. Na vnější impulsy reflektují sice rozdílně, každý z nich však celkem shodně se svou kategorií, příbuznou co do zaměření a dispozic. Nelze říci, že by některý z obou V — typů byl nepřizpůsobivý. Je ovšem třeba zdůraznit, co dosud nebylo výslovně řečeno: mechanismus přizpůsobení zde chápeme ve smyslu společenské a psychologické způsobilosti, nikoliv ve významu přiměřenosti v jakémkoliv hodnotícím smyslu. Pojem charakterové struktury, který se tu prve vyskytl, je přitom velmi důležitý. Nekryje se přesně s pojmem chování. Jedinec se dejme tomu může chovat k ostatním nekonformně, ale jeho charakterová struktura nekonformní být nemusí, nebo naopak. Jinak řečeno, přizpůsobení nelze posuzovat podle toho, zda společenským normám odpovídá vnější chování jedince, nýbrž podle toho, zda je s nimi v souladu jeho charakter. Člověka, jehož charakter odpovídá jeho době a životní situaci (včetně věku), lze označit za přizpůsobeného, třebaže se dopouští některých chyb a dělá věci, které se výrazně rozcházejí s tím, co se od něho očekává¹¹).

Obě popsané osoby se přes své chyby dokázaly *adjustovat*, adaptovat, přizpůsobit. V anamnéze jejich mládí jsou sice výstřelky, ale pokud bereme v úvahu jejich zralý a produktivní věk, patrně ani Durkheim by je nezařadil mezi své anomiky, tedy osobnosti výchylné. Střední věk již u nich provedl svou adjustaci. Hranice mezi normou a nenormálností stejně jako mezi adjustovanou a anomickou osobností se často stírá. Duševní vlastnosti se manifestují v kontinuu. Ani bystrý a zkušený diagnostik mnohdy nerozezná, kde končí norma a začíná patologie. Schizotym přechází do schizoida, ten zas do schizoidního psychopata apod.

Extrémní (anomické) výrazy obou typů mohou vypadat jako „nešťastné“ či „štvané“ bytosti, pokud nenajdou možnosti své pravé realizace. Vnitřní a vnější život těchto jedinců se k sobě nehodí. Ovšem možnosti realizace, jak vysvítá i z našich případů, zde jsou. Věk, o kterém se v této práci převážně hovoří, je pro tyto možnosti pozitivním faktorem. Nejenom v tomto světě, ale i v tomto věku pořád a pořád pramení další a další naděje...

Typ V₂ se zdá být živý uvnitř, ve svých vnitřních kontroverzích. To vůbec však neznamená, že si nepostuluje sociálně uznávané hodnoty. Jako ostatní lidé potřebuje například i pravdu. Z hlediska jeho charakterové struktury a jeho typu lze dokonce říci, že mu víc záleží na tom, aby našel pravdu, než aby se stal ředitelem důležitého podniku. Potřebuje dále též umění, i když — na rozdíl od ostatních — spíše umění v aristotelovském smyslu: jako terapii. Typ V₁ potřebuje umění hlavně jako potvrzení svých vlastních činů. V tom je rozdíl.

Váhající typ se uměleckého díla nejistě ptá, co říká. Vitální typ se tak neptá, protože ví (nebo si myslí, že ví), co sám dělá. Ve všem, co dělám, je pravda. Pravda je se mnou! To je nerozpačité krédo vitálního. Kunktátor naproti tomu si není nikdy jistý, zda je „v řádu pravdy“. I to, co sám dělá, přijímá s velkými rozpaky, ne-li s nejistotou.

Nešťastné pozice a anomické postoje extrémních výrazů obou protikladných V-typů jsou klinicky známé; zabývá se jimi psychiatrie. To však teď nehovoříme o typech, nýbrž o jejich *extrémních výrazech*. Takže je nutné se ohradit proti případné tendenci rozšiřovat jejich symptomatiku na obecné lidství, z psychopata na člověka vůbec. To je psychiatrizace běžných psychologických a sociálních jevů. Bohužel jde o dosti rozšířený nešvar. A libuje si v něm i moderní nihilistická filozofie. (Příčemž dráždidlo „odcizení“ nebo výroky o „paranoidním

bytí“ obvykle představují jen laboratorně vypreparovaný a vykonstruovaný model, anebo to jsou jen náoko imponující literární fráze. Rozhodně je nesmyslné uvádět je do kontextu se středním věkem jen proto, že v něm dochází k introverzi a že jedinec „zmoudří“.)

Rezignace je zároveň nejnebezpečnějším postojem středního věku. Připisují-li se fenomény odcizení a ztracenosti všem současníkům a moderní existenci jako takové, je to iluze zaviněná mnohdy jen pohledem do zrcadla (čili do vlastního schizoidního nitra). Dnešní lidé se též *něčemu naučili*, a tudíž se dokáží adjustovat. Názorně je to vidět i v kasuistikách obou V-typů, vitálního i váhajícího. Vitální typ je znalý všech úskoků skutečnosti a váhavý zase všech úskoků svých rozhodnutí, své volby. Oba tím lidskou situovanost kompenzují, naplňují ji realizací. V souladu s moderní psychologií bychom mohli říci, že oba — každý po svém — touží dosáhnout jistého stupně nezávislosti, autonomie.

Kunktátor se adjustoval vnějškově a zároveň své autonomie dosáhl vnitřně. Vitální typ svým energickým a podnikavým stylem se dožaduje autonomie zvnějška. Někdy se vymyká konformnímu chování. Avšak ke svému okolí a především ke své sociální vrstvě, jež od svých členů vyžaduje úspěch v podnikání a zdůrazňuje hmotný standard, je dobře adjustován vnitřně, ve svých motivech a aspiracích. Trvá ovšem často celé čtyři životní dekády či ještě o pár let více, než dosáhne uspokojivé seberealizace. Vitální typ nalézá bohatství života v realitě, s kterou zápasí ke své radosti a rozkoši, a typ váhající je vydolovává sám v sobě, spokojen ve své kontemp-laci. Oběma tedy stojí za to pokračovat.

Literatura

- 1) *Huličková I. M.*: Věkové rozdíly v učení a paměti. Čs. psychologie 1: 27—41, 1968. (Ref. z katedry psychologie university v Buffalu, New York.)
- 2) *Hydén H.*: Biochemické aspekty učení a paměti. V: O biologii učení. Čes. př. Praha, Akademia, 1974, s. 108.
- 3) *Latimer a Owens* cit. dle: *Příhoda V.*: Ontogeneze lidské psychiky IV. Praha, SNP, 1974, s. 139.
- 4) *Příhoda V.*: op. cit., ss. 140—141.
- 5) *Kon I. S.*: Sociologie osobnosti. Čes. př. Praha, Orbis, 1971, s. 83.
- 6) *Jung C. G.*: Psychologische Typen. Zürich, Rascher, 1946.

- 7) *Mann J.*: Hranice psychologie. Čes. př. Praha, Orbis, 1967, s. 224.
- 8) *Eysenck H. J.*: Biological Basis of Personality. V: *Lindzey G.* (ed): Theories of Personality: Primary Sources and Research. New York, 1965.
- 9) *Adler A.*: Člověk jaký je. Čes. př. Praha, Orbis, 1935, s. 113.
- 10) *Mellan J.*: Sexuální poruchy u svobodných mužů. Čs. gynekol. 31 : 577—578, 1966.
- 11) *Riesman D.*: Osamělý dav. Čes. př. Praha, Mladá fronta, 1968, s. 238.
- 12) *Cumming, Henry a Smith* cit. dle.: *Kostolanský R.*: Poznámky k teorii neangažovania sa v období starnutie. Čs. psychologie 4 : 344—347, 1968.

4. kapitola

SYNDROM BĚŽCE BEZ CÍLE
— SYNDROM ZAVÍRAJÍCÍCH SE DVEŘÍ —
POCIT NEPATŘIČNOSTI — SITUACE PRÁZDNÉHO HNÍZDA
— PROUSTŮV SYNDROM —
PROBLÉMY S ADAPTACÍ V KLIMAKTÉRIU —
MUŽ V PŘECHODU

Pátá životní dekáda a příchod středního věku nepředstavují na první pohled výrazný fenotypický zlom. Adaptační mechanismy se tu víceméně ztrácejí v každodennosti života. Až na pár výjimek (u některých žen) nejsou tak markantní — a to proto, že jsou rozprostřeny do větší časové šíře a pozorovatelné jen takříkajíc pod časovou lupou, v anamnestické zkratce. Ale i tak možno zjišťovat, třebaže naštěstí v malém počtu, že se jedinci za situace proměny hodnot psychicky hroutí. Novým poměrům se nedokáží přizpůsobit.

Ve volní složce naší osobnosti se adaptace tlumí už tím, že se nechceme se stárnutím smířit (což bývá v klimaktériu nebo v andropauze). Dochází k dekompenzaci a dezintegraci dosavadních stereotypů, aniž by se vytvořilo něco nového. Nelze pak přirozeně využít a realizovat ani *novou věkovou strategii*, vycházející z individuálně vývojových a podmíněných možností. Jako myšlenkový i behaviorální postup je toto novum nezbytné pro každý věk, pro každé životní období. Pokud se nerealizuje, hledají se laciné náhrady a satisfakce, nebo se reaguje obrannými a únikovými mechanismy typu sublimace, přesunu, falešné projekce a regrese. Ukážeme to na příkladech. Hodně z toho, co se zde odehrává, má na svém kontě sociální situace. Působí tu zevní sociokulturní faktory (rodina, manželství, práce).

Z vnějška pocházejí též zdroje patologických stavů a chorob, jež jsou předmětem zájmu psychosomatické medicíny. Tvoří *syndromologii středního věku*. K ní nepočítáme jen řečené potíže s adaptací, ale i poruchy vyvolané konfliktními a stressujícími situacemi. Zmínili jsme se v této souvislosti o patogenezi kardiovaskulárních čili srdečně cévních onemocnění, především infarktu srdečního svalu.

SYNDROM BĚŽCE BEZ CÍLE

Čas neléčí, když nechce. Čas je šarlatán.

Jiří Orten: *Elegie*

Přehledně a srozumitelně i pro laika popsal vznik kardiovaskulárních onemocnění vlivem stressu Charvát¹⁾. Značnou pozornost věnoval biologii stressu a vnitřní, neurohumorální adaptaci na stress ve smyslu klasického Selyova pojetí.

Současný výskyt stressových faktorů a například infarktu srdečního svalu je nápadný. Stressory jsou různé úrovně. Patogenně působí v situacích, v nichž je přizpůsobení obtížné nebo nemožné, přitom však je velmi silná motivace. Je to do značné míry též individuální. Proč například někteří lidé dostávají za podobných biologických i sociálních podmínek infarkt ve stressové situaci, která pro druhé představuje sice stejnou zátěž a riziko, ale přece jen infarkt nedostanou? To znamená, že kromě stressorů tu musí být ještě jisté dispozice.

Na mezinárodní konferenci o preventivní kardiologii roku 1964 v Burlingtonu referovali Roseman a Friedman o infarktu srdečního svalu v souvislosti s premorbidním typem osobnosti. Ukázalo se, že muži průbojní, ambiciózní a chtiví úspěchů zejména v zaměstnání onemocní infarktem sedmkrát častěji než muži flegmatictí. Při tříletém sledování 3500 mužů ve věku od třiceti do šedesáti vyzněl rezultát podobně. Z těch, kteří dostali infarkt, patřilo k průbojnému a ambicióznímu typu 74 procent.

Infarkt myokardu, ischemické srdeční choroby, hypertenze, arterioskleróza jsou multifaktoriální onemocnění. Může tu být i vrozená dispozice nebo tu působí konstituční sklony. Připomenuty byly faktory psychogenní a sociogenní, existenční obavy a úzkost, přehnané kariéristické úsilí, a dále složky životního stylu, vlivy přejídání, pohodlnost, nedostatek tělesného pohybu, kouření. Konfliktní, neřešitelné situace tvoří stressový faktor. Kromě toho je třeba k patogenním zdrojům nemoci srdce a oběhových poruch řadit ještě zaměření osobnosti a její typ.

Z klinických anamnéz vykryštoval typ člověka, a to především muže, u něhož jsou sklony k infarktu srdečního svalu zejména pravděpodobné. Bývá dominantní, podnikavý, miluje riziko. Je spíše náruživý kuřák než alkoholik. Po společenském žebříčku se snaží postoupit za každou cenu. Umí v sobě tlumit emoce a afekty. Obrazně řečeno, místo aby tito

lidé vzteky kousali své okolí, zakousnou se do vlastního srdce. Myslí si hodně o svých možnostech i o své moci, třebaže vyrostli z méně utěšených poměrů než většina jejich známých. Identifikovali se se svými rodiči, kteří museli hodně pracovat. Trpí oidipovským komplexem. Neradi se vzdávají, a ženouce se za svým cílem, pyšně tvrdí, že jsou jak dynamit. Ve skutečnosti si však nejsou jisti sami sebou a mívají pocit viny, který potlačují. Jejich psyché se podobá přetopenému kotli. Tolik k typologii. Jsou tu i další souvislosti.

Už před lety vznikl pojem *manažerská nemoc*. Její vznik imponuje jako reakce na situaci nadměrné pracovní zátěže; jejím významným příznakem je totiž i pocit vyčerpání. De facto je tu však hlavním patogenním činitelem obava z odpovědného rozhodování při řízení a vedení podniku či instituce. Odtud též název nemoci. Je to druh neurózy, zatím ještě bez organických lézí. Musí však být stále jen funkční poruchou? Nemůže se jednoho dne manifestovat i v nějakém orgánu? Z pouhých funkčních selhávání připouští koncepcie psychosomatické medicíny vznik někdy i vážných organických poškození, především na srdci a v oběhovém i trávicím systému.

Ale jako prve ani tady nelze říci, že by se manažerská nemoc rozvíjela vždy u všech pracovníků s velkou pravomocí a odpovědností, u všech ředitelů a organizátorů výroby nebo jiných odvětví práce. Jak se zdá, kromě možných dispozic tu rozhodující vliv mají dva vnější faktory. Jeden se týká rozdílu mezi vzděláním či schopnostmi na jedné straně a pravomocí, jež nutí k rozhodování, na straně druhé. Méně vzdělaní a méně schopní ředitelé, pokud mají skutečný pocit odpovědnosti, by nemocí měli trpět častěji než schopní a s vyšším vzděláním. Z první skupiny však samozřejmě pocházejí i jedinci, kteří jsou naprosto zdraví a ze své odpovědné funkce neznají žádné neurotické následky — spíše ovšem proto, že jim jako ředitelům svěřený podnik k srdci nepřirostl. Druhým faktorem vzniku manažerské nemoci je situace dosti typická pro naši uspěchanou, vpřed se řítící civilizaci. Jako atol v oceánu skrývá tělíčka láčkovců i pod hladinou, tak na první pohled luxusní a pohodlná civilizace skrývá v sobě nálože pro frustrace a stressy, jež vedou k neurózám. Lapidárně byla neuróza definována jako rozpor mezi „chci“ a „nemohu“ (Hoff). Neurotik chce dosáhnout něčeho, čeho dosáhnout nelze. V tomto směru trpí nepříjemnými a sužujícími obsesemi. Zkušenost z dílčího úspěchu žene téměř v rituální formě k dal-

šímu úsilí, tentokrát už možná marnému. Zisky do nekonečna nejsou možné; vždy existuje nějaká hranice. Pokud se nerespektují reálné možnosti, CNS selhává a duševní oblast trpí. Vytváří to pak „syndrom běžce bez cíle“.

Přirozeně — člověk není nikdy spokojen. Touha po nových objevech a cílech i zmáhání nových a nových úkolů patří k bytostným vlastnostem lidstva, které jako nejvyšší species už dávno ovládlo přírodu. Zvířata jsou limitována svými rudimentárními a instinktivními nebo nanejvýše bazálně hmotnými cíli, ale člověk chce dál a výš. V tomto případě je smysl jeho úsilí spíše duchovní a metafyzický. Když se ovšem metafyzická touha lidstva zamění za individuální neurotický neklid, pramenící z motivů, jež více brzdí než rozvíjejí osobnost, pak se manifestuje zmíněný syndrom znovu jako druh obsedantní (nutkavé) neurózy.

Vliv psychologických stressů, situace „běžců bez cíle“, manažerská nemoc a výskyt oběhových a srdečních selhání tvoří spojité nádoby. Zmínka zde prve padla o nadbytečnosti. Je škodlivá i ve spojení dvou zcela banálních a běžných potřeb normálního člověka: danajský dar mu poskytuje nadbytečnost v jídle, tj. přejídání (hlavně tuky na úkor bílkovin), a mimořádné ambice v sociálním uplatnění, tj. kariérismus. Pozor na ně právě ve věku kolem padesátky! Přičtěme k tomu, že se poslední dobou stále víc hovoří o výskytu infarktu myokardu ve spojitosti se změnami v hladinách sexuálních steroidů. Hrozba se týká středních let života, jmenovitě andropauzy a klimaktéria.

Mezi stressem a hormony existuje zřejmý vztah. U mužů byl zjištěn pokles plazmatického testosteronu po větších chirurgických výkonech (tzv. „major surgical stress“ v anglosaské terminologii). Víme, že se při stressu aktivuje působení adrenokortikotropních hormonů (ACTH) a glukokortikoidů a že důsledky jsou nepříznivé. Nadbytečný ACTH působí toxicky na různé orgány (např. na ledviny) a glukokortikoidy mají katabolický účinek, tzn. že brzdí tvorbu bílkovin v tkáních.

Z pokusně vyvolaných neuróz u zvířat, jimž je odňata hypofýza, se dá soudit, že stressová vlna jde mimo hypofýzu, přes hypotalamus a vegetativní nervstvo. Původ je ovšem v traumatizaci kůry. Podmíněnými podněty na mozkovou kůru Bykov experimentálně vyvolal dokonce vyšší hladinu cukru v krvi²). Je možno vyvolat diabetickou krizi stresem? Je snad také v důsledku „stressu ze stárnutí“ cukrovka častou nemocí stáří? Stressorem středního věku u ambiciózního typu

může být i strach před stárnutím. Lidé se stále bojí, že něco nestačí dokončit. Čas není jen lékem, jak řekl básník. Ve smyslu limitu pro jeden lidský život může být zdrojem traumatu a úzkostí.

SYNDROM ZAVÍRAJÍCÍCH SE DVEŘÍ

Viděl je, jak přicházejí a jdou, a jdou tak rychle, když jdou, že předčí nejrychlejší let. Mohou přejít ze své křehké krásy do starého železa rychleji než kterýkoliv živočich.

Ernest Hemingway: *Přes řeku a do lesů*

Pozornost teď soustředíme k ženám. Pro ženu, zejména dostatečně nepřipravenou, může být náhlý konec pravidelných měsíčeků v menopauze traumatickou událostí. Když k tomu dojde, nastaví žena před sebe zrcadlo svého dosavadního života a bolestně se dívá do své nedávné minulosti. Po čase začne nápadně i chybně oceňovat svou osobu. K deprimujícím pocitům jsou ovšem skutečné důvody. Týkají se například vzhledu.

Ženin kdysi čistá a hladká pleť dostala vrásky, někdejší růžová tvář uvadla a zbledla, dříve pevné a plné prsy teď visí dolů, ztratila se i dřívější štíhlá linie — a třebaže projev stárnutí trvají již léta, žena si je teď uvědomí bezprostředněji, což na ni působí hůře než dřív. Svou práci již nemůže zastat bez únavy a ani společenské povinnosti neplní s dřívější energií. Pocit marnosti vítězí nad faktem, že vše je pouze přechodné a že v dalším průběhu klimaktéria po menopauze se leccos spontánně upraví.

V tomto „syndromu zavírajících se dveří“ jsou neméně tristní i erotické pocity. Přestože něžností ze strany manžela i frekvence manželských styků ubývá již delší dobu, palčivě na ženu doléhá tato situace de facto až v klimaktériu. Nekriticky to připisuje ztrátě svého půvabu a přitažlivosti a někdy i manželově nevěře. V průměru je manžel o čtyři roky starší než manželka. V šestačtyřiceti letech mnohdy ženu frustruje již břemeno přechodu, zatímco její padesátiletý manžel se zdá být na vrcholu sil.

Většina žen prožívá vyčerpání vaječnicků a výpadek jejich estrogenů s bezprostředně se manifestujícím psychosexuálním neklidem. Příchod andropauzy není nikdy tak dramatickou

událostí, a pokud si ho muž vůbec uvědomuje, projeví se valnou většinou až několik roků po padesátce, což nelze říci o klimakteriu. Deficit v testikulárních funkcích nepozorují muži nikdy tak náhle, pokud ho vůbec pozorují. Jen u některých se vyskytne někdy mírná, někdy výraznější změna osobnosti, popřípadě výraznější úbytek pohlavní potence.

Mužova pozornost se naopak spíše začíná soustřeďovat k hezkým a mladším ženám. Dříve by si toho manželka ani nevšimla, jelikož jde většinou o platonický zájem. Nyní však v ní jeho chování vyvolává žárlivost. Nenávratně se jí zdá být pryč všechno, co bylo na ní kdysi tak oceňováno — mládí, půvab, krása, erotická přitažlivost a skrytá, leč neméně významná plodnost. Situace zahání takto postiženou ženu do bezpohlavního vakua.

Obě pohlaví mohou trpět psychickými symptomy přechodu, jež souvisejí s pocitem stárnutí a nadobro ztraceného mládí i s vědomím, že se ocitají v konečné etapě života. Ženy ovšem tento osud pocítují dvojnásob palčivě: jednak jako výraz obecného procesu stárnutí, jednak i v obavách o ztrátu své ženskosti. Obraz je někdy více, někdy méně pochmurný, ale v každém případě je klimakterium etapou ženské citové zranitelnosti. Ztracené se zdají i výhledy na společenský a hospodářský vzestup, stejně jako naplnění a uskutečnění pečlivě pěstovaného talentu, sklonů a ambicí ve prospěch manželství. Vdané ženy se bezdůvodně domnívají, že jejich manželství šlo mimo ně.

Naštěstí výrazněji trpí těmito klimakterickými potížemi jen asi každá šestá žena v přechodu. Zvlášť ojedinělý je výskyt generačních psychóz — ale i ten vede k nesmyslnému předsudku, že se klimakterické ženy mohou snadno „zbláznit“. Ze širokého a značně rozdílného spektra psychických odchylek v přechodu se s psychotickou symptomatikou setkávají psychiatři v daleko zanedbatelnější míře než v průběhu adolescence či laktace. (Obtížemi vyžadujícími lékařské péče trpí v klimakteriu 10 až 15 procent všech žen. Tzv. „velká“ psychiatrie se na ně soustřeďuje sotva v jednom procentu.)

Výzkum neurohormonálního původu klimakterických psychóz je v začátcích. Ví se o efektu hormonálních změn, které na základě supramaximálního vzrušení vycházejí z CNS. Existuje však také „feedback-mechanism“ (v anglosaské terminologii), vyvolávající somatopsychické efekty ve zpětné vazbě z periferie do centra. V hypotalamu se nalézají velké množství estrogenních receptorů a zde zachytávané estro-

geny se zdají mít podobné vlastnosti jako katecholaminy, tedy mediátory, jejichž úloha při vzniku psychotických stavů je přinejmenším podezřelá. Když se snižuje tvorba estrogenů ve vaječnících, aktivují se neurony v hypotalamu a odtud pak negativní zpětnou vazbou začnou působit spouštěcí hormony (RH). O komplexním vlivu této neurosekrece zatím ještě mnoho nevíme. Ale je možné, že tím někdy dochází i k disbalanci celého neurohormonálního systému, což nemusí zůstat bez následků. Lze snad jejím extrémním projevem vysvětlit potom i zmatené reakce v chování, jež imponují jako psychóza? Asi jen zčásti. K řečené endokrinní komplikaci zřejmě přistupují též psychogenní vlivy.

Výskyt psychických obtíží je větší než obtíží somatických. To lze otestovat i efektem po terapii. Při obtížích tělesných a při typických návalech horka se klimakterické ženy často léčí synteticky připravenými hormony. K léčbě psychických příznaků užívají zklidňující prostředky zvané trankvilizéry. Srovná-li se užívání obou skupin léků, dává to obraz o převažující symptomatice. Podle výzkumů International Health Foundation z r. 1975 bylo užívání trankvilizérů proti hormonům až pětinasobně větší. Psychické symptomy tedy značně převažují.

Varovně pocíťované signály stárnutí i mizející možnosti neustále propagovaného a idealizovaného obrazu mládí a krásy činí z klimakteria živnou půdu pro vznik „těžce korigovatelného narcistického onemocnění“ (Mall-Haefeliová). Pro odškodnění tu mnohdy poslouží přehnaná aktivita ve směru kráslení a zušlechťování nejenom vlastní osoby, nýbrž i domácího prostředí. Z přílišné tužby vyhovět této nové roli vyplývá však jen další emoční labilita a sugestivní podléhání negativním impulsům z okolí. Přejímové periody jsou též poznačeny sugestibilitou.

Nelze se divit, že tu silně působí i antisexuální mýty! Z nich nejvýznamnější je mýtus o naprosté ztrátě sexuální kapacity po menopauze. K tomu se vrátíme v jiné kapitole.

V některých bodech jsme se ocitli již u exogenních faktorů. Menopauza i andropauza často vytvářejí situace, kdy se pod vlivem vžitých mínění na další sexuální život zcela zbytečně rezignuje. V podstatě je to stejné, jako když se starší lidé zřikají dejme tomu jízdy na kole. Největší závadou je pro ně vlastní předsudek, že to může vypadat směšně nebo že je to nepatřičné. To je ta největší chyba, kterou mohou stárnoucí lidé udělat. V sázce jsou pak jejich další sexuální zájmy, po-

tence i vzrušivost. Sexuální potřeby se mohou realizovat k úplné spokojenosti i ve stáří, třebaže v jiném měříku a někdy vzhledem k fyzickým možnostem pozměněnými prostředky — vždy ale jen tehdy, jestliže se v jejich realizaci neustále pokračuje. Zcela falešně je sexualita nazírána jako pouhý přívlastek mládí, zatímco ve spojení s životem starších lidí se označuje hanlivými pojmy. Hovoří se o prostopášnosti nebo dokonce o chlípnosti starců. Pod tlakem těchto nazíracích konvencí jsou starší jedinci „sociálně kastrováni“. Lidé zestárnou ve společnosti, která je nejen sexuálně odrazuje, ale i blokuje.

Psychologické „periody přechodu“ vykazují deprivační pocity a stress. Každá z nich vede k tomu, co Erikson nazývá *krizí identity*³⁾. Nevztahuje se ani tolik na střední věk jako spíše na mládí a pak až na léta po šedesátce. V biologické a sociální situaci individua se projevují význačné změny.

V těchto životních etapách jedinec ztrácí svůj pevně vytčený a obvyklý status, aniž by získal nový. Ale již v pocitu, že stárnou, se i pro mnohé osoby středního věku skrývá krize identity. Vědomí vlastní identity se zakládá právě tak na představě o sobě samém, jako na představě, kterou mají o nás druzí. Když je u někoho narušen pocit osobnosti, přiřazuje ke své identitě často klišé, jež o něm razí společnost. Jako základní prvek je v takovém klišé u stárnoucích lidí obsažena například psychologicky škodlivá představa o bezpohlavnosti a asexuálnosti.

Bacon před více než třemi sty lety prohlásil, že ženy jsou milenkami mladých mužů, společnicemi jejich středních let a ošetřovatelkami v jejich stárnutí. Zní to jako komický povzdech anebo bonmot shakespearovské doby z *Marné lásky snahy* nebo z *Komedie plné omylů*. Pokud se manifestují erotické emoce, měli bychom dnes úlohu „mileneckých“ heterosexuálních vztahů potenciálně rozšířit ad infinitum. Skutek je však jiný. Zmíněný aforismus stále přetrvává jako klišé a v různých obměnách se ještě dnes razí *proti* stárnoucím mužům, často již v jejich středním věku.

Zcela jistě existují jedinci s relativně slabými sexuálními zájmy již od mládí. Pro ně pohlavní život také dříve končí. Někteří starší muži v tom pocíťují i úlevu, jakou zaznamenal například filozof Schopenhauer, když považoval konec své sexuální aktivity za krok z říše tyranie do říše svobody. O pohlavních potřebách mluvil jako o „tyranizujícím netvoru“, což i u něj bezpochyby mělo pozadí komplexu. Představy o pohlaví

jako o „tyranu“ obsahují vědomé či nevědomé odmítání sexuality již v mladších letech. Pro koho sex neznamena nic v mládí, pro toho určitě nebude nic znamenat ani ve stáří. V tomto případě jde však spíš o výjimky. Velký počet spolehlivých výzkumů z posledních let svědčí o sexuální kapacitě a aktivitě až do vysokého věku. Přičemž sexualita se tu ukazuje být významným obsahem mezilidských vztahů a velkou psychologickou pomocí.

Důležitým výzkumným výsledkem Kinseyova týmu například bylo, že úbytek mužské sexuální kapacity během posledních životních dekád není tak rychlý jako její úbytek u mladších věkových skupin⁴). Ve srovnání s všeobecnými představami o procesu sexuálního stárnutí je to překvapující. Zároveň je to pro mnohé starší muže potěšitelné, neboť plynulý a pozvolnější úbytek nějaké činnosti dává vždy dobré podmínky pro přiměřenou adaptaci. O ženách se z dalších výzkumů zjistilo, že v sexuální výkonnosti stárnou jen velmi málo⁵). Naopak v průběhu života ztrácejí zábrany a rozvíjejí zájmy na sexuálních kontaktech, takže si je ve zvýšené míře mohou podržet například až do šedesáti nebo ještě do vyššího věku.

Známe rozdílnou křivku sexuální vzrušivosti obou pohlaví podle věku. U mužů kulminuje téměř o deset let dříve než u žen (ve věku dvaceti proti třiceti rokům). Rovněž sexuální iniciativu drží ve svých rukách nejdříve muži mladších ročníků, ať už při navazování známosti nebo v začátcích manželství. Manželské ložnice po několika letech by již mohly hovořit o opaku. Sexuálně podnětných akcí se ujímají manželky.

Vraťme se ještě k „syndromu zavírajících se dveří“. U mužů v andropauze a samozřejmě mnohem častěji i výrazněji u žen v klimakteriu se snižuje odolnost proti frustraci. Jak řečeno, má to převážně biologické příčiny. Ale má to i psychologické důsledky. Frustrovaný subjekt však není s to tuto kauzalitu rozpoznat. Když průměrný padesátiletý muž zjistí, že není schopen sexuálního styku, nepřičítá to psychogenním faktorům („nervozitě“) jako za mlada. Věřící, že je to stářím. Podobné představy má po menopauze i anorgasmická či frigidní žena, jenomže žena se s tímto stavem snáze smíří, kdežto na muže to působí jako bomba. Muž ovšem necítí žádný afekt, žádnou zlost ani pocit křivdy, jak by tomu bylo, kdyby dejme tomu nespravedlivě přišel o dobré zaměstnání. Místo afektu jsou v popředí obavy a úzkost včetně úzkosti milujícího manžela, který šťastný vztah ke své ženě vidí ohrožen fyziologickými a neurohormonálními změnami ve vlastním těle.

S vdanými ženami je to poněkud jiné — ale také je naplňují obavy, jak si zachovat lásku manžela. Po určité sexuální pauze nezbytně cítí, že jejich manželské štěstí je ohroženo. Pouto pohlavních styků je mocné a jestliže na ně manželé rezignují, ať už z fyziologických nebo z konvenčních důvodů, rovněž ženy pocítují úzkost. Přitom není vyloučena možnost, že některé z nich argument o konci sexuálního života v menopauze používají jako alibi, aby sexualitě již unikly. Takzvané psychické zábrany jsou často jen znamením psychické obrany. Pro tyto ženy je možná lepší přijímat ztrátu sexuálních funkcí bez jakékoliv trpkosti a zdráhání. I dříve totiž trpěly neurotickými konflikty na sexuální bázi, takže v příhodném věku (tj. v klimakteriu) vítají blížící se stáří podvědomě jako omluvu, s níž se vzdávají funkce, která je od mládí neuroticky a mnohdy i traumaticky sužovala. Pro většinu je však menopauza sebezáchovným příkazem vpravit se do nových poměrů bez traumat.

Zmínkou se přitom ještě vraťme k „sociální (či psychické) kastraci“: Když se projevuje u ženy, je to zvláště neopodstatněné. Ženská sexuální kapacita není ani v „odpoledni života“ nijak fyziologicky omezena.

Již na pubescenty se osvětově působí v tom smyslu, aby se osvobodili z řetězů sexuální represe. Proč by tedy měli muži a ženy podléhat s přibývajícím věkem předsudku, že v jejich milostném vztahu existuje nějaká „důchodová hranice“? Pro některé z nich je možná lépe, když ukončí své sexuální styky relativně záhy, uprostřed života. Byli už v mládí bez sexuálních zájmů. Pro většinu se však rýsuje nutnost přizpůsobit se novému sexuálnímu standardu, v němž intimní styky sice nejsou tak časté jako v mládí, ani neprobíhají tak živelně, nicméně je možno jimi dosáhnout i v pozdějších letech hlubokého osobního uspokojení. To by tu však nesmělo represívně působit okolí!

POCIT NEPATŘIČNOSTI

Tvrdošíjně předsudky začínají v sexuální oblasti věkovou skupinu kolem padesátky nepříjemně izolovat. Vinu na tom nesou i málo chápavé postoje mládeže. Podle výzkumu Goldea a Kogana panuje mezi americkými studenty mínění, že starší lidé buď nemají, anebo by neměli mít žádný sexuální život⁶). O podobných průzkumech jinde nemáme žádné přesnější zprávy, nepochybně však se takové názory u mladých udržují

všude na světě. Sexuální zájmy staršího či dokonce středního věku jsou nesmyslně posuzovány jako abnormální a perverzní. S jistou „benevolencí“ jsou posuzovány jako nepatřičné.

V souvislosti se sexualitou trpí pocitem „nepatřičnosti“ často i sami stárnoucí lidé. Je to součást krize identity? Doklady pro tento nesmyslný epifenomén „nepatřičnosti“ poskytují poradenské zkušenosti. Buď je to rezignace, anebo převládá autostereotyp, že stárnoucí lidé — co se týče jejich sexu — „chtějí být už rozumnější“. Co to ale pro intimní život znamená? Pohlavní abstinenci? Nejedna dopis adresovaný psychologovi obsahuje pasáže, jako je tato: „Je mi padesát osm a mé ženě padesát pět roků. Ještě před třemi lety jsme vedli docela normální sexuální život. Pak začala manželka mé návrhy odmítat. Říká, že už je na to stará.“ Nebo jiný úryvek z korespondence: „Jsme oba pětadesát roků staří, ale ještě stále máme rádi pohlavní styk. Co máme dělat? Poradte, prosím vás!“

Hovořili jsme prve o mocném poutu intimních styků a jejich hlubokém významu pro mezosobní komunikaci a odtud pramenící psychologickou pomoc. Erotická láska a sexualita tvoří z dvou jednotlivců dvojici a ta je vždy silnější než dva jednotlivci. Opuštěnost a samota bývají v pozdějších letech častými příčinami sebevražd. Nebo jsou důvodem ke ztrátě životní chuti a elánu, což se někdy sebevraždě téměř rovná. Když ale náhodou přijde řeč na uzavření sňatku mezi staršími jedinci, mladším to dává příležitost ke vtipům. Je to snad proto, že mladí lidé do sexuality vkládají poněkud přehnaný význam, takže se z ní pak vytrácí skutečně *lidský* aspekt? Nebo je to jednoduše z nedostatku empatie, vcítění, pochopení a poznání? Sobecké příčiny nejsou vůbec na místě. Když se padesátiletá vdova s dětmi zamiluje do šedesátiletého muže a oba se chtějí vzít, děti protestují a tvrdí, že se to nesluší, že matka již na to nemá právo(!), že se nemá dělat směšnou apod. Nicméně stárnoucí milenci se vezmou a žijí spolu dvacet let v naprostém štěstí jako v době sňatku. Kromě toho děti jednou pochopí, že štěstí matky a otčima obohatilo i jejich vlastní život přinejmenším o pozitivní příklad a vzor harmonického manželství.

Stále se ještě mylně kladou do nezbytné souvislosti sexualita a reprodukce, pohlavní akt a početí. Manželskou i předmanželskou sexualitu veřejnost akceptuje výhradně jen v těchto perspektivách, přestože proti tomu sexuologie již nejméně jednu generaci protestuje. Reálným předpokladem je, že se situace do roku 2000 změní. Nezapomeňme, že dnešní populace

od padesáti výše byla ještě vychovávána vesměs s mnoha sexuálními předsudky a mýty. Bylo by dobré, aby se změnily mladické představy o asexuálním a bezpohlavním stáří. Jinak tu hrozí jisté nebezpečí. Později, v odpovídajícím věku, by se pod tlakem sociálních očekávání tyto představy mohly klasickým procesem magie zafixovat dnešním mladým jako model pro jejich vlastní stáří.

SITUACE PRÁZDNÉHO HNÍZDA

„Ale vždycky jednou nastane chvíle, kdy se vám děti odcizí,“ povzdechla posmutnělá matka.

Françoise Saganová: *Máte ráda Brahmsa*

Významnou matricí pro stereotypy chování je již od útlého věku rodina. Ta je nám biologicky i sociálně nejbližší. Vztah k ní dává poznat i změnu hodnot a hledisek.

Empiricky se prokazuje, že s dovršením adolescence, ve věku zhruba kolem dvaceti let, mizí s povrchu vědomí i z programu interpersonálních vztahů původní, dětská orientace na někdejší rodinu nebo na původní výchovné prostředí (v případech, kde rodina neexistovala). Po dvacítce se jedinec upíná k novým interpersonálním hodnotám, mezi něž na první místo patří heterosexuální poměr a erotická láska. Avšak v období, kdy tyto hodnoty třetího a čtvrtého decennia do jisté míry již zkorodovaly, tedy řekněme po padesátce, se obraz někdejší rodiny často vrací a vyplouvá z hlubin osobního povědomí a z „absolutního“ zážitku dětství. Duchovní potenciál stárnutí se začíná objevovat někdy už po čtyřiceti, častěji až v padesáti či výše. Oproti předchozím dvěma životním dekádám se teď někdejší „rodinné imago“ zvýrazňuje a hýčká, čili situace, s níž člověk jako dítě vyrůstal, zaznívá nyní nostalgickými tóny. Je to však jenom nostalgie? Nebo je to dávný, archetypický, kmenový vztah, který souvisí s uctíváním předků?

Myslím, že člověk se v tomto věku opravdu vrací ke svým předkům. Jeho rodiče už mnohdy nežijí, ale jejich vzory intenzívně působí — ne sice již reálně, nýbrž archetypicky. Původní rodina, z níž kdysi vyšel, se padesátiletému otci vybavuje jako druh čisté nostalgie ve zmíněném osobním archetypu. Dědeček a babička se nyní i pro jeho děti stávají neskutečnou, leč intenzívně působící legendou. Odkazy a vzpomínky na ně jsou stále častější.

Reprodukční funkci splňují dnešní manželé oproti předchozím generacím brzy. Dnes není žádnou výjimkou dvacetiletý otec a osmnáctiletá matka. Ze všech manželství uzavřených r. 1974 v ČSSR bylo 54 procent takových, kde ženichovi či nevěstě bylo pouze dvacet roků nebo méně! I když se na tomto čísle podílejí nevěsty ve 43 procentech (což souhlasí s tradicí, že manželka má být mladší), je to na pováženou. Při současném prodloužení průměrného věku by tato překotně uzavřená manželství měla vydržet celé půlstoletí! Přitom se statisticky zjistilo, že téměř polovina mužů a více než třetina žen, kteří uzavřeli manželství do svých jedenadvaceti roků, již po pěti letech po sňatku dnes docházejí k závěru, že sňatek uzavřeli příliš brzy⁷). Řada dnešních demografických zjištění upozorňuje na rizika v současně probíhajících biologických a psychologických změnách u dnešní populace. Proti situaci před padesáti lety (r. 1930) akceleruje dnes dospívání o tři až čtyři roky, období mládí se prodlužuje o celou dekádu a přitom je dnes charakteristickým znakem prvních sňatků nízký průměrný věk partnerů. Za uvedenou dobu se podíl partnerů pod třicet let věku zvýšil v celkovém počtu sňatků o 15 až 20 procent. Předmanželské a manželské poradenství má dneska těžkou úlohu. Například už v těchto demografických zjištěních se skrývá oprávněný pesimismus v názorech na možnosti, že by se snížila rozvodovost. Další problém, který se nám vrátí později, je dán skutečností, že by se manželství měla teoreticky prodlužovat, ale neprodukuje se doba jejich plodnosti. Reprodukční období ženy se o nic nezvětšilo a fyziologicky se stále uzavírá již kolem padesátky. To představuje zároveň závazek věnovat sociálně psychologickou (poradenskou) pozornost starším soužitím, pokud žijí partneři už jen ve dvou.

Když ne v pětáctyřiceti, tak jistě v pětapadesáti éra rodičovské výchovy dětí končí. Toto postparentální údobí, symbolicky označované jako „situace prázdného hnízda“, začíná ve chvíli, kdy z domova odejde poslední dítě. Zůstává-li doma dospělý syn nebo dcera příliš dlouho, vznikají jiskřící plochy a konfliktové zkratky, zejména když si sem mladí přivedou své životní druhy. V jedné domácnosti se jen těžko dosáhne intimity pro obě rodiny. A intimita je to, po čem členové rodiny touží. Sem se uchylují před zmatky a otřesy veřejného života.

„Prázdné hnízdo“ je epifenomémem rodiny, která se vrací k prvotnímu stavu manželské dvojice po sňatku. Je to příležitost ke zvýšené citové závislosti stárnoucích manželů, kteří znovu, ale jinak než v mládí k sobě navzájem přilnou. V dal-

ších letech se tato fixace většinou ještě prohlubuje a někdy vede až k podivnému a jakoby osudovému duálu smrti.

Stesk po dětech trápí matky středních let zpravidla více než otce. Žena v sobě objevuje pocit prázdnoty, bezcílnosti a opuštěnosti. Muž je víc ponořen do světa práce, v rodině nezakotvil nikdy celou bytostí a kromě toho mu ubudou i případné názorové spory se synem. Sentimentalitě však nepropadá ani po odchodu dcery, s kterou se většinou dobře snáší.

Některí autoři hledí na „situaci prázdného hnízda“ optimisticky. Někdy zdůrazňují výhody materiální, jindy zas psychologické. Jestliže dítě přichází brzy po svatbě, manželé se teprve nyní dožívají větší volnosti. Muž nepocítuje tolik hospodářských starostí, žena má kromě toho méně práce s obstaráváním domácnosti, s vařením a úklidem. Ovzduší domova se uklidní, protože odpadnou rodičovské hádky týkající se dětí. Brzy ovšem mohou nastat nové starosti s vnoučaty.

S rozdílnými emocemi je „situace prázdného hnízda“ přijímána v přímé závislosti na atmosféře, která v rodině panovala předtím. Interviewoval jsem dvě skupiny stárnoucích matek, ženy bez neurotické symptomatologie a neurotičky. Více než polovina žen první skupiny potvrdila, že přizpůsobení k shora zmíněné situaci jim činilo větší problémy než klimakterium. Dalších 38 procent neslo odchod dětí z domova se steskem a mírným rozladěním. Jen 6 procent z celkového počtu upozorňovalo na výhody. Jiné jsou výsledky z rozhovorů se skupinou neurotiček. Odchod dětí přivítalo více než 60 procent těchto matek! Jak známo, rodina a domov mohou být zdrojem napětí i terénem neurotických konfliktů. Neuróza se mstí především na emocích.

PROUSTŮV SYNDROM

Vzpomínky po letech na vrstevníky z dětství, jež jsme už dlouho neviděli, jsou něčím jako tancem na hrobech.

Marcel Proust: *Ke Gouvernantům*

Emoce jsou vývojově dřívějším ziskem než racionální myšlení. Ovlivňují myšlení prelogické, magické a symbolické. Proměny některých dalších hodnot, tentokrát snad geneticky zakotvených, protože instinktivních, koncedují s emočními a symbolickými hledisky. Často se váží k meditacím o životě a smrti

a k eschatologickým úvahám. Jde o případ, kdy pacienti resuscitováni na jednotkách intenzivní péče „přežijí svou smrt“.

Mezi laiky se tyto hraniční události tradují již dávno a dlouho se přičítaly zázraku nebo vyšší milosti. Pro moderní medicínu a klinickou psychologii představují však nové, reálné a zajímavé souvislosti. Nemocní po traumatickém šoku, následkem silného vnitřního krvácení, po těžké kontuzi mozku nebo po otravě CO, ženy po eklampsii apod. se dostanou na samý práh smrti, anebo zástavou srdce fibrilací komor klinicky zemřou. Resuscitačním zákrokem se jim vrátí život. Ztráta vědomí způsobí, že se tento okamžik v psychologickém ohledu aktuálně nijak kriticky neprožívá. Když kóma odezní, může to však mít následky v tzv. Lazarově syndromu (či komplexu). Prožitek smrti, toto eschatologické trauma, se náhle vybaví a postaví pak kolem pacienta zeď, kterou on nedokáže prorazit, a v boji s ní ztrácí poslední síly. Další měsíce a léta mu chystají už jenom zbytky ze stolu zdravých.

Známe případ 49letého vědeckého pracovníka, kdysi rozeného životního skeptika, který nikdy příliš nelpěl na životě, jak se sám vyjádřil, a který po těžkém vnitřním úraze spojeném s traumatickým šokem a ischemickými změnami na srdci si řadu let počínal jako depresivní hypochondr. Opanoval ho dříve nepoznaný, silný a patologicky poznačený strach ze smrti. Diagnostikován byl jako Lazarův syndrom.

Cyklus smrti a zmrtvýchvstání vzrušoval lidi po staletí. Klinikové v naší době však projevují jen poměrně malý zájem o jedince, kteří tuto neobvyklou a strašnou proměnu prožili. Po zástavě srdce (patrně častěji než v případě jiného vitálního ohrožení) se resuscitovaní pacienti-kardiaci nalézají v situaci, v jaké byl kdysi biblický Lazar. Ale jak soudí Druss a Kornfeld, kteří o případech přežití klinické smrti referují¹⁵), podobnost s Lazarovým osudem je tu jen vnější. Nemocní s Lazarovým komplexem mají osud mnohem trpčím než jejich biblický předchůdce. Lazar po svém zmrtvýchvstání zřejmě netrpěl žádným následným psychosyndromem, kdežto pacienti, kteří Lazarovým komplexem trpí, jsou stigmatizováni chronickým strachem a depresí, opakovanými děsivými sny i alienačním pocitem, že se odlišují od svých bližních. Patoplastický moment jejich duševní změny hledejme především v tom, že se vrátili z království smrti, že byli z nicoty „vytrženi“ k existenci a že přitom nahlédli na druhou stranu života.

U Lazarova syndromu, který pravděpodobně předpokládá vyšinutou premorbidní osobnost a zároveň přetrvávající tělesnou neschopnost, jež s vlastním onemocněním srdce nijak nesouvisí, je všeobecným paradoxem následný strach ze smrti jakožto reakce na přežití. V klinicko-psychologickém obraze se objevují silně deprimující obavy ze samoty, z osamění, z opuštěnosti. Proto se k tomuto syndromu váže metafora o ztroskotání: tato životní situace je „situací trosečníka“¹⁶). Člověk si zachraňuje sice svou kůži, ale vlastně jen proto, aby nadále žil „zpackaným“ a zmařeným životem!

Lidé před padesátkou či po ní nemusí ovšem zrovna přežít vlastní smrt a přesto se ve svých úvahách náhle začínají zaměstnávat hledisky, pro něž se již od antiky razí heslo známé jako „Memento mori“. Setkal jsem se též s případem 54letého inženýra, u kterého se náhle začaly projevovat depresivní rozlady s myšlenkami na smrt, vyvolané sice běžným a mírným podnětem, ale interpretované s emoční labilitou andropauzy. Původ deprese tkvěl údajně v docela nevinné situaci, když se pacient na sjezdu abiturientů dověděl, že řada jeho bývalých spolužáků již nežije. Klinikovi může tento syndrom pátého či šestého decennia imponovat jako patologická a depresivní dominanta v myšlení. Filozof to z ontologického hlediska vidí jako přehodnocování hodnot dosavadní existence a bytí. Poněkud morbidní metaforou, jak to odpovídá jeho stylu, vyjádřil toto hledisko i spisovatel Marcel Proust ve výroku o „tanci na hrobech“, užitém jako motto této kapitoly.

Na informaci, že se dnešní věkový průměr zvyšuje a že se lidé dožívají vysokého stáří, lpí moderní člověk téměř tak, jako by ji chápal magicky. Když už nevěří v nesmrtelnost a v posmrtné nebe či peklo, upíná svou magickou víru k vědě, k lékařství, psychologii, statistice, demografii aj. Tím více je vždy pak otřesen skutečností. Ve své magické perseveraci, tj. i v ulpívání na víře v současnou medicínu, si připouští rozhodně již méně, že i dnes (anebo právě dnes) lidé neumírají jen na degenerativní choroby stáří, nýbrž ve středním věku na oběhové selhání nebo na rakovinu. Výskyt letálních nemocí ve středních letech života je stále hrozivý.

Čím větší trauma, tím větší je později pocit zranitelnosti, asi tak jako čím krutější doba, tím více se rozvíjí senzibilita. Ale na rozdíl od Lazarova syndromu vzniká Proustův syndrom z prožitku cizí smrti, de facto tedy z empatie a nikoliv z pocitu vlastního vitálního ohrožení. Takže je zde interpretace symbolů chybně zobecněna v synkrezi, což je situace, kdy se

symbol vymyká biologickým zákonům. Ve skutečnosti cizí smrt není totéž co naše vlastní ohrožení, tím však není řečeno, že pro druhého nemůže být třeba i silným stressovým faktorem. Připomíná to známé románové motto: „Neptej se, komu zvoní hrana. Tobě zvoní!“

Ve své učebnici psychiatrie Mysliveček upozorňuje, že se obava o vlastní život vždy zesiluje při smrti blízkého člověka. Takto motivovaný strach ze smrti (de facto tedy Proustův syndrom) velmi intenzívně prožíval básník Edisona Vítězslav Nezval, a to již od mládí. S přibývajícím věkem, když — často za tragických okolností — umírali jeho přátelé, se tento rys pro Nezvala stával i jeho tvůrčí inspirací¹⁷).

Z těch, kdož se účastní konverzačního „tance na hrobech“, jistě jen málo trpí Proustovým syndromem. Třeba ojedinělá kasuistika však ukáže nový, vážnější, až eschatologický pohled na život i na vlastní osobnost ve středním věku, v kterém — jak víme — začíná tendence „angažovat se na sobě samém“, někdy i ve smyslu melancholického pocitu sebe-hodnoty. Zároveň jde o ilustraci vnitřních změn vyžadujících adaptaci.

PROBLÉMY S ADAPTACÍ V KLIMAKTÉRIU

A proto naučme se snášet zkoušky, jimž nelze uniknout ... jak dumy, slzy, toužení a sny, ten průvod nebohého milování.

William Shakespeare: *Sen noci svatojánské*

Není asi možné odpovědně určit, zda pro věkovou adaptaci existuje nějaká Einsteinova formule nebo nějaký Archimédův zákon. Spíše neexistuje. Nevíme, co pro to dělají základní výchovné matrice včetně „vpečetění“ zážitků, stejně jako si nejsme jisti nějakou individuální vnímavostí a citlivostí, která by byla již geneticky daná. Druhá možnost představuje podezřelou specifičnost. Lze tedy jen s jistotou opakovat, že se role věku vyhraňuje podle impulsů ze sociálního okolí.

Jak snad ukázaly dvě kasuistiky V-typů, mohou jedinci ve čtyřiceti a výše prožít své „znovuzrození“. Pro někoho život začíná po čtyřicítce. V biologickém ohledu se samozřejmě o žádné „znovuzrození“ nejedná; o regeneraci možno hovořit jen vlivem umělých (terapeutických) zásahů, a to ještě v omezené míře a dočasně. Biologická involuce je celkově nezvratná. Z psychologického hlediska je přiměřenější užívat pojmu *re-*

strukturalizace osobnosti. Reálná východiska pro ni tvoří mechanismy sociálního přizpůsobení, nově osvojená strategie věku, jakož i proměny některých postojů a aspirací v nesexuální a zejména v sexuální sféře.

Jak ukazuje „syndrom zavírajících se dveří“, kritickou zkouškou bývá perioda přechodu. Dotyčný syndrom je sice příkladem involuční maladaptace, nepramení však jenom z exogenních příčin, třebaže i ty zde spolupůsobí. Větší odpovědnost se přikládá změnám v endokriniu, tedy endogennímu (neurohormonálnímu) podkladu. Ale proces věkové maladaptace začíná u ženy často už v počátcích klimaktéria, kdy je vyvoláván sociokulturními vlivy.

Vraťme se tedy ještě k období *před* menopauzou. Právě zde by se mělo už začít s restrukturalizací ženiny osobnosti. Žena by si měla již osvojit roli odpovídající nové věkové strategii, jak to ilustruje i tato kasuistika:

45letou paní Z. možno označit jako úspěšnou ženu hezkého, elegantního zevnějšku a bystré, pohotové inteligence. Průběh jejího života byl přirovnáván k příjemné procházce.

V mládí absolvovala střední ekonomickou školu a nyní zastává funkci vedoucí oddělení velkého podniku. Fáma cosi mluvila o jejích půvabech oceňovaných zejména náměstkem ředitele. V každém případě však své místo zastávala dobře. Vyhovovalo jí, že se ve vedení podniku pohybovala mezi samými muži. V pětadvaceti se provdala za kolegu ze stejného podniku, o pět let staršího. Brzy měli dítě, jež vychovala manželova matka. Manžel je hodný a snaživý člověk, spíše submisivní povahy. Často prý byl žárlivý, přitom však jí ve všem podléhal. Ve společnosti, i když třeba šlo o jeho známé, se cítil vedle ní vždy „jako druhý“. Častěji proto zůstával doma a ona do společnosti chodila sama. Jako půvabná, zábavná a veselá žena se zde těšila všeobecné oblibě; proto sem byla zvána častěji než manžel. Uměla vtipně odpovídat na narážky mužů, takže pobavila i ženskou část společnosti; činila to však přitom obratně, aby se dotkla pouze nepřítomných, jako by přítomné muže vyjímala. Tím víc se stala přitažlivou. Po třicítce přitahovala zejména mladší muže. Občas se do ní zamilovali tak, že jen díky jejím obratným eroticko-strategickým schopnostem se její manželství nijak vážněji nenarušilo. Když už jí bylo téměř čtyřicet, dostávala dosti dlouho (asi tři čtvrti roku) milostné návrhy od muže o dvanáct let mladšího, který se kvůli ní rozešel s mladou a půvabnou dívkou, což paní Z. velmi lichotilo. Připouští, že delší čas se zmíněným mužem flirtovala. Vztah došel tak daleko, že se o něm dověděl manžel. Rozvést

se však nechtěli, prý kvůli dítěti. Od té doby manželství ztratilo sexuální složku. Po čase si manžel rovněž našel přítelkyni, rozvedenou, méně společenskou ženu, vyhovující plně jeho nárokům. Přátelství s mladším partnerem omezovala paní Z. společenskými styky s muži, kteří měli sociální prestiž a „něco znamenali“.

Po jistém večírku, na němž spolužačka naší paní Z. oslavovala narozeniny, se život označený jako „procházka“ náhle změnil. Oslavy se zúčastnily i ženy podstatně mladší než paní Z. Mezi nimi upoutala pozornost přítomných mužů zejména třicetiletá žena, jež byla sestřenicí oslavenkyně. Zřejmě oslnila i muže, který se v té době dvořil i paní Z.: „Najednou jsem cítila, že od té doby budu hrát už jen druhé housle, ne-li part řadového hráče orchestru.“ Nejhorší bylo, že si tuto situaci neuvědomila jen ona sama, ale velmi dobře to vycítila celá společnost: „Všude jsem pak slyšela ironické narážky a viděla výsměšné pohledy.“

Paní Z. velmi dobře hrála roli „prvních houslí“, nedokázala se však smířit s úlohou „v orchestru“. Zasáhlo ji to nepřipravenu. Náhle se začala kriticky prohlížet v zrcadle, a protože to dělala v situaci, kdy se cítila nešťastná, viděla se ještě hůře, než kdyby se na sebe dívala v dobré náladě. Přitom se navyklého způsobu života nedokázala vzdát. Za týden byla při jiném společenském večírku již subjektivně zcela nejistá. Její vtip a pohotovost zmizely. Aby zahlala „tu děsnou mûru“, začala pít více než obvykle. Pozornost společnosti na sebe dokázala strhnout už jen pod vlivem alkoholu. Tehdy, stejně jako při dalších společenských příležitostech, znovu slyšela výroky a slova, které pro svůj pocit úspěchu a jistoty vždy tak potřebovala. Alkohol požívala pak pravidelně a stále více. Naštěstí se z ní alkoholička nestala. Nebyla totiž již zvána na večírky, kde dříve společensky oslňovala. Tím zmizely i příčiny k jejím alkoholovým excesům. Netrpěla primárními toxikomanickými sklony. Zřejmě v alkoholu hledala a nalézala jen laciné zadostučinění, satisfakci za erotické „neúspěchy“. Nebyla toxikomankou; její jedinou drogou byl obdiv k vlastním půvabům — a jakmile její sebeláska přerostla jisté věkové hranice, reagovala únikovým mechanismem, který byl nejspíše po ruce. Přestože zmizel důvod k dalšímu pití, nezmizely u paní Z. důvody k zatrpklosti, rozladám a depresím, jež zatím trvají. V současné době je v péči psychoterapeuta.

Její postoje „ženy-vampa“ skončily. Z jejího manželství se stalo — eufemisticky řečeno — přátelské soužití, občas narušované oboustrannými výčitkami. Manžel i nadále udržuje poměr se svou přítelkyní a cítí se velmi spokojeně. Dnes již dvacetiletý syn chodí na vysokou školu. Žije doma s oběma rodiči. Citově je vázán spíše na otce, zatímco k matce prý cítí jen cosi „jako povinnost“.

Z celého případu vysvítá, že adaptace k jiným věkovým podmínkám a osvojení nové sociální role může selhat i u jedince dobře adaptabilního a úspěšného v předchozím životě. Úspěchy paní Z. byly až příliš závislé na výhodách někdejšího jejího mládí (působ, erotická přitažlivost), na něž vždy spoléhala. Když se poměry náhle změnily, neměla po ruce uspokojivou kompenzaci a selhala. Přestože ještě nedošlo k endokrinním změnám typu menopauzy, tedy nezávisle na hormonální situaci se tu manifestoval „syndrom zavírajících se dveří“. Často již v počátcích klimaktéria vidíme frustraci a útlum životního smyslu.

Mnohdy tím trpí žena středních let jen proto, že na průběh jejího klimaktéria mají vliv též sociální a kulturní faktory. Podle nich se řídí buď snadnost, nebo zas obtíže v adaptačních možnostech přechodové periody. Některými z nich se adaptace usnadňuje, jiné naopak způsobují maladaptaci.

Z r. 1977 jsou k dispozici reference z panelové diskuse gynekologů a sexuologů, uveřejněné v časopise *Sexualmedizin*. Van Keep shledal u belgické populace čtyři nejdůležitější sociologické faktory působící na ženské klimaktérium. Předně je to *socioekonomický status*, na naše poměry ovšem nepřevoditelný. Zmíníme se o něm jen pro úplnost. Větší klimakterické obtíže specifického i nespecifického druhu se projevují u žen s nižším sociálně ekonomickým statutem. Jistě obecnější platnost bude mít druhý faktor, jímž je *možnost činnosti*, činné uplatnění dávající smysl jak pro domov, tak i venku mimo domácí prostředí. Produktivní ženy jsou na tom lépe. Neméně relevantní je *faktor rodinný*. Především tu hraje roli otázka, jak dalece a kdy se děti emancipují a odcházejí z domu. Situace „prázdného hnízda“ může obtíže klimakterických matek značně zhoršit anebo je dokonce vyvolat. U pozdních rodiček rodičích po čtyřicítce se klimakterické obtíže projeví poměrně zřídka. Přítomnost nedospělých dětí doma představuje podle van Keepa „sebeupevnění“ osobnosti matky, s nímž se lépe vzdoruje klimaktériu a menopauze. Ženy, jimž nebyla dopřána mateřská role, trpěly znaky předčasného klimaktéria. Ačkoliv menstruace byla ještě pravidelná, přechod již signalizovaly specifické obtíže typu návalů horka. A jako čtvrtý faktor tu působí intenzivní *spojení s okolím*. Extravertovanost představuje výhodu.

V klimaktériu a často už před menopauzou vidíme změny jak v organismu, tak i v osobnosti ženy. Někteří autoři pokládají přechod za kritičtější než pubertu. Problém studují z růz-

ných úhlů, avšak interpretace se většinou soustřeďuje na projevy, jak je nejlépe zná endokrinolog: vyčerpání ovariálních folikulů a pokles produkce estrogenů i progesteronu. Hladina hypotalamických spouštěcích hormonů pro výdej LH je v plazmě klimakterických žen zvýšena. Fyziolog zdůrazňuje původ uvedených změn v hypotalamu a na stonku hypofýzy⁸). Biochemik za tyto děje činí odpovědné katecholaminy a serotonin. Psychopatolog najde v přechodu nezbytné průvodní jevy „klimakterické neurózy“, závislé na exogenních faktorech.

Změny v osobnosti klimakterických žen včetně touhy po erotickém uplatnění výstižně charakterizuje Hynie: „Dotyčné ženy přestávají mít pochopení pro sexuální záležitosti mladých lidí, někdy jako by jim záviděly.“⁹) To odpovídá i naší kasuistice.

Osobnost ženy se někdy mění již v počátcích klimaktéria, kdy se ještě neprojevují vlivy endokrinní rozkolísanosti, takže celý proces možno chápat jen jako výsledek psychických involučních změn z kulturně společenských zdrojů.

MUŽ V PŘECHODU

Analogická je v tomto směru i symptomatika stárnoucích mužů. Zaviňuje u nich věkovou maladaptaci snad *andropauza*? Kdyby k ní docházelo, dalo by se tedy hovořit o „mužském klimaktériu“. Muselo by se počítat s periodou přechodu. Mnoho autorů o tom vůbec pochybuje a zdráhá se to uznat. Jiní soudí, že existuje dostatek klinických důkazů, aby se termín zavedl.

Přes množství publikací, jež se objevily za posledních čtyřicet let, chybí tu precizní definice. Pokud *andropauzu* uznávají, shodují se autoři většinou na symptomatice (či syndromologii) — hlavně však proto, že je tu široké a nespecifické spektrum obtíží. I nadále panuje neshoda ve výkladu možné etiologie a patogeneze. Nelze též ani přibližně odhadnout výskyt syndromu v populaci. V chorobopisech 162 mužů kritického věku jsme našli „klimakterické“ symptomy u necelé pětiny, tj. v 19 procentech případů. Protože šlo o sexuologické pacienty, znamená to, že v populaci je četnost mnohem menší. To by odpovídalo srovnání se ženami. Klinické projevy v patologickém smyslu se zjišťují asi u 10 až 15 procent všech žen v klimaktériu. Mezi muži by měl být výskyt podobných projevů podstatně nižší. Nejde tu o podstatné generační změny.

Ve starších pracích (ještě do poloviny čtyřicátých let) se na „mužský přechod“ pohlíželo jako na insuficienci z androgenního nedostatku, což byla mechanická a nesprávná analogie k menopauze, kdy ustává menstruace, mizí ženské gonadální funkce a nastává neplodné období. Tím pozoruhodnější, že již r. 1919 publikoval u nás Pelnář stať *Klimakterium virile*, kde dochází k závěru, že u muže neexistuje klimakterium v tom smyslu jako u ženy. „Zánik“ gonadálních funkcí trvá u muže dlouho a je časově neurčitelný¹⁴). To se později potvrdilo. Není-li z nějakého důvodu porušena spermiogeneze, mužova plodnost trvá od puberty nepřetržitě celý život. Ve stáří ubývá jen ejakulátu a při morfologickém vyšetření semene se zjišťuje větší procento defektních forem než v mládí. Počet spermií na 1 mililitr zůstává stejný, výrazně se nezhoršuje ani jejich pohyblivost.

Andropauzu popsal Werner (1939) jako specifickou poruchu mužů kolem padesátky rozčleněnou na symptomatickou triádu: endokrinní dysfunkce + autonomní disbalance + psychická alterace. Heller a Meyers (1944) našli v andropauze symptomatiku vazomotorickou, psychickou, sexuální, konstituční a urogenitální. Svou diagnózu tehdy opírali o zjištění nadprodukce močových gonadotropinů, což mylně připsali výpadku testosteronu. Douglas (1941) jako první radil k substituční terapii injekcemi testosteronu. Tato léčba se dočasně ujala. Oponenti se jí však snažili deklasovat na pouhý psychologický efekt. R. 1946 následoval McCullaghův důkaz, že ztráta hormonální produkce a spermiogeneze není spojena s žádným životním obdobím a impotence že je pouze výjimečně testikulárního původu. Od té doby se mezi stárnutím organismu a funkcí varlat stále nenalézá směrodatná korelace. Při histologickém vyšetření bioptického a autoptického materiálu zjistil Wershub (1962), že varlata starších mužů jsou překvapivě normální. Hodnoty testosteronu v krevní plazmě zůstávají relativně konstantní až téměř do osmdesáti let¹⁰). Poněkud jiná jsou zjištění týkající se prostaty, která již často ve středním věku hypertrofuje. Její přední část závisí na estrogení regulaci, kdežto zadní část produkuje androgeny. Vartapetov a Demčenko z toho vyvozují též podíl prostaty na endokrinní rozkolísanosti v kritickém období andropauzy¹¹).

Některí endokrinologové nalézají deficit i v tvorbě varletních hormonů, tedy androgenů testikulárního původu. Greenblatt se domnívá, že u 20 procent všech mužů přes padesát a u mnohem většího procenta mužů přes šedesát se projevuje relativní

testikulární nedostatek¹²). Pravda je ovšem, že se u muže v pokročilejším věku významně snižuje citlivost tkáně cílových (pohlavních) orgánů na všechny androgenní hormony.

Analogie k menopauze však kulhají a klinický syndrom andropauzy, pokud se vůbec vyskytne, se neprojevuje tak očividně. Přesto jsou někteří muži v šestém decenniu obtěžováni symptomatikou, jež mění jejich sociální postoje a životní styl. Ze somatických příznaků jsou nejčastější potíže se srdcem. Začínají malými bolestmi kolem hrudní kosti (ve sternu) a vrcholí v příznacích anginy pectoris. Zrychluje se srdeční činnost (nad 90 tepů/min) a dostavuje se bušení srdce, palpitace. Pozoruje se též vzestup krevního tlaku na hranici či za hranici hypertenze (přes 21,3/12,7 kPa, tj. přes 160/95 mmHg) a vinou zúžení periferních cév (vazopresinem?) se dostávají pocity chladu a znecitlivění v končetinách. Zřejmě psychogenní jsou na rozdíl od tohoto jevu časté návaly horka. Uvádějí se dále i obtíže typu svalstvo-kostra, bolesti páteře, bolesti v kloubech a bolesti hlavy. Pak je tu symptomatika močových cest, především noční močení podmíněné hypertrofií prostaty, když se prostata vyklenuje do močového měchýře. Konečně jsou patrné i obtíže zažívací a trávicí s nechutenstvím, nadýmáním či zvracením.

Široké je rovněž spektrum psychosexuálních obtíží — od úbytku libida a sexuálních zájmů přes značné snížení frekvence koitů až k úplné impotenci, s níž je pak spojen pocit méněcennosti, sklíčenosti a deprese. Z psychických příznaků sem patří zvýšená vznětlivost, náladová labilita, poruchy koncentrace, příležitostné deprese (bez vztahu k sexualitě). Projevuje se i sklon k asociálnímu chování. Z 273 případů „mužského klimaktéria“ sestavil Lindsay pořadí výskytu těchto psychických a sexuálních symptomů: nervozita (90,5 proc.), impotence (90,1), snížení libida (80,5), předráždění (80,2), únava (80,2), deprese (77,2), roztržitost (75,8), ztráta zájmů (58,5), a závratě (46,5 procenta)¹³).

Někteří autoři nevidí žádný vztah mezi somatopsychickými a sexuálními aspekty, jiní je naopak dávají do přímé souvislosti. Důležitá je diferenciální diagnóza mezi „mužským klimaktériem“, a neurotickými či pseudoneurastickými obtížemi (např. na bázi arteriosklerózy). Zde by pomohlo testování hormonální léčbou. Po ní by se mělo „klimaktérium“ brzy zlepšit.

Leckteré z uvedených symptomů a obtíží třeba však přičíst prodělaným životním stressům a těžkostem, jež zbytečně záhy vedou k fyziologickému a nervovému „opotřebení“, což potom

může vyvolat obraz „mužského klimaktéria“ bez hormonálního ekvivalentu. Máme spíš důvody věřit, že andropauza a přechod k ní představují v podstatě *psychologický*, popřípadě *kulturní* fenomén závislý na řadě *sociálních* okolností. Svědčí o tom i tato kasuistika:

54letý muž byl přeložen z interního oddělení s bolestmi pod sternem při normálním nálezu na srdci. Již dva roky pozoroval neurčité bolesti na prsou. Když pracovali na stavbě s betonem nebo když zde přenášel těžké trámy, objevily se akutní bolesti na levé straně hrudi. Při vyšetření si dále stěžoval na bušení srdce, měsíc trvajících závratě a úzkost. Neměl chuť k jídlu, spal špatně a neklidně. Snížení pohlavní potence začalo prý rovněž před dvěma lety. V poslední době přešlo do úplné impotence. Tu nese subjektivně dobře. Předtím měl obavy, aby sexuální styk ještě nezhoršil jeho tělesný stav a neodčerpal zbylé síly.

Narozen v rodině živnostníka. Ve škole s ním bylo trápení. Neučil se dobře a zlobil. Jednou propadl — prý „z lajdáctví“. Má pouze osm tříd základní školy. Vyučil se na jatkách řezníkem. V osmnácti boxoval za místní sportovní jednotu a o rok později slavil v tomto sportu úspěchy, když boxoval za armádní družstvo. Na vojně (kde dosáhl hodnosti desátníka, ale byl degradován za nedovolené opuštění kasáren) se seznámil se svou nastávající. Oženil se hned po návratu z vojny. Narodily se dvě děti (chlapec a děvče) během čtyř let manželství. Zprvu pracoval znovu na jatkách, ale na základě náboru odešel do uranových dolů, kde po absolvování krátkého kursu zastával funkci důlního mistra. Rodině se příliš nevěnoval, ale finančně byl štědrý. „Tenkrát se tam vydělávaly těžké peníze. Na nic nebyl čas, jenom fárat — a pak na flámy. Dneska už bych to dělat nemohl.“ Ve třiceti letech hospitalizován krátce na psychiatrii. „To jsem se rozváděl a kamarád mě doporučil k psychiatrovi, kterého znal. Nic to nebylo, tak jsem šel brzy domů.“ Kromě banálních dětských infekcí neprodělal nic jiného.

Po rozvodu žil deset let sám. Příležitostné známosti spojené s pohlavním stykem; 10—15 milenek. Pak několik roků soužití s družkou. Odešel z havířiny, protože už tolik nevydělával — „a taky už na to nebyla ta pravá pára“. Od té doby pracoval na stavbách jako pomocný dělník. Původní řemeslo „zapomněl“. S družkou se rozešel před rokem, protože mu byla nevěrná. Byla sice o rok starší než on, prý ale pro muže přitažlivá. Měl ji rád, její nevěru (která se opakovala) však nemohl přenést přes srdce: „Vždycky jsem byl pyšný na to, že jsem nevěrný jen já a nikdy žena, s kterou jsem chodil nebo žil.“ Kromě neúspěchu v rodinném životě ho nejvíc traumatiz-

zuje malý výdělek způsobený nekvalifikovaností a snížením fyzických sil. „Před takovými deseti lety jsem na stavbě vydělával dvakrát tolik.“ Léčí se již asi půl roku pro uvedené obtíže, nejprve u závodního lékaře, pak na interně. Nasazena i hormonální léčba. Nyní rozhodnuto, že farmakoterapie bude omezena na minimum (žádné hormony!), a místo ní se provádí interpersonální psychotherapie, interpretace osobních problémů a zdůrazňování patogenních vlivů zevního prostředí. Odpoutává se pozornost od uznaných tělesných obtíží a převádí se na stávající aktivitu, aby se upravil dřívější potenciál.

V tom, co zde sledujeme, je tato kasuistika typická. Pozoruhodný je výklad symptomatiky andropauzy v anamnestickém směru. Henker upozorňuje na dvě signifikantní sociální kategorie: vzdělání a zaměstnání¹⁰). Globální model „mužského klimaktéria“ vypadá takto: Pacient má jen omezené intelektové schopnosti. Dříve opustil školu a má zaměstnání, jež ho tělesně vyčerpává, ale není pro něho zajímavé. Po těžké práci si vydobyl jistou pozici v životě — jenom však do chvíle, kdy mu ve středním věku úbytek fyzických sil znesnadňuje přizpůsobení. Nakonec se objevuje hypochondrický syndrom, deprese, úzkost a sexuální neschopnost. Rozhodující je psychoterapeutický vliv, i když ho nelze dosáhnout v krátké době.

Prodromy andropauzy by měly být u těžce pracujících indikací k pracovnímu přeřazení. Z preventivních důvodů by se jim mělo poskytnout jiné, lehčí zaměstnání, jež by ovšem mělo i vyšší zájmovou hodnotu.

Jaký je závěr? Proces adaptace si usnadňujeme využitím sociálního učení, ne však vždy podle našich přání. Nelze adaptovat rigidní vývojová schémata. Víme, že se člověk v lecčems adaptuje hůře než nižší species, lépe se však adjustuje, což je adaptace na vyšších (kulturních) úrovních. K přežití a vyniknutí jsme si například pomohli specifickou sociální strategií, kterou rozvíjíme generaci za generací. U zvířat je to jak známo jiné a horší. Čím je nižší druh, tím více instinktů a méně učení. S věkem se chování zvířat mění instinktivně a obligatorně, zatímco člověk je s věkem rozvíjí kromě toho a především fakultativně. Jinak řečeno, lidská životní (a věková) strategie je valnou měrou závislá na fakultativním sociálním učení. Hodně z toho má na kontě již výchova od raného dětství. Nemělo by se při ní zapomínat na rozvoj samostatnosti a adaptačních schopností.

Řečeno technickou mluvou naší doby, neměli bychom mít

v sobě instalován gyroskop, ale spíš radar. Ten nám zajišťuje nejdůležitější biickou funkci. Nepotřebujeme tolik setrvačnost, byť byla sebepohodlnější, potřebujeme však pružnost, s níž bychom jako radarem registrovali všechny změny, které se dějí s námi i v našem okolí, a podle nich přizpůsobovali své city, myšlenky, postoje, hodnotovou orientaci i způsoby chování. Status quo je jistě výhodný, zákonitě však není trvale možný. To platí o všech živých entitách a o každém individuálním i sociálním systému.

Literatura

- 1) *Charvát J.:* Život, adaptace a stress. Praha, Avicenum, 1969, ss. 100—112.
- 2) *Bykov K. M., Kurcin I. T.:* Kortiko-visceral'naja patologija. Leningrad, Medgiz, 1960.
- 3) *Erikson E. H.:* Identity and the Life Cycle. New York, Intern. Univers. Press, 1959, a dále: Identity, Youth, and Crisis. New York, W. W. Norton, 1968.
- 4) *Kinsey A. C., Pommeroy W. B., Martin C. I.:* Sexual Behavior in Human Male. Philadelphia, W. B. Saunders Comp., 1948, ss. 235—237.
- 5) *Kinsey A. C., Pommeroy W. B., Martin C. I., Gebhard P. H.:* Sexual Behavior in Human Female. Philadelphia, W. B. Saunders Comp., 1953, 353—354.
- 6) *Golde a Kogan cit. dle: Witte B. S.:* Die Sexualität im Alter. Sexualmedizin 7 : 347, 1972.
- 7) *Wynnyczuk V., Šráček J.:* Mladá rodina v zemědělské oblasti. Výzk. práce. Praha, min. práce a soc. věcí, 1977, ss. 9—10.
- 8) *Baranov V. G.:* Fiziologija i patologija klimakteria ženščiny. Leningrad, Medicina, 1965, s. 5.
- 9) *Hynle J.:* Základy sexuologie II. Praha, Univ. Karlova, 1974, s. 313.
- 10) *Werner, Heller a Meyers, Douglas, McCullagh a Wershub cit. dle: Henker F. O.:* Die Wechseljahre des Mannes. Sexualmedizin 11 : 897—902, 1977.
- 11) *Vartapetov B. A., Demčenko A. N.:* Klimaks u mužčin. Kiev, Zdorov'ja, 1965, s. 137.
- 12) *Greenblatt R. B.:* Menopause und Andropause. Sexualmedizin 4 : 269—277, 1977.
- 13) *Lindsay H. B.:* The Male and Female Climacteric. Dis. Nerv. Syst. 23 : 149—151, 1962.
- 14) *Pelnář J.:* Klimakterium virile. Nové Atheneum 1 : 241, 1919.

- 15) *Druss R. G., Kornfeld D. S.*: Survivors of Cardiac Arrest: A Psychiatric Study. JAMA 201—296, 1967.
- 16) *Hackett T. P.*: The Lazarus complex Revisited. Ann. Int. Med. 76 : 135—137, 1972.
- 17) *Dobíášová L.*: Literárně psychologická studie o strachu ze smrti. Čs. psychiatrie 5 : 344—352 a 6 : 404—413, 1977.

Část II.

Sexuální involuce a její problémy

věk o něm

1870

1871

1872

1873

1. kapitola

JAK VZNIKAJÍ SEXUÁLNÍ REAKCE — A ZNOVU HORMONYI — HORMON LÁSKY — CENA ORGASMU — KULTURNÍ VZORCE A PARADOXY SEXU — ŠKODÍ EJAKULACE ZDRAVÍ? — BÁCHORKY O SEXUÁLNÍ SMRTI — LEGENDY O ÚCHYLKÁCH STARCŮ

Střední věk hodnotíme ještě jako vysoce produktivní, přestože se v něm již objevují výraznější známky stárnutí. Nicméně střední léta zejména u *dnešního* člověka možno posuzovat s realistickým optimismem a nelze z nich vyřazovat dosud vysoké aspirace a nároky, intenzivní potřeby a zájmy, jež přirozeně koncedují s novými postoji.

Platí to však i pro sexuální zájmy a potřeby intimního erotického života? Jak se k tomu dnes staví sexuologie? Moderní výzkum stárnutí se začíná obírat také sexuologickými aspekty, přinejmenším mnohem více a podrobněji než před takovými deseti lety.

Sexualita vyrůstá u člověka ze dvou hlavních zdrojů. Základ je samozřejmě biologický. Ale pak přistupují kulturní a společenské faktory, které modifikují sexuální chování. Model sexuálního chování zahrnuje značnou diferencovanost vlivů a individuálnost prožitků. V poslední době se tento problém intenzivně studuje, zdaleka však o něm nebylo řečeno poslední slovo. A bude vůbec někdy řečeno? Máme tu co činit s mnoha proměnnými a vztahová závislost tu platí víc než izolované a neměnné danosti. Obecnější zákonitosti vycházející z fyziologie sexuality jsou známější a propracovanější^{1, 2)}.

JAK VZNIKAJÍ SEXUÁLNÍ REAKCE

Základní fyziologická odpověď těla na sexuální dráždění je dvojitá. Primárně ji vyjadřuje aktivní krevní příval, kterým se zprvu rozšiřují tepny, ale brzy poté dochází k žilnímu městnání. Druhotný je vzestup svalového tonu. Vlastní sexuální aktivita probíhá v cyklu čtyř fází: 1. podráždění, 2. plató, 3. orgasmus a 4. uvolnění. Vzestupná část procesu začíná tě-

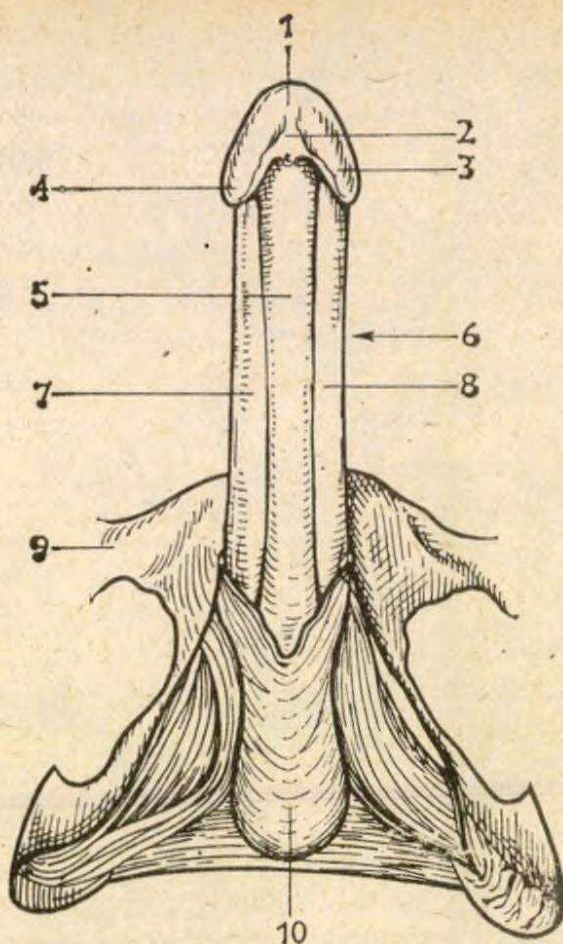
lesným nebo psychogenním drážděním, vzrušení pak prostupuje celým tělem a krátce či déle setrvává na jisté úrovni, až nakonec vrcholí v orgasmu. Poté dochází k refrakterní fázi (čímž se rozumí období nedráždivosti a sexuálního uvolnění). Vše se specificky promítá do pohlavních orgánů v genitálních reakcích. Doprovodnou komponentu tvoří reakce extragenitální, sexuální nával a zardění, zduření prsních bradavek (zejména u žen), rychlá výměna vzduchu v plicích, zvýšená oběhová činnost a tachykardie, pocení aj. Cyklus sexuální aktivity platí pro obě pohlaví, třebaže už z anatomických příčin se v podrobnostech liší.

Z uvedeného rámce nevybočuje ani sexualita mužů a žen ve středních letech¹). Přestože se věkem cyklus sexuálních reakcí mění zejména co do intenzity a trvání, jeho fyziologické schéma je celkem stejné. U mužů prakticky stále fungují neurohormonální zdroje a endokrinní působky. U žen jsou sice limitovány klimakteriem, to však nemusí mít na sexuální chování vliv. Markantní změny pozorujeme v některých případech (nebo u většiny případů) jen v okruhu psychogenních podnětů a hlavně u jednotlivých druhů psychosexuálních reakcí. Tyto změny jsou vždy značně proměnlivé a individuální. V lecčems se obecný model musí doplnit klinickými příklady a kasuistikami, zejména pro ilustraci odchylek a dysfunkcí.

Na fyziologické úrovni mají sexuální reakce společný průběh u různých živočišných druhů, ale jsou tu i specificky lidské projevy týkající se jak stimulace, tak i orgastického prožitku. Při řadě tělesných reakcí a procesů, jež udržují příkladně homeostázu nebo uvolňují energii, se de facto zapíná automat zafixovaný ve fylogenezi z nastrádaných zkušeností tisíců a miliónů let. Také v cyklu sexuální aktivity možno hovořit o automatismu, který se vybavuje u všech vyšších živočichů. Podobně složený a složitý je zejména u savců. Spouští se vlivem různých podnětů, z nichž společné vyšším druhům jsou podněty hormonální a nervové. Pro člověka jsou specifické navíc podněty psychické. Většina hormonálních, nervových i psychických podnětů se může uplatnit jen nervovou cestou. Adekvátní sexuální odezvu vyvolává společný okruh: mozek, mícha a odstředivé nervové dráhy k pohlavním (cílovým) orgánům.

Centrální význam má mozek (nejen u člověka, ale u něho nejvíce). Po ose „adenohypofýza — gonadotropiny — gonády — sexuální steroidy“ postupuje endokrinní linie mimo jiné i při formování pohlavní identity a v diferenciaci sekundár-

Obr. 4. Schéma erigovaného penisu (pohled zespodu). (1) ústí močové trubice, (2) slizniční řasa přidržující předkožku k žaludu (uzdička předkožky), (3) žalud, (4) věnec žaludu, (5) kavernózní těleso uretry, (6) těleso pyje, (7, 8) topořivé (kavernózní) těleso pyje, (9) stydká kost, (10) bulbokavernózní sval

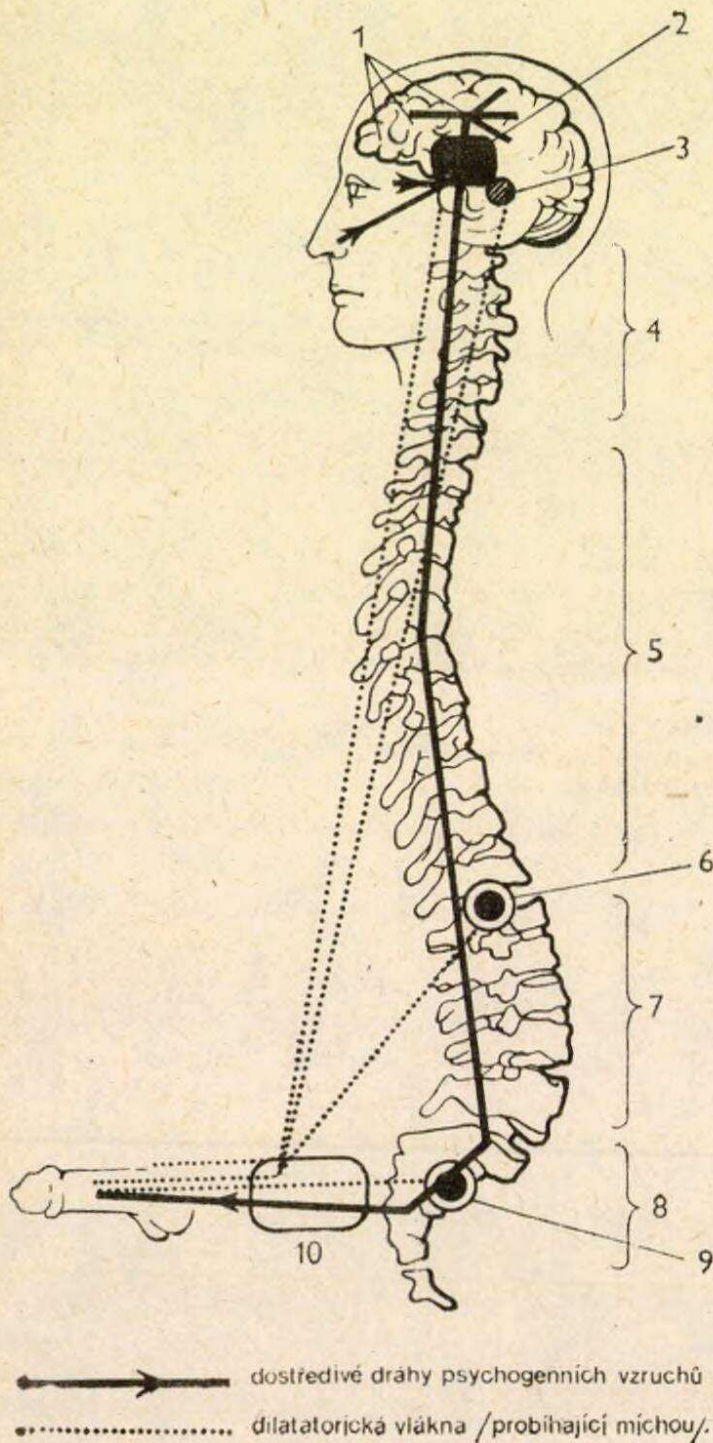


ních pohlavních znaků. Čili pro tento proces nezbytnou vnitřní sekreci uvádí do pohybu nepatrný útvar mozku, podvěsek mozkový. Ve funkčně nadřazenější části, v hypotalamu, je umístěno erotizační centrum pro psychosexuální orientaci. V některých hypotalamických jádrech se ve spojení s čichovým čidlem promítají sexuální atraktanty zvané *feromony* a v dalších částech diencefala se snad tvoří sexuální reakce ve spánku. Z mozkové kůry (z neokortexu) pramení specificky lidské myšlenkové impulsy a představy s erotickými obsahy, vybavují se zde erotické vzpomínky a zážitky atp. Mozek je tedy do sexuálního dění skrytě zapojen mnoha svými oblastmi.

Zjevně se toto sexuální dění manifestuje v pohlavním ústrojí. U mužů se odezva na sexuální dráždění projevuje erekcí. Obě topořivá (kavernózní) tělesa penisu otevřou ventilký v Ebnerových polštářcích, čímž se sice rozšíří tepny, ale průtok krve se ztíží zúžením žil. Zároveň sval zvaný musculus bulbo cavernosus sevře cévy, které procházejí pod obloukem stydkých kostí. Přívod krve je do penisu větší než odliv a penis ztopoří a ztverdne (obr. 4). Již dříve je to vše regulováno

přes cévní systém zvláštním nervovým rozvětvením známým jako *nervi errigentes* a nervovou pletení v prostatě (obr. 5). Erekcce je vlastně nezbytným fyziologickým předpokladem k sexuálnímu styku, ke kohabitaci. Ale podobný proces překrvení na základě nervových impulsů probíhá při sexuálním vzrušení i v ženském klitorisu a v labia minora.

Kontrolní centrum erigentních nervů leží v míše v oblasti sakrálních obratlů S₂—S₄. Jsou-li dráhy pod oblastí erekčního centra přerušeny (nebo pokud se berou tlumivě působící drogy), erekci nelze vyvolat. U další příčné léze míšní, je-li mícha



Obr. 5. Schéma erekčních center a inervace erekitivity. (1) kortex, mozková kůra, (2) diencefalon, mezimozek [vč. tuber cinereum a III. komory], (3) mezencefalon, střední mozek [vč. čtverořbolí], (4) krční obratle (C), (5) hrudní obratle (Th), (6) lumbální erekční centrum, (7) bederní obratle (L), (8) křížové obratle (S), (9) sakrální erekční centrum [kontrolní centrum erigentních nervů], (10) nervová prostatická pletěň

poškozena nad erekčním centrem, se erekce vybavuje sice reflexně, postižený však nic necítí, protože je přerušeno spojení s mozkiem. Někdy byla erekce znemožněna i po zranění nervi errigentes a nervové prostatické pleteně při operaci urogenitálního traktu. V kontrolním míšním centru se sbíhají nervové informace především z instinktivních reflexů a z dotyků na erotogenních zónách těla, jež mají přímou a bezprostřední sexuální dráždivou účinnost. Kromě toho dochází k sexuálnímu dráždění zprostředkovaně, a to z míšního centra v oblasti Th₁₂—L₁. Sexuální vzrušení je vyvoláváno i z mozkové kůry — vlivem psychogenních vzruchů, představ a vzpomínek. Erekcce byla pozorována také při pokusné stimulaci šedého hrbolku zvaného tuber cinereum na spodině III. mozkové komory. Další mozková lokalizace erektní schopnosti se klade do čtverohrbolí (corpora quadrigemina ve středním mozku).

Jakmile kontrolní míšní centrum S₂—S₄ přijme sexuální vzruchy v nadprahové (excitační) míře, vyše vlastní impulsy po nervi errigentes k cílovým orgánům, tj. do cévní pleteně penisu, což se vzápětí projeví erekcí. Znamky sexuálního vzrušení v genitálních reakcích žen nejsou nikdy tak zřetelné. I z těchto důvodů se dává přednost fyziologickému studiu mužské sexuality. Kromě toho je mužská sexuální aktivita v soustředěnějším ohnisku pozornosti ještě z důvodů, o kterých bude řeč v souvislosti s kulturními vzorci sexuálního chování. (Tato preference se vyrovnává větším zájmem o ženu ve spojitosti s reprodukcí, což má rovněž biologické i kulturní příčiny. Názorně se to projevuje na antikoncepci: pro ženu není objevem nedávným, ale na „pílulce pro muže“ se teprve pracuje.)

Z fyziologického hlediska by mělo platit, že čím více je vzruchů a čím jsou silnější, tím je sexuální odezva prudší a mohutnější. Klinická zkušenost upozorňuje na výjimky, když dochází k sexuální neschopnosti z předráždění. Vypovídají o ní především mladí muži. Ve středním věku bývá vzácná. V těchto ojedinělých případech se uvede do chodu paradoxní proces, klinicky známý jako *ejaculatio ante portas*. Erekcce trvá krátce a opadne při výronu semene, ještě než dojde k zasunutí penisu do vagíny. Jsou-li ovšem impulsy naopak nedostatečné nebo se nemohou prosadit vlivem psychického útluhu, což se stává častěji, je nedostatečná i sexuální reakce. Penis se neztupoří buď vůbec, nebo jen málo, takže chybí nezbytný fyziologický předpoklad k sexuálnímu spojení. To tvoří klinický obraz erektní impotence.

Ženy jsou na tom lépe. Vybavovat takovou fyziologickou pohotovost nepotřebují a k sexuálnímu vzrušení může u nich dojít až při styku. (Vzácné výjimky tvoří vaginismus, tedy nadměrná citlivost a následná křeč svalstva svírajícího vchod do vaginy.)

V pokročilejším věku a koncem středních let vykazuje celý proces u mužů některé drobné komplikace. Sexuální reakce jsou pomalejší a „zdrženlivější“ vlivem mnoha negativních postojů a emocí, v důsledku sexuálních zábran, pod tlakem prudérní výchovy a tradice apod. Kromě toho lze předpokládat, že jsou sexuální odezvy méně výrazné též vzhledem k „opotřebení“ příslušného tělesného aparátu, například snížením citlivosti cílových tkání pohlavních orgánů na hormony. To je pro sexuální reaktivitu větší ohrožení než postupující úbytek androgenních hormonů cirkulujících v krvi. Úměrně se stářím ubývá též schopnosti vybavit erekci jen na základě erotických představ a psychogenních impulsů. V období své nejvyšší sexuální vzrušivosti, což je kolem dvaceti let věku, mají muži erekci už při pohledu na přitažlivou ženu nebo na pornografické obrázky a při vzpomínkách na erotické zážitky. Kolem šedesátky se účinněji dokáží sexuálně vzrušit zpravidla až po bezprostředním taktilním dráždění dotyky a hlazením. Ve třetím životním decenniu si sexuální reakce vybavujeme při řadě stimulujících příležitostí, kdežto ve středním věku či později spoléháme víceméně na stereotyp. Rozdíly tu tedy jsou a není jich málo již v počáteční fázi sexuálního styku, při podráždění. Z řečeného pak plyne, že existuje dvojitý typ erekce. *Cerebrální erekce* reaguje promptně na vzruchy, které vznikají v mozkové kůře a dosáhnou erektivní tkáně penisu cestou přes míchu a stimulující nervové spoje. Je pravidlem u mladších ročníků. *Reflexní erekce* vzniká přímou manipulací s genitálem na základě dotykových počitků. Vítané uplatnění najde ve starším věku a v situacích, kdy vznikají obtíže s pomocí.

A ZNOVU HORMONY!

Na každé adekvátní fyziologické sexuální odezvě spolupracují dva různé, ale úzce spojené systémy — nervový a endokrinní. Vedle vlivu CNS se při sexuálních reakcích zaznamenává i chemické působení sexuálních steroidů kolujících v krvi.

Pro sexuální reakce patrně však nemají tyto působky tak

rozhodující vliv jako pro někdejší formování pohlavní identity nebo při diferenciaci sekundárních pohlavních znaků (v pubertě). Hormony rozhodně nejsou jedinou určující silou sexuálního chování. Muži po kastraci jsou relativně potentní někdy i léta, a přestože u nich sexuální kapacita klesá se čtvercem času, někdy se na vzniku jejich impotence podílejí jiné faktory než endokrinní. Dosud se většinou chápou jako psychogenní.

Popsali jsme typický případ: Muž, jemuž pro podezření z karcinomu byla odňata varlata, měl se svou ženou pravidelný sexuální styk až do doby, kdy byl psychicky traumatizován její nevěrou. Poté jeho zájem o styk ochabnul³). Jiný případ: Operativní odnětí vaječníků nemá sice pro ženu nikdy tytéž osudné následky jako odnětí varlat pro muže, nicméně je pozoruhodné, že sexuální tužby žen se někdy po ovarektomií dokonce zvyšují. Může to být psychicky podmíněno. Přinejmenším v některých z těchto případů rozhoduje, že se žena zbaví obav před nežádoucím otěhotněním. Nebo je tu téměř nutková touha ještě něco po sexuální stránce prožít, a tak i kompenzovat pocit tělesné nedostatečnosti. Svou roli zde však může sehrát další (a vlastně i větší) působnost adrenálních androgenů, tj. androgenů z nadledvin. — Proč? Zajímavě se chovají sexuální steroidy při pohlavní vzrušivosti. Money tomu věnoval monografii⁴). Tzv. *eroticismus* čili trvalá úroveň vysokého libida přímo koreluje s hladinou androgenů. Za pohlavní vzrušivost jsou tedy *u obou pohlaví* odpovědné jen androgeny. Jak pro muže, tak i pro ženu je libidinózním hormonem androgen!

Výklady tohoto žertu přírody jsou stále spíše konfušní. Má souvislost s evolucí? Že by to byl pozůstatek přirozeného vývoje druhů? Příčinu by pak bylo třeba hledat i v „androgenizované“ samčí aktivitě, popřípadě i v „estrogenizované“ samiččí pasivitě, jež se projevují asi u všech teplokrevných. (Ironicky vyzní etymologický pohled. Spíše než slovo „androgen“ se k libidu etymologicky váže slovo „estrogen“, protože pochází z řeckého oestrus, což znamená říjí.)

Vysvětlit účinek sexuálních steroidů se v některých ohledech ještě nedaří. Ukazují to i trvalé polemiky o hormonální léčbě. Neznalost pravého působení na celý humorální systém (i na jiné systémy) stále vadí při terapeutických úvahách. Mužská homosexualita se chybně vysvětluje pouhým deficitem androgenů během života, aniž se bere zřetel na komplex patogeních vlivů, jež působí, ještě než se jedinec narodí (nedostateč-

né androgenní zásobení plodu). A ještě snad rozšířenější je předsudek, že úbytek androgenů zaviňuje každou mužskou impotenci v pozdějším věku, nebo že se žena může zbavit frigidity po léčbě estrogeny.

Jak působí androgen na pohlavní potenci mužů, se stále klinicky zkoumá, a ačkoliv získané výsledky jsou zajímavé zejména z terapie mužů v andropauze, nedají se tu pro většinu forem impotence zjistit shody. Je pravda, že varleční hormony mají mimo jiné vliv i na vývin a velikost mužského pohlavního údu. Avšak velikost penisu v žádném směru nekoreluje s potenci. To je jen fáma. Rozměry penisu hrály odjakživa velkou roli ve falických mýtech. Zde se však přeceňovaly. Zdůrazňovaly se tu vždy významněji, než to odpovídá jejich skutečnému uplatnění pro potenci. Nemají žádný vztah ani k plodnosti.

Vztah mezi testosteronem v krevní plazmě a sexuální aktivitou se někdy potvrzoval, jindy zas zpochybňoval. Tato nedorozumění třeba přičíst na vrub nepřesné technice měření. Na hladinu testosteronu se usuzovalo zjišťováním 17-oxosteroidů (dříve ketosteroidů) v moči, což je málo spolehlivé. Nej přesnější odpověď se nyní může získat ze specifické radioimunologické (radioimunoassayové) techniky měření.

Zajímavý pokus provedli Fox a spolupracovníci. Dlouhodobou analýzou hormonální hladiny (nepřetržitě po dobu 45 dnů) zjistili vyšší hodnoty plazmatického testosteronu vždy při každém sexuálním aktu⁵). Kromě toho jsou tyto hodnoty ráno vyšší, večer nižší. Stejně tak jsou vyšší při ranním koitu než při večerním. Nebyly zjištěny změny plazmatické koncentrace LH a FSH, což by znamenalo, že hypotalamické spouštěcí hormony (RH) nejsou závislé na stoupající sexuální odezvě. Pokus se ovšem prováděl jen u jediného dobrovolníka. Přesto se jím prokázal pohyb testosteronu v krevní plazmě vlivem *denního rytmu*, s nímž musí laboratorní metodika nadále počítat.

O vlivu androgenních steroidů na mužskou pohlavní identitu a mužskost jsme hovořili. Ten je nesporný a prokazuje se při terapii konstitučních vývojových anomálií u pubescentů.

Klinicky se též potvrzuje pozitivní účinek androgenů při léčbě frigidity u obou pohlaví. Role tohoto hormonu se však pro *integraci* lidské sexuality poznává zatím jen postupně a zbývá tu ještě řada nevysvětlených aspektů. O nezbytnosti varlečních hormonů pro sílu sexuálních potřeb i jejich realizaci signifikantně svědčí případy nedostatečně vyvinutých či kastrova-

ných mužů. Ještě zřejmější než u lidí je tato závislost u zvířat. Kastrovaní samci pokusných hlodavců jsou impotentní brzy po zákroku. Beach to specifikoval: erekce a zasunutí pohlavního údu vyžaduje větší koncentraci androgenů než jiné prvky sexuálního mechanismu⁶). U člověka je proces sexuální odezvy mnohem složitější. Toho si všimneme později při rozboru kulturních vlivů.

V obecnostech je problém jasný. Leccos svědčí pro hormonální ovlivnění. Ale i na této úrovni, v endokrinním systému, lze pozorovat nejasnosti nebo přinejmenším výjimky z pravidla. Argumentem proti hormonům může být i tzv. syndrom nadsamce (supermale sy). Projevuje se u sexuálně velmi výkonných, aktivních a často i agresivních jedinců s nadměrně libidinózními pudovými zdroji. Často se u nich zjišťuje chromozomální struktura 44 autozómů + XYY pohlavní chromozómy, přitom koncentrace testosteronu v krvi semenné žíly je normální (asi 48 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$). Znamená to, že u někoho je sexuální aktivita už geneticky zakódovaná? Nebo že genetická informace v tomto směru odpovídá jiné než hormonální dispozici? To by mohlo platit u syndromu nadsamce. Další nejasnost vyplývá však i z funkčně protilehlého syndromu, jímž je primární impotence, neboť vztah mezi hodnotami androgenů a touto poruchou není rovněž srovnatelný. Opouští se sice již pojetí, že primární impotenci způsobují výhradně vlivy psychogenní, ale hormonální výklad tu poskytuje ještě mnohem menší možnosti. Je zde asi něco, co narušuje potenci z jiného než endokrinního systému. (Hovoří se kromě jiného o sklerotických změnách v topořivých tělesech penisu.)

Mnoho problémů působí sexuální steroidy v dalších klinických úvahách. S určitostí se například neví, co se po podání umělých androgenů děje s hormonálním metabolismem v těle. Jsou změny v organismu reakcí na *původní* substanci androgenů? Co když byla tato substance metabolizována v játrech a zmutována na estrogen? Ve své chemické struktuře jsou sexuální steroidy (ostatně jako všechny steroidní látky) vždy velmi nestálé a proměnlivé. Víme již s určitostí, že androgeny jako androstendion a dehydroepiandrosteron jsou „předchůdci“ čili prekursorů estronu, který patří mezi tzv. klasické estrogény. Nebo že se u žen po menopauze většina estrogenů tvoří v těle chemickou přeměnou z androgenů atp. Zatímco v inkrečních účincích jsou oba hormony rozdílné, chemicky jsou si značně blízké, takže stačí změnit jeden atom v molekule a z jednoho hormonu získáme druhý.

Něco víme o syntéze steroidů v těle, známe například její hlavní místa (vaječník, varle a kůra nadledvin), ale stále ještě se diskutují či vyvracejí dosavadní hypotézy o jejich metabolismu, který se převážně odehrává v játrech.

Od pradávna jsou známy následky odstranění varlat u samčích organismů, a to jak pro plodnost, tak i pro sexuální kapacitu. Synteticky připravit varletní hormon se podařilo naproti tomu poměrně nedávno. Co je proti tisíciletým kastročným praktikám čtyřicetileté jubileum? R. 1939 za umělou přípravu testosteronu obdržel Nobelovu cenu vědec českého původu, chorvatské národnosti a švýcarského občanství Ruzicka. Pak zase dlouho trvalo, než se přišlo na přímé určování testosteronu v krevní plazmě. Ještě před několika lety jsme byli odkázáni jenom na nepřímý a málo přesný test stanovením 17-oxosteroidů v moči. Poměrnou novinkou je též zjištění, že nemá cenu měřit androgeny v určité dny, kdy jsou jejich hodnoty irelevantní. Není bohužel ještě změřen „androgenní rytmus“ ani u potentních, ani u impotentních mužů. Ukáže nám to něco? Je též pozoruhodné, že syntetický androgen (mesterolon) přispívá ke zlepšení spermiogeneze u málo plodných mužů. Indikace se budou zcela určitě zpřesňovat i rozšiřovat. Čeká sexuologii další éra velkých endokrinologických nadějí?

Pro muže i ženy středního věku je synteticky připravený androgen dosti častým lékem (viz úvaha o hormonální substituci v další části práce). A přitom, jak jsme řekli, chybějí směrodatné důkazy o vztahu androgenů k sexuální aktivitě muže, anebo nemáme ani základní poznatky o úloze androgenů ve fyziologii ženské plodnosti. V mnohém totiž medicínská empirie předbíhá poznání vlastních příčin či kauzálních jevů. Je však empirie v tomto případě opravdu spolehlivá? Proměny v názorech na hormonální terapii i prudké polemiky o jejich účincích by zatím svědčily o opaku. Či přinejmenším o nejistotě.

HORMON LÁSKY

Slyšíš krev, můj milý? / Šumí úlem hvězd.

A mně se zdá, že tady z nás není ani jeden a že na oba stéká jiná noc a v ní se pění nezachytitelná podoba.

František Hrubín: *Hodina zamilovaných*

Jedno se však prokázalo s určitostí. Mužský pohlavní hormon je zároveň libidinózním hormonem i pro ženy. V tomto případě poskytují důkaz klinické zkušenosti. Léčí-li se androgenním přípravkem pacientky s dysmenoreou, zvyšují se u nich sexuální zájmy, ačkoliv řečená porucha nemá s libidem bezprostřední souvislost; jejím symptomem jsou bolestivé měsíčky i obtíže před nimi. Po vysazení léčby se libidinózní efekt brzy ztrácí a libido se vrací na původní úroveň. Další příklad z klinické oblasti představují ženy po oboustranné ovariectomii. Po ní dochází k úbytku estrogenů ve prospěch androgenů typu androstendionu (ne však testosteronu, který se rovněž snižuje) — a u pacientek se někdy objevují zvýšené sexuální zájmy! U ženy je sexuální chování do značné míry nezávislé na přítomnosti a funkci vaječnicků. Nejmohutnější zdroj estrogenů je po odnětí obou vaječnicků sice zlikvidován, ale jak se zdá, k udržení libida, sexuální aktivity i pohotovosti k orgasmu stačí adrenální androgeny vylučované z kůry nadledvin. To je jedno vysvětlení. Navíc pak tu přispívá další výklad, jestliže víme, že estrogeny se netvoří výlučně ve vaječnicích. Tyto ženské sexuální steroidy nevymizí dokonce ani po odstranění obou svých hlavních producentů, tj. vaječnicků a nadledvin. U pacientek, jimž byly oba tyto párové orgány odňaty, se průměrná exkrece estrogenů v moči objevovala i nadále. Mezi uvažovanými zdroji je kromě vnitřních faktorů (substituce kortizonu či výskyt jinde uložené tkáně nadledviny) též příjem potravou¹⁸).

Že se zmíněné sexuální zájmy u ovariectomovaných pacientek snižují jen někdy a ne vždy, to má patrně nejvíc na svědomí psychická blokáda živená falešnou domněnkou, že zároveň se ztrátou plodnosti mizí i sexuální aktivita a zájmy. *Superego* operované ženy je v tomto případě ještě přísnějším strážcem *id*, než tomu je za normálních okolností.

Jelikož u mužů se androgenní steroidy vyskytují až v pětinasobném nadbytku a zhruba do šedesátky se nesnižují nijak kriticky, substituční hormonální léčba tu padá v úvahu až

v poměrně vysokém věku, pokud nenastanou komplikace v andropauze. Ne však u žen. Někdo u nich doporučuje podávání androgenů, jakmile se začne ztrácet libido, což se v některých případech stává již v pátém decenniu a častěji v šestém.

Normálně koluje ženám v krvi jen asi pětina androgenů z celkové hodnoty, v průměru naměřené u mužů. Hlavním producentem androgenních steroidů jsou u mužů varlata (v Leydigových i Sertoliho buňkách). Zde vzniká 60 procent androgenů a především testosteron. U žen je to kůra nadledvin (ze 60 procent), kde je převážný zdroj dehydroepiandrosteronu. Část androgenů, především androstendion, se tvoří i ve vaječnicích (40 procent), a to buď přes progesteron, což je tedy prekursor androgenu, anebo přes dehydroepiandrosteron.

Kdyby se při léčbě dalo s androgenem počítat dejme tomu jako s inzulínem u diabetu, byla by celá záležitost jednodušší. Bohužel tomu tak není. Je tu stále celá řada podmínek a výjimek. Je možno uvést doklady, že androgen působí na ženy libidinózně, jen když se léčí defekt v neuroendokrinním aparátu, nikoliv však v jiných systémech, třebaže také ovlivňují sexuální aktivitu. Efekt po androgenu je možný například jen tehdy, když žena netrpí primární, nýbrž *sekundární* frigiditou. Čili musela si přát a mít uspokojivé sexuální kontakty již dříve, ale aktuálně se jí nedaří následkem neurohormonálních nedostatků, jež mohou být průvodním (sekundárním) příznakem nějakého jiného (základního) tělesného onemocnění. Po terapii androgeny se tato ženská sekundární frigidita většinou upraví ad integrum.

Potíž je s primární frigiditou. Na androgeny ani na jiné hormony nezabírá. Zřejmě tu jde o převážně psychogenní poruchy, v jejichž anamnéze někdy najdeme i duševní traumata, bezohlednost partnera, výchovné vady v dětství, zábrany psychického druhu apod. Škoda, že zde libidinózní hormon nic nespraví, jelikož tato dysfunkce se vyskytuje mnohem častěji než sekundární forma. Indikována je psychoterapie, je však časově náročná a navíc je úspěšná pouze u jistého typu pacientek.

S překvapujícím efektem se androgenu použilo při léčbě anorgasmické formy nymfomanie, u níž silná sexuální potřeba nenalézá ukojení v orgasmu. Ženu to pak vhání do nových a nových erotických dobrodružství a zároveň je znovu a znovu traumatizována subjektivním neúspěchem. Když se těmto pacientkám podával androgen, mohly dosáhnout orgasmu jako

zdravé ženy, takže jejich sexuální život dostal též normální rád. Naopak pro snížení libidinózní energie se u nymfomanek s úspěchem užilo estrogenu. Osvědčil se i u starších osamělých žen, které se ocitly v konfliktní situaci, když do souladu se svou morálkou nemohly uvést obsahy svých erotických snů. Po estrogenní léčbě sužující sny zmizely.

Význam androgenu jako libidinózního hormonu u obou pohlaví se prokázal experimentálně i klinicky. Při klinickém sledování hormonálních změn během koitu se střízlivě odhaduje přírůstek libida po aplikaci syntetického androgenu (mesterolonu) ve 20 až 30 procentech případů⁵). Jako u mnoha medicínských objevů hrála při zjištění libidinózního hormonu náhoda. Pozoruhodné je, že první a zároveň nejpádňější poznatky na toto téma se zrodily vlastně jako vedlejší produkt jiného výzkumného cíle. Tým psychologů a psychiatrů (dvou amerických institutů pro výzkum rakoviny) sledoval osoby, jež se podrobily operaci, protože trpěly zhoubnými nádory na orgánech bezprostředně účastných v cyklu sexuální aktivity. Šlo tu o výzkum a rozbor psychologie tzv. postoperativních stavů, jež se projevují v komplikacích psychogenního rázu. Ukázalo se, že pro ženy například amputace prsů či odnětí dělohy a pro muže kastrace či operace prostaty, stejně jako odnětí hypofýzy nebo štítné žlázy pro obě pohlaví, znamenají mnohem víc než ztrátu funkcí závislou na odňatém orgánu. Chirurgickým zákrokem byl vyvolán komplex vzájemně působících faktorů a závislostí, jež se nepromítaly jen v pohlavní aktivitě nebo v psychosexuální orientaci postižených. Mají i další kulturní důsledky pro život v rodině a v manželství. V řečeném výzkumu se měl sledovat především tento problém. Přitom se však do popředí dostaly i otázky po úloze sexuálních steroidů (a jmenovitě androgenů) u žen. Tak se též mohly na správnou míru uvést dosavadní názory na hormonální podnícení ženských sexuálních zájmů a libida.

Až dosud se při hormonálním výkladu ženského libida rozhodující role rezervovala ovariálním estrogenům. To se mylně tradovalo od r. 1942, kdy Benedeková a Rubinstein zveřejnili svůj výzkum o souvislostech mezi změnami v hladině estrogenů během měsíčního cyklu ženy a intenzitou jejich sexuálních zájmů⁷). Tito autoři referovali o vysokém stupni sexuálních potřeb žen během první části menstruačního cyklu, tedy ve fázi folikulární, kdy je hladina estrogenů relativně vyšší. Maximum těchto potřeb má být v období ovulace. Sexuální efekt prý klesá zároveň s klesající koncentrací estrogenů

v druhé polovině cyklu, tedy ve fázi luteální. Výslednou, ale iritující dedukcí autorů bylo, že libidinózním hormonem ženy je estrogen.

Naproti tomu studie o sexuálních následcích po chirurgii zhoubných nádorů přinesly úplně jiné výsledky. Účinek estrogenů jako libidinózního hormonu se tu nepotvrdil. Řekli jsme, že pokles sexuálních zájmů žen po ovariectomii nemá hormonální, ale psychogenní podklad. Pro sexuální potřeby se úbytek estrogenů nezdá být podstatnou překážkou. Zato však se ženské sexuální zájmy prokazatelně snižují po odstranění nadledvin (po adrenalectomii), protože již nemůže docházet k tvorbě adrenálních androgenů. Rozhodující je tedy úbytek androgenů. Pro ženu znamená ztlumení, ne-li naprostou ztrátu libida. Výzkumné subjekty byly sledovány dlouhodobě v období pěti let po operaci a zmíněné výsledky jsou statisticky významné⁸).

Jestliže si sexuální funkce podržely nadále jistý význam i u žen, kterým se odebraly nadledviny, došlo k podstatné a charakteristické proměně v obsahu sexuální odezvy. Kde dříve souvisela s ryze tělesným ukojením na základě genitálních reakcí, nyní se projevila jen v doprovodných komponentách v rámci intimního vztahu. Uspokojení se soustředilo na projevy partnerovy něhy a jeho tělesnou blízkost. V podstatě tutéž sexuální odezvu vybavují anorgasmické ženy. Před operací toužila jedna z pacientek po sexuálním styku, který by přinesl orgasmus. Po operaci zaměřila svůj zájem na blízkost partnera bez odpovídajícího vzrušení v genitální oblasti. Podobně reagovaly i další. Výzkum se pak koncentroval na skupinu 29 žen, jimž byly odňaty nejprve vaječníky a poté v rozmezí jednoho až pěti roků i nadledviny. V době mezi oběma operacemi nepozorovaly na sobě prakticky žádný úbytek sexuálních zájmů ani snížení sexuálních reakcí nebo pohotovosti k orgasmu. Řečené změny se projevily až později, po odnětí nadledvin. Mohlo to být opět připsáno jen ztrátě androgenů.

Hypotézu o souvislosti mezi hladinou ovariálních estrogenů a intenzitou libida nepotvrzuje ani vyšetření vaginálních výtěrů z různých úseků menstruačního cyklu. Benedeková a Rubinstein se mýlili i v určení časového bodu, v němž žena vyjadřuje větší sexuální zájmy. Jen málo žen klade tento vrchol do období ovulace, kdy je estrogení produkce nejvyšší. Většina ho pocituje těsně před či bezprostředně po menstruaci.

Nelze tedy vytvářet asi analogie mezi ženskou sexuální „ná-

ruživostí“ a rujností savčích samic, která spadá do ovulačního období. Proč se však měnilo prastaré hormonální schéma? Je to zajímavé specifikum. Lze ho těžko svádět na úlohu vegetativního nervstva, jež bývá během menstruačního cyklu různě disponováno. Zdá se, že parasymptikum přeje sice libidu, ale jen po menstruaci, nikoliv před ní. A dále — převaha parasymptiku už vůbec nepřeje orgasmu! V tom něco nehraje. Účastní se tedy na intenzitě ženských sexuálních zájmů spíše socio-psychologické vlivy? Ženy si mohou být vědomy menšího rizika nežádoucího otěhotnění, což by sekundárně mohlo vyvolávat zvýšené sexuální pocity oproštěné od zábran. Je to tedy dílem imperativu z CNS?

Dotaz na intenzitu sexuálních pocitů i zájmů jsme adresovali 54 ženám v reprodukčním věku ($\bar{x} = 31,5$ let). Děly se na dvě skupiny. 24 jich bylo z neplodných manželství a přály si mít děti. Otázku zodpovídaly velmi nejistě. Zbývajících 30 bylo buď svobodných, nebo si nepřály otěhotnět. Z nich svědčilo téměř 80 procent pro druhou možnost, alespoň co do zájmů: zvýšenou apetenci pocítovaly před a po měsíčkách, třebaže těsně po menstruaci se u některých nedostavoval orgasmus. Anketu by však bylo třeba rozšířit na reprezentativní základnu.

Respektovaly se též závěry ze sledování žen, jimž byla z důvodů rakoviny extirpována hypofýza. Právem je tato žláza nazývána dirigentem endokrinního orchestru v těle, což v patologických důsledcích značí, že bez hypofyzárních hormonů atrofují jak vaječníky, tak nadledviny a štítná žláza. Závěr byl týž: za zvýšené libido a sexuální zájmy jsou u žen odpovědné mužské pohlavní hormony⁸). Androgen je u obou pohlaví „hormonem lásky“.

Jak plní svou funkci libidinózního hormonu, není zatím v podrobnostech známo. Nevíme, čím přispívá k automatismu v cyklu sexuální aktivity, a tím méně lze s jistotou tvrdit, že ho sám spouští. Přesto se pro jeho úlohu zde nabízejí nejméně tři hypotézy. Naznačují se v nich vlivy, jež mohou působit i současně. Primární je pravděpodobně ovlivnění senzibilních vln ve visceroreceptorech periferních orgánů, především v cílových tkáních pohlavních ústrojí (u ženy klitoris, u muže penis), takže se stávají citlivějšími na další senzoričnou i psychickou sexuální stimulaci. Je známo, že androgeny zasahují daleko širší okruh tkání než estrogény a v jejich působení jsou velké rozdíly. Dosud se je nepodařilo přesně diferencovat.

Druhá a třetí možnost je dána vlivem na CNS. Předpokládá

se, že CNS je též cílovou oblastí testosteronu. Androgen by tu mohl mít funkci „náboje“ pro signály vedoucí do odpovědných struktur mozku, například do neokortexu. (Pokud by šlo o centra v mozkové kůře, snáze by se tu vyvolávaly erotické představy a vzpomínky.) Zpětný účinek estrogenních steroidů na mozkovou kůru se potvrdil již v klasických pokusech Pavlovovy školy s neurotickým „sryvem VNČ“ v důsledku odnětí vaječníků psím fenkám. Co když tedy existuje i regulace sexuálního chování (a apetence) korovými receptory, jež by mohly vychytávat libidinózní androgen? Podle současné domněnky vstupuje sexuální steroid v cílové tkáni do buňky a váže se na cytoplazmatický bílkovinný receptor nejprve asi na jaderné membráně. Specifický receptorový protein pro androgen (testosteron) obsahují například buňky kosterního svalstva, ale až dosud nebyl prokázán v mozkové kůře. Přenos androgenu se však může dít i prostřednictvím nesespecifické bílkovinné vazby do jádra buňky cílové tkáně.

Pak je tu další hypotetická možnost zpětné afinity volných androgenů k podkorovým oblastem mozku s vysokým obsahem serotoninu, o němž se předpokládá, že se účastní regulace sexuálního chování. Konkrétně by šlo o hypotalamus. Jednak je zde možno soudit na ovlivnění hypotalamického sexuálního centra, jednak vedou z některých hypotalamických jader odstředivé dráhy limbickým systémem zpátky do kůry, odkud by mohly podráždit cílové orgány (např. k erekci). Lze Bykovovu klasickou tezi o řídicí činnosti mozkové kůry vzhledem k vnitřním orgánům aplikovat i na sexuální (genitální) systém? Dohady v tomto směru se jistě v nejbližších letech zpřesní, jelikož vývoj neurofyzologie a mozkové biochemie pokračuje velmi rychlým tempem.

Androgenní efekt na mužský organismus se zdá být globální. Svědčí pro to i klinické zkušenosti se substituční terapií exogenními androgeny u stárnoucích mužů (s Agovirinem)²⁰). Kromě příznivého vlivu na libido mají androgeny celkový psychotropní a anabolizující účinek. Přispívají ke zlepšení celkové tělesné ekonomiky a k urychlení metabolismu. Tím se pak zvyšuje i nivo nervových funkcí, což se odráží ve výkonostním stupni sexuálních reakcí. Mechanismus léčebného účinku se dá přirovnat k několika závitům vzestupné spirály. První, nesmělé úspěchy při sexuálním styku, ovlivněné léčbou, zlepšují poněkud mužovu psychickou kondici. Erzy se projevují i jeho vyšší výkon v práci a zaměstnání, což vyvolává další dominanci — upevní se pocit životní jistoty a sebedůvěra, jež

se v andropauze zdá být mnohdy otřesena. A to již jsme v posledním ohybu spirály u vyšších aspirací a dispozicích k trvalejšímu úspěchu v sexuálním životě s partnerkou.

CENA ORGASMU

Rizika androgenní terapie u žen, jež by mohla vést k virilizaci, zpravidla nedovolují učinit podobné zkušenosti, jaké jsou známy z hormonální substituce u mužů. Ale že se syntetického androgenu k podpoře ženského libida používá, o tom ještě bude řeč.

Ženskou cílovou tkání pro „hormon lásky“ je patrně klitoris. Představuje zároveň významné ohnisko sexuálního dráždění. Druhé ohnisko je ve vagině. Celkem se u ženy uznávají dvě centra sexuálního dráždění a odtud pak odvozené dva druhy ženského orgasmu — klitoridálního a vaginálního. Mezi nimi není jen rozdíl v lokalizaci, nýbrž i v koordinaci: v jednom případě se koordinace uskutečňuje, ve druhém k ní docházet nemusí. Na vaginálním orgasmu se může účastnit a často se též účastní stimulace klitorisu, zatímco klitoridální orgasmus se vyvolá i bez předchozího dráždění pochvy, takže vaginální stimulace není nezbytná. Z toho by vyplývalo, že klitoris je pro sexuální odezvu důležitější než vagina, což by podporoval i anatomický a fyziologický aspekt. Na rozdíl od vaginy je klitoris anatomicky vybaven počtem nervových zakončení, od nichž jdou vzruchy skrze *nervus pudendis communis* do míchy. Podněty k erekci klitorisu procházejí přes *nervi erigentes*. Ve fyziologickém ohledu se úloha klitorisu přirovnává k transformátoru, který namísto elektrického napětí přijímá a přetváří sexuální vzruchy ze smyslových oblastí celého těla. To by mělo být dostatečným důkazem primárního významu klitorisu i pro sexuální styk. Čili k tomu by se měla zaměřit také technika a tzv. pozice a polohy při souloži (doporučuje se například poloha equitis).

Význam klitorisu pro orgasmus se traduje i na základě referencí žen vyšetřovaných speciálními dotazníky. Fisher například ve své monografii uvádí hodnocení jím dotázaných probandek (ve věku kolem pětadvaceti let), že klitoridální orgasmus prožívají pronikavěji než orgasmus vaginální¹⁹). Nicméně zkušenosti klinické upozorňují, že ani pro sexuální styk ani pro orgasmus nelze význam vaginy podceňovat nebo ho dokonce vyloučit.

Ve skutečnosti je celá věc asi složitější. Existují klinické zkušenosti s opačným závěrem. Anatomickým a fyziologickým přednostem klitoridálního dráždění a významu klitorisu jako transformátoru vzruchů například vůbec neodpovídají celkem shodné výpovědi velkého počtu zdravých žen (zejména ve středním věku). Pokud jsou schopny prožít oba orgasmy, ženy vždy dávají přednost *vaginálnímu* orgasmu před klitoridálním³⁾. Patrně z důvodů psychologických či dosud blíže neobjasněných, v podstatě je však možno říci, že ženě jde o *celkovou* úroveň sexuálního prožitku, který se současně vyvíjí mimo jiné i s pronikáním penisu do vaginy, s frikčními pohyby zde a dalšími prvky sexuálního styku, jež mají s vaginou přímou, anebo jen nepřímou a psychologickou souvislost. Znovu třeba zdůraznit, že sexuální *pocit* nelze redukovat jenom na izolované jevy z okruhu pohlavní fyziologie nebo anatomie.

Pokud by platila koncepce, že v sexuálních funkcích pracují pro orgasmus tři stejně hodnotné faktory, nemusel by se — dokonce ani u mužů ne — vliv androgenu na orgasmus vůbec uplatňovat.

Triádu stejně hodnotných faktorů k dosažení orgasmu stanovil Money: je to anatomie malé pánve, jsou to hormony a je to mozek. I když zeslabení či vyřazení jednoho z nich představuje pro sexuální funkci enormní zátěž, nevede to nezbytně k absenci orgasmu. U řady nemocných, jimž se vyoperovaly zárodečné žlázy a části genitálií (penis, varlata, klitoris, vulva), byl pozorován ve zbylých částech normální průběh celého cyklu sexuální aktivity, od podráždění až k orgasmu²¹⁾. Znovu tedy můžeme konstatovat, že ani vrozená hormonální výbava či jiné obligatorní mechanismy neznamenaají pro sexuální funkce všechno. Alespoň u člověka ne.

V cyklu sexuální aktivity je orgasmus vrcholnou fází a zároveň vrcholným výkonem. Podle toho vypadají genitální i extragenitální reakce. Automatismus v nich pokračuje. Neurovegetativně je ovlivňován ortosympatikem a fyziologicky je charakteristický spontánními mimovolními kontrakcemi zúčastněných orgánů. Ztrácí se volní kontrola svalového tonu, mimovolně se kontrahuje pohlavní úd, druhotné orgány, děložní tělo i nižší segmenty a konečník. Proto orgasmus nemůže vycházet z korově mozkových center. Míšní centra by zas naopak nestačila. Z těchto center stačí pokyn k erekci a ejakulaci. Mužský orgasmus je však víc než ejakulace, stejně jako ženský orgasmus je víc než stah orgastické manžety ve vagině. Bechtěrev prokázal u orgasmu rozhodující význam

nadřazených koordinačních center v III. mozkové komoře⁹).
Nebo se uvažuje o přímém vlivu z hypotalamu.

Pokud jde o fyziologické detaily, odkazujeme na některé práce přístupné i českému čtenáři^{1, 3}). Nechceme odvádět pozornost od hlavního tématu. Údaje o orgasmu jsou pro nás zde předmětem zájmu, jen pokud mají vztah k sexualitě stárnutí.

Říká se, že dosažení orgasmu je přirozeným, tj. biologickým, nebo dokonce jediným účelem sexuálního chování. Není to pravda u každého, ani ne za každých okolností. Zdůrazněním biologického aspektu se mohou v sexualitě snadno opomíjet emocionální momenty. Ty ovšem značně přispívají k tomu, že orgasmus není jednoduše totožný s komplexním a variabilním sexuálním *zážitkem*. Sexuální zážitek je mnohem širší a psychologicky složitější — přinejmenším proto, že v některých případech nemusí být spojen s orgasmem. Jinak řečeno, orgasmus nemůže být jedinou normou sexuálního uspokojení. V rámci sexuálního chování existují ještě jiná, emocionální kritéria a hodnoty, což je důležité nejen pro sexualitu žen, ale — jak dále uvidíme — také *pro sexualitu stárnoucích jedinců*. Řada mladých i starších žen vypovídá o libidinózních a erotických zkušenostech jiného druhu než orgastických. V druhém případě se absence orgasmu vztahuje rovněž na muže. Stárnoucí muž je sice schopen koitu častěji, než se předpokládá, ale někdy při něm není schopen ejakulace. Takže nedosahuje orgasmu a jeho uspokojení vychází pouze z fáze plató.

Muž prožívá orgasmus vždy tím příjemněji, čím je větší objem jeho ejakulátu. Subjektivně se proto více oceňuje orgasmus po určité době pohlavní zdrženlivosti. Ve stáří se objem ejakulátu snižuje, přestože styk není tak častý. Zdá se ovšem, že subjektivní reakce na první či další orgasmus je jiná u mužů a jiná u žen. Ženy označují svou druhou či třetí orgastickou epizodu za uspokojivější a po smyslové stránce za příjemnější. Muži dávají přednost první ejakulaci.

Zřejmě však mnoho mužů ve věku nad třicet nemá už tendenci ejakulovat vícekrát za sebou. V tomto — kvantitativním — smyslu je vrchol mužské sexuální kapacity kolem dvacítky. To někdy v mladých manželstvích způsobuje problémy. Klinicky dosti časté jsou případy sexuálního nesouladu, pokud je rytmus cyklu sexuální aktivity u partnerů rozdílný. Jestliže partnerka potřebuje dlouhé předchozí dráždění a když už partner není s to vzápětí styk opakovat, aniž ji stačil uspokojit, měl by za pomoci pettingu praktikovat milostnou předeheru.

Třeba to doporučit vždy, kdy muž dosahuje orgasmu příliš brzy. Ve středním věku se někdy situace zlepší. Při zachování erekce se u muže prodlužuje fáze plató a nesrovnalosti v rytmu se mohou vyrovnat.

Později ve vyšším stáří přistupuje však problém s erekcí. Muž ji snáze navodí masturbací a touto technikou též snáze dosáhne orgasmu. Teď se úlohy obrací. Milostnou předeheru pettingem vyžaduje od ženy muž.

Rozdílů v orgasmu u obou pohlaví je mnoho. U muže je provázen ejakulací, s níž se (asi v pěti po sobě jdoucích kontrakcích semenné tekutiny) náhle, prudce a definitivně orgasmus zakončí. Fyziologická obdoba ejakulace u ženy neexistuje, přestože se o ní někdy mluví. Jde pouze o zvýšenou lubrikaci (zvlhčení vaginy) v důsledku vrcholného vzrušení. Ta není však výhradní známkou orgasmu, ale už počátečních fází, a naopak se někdy neobjeví ani ve fázi orgasmu. Kromě toho existují pak ještě dva hlavní fyziologické rozdíly. Zaprvé, žena je schopna rychlého návratu k dalšímu orgasmu hned po předchozím orgastickém prožitku. Musí být ovšem pořád stimulována, než napětí sexuální odezvy klesne pod fázi plató. Zadruhé, žena je schopna udržovat si orgastický prožitek poměrně dlouho. (U žen se někdy vyskytuje a popisuje dokonce jev známý jako *status orgasmus*, tj. série opakujících se orgastických epizod relativně dlouho za sebou. Setkal jsem se s ním v jediném případě.)

Fyziologickou i psychologickou podstatu řečených odlišností nutno přičíst objektivně zjištěnému i subjektivně potvrzovanému faktu, že orgasmus ženy je odezvou celého těla. Snad proto je při orgasmu žen zaznamenávána větší variační šíře pocitu. Jeden orgasmus může být pocíťován silněji než druhý, a někdy je zas intenzita prožitku tak slabá a prchavá, že žena ani nepozná, zda k orgasmu došlo či ne. I sexuální dráždění bez orgasmu může při pohlavním styku prožívat jako slastné a uspokojující. V některých případech se pro ni toto dráždění jeví dokonce důležitější než samotný orgasmus. Je to pak výhoda ve starším věku. Ostatně s neúplným cyklem bez orgasmu se spokojují i staří muži.

Podle EKG pořizovaného při koitu je nejvyšší bod mužovy srdeční činnosti vždy při ejakulaci. Vrchol ženiny křivky je naproti tomu spojen se zavedením penisu do pochvy. Křivka mužovy srdeční činnosti před ejakulací stoupá a po ní prudce klesá, takže vykazuje jen jeden vrchol. U ženy dosáhne své kulminace několikrát, což se zdá v závislosti na větší či menší

mužově erekci v průběhu soulože. Jelikož ovšem existuje značná variační šíře a dvojí typ ženského orgasmu podle klitoridálního nebo vaginálního dráždění, a pokud se ženám daří prožít pouze klitoridální orgasmus, může u nich snadno vzniknout dojem, že ho neprožívají v úplnosti, resp, že neprožívají jeho vrchol. S přibývajícím věkem se někdy tento dojem prohlubuje.

To je zas nevýhoda ženy, u které najdeme ještě jiné specifikum. Připomeňme si, že vaginální orgasmus je ženami oceňován výše než orgasmus klitoridální. Pro toto (subjektivní) ocenění se v laboratorních podmínkách experimentu (objektivně zachycujícího průběh orgasmu) nenašel žádný fyziologický podklad a nebylo ani rozhodující, zda ženy dosáhly orgasmu při sexuálním styku nebo masturbací¹). Vzhledem k různým technikám dráždění a k různým formám sexuální aktivity byly vždy kromě odlišného subjektivního ocenění pozorovány jen rozdíly v délce orgasmu. Fyziologické schéma zůstává stejné. Nakonec tytéž bazální fyziologické vzorce sexuální odezvy mohou přivodit i erotické fantazie a sny, tedy čistě psychické sexuální stimulace bez tělesného dráždění. Nepochybně však jsou prožívány subjektivně jinak než přímé formy sexuální aktivity. Vycházejí buď z korové mozkových center (erotické představy a vzpomínky), nebo z diencefala (sny). Velmi charakteristicky se promítají v erotickém životě starých lidí a z nich zejména *osamělých* jedinců, kteří sexuálně abstinují.

Fyziologicky představuje orgasmus mimo jiné vrcholný výkon srdce a oběhového i dýchacího aparátu. K práci srdce, k změnám krevního tlaku a k pulsové frekvenci při koitu se ještě vrátíme. Někteří autoři si všímali u žen dýchání. Při ženském orgasmu se mnohdy objeví *apnoe*, krátkodobá zástava dechu. To bylo Singerovi vodítkem k rozlišení dokonce tří druhů ženského orgasmu¹⁰): Jako poševní chápe orgasmus, při němž nedochází k valnému uspokojení. Může se sice opakovat, ale není provázen dechovou zástavou jakožto výrazem hlubší odezvy. Předchází mu většinou automanipulační dráždění nebo v případě styku jen minimální zasunutí penisu. Druhý je děložní orgasmus se zástavou dechu. Je fyziologičtější a vede k uvolnění. Jeho předpokladem je hluboké zasunutí penisu. Kombinace poševního pocitu a děložního uvolnění vede k třetímu typu, jímž je smíšený orgasmus.

Celý cyklus sexuální aktivity s orgasmem jako s jeho posledním vzestupným bodem se rozvíjí na podkladě biologicko-

instinktivního pudu, který je integrální součástí lidské existence¹). Fyziologicky jde o krátkou několikavteřinovou epizodu. Její psychologický rámec se s ní časově většinou nepřekrývá. Zejména v mladých letech se slastný pocit subjektivně prožívá i v krátkém intervalu *před* vrcholem fyziologického procesu. (Subjekt to zpravidla označuje slovy, že „to už přichází“.) Libý pocit však rovněž doznívá (někdy dlouhou chvíli) i po kulminaci fyziologického procesu ve fázi uvolnění.

Jaký to má efekt v involučním období a co z toho plyne pro sexualitu ve středním věku, k tomu se váží uvahy v další kapitole. Teď jenom ve stručnosti několik závěrečných poznámek. S přibývajícím věkem se fyziologický podklad orgastického vybití poněkud redukuje. Muži kolem padesátky nemají už ejakulační kontrakce tak prudké, ejakulátu je méně, libý pocit „nezadržitelnosti“ před orgasmem někdy mizí. U žen ubývá stahů orgasmické zóny přibližně o polovinu.

Existují však důvody k domněnkám, že jedinci středního věku obou pohlaví subjektivně získávají na pocitech *při doznívání orgasmu*. Zdá se, že tento pozitivní pocit souvisí s celkovou satisfakcí za sexuální výkon, jenž je (zbytečně, ale vždy) vědomě či podvědomě relativizován právě ve vztahu k věku a k prožívané sexuální involuci.

KULTURNÍ VZORCE A PARADOXY SEXU

Zvíře a příroda tvoří *jedno*. Člověk a příroda tvoří *dvě*. K přechodu od trpné bezděčnosti k tázavému povědomí bylo třeba rozštěpení, rozluky, bylo třeba odtržení...

...co tvoří osobu — osobu vědomou sebe, a její historii — je právě toto odtržení, tato nezávislost, tento zápas, tato ne-přirozenost...

Vercors: *Nepřirozená zvířata*

Orgasmus je psychofyziologický prožitek. Dochází však k němu vždy v kontextu kulturních, sociopsychických a sociálních vlivů. Jimi vlastně nabývá sexualita lidského smyslu, nebo jinak řečeno stává se součástí erotiky.

Příroda a kultura vytváří u člověka v sexualitě dva póly. Nejsou odděleny, ale na mnoha místech se prostupují. Cyklus sexuální aktivity může vycházet z jednoho či druhého pólu, nejčastěji však z obou zároveň. Řečeno exaktní terminologií

Pavlovovy školy, vyskytují se tu dva druhy excitačních podnětů. Některé z nich se neváží na žádnou předchozí zkušenost, jsou nepodmíněné, dané vrozenou výbavou a prostě zděděné. Jiné jsou výhradně založeny na podmíněných reflexech, takže vznikají na základě učení a výcviku. K těm prvním patří například poměrně jednoduchá nervově svalová reakce, jež je vždy bezprostředně vyvolána dotykem čili taktilním drážděním pohlavního orgánu. U mužů jsme již hovořili o reflexní erekci. Ty druhé excitace mají průběh mnohem složitější, většinou jsou to reakce specifické pro člověka, protože se podněcují a uskutečňují v oblasti erotiky. Při výzkumu této otázky se zjistilo: „U vyšších savců včetně člověka představuje taktilní dráždění nejdůležitější pramen vzrušení, ale vyšší savci a obzvláště člověk je vzrušován i vlivem zkušenosti... takže *pro mnoho starších* lidí je hlavním pramenem vzrušení psychologické dráždění. To se projevuje zejména u lidí s vyšším vzděláním a vypěstovanými duševními schopnostmi. Příležitostně se vyskytnou i osoby, které mohou k orgasmu dospět samy na základě psychologických vzruchů“¹¹).

Druh *Homo* si proti nižším druhům poskytl ve sféře sexuality řadu výhod. K své potěše osamostatnil libidinózní složku a s objevem prostředků bránících početí ji vyčlenil z prastarého pudového schématu rozmnožování. Rozumí sám sobě jako bytosti, která si může sexuální slast nejen dopřávat, ale poskytovat ji i druhému. Svou inteligencí, nejvyšší ze všech tvorů, se podílí na značně diferencovaném modelu svého sexuálního chování. Mnoha podněty z neokortexu, jenž tvoří devět desetin jeho mozku, obohacuje svou erotiku více či méně rafinovanými technikami. Ze všech bytostí je v sexualitě nej-učtenlivější, a tím snad i nejvíce polymorfní. Vše nasvědčuje tomu, že je též tvorem s nejvyšší „sexuální inteligencí“.

Avšak mnoho z toho, ne-li všechno, čím člověk během tohoto století v sexualitě získával, se paradoxně obrátilo v jeho neprospěch. Vezměme sám fakt sexuálního poučení. Bez něho není kultura lidské sexuality možná. Avšak řečený fakt může někdy přivodit nechtěné výsledky. Proto mohlo být konstatováno, že „Freud a Kinsey, kteří společnosti přispěli novými a vědeckými poznatky o lidské sexualitě, měli i neblahý vliv na společnost svým upozorněním, že existuje také nějaká potence a její zábrany. A obavy o potenci se staly moderní sociální hrozbou“¹²). Při své vysoké inteligenci je dnešní člověk v sexualitě zároveň nejzranitelnější. To platí nejen druhově, ale i na individuální úrovni. Z klinických zkušeností vyplývá,

že převážné procento sexuologických pacientů s poruchami potence tvoří jedinci s více než průměrnou inteligencí a spíše vždy s vyšším vzděláním.

Zejména výrazně se četné paradoxy jeví pak v sexualitě stárnoucích lidí. Připomeňme jen některé, abychom navázali na to, co bylo uvedeno již shora.

Orgasmus ženy není předpokladem početí. Mnoha kulturám v dávné minulosti se tedy jevil zbytečný. Proto se na něj vztahovala přísná hlediska omezení či zákazu. Pro dnešní mladé ženy to samozřejmě neplatí. Ale u starších? Neposuzujeme snad dosud sexualitu klimakterických a postklimakterických žen jako jistý druh anomálie — *zvláště když* je provázena touhou po orgasmu? U mužů se restriktivní příkazy a zákazy týkaly vždy spíše erekce. Proč? Bez erekce nelze uskutečnit pohlavní styk spojený s ejakulací a bez ejakulace není oplodnění. Ale i zde se uplatňují normy věku! Dodnes je pro nás erigovaný penis mladého muže znakem virility, kdežto u starého známkou chlípnosti.

To vše se náležitě mstí. Kdysi společensky podmíněné (a snad i oprávněné) názory na mužskou erekci a ženský orgasmus přestaly mít smysl, ale zato se soustředily do psychosexuální sféry jednotlivců. Fixovaly se jako sexuálně neurotické a psychogenní obtíže. Dobře to známe z klinické praxe. U muže je prakticky nejvýznamnějším sexuálním nedostatkem neschopnost erekce. U žen je jím anorgasmie. V tomto kontextu vidíme, jak si odvěké a zakořeněné kulturní normy paradoxně a krutě zahrály s oběma pohlavími. Protože je moderní sexualita vystlána paradoxy, leccos se v ní stále uplatňuje z minulosti, co už přestalo mít jiný význam než tradiční, ale s čím si zatím jednoduše nevíme rady.

Neřešitelný se zdá paradox v sexuální osvětě mladistvých. Vhodné je radit pubescentům, aby zahájili sexuální styky až v době své duševní a sociální zralosti, ne tedy dříve než v osmnácti letech. Podle nejnovějších zjištění se však ukazuje, že brzký začátek sexuálních styků v raném mládí skýtá lepší předpoklad pro sexuální aktivitu ve stáří. Příliš rané sexuální zkušenosti škodí ovšem rozvoji pubescentovy osobnosti. Učiní se tedy obět sexualitě stáří.

Co dále dělat s faktem, že se jako sexuální partneři obvykle scházejí muž a o několik let mladší žena? Tradiční věkový rozdíl je znepokojivý, jakmile ho začneme posuzovat z hlediska sexuální kapacity. U žen kulminuje kolem třicítky, u mužů již ve dvaceti. Třicetiletá žena má pětatřicetiletého či

čtyřicetiletého manžela, jehož sexuální kapacita vykazuje již lehce sestupnou, i když zdaleka ne ještě kritickou tendenci. Kdyby nepřistupovaly další okolnosti, nemuselo by to být tak zlé. Ale v mužově středním věku tvoří neuralgický bod i to, že prosazuje sociálně prestižní zájmy na úkor zájmů intimních.

V tabuizaci sexuálních praktik se často skrývají sociálně účelové a hygienické cíle. Nadále to platí například o krve-smilstvu. Engels v Původu rodiny jako první upozornil, že incest nemá kořeny v žádném z pudových zdrojů, ale že jeho zákaz „je vynálezem, a to vynálezem nanejvýš cenným“ — z populačních důvodů. Nedotknutelnost menstruuující ženy vychází rovněž z populačních zřetelů. Hygienický zřetel tu asi byl až druhotný. V době, kdy sociálním a populačním cílem nebyla antikoncepce, ale naopak početí, byl styk s menstruuující ženou spíše než jako nehygienický nazírán jako bezúčelný. Historie (či prehistorie — viz biblické legendy) zná mnoho takových příkladů. Některá tabu se stále právem dodržují.

Mají však smysl všechny někdejší sociálně účelové cíle i v současném sexuálním standardu? Například výhradní spojování sexuality s početím neplatí již všeobecně. Nicméně stále mnoho lidí podporuje mýtus o *asexuálním* stáří jen z těchto důvodů.

ŠKODÍ EJAKULACE ZDRAVÍ?

Po milostném aktu jsem cítil obrovský pocit prázdnoty a ztrátu životně důležitých sil.

Volně podle scénáře k filmu

Dr. Strangelove aneb Jak jsem se naučil milovat bombu

Stárnutí se uvádí do souvislosti s ochabující sexuální výkonností. Ale ve srovnání s jinými změnami, jako třeba se svalovou silou či vitální kapacitou, jsou involuční změny v sexuálních funkcích často méně patrné. Čili u zdravých osob zůstávají sexuální potřeby i schopnosti zachovány téměř celý život, a pokud se v důsledku nějaké závady nedaří pohlavní styk, projevuje se vytrvalá potřeba v jiných formách sexuální aktivity. To je ovšem v křiklavém protikladu k veřejnému mínění a nakonec to odporuje autosugesci mnoha starších jedinců.

Dlouho se zde nebraly v úvahu ani výsledky výzkumů či názory nepředpojatých odborníků. Již r. 1926 zveřejnil Pearl,

že ze skupiny jím sledovaných mužů starších sedmdesáti let mělo 13 procent pohlavní styk nejméně jednou týdně¹³). Mlčelo se o tom a brzy se na to zapomnělo. Až do druhé poloviny našeho století se neseťkaly s ohlasem ani další ojedinělé studie na toto téma. Jako v mnohém z této oblasti prolomil ledy až výzkum Kinseyova týmu.

Co se vlastně děje s míněním stárnoucích jedinců? Všimněme si konvenčních předsudků a jejich velmi obvyklé formy — *antisexuálních mýtů*. V historii lidstva má mýtus často sténí-
zující funkci; jakmile se však začne týkat intimního života, individuálních pocitů a zdraví, rodí se z mýtu slabost.

Řadu příkladů pro falešný výklad sexuálních možností ve starším věku uvádí ve své monografii Rubin¹⁴). Míni především tvrzení, že pohlavní styk a výron semene zeslabují tělo, anebo že způsobují ztrátu vitálních schopností a tím urychlují stárnutí. Je to jedna z masochistických lží, která varuje před sexualitou již od mládí, ale ještě více člověka trýzní v pozdějším věku, například kolem padesátky.

Této fikci odporuje množství směrodatných faktů, výzkumné výsledky i klinické zkušenosti. Starší pacienti jsou impotentní často jen proto, že si sexuální abstinenci naplánovali, aby se — podle slov jednoho z nich — vyhnuli domnělé „katastrofě stáří“. Široko zabírajícím průzkumem, který prováděli Kinseyovi spolupracovníci, se nepotvrdil ani názor o impotenci jako chorobném následku sexuálních excesů¹¹), přestože se tradoval i v lékařských pojednáních. Dlouho se také věřilo (anebo se v to ještě věří), že s každou ejakulací se z těla nenahraditelně ztrácí množství důležitých látek pro výživu neuronů. Semenná tekutina skutečně obsahuje řadu těchto látek. Ve vysoce koncentrované formě je tu nukleoprotein a dále lecitin, ale i stavební prvky molekul, fosfor, kalcium a železo. Od představ starých Číňanů, Indů a Řeků z doby před naším letopočtem, kteří varovali před výronem semene jako před ztrátou životodárného sekretu, se novodobé teorie o deficitu lecitinu či nukleoproteinů v důsledku ejakulace liší jen v terminologii! Pokud se soudí, že se ejakulačním útytkem lecitinu oslabuje mozek, není to vůbec podloženo. Lecitin obsahují všechny buňky a nejvíc ho mají neurony. V mozku ho jsou 2 až 3 procenta, v nervech méně. „Ejakulační ztrátu“ této acidocholinové sloučeniny je organismus okamžitě schopen nahradit zdravou a dostačující stravou.

Velmi se rozšířila domněnka, že ejakulace — ať už k ní dochází při souloži nebo při masturbaci — škodí tělesné kon-

dici. Varují se před ní například sportovci. Vědci však dosud nezískali žádné signifikantní fyziologické důkazy, jež by tuto domněnku potvrdily. Přehánění se též námitka proti opakovaným ejakulacím, i když z klinického hlediska je rozhodně nelze doporučovat. Ostatně zde netkví problém pozdějšího věku. K určité újmě na zdraví může vést praxe, kdy dochází k dráždění penisu do trvalého stavu erekce bez orgasmu. Prodlužuje se vzrušení ve fázi plató bez následného uvolnění, které představuje návrat k fyziologickému stavu, a tím i vyrovnání fyzických sil.

Mýtus o zeslabení organismu sexuální aktivitou byl vyvrácen řadou důkazů, z nichž dokonce vyplynula koncepce přesně opačná. Je to koncepce „sexuálního tréninku“. Pro zachování trvalejšího efektu se navrhuje pravidelná a systematická sexuální aktivita až do pozdního věku. Analogicky k tomu se uvádějí jiné funkce, například trénink mozku. U vědců, kteří mozek stále „trénují“, je životnost jeho funkcí relativně dlouhá. Na mozku je rovněž závislý pohlavní anatomicko-fyziologický aparát. Proto se soudí, že by neměl funkční význam a byl by méně výkonný, kdyby se sexuální dispozice neustále nerozvíjely¹⁵).

Z těchto důvodů třeba polemizovat i s dalším mýtem, který obestírá *masturbaci*. Jejimi pseudonásledky pro tělesný vývin a duševní zdraví se kdysi strašili pubescenti. Donedávna se na autoerotické ukájení pohlíželo přinejmenším s despektem, a pokud je člověk provádí ve středním či starším věku, dosud se na ně tak pohlíží. Praktika je často označována jako dětská nebo pubertální, což nevyjadřuje celou pravdu. Později není sice tak častá jako v pubertě, kdy masturbují téměř všichni hoši (90 až 96 procent) a značně děvčat, ale ve stáří dosahuje dalšího vrcholu. Podle našich poznatků je u mužů druhý vrchol masturbace po šedesátce, u žen je křivka vyrovnanější, ale variační šíře masturbace je u nich větší než u mužů (některé ženy masturbují vzácně, jiné tak mohou činit podle některých údajů až stokrát za den).

Mladické sebeukájení bývá provázeno silně vzrušujícími fantaziemi a tyto fantazie zvyšují pak šance k erotickému prožitku v pozdějším heterosexuálním vztahu. Jako raná sexuální forma může též usnadňovat a podporovat dvě důležité okolnosti vývoje, jednak sociální přizpůsobení, jednak psychickou vyrovnanost a mentální zdraví. Pro zralý věk se pokládá za aktivitu náhražkovou.

V tomto věku nemůže sice úplně nahradit milostné vztahy,

nicméně se provádí i v manželství a dokonce se objevil názor, že „pozitivně ovlivňuje manželské štěstí“, protože slouží k vyrovnání rozdílných sexuálních potřeb obou partnerů¹⁶). Strážlivěji bychom řekli, že větší cenu má v osamělém stáří. Jak u mužů, tak u žen je masturbace zcela neškodná — za určitých podmínek: když ji neprovázejí pocity viny (nebo když se jich subjekt dokáže zbavit rozumovým odůvodněním), dále když není spojována se sadomasochistickými představami a konečně když v ní převažují touhy po něžném heterosexuálním poměru nad pornografickou obscénností.

BÁCHORKY O SEXUÁLNÍ SMRTI

Antisexuální mýtus se rovněž týká *menopauzy*. O její existenci na rozdíl od andropauzy nikdo nepochybuje. Příznaky jsou naprosto zřejmé. Končí menstruační krvácení, měsíční cyklus. Časově spadá menopauza většinou do první třetiny klimakteria, které se podle dohody FIGO (Mezinárodní federace gynekologů) považuje za přechod mezi plodným věkem ženy a začátkem senia po šedesátce.

Nepravidelné měsíčky se objevují již několik roků před menopauzou. v tzv. *premenopauze*. Pozvolné vyhasínání vaječnickových funkcí se odehrává v tzv. *postmenopauze*. Během těchto tří období jsou některé ženy pronásledovány klimakterickými obtížemi. Užívá se pro ně termín „klimakterický syndrom“. Výpadkem estrogeneru se zvýšeně podráždí parasimpatikus, tedy to část autonomního útrobního nervstva, jež při takovém podráždění může vyvolat neurovegetativní rozkolísanost. Ženy si pak stěžují na návaly horka a také na obtíže psychického rázu, na předráždění, labilitu, náládovost, deprese.

Změny v inkrečních procesech a v hormonálním zásobení jsou sice značné, ve svém důsledku však neznamenaají nic víc než konec reprodukční schopnosti, tj. neplodnost. Příroda, která většinou sleduje ryze účelové cíle, tu v dalších ohledech není už tak macešská. Endokriniem není beze zbytku pánem naší sexuality a kromě toho sexuální steroidy a jmenovitě estrogény ani po menopauze úplně z organismu nevymizí.

Že menopauza a klimakterium znamenají konec ženiny sexuality, to je další rozšířený omyl laického mínění. Donedávna tomu ovšem věřili i lékaři. Z třicátých let známe řadu odborných publikací, kde se menopauza označuje za „přirozený

konec sexuální činnosti". Je tu chmurnými barvami vylíčen i psychický ekvivalent hormonálních změn. Ženu prý trápí vědomí o skutečné a fyziologické ztrátě sexuální potence (!). Má traumatický pocit, neboť prý na ni „sáhla sexuální smrt“ (!). V koutku ložnice přihlíží nešťastný manžel. Ani on teď nedokáže vyvinout potřebnou sexuální iniciativu. V některých manželstvích se falešně hledí na fyziologický proces ženina přechodu jako na ukončení smysluplných milostných vztahů, protože takové vztahy byly odjakživa spojovány pouze s možností rodit děti. Konec toho se v mýtu o bezpohlavním klimakteriu rovná již citované sexuální smrti. Přitom se nezřídka u klimakterických žen paradoxně probouzejí či zvyšují sexuální zájmy! Ty se pak ovšem mylně připisují anomálním okolnostem, psychickým poruchám, nymfomanii i nepřizpůsobení následkem tělesného onemocnění. Čili rezonuje tu Baconova myšlenka, že v tomto věku žena přestává být milenkou a stává se ošetřovatelkou mužů. Nepochopitelně se tato domněnka z alžbětinské doby může tradovat ještě dnes ve věku kosmických letů a umělých mozků.

Anebo v moderní éře chirurgické transplantace orgánů se s podobnými předsudky pohlíží i na operativní odnětí dělohy! Mnozí lidé se mylně domnívají, že taková operace jako hysterektomie vyvolává u ženy fyzickou neschopnost, která znamená konec její sexuální aktivity. Je tu možno citovat dopis 49leté ženy po hysterektomii, kde se píše: „Operací se zhroutil náš šťastný manželský vztah. Jakmile mne lékaři označili jako zdravou, pokusili jsme se s manželem o pohlavní styk, ale bez úspěchu. Nikdy nezapomenu na jeho šok! Na jeho nervozitu, na jeho neschopnost i na to, jak byl pak nešťastný. Nemohla jsem mu již nikdy dát uspokojení — a to pak rozbilo naše manželství.“

Vyčerpání vaječníků a výpadku estrogenů se někdy čelí hormonální substitucí. Má svá rizika, o kterých ještě bude řeč. Navíc však obyčejně nespraví psychickou situaci, protože není s to před znovuzahájením sexuálního soužití ovlivnit postoje obou manželů. Neovlivní ani očekávání toho, co se stane při nejbližším sexuálním styku. Existuje však jiná pomoc a tou je psychoterapie. Má velký význam. K ní patří ovšem též odmítání mýtů o asexuální menopauze a o bezpohlavnosti ženy, které byly operativně odňaty vaječníky nebo děloha.

LEGENDY O ÚCHYLKÁCH STARCŮ

Jsou protikladné k tomu, co bylo řečeno o bezpohlavním stáří, jelikož se týkají tzv. prostopášnosti či chlípnosti gerontů. Nesmyslné klišé, že staří muži obtěžují děvčátka, dalo možná podnět ke stereotypu, že v našem kulturním okruhu je pojem „starý“ mimoděk spojován se slovem „prostopášník“. Někdy má tento názor tragické důsledky. Rozhodně nemíníme zlehčovat nebo hájit pedofilní sklony — už proto ne, že je dobře známe z dvacetileté posudkové praxe. Nejsou však vyloučena ani osudná nedorozumění. Starší muži se po způsobu rodičů či prarodičů chtějí dotknout malého děvčátka, a to pak začne reagovat hystericky — že bylo „ohmatáváno“ od cizího člověka. Situace se může dokonce vyvinout i tak, že se zmíněný akt něhy kvalifikuje jako pokus o pohlavní zneužití.

O pedofilním vztahu se soudí, že nemá komunikativní povahu. Ta je pravidlem sexuálního chování normálního typu, tj. chování s přiměřeným objektem sexuální touhy. Většinou se však pro tuto nekomunikativnost shledávají důkazy ze strany svedených dětí; vidí se u nich odpor či negativní emocionální postoje, jež jim přisuzují povahu obětí. Existují však názory, že toto hledisko vychází z falešného předpokladu. Nelze dejme tomu hovořit jen o delikventech a jejich obětech, protože v mnohých z těchto vztahů nalézají sexuální uspokojení obě strany, nebo z nich mají oboustranný profit. Řečeno v právních modalitách, pokud nedochází ze strany objektů (tj. dětí) přímo k vyprovokování, což se také děje, rozhodně se mnohokrát objekt pedofilního zájmu nestaví delikventovu jednání na odpor.

Není důvod zabíhat do takových podrobností. Zajímá nás mýtus a skutečnost ve výskytu *sexuálních úchylek* u starších mužů. Ženy jsou úchylné jen vzácně. Nejnebezpečnějším věkem pro muže, kteří zneužívají chlapce, se ukazuje mezidobí od pětatřiceti do padesáti roků, a to s častějším výskytem u dolní hranice. Pro zneužívání děvčátek je to věk mezi třiatřiceti a čtyřiačtyřiceti lety. Podle případů posuzovaných v pražském Sexuologickém ústavu se obě tyto formy zneužívání dětí a mladistvých vyskytují u delikventů ve středním a starším věku v celkem zanedbatelném počtu. V každém případě se s nimi do čtyřicítky začíná — takže případné recidivy, jež se objevují u pedofilů ve středních letech, nelze připisovat na vrub věku, ale dispozicím a návykům z dřívějšíka. Nejednou jsme se sice setkali s případem, kdy se pedofil poprvé dostal do vazby až

v letech kolem padesátky. Ukázalo se však, že svou úchytku praktikoval už dávno, ale nebyl při tom dopaden.

Podobně je tomu s exhibicionismem. Úchytky začíná v adolescenci nebo kolem dvacátky. Vrchol je uprostřed třetího decennia, v pětadvaceti letech. Po čtyřiceti je exhibicionismus již vzácný. To se rovněž potvrdilo analýzou našeho vlastního materiálu ze 132 případů (tabulka 4).

Tabulka 4. Podíl věku na vyšetřovaných případech exhibicionismu

Věk	Počet případů	Věk	Počet případů
do 20 let	14	36—40 let	11
21—25 let	50	41—45 let	4
26—30 let	22	46—50 let	6
31—35 let	21	51 a více let	4

Benjamin upozorňuje na pozoruhodnou proměnlivost v zaměření libida či převažujících forem sexuality, dosti typických pro andropauzu, tj. pro střední mužský věk. Není to pravidlem, ale podle něho se v životním úseku kolem padesátky může projevit záliba v určitém typu sexuálního objektu, stejně jako se tu vyskytnou náběhy k sadistickým, masochistickým, fetišistickým či autoerotickým projevům, ač dříve nebyly¹⁷⁾. To ale neznamená, že je možno souhlasit s ukvapenými generalizacemi na téma odpovědnosti „mužského klimaktéria“ za sexuální úchylnost a delikty. Rozhodně to neplatí o exhibicionismu a už vůbec ne o sexuální agresivitě. Není dostatek průkazného materiálu a navíc se vychází z chybných předpokladů. Jistěže nelze s přibývajícím věkem konstatovat ztrátu sexuálních funkcí v nějakém nápadném sestupu, nicméně afektivní a pudové naladění libida je mnohem mírnější a klidnější než při nejvyšší sexuální vzrušivosti v letech mládí.

Pro sexuální delikty se samozřejmě dostanou před soud i starší muži. Není to však typicky delikventský věk. Většinou jsou informace (či dezinformace) o prostopášnosti a chlíplosti stáří výsledkem falešných názorů, předsudků a mýtů.

Literatura

- 1) Masters W. H., Johnsonová V. E.: Lidská sexuální aktivita. Čes. př. Praha, Horizont, 1970, ss. 9—15, ss. 257—268, ss. 211—256.

- 2) *Vasilčenko G. S.* (ed): *Obščaja seksopatologija*. Moskva, Medicina, 1977, ss. 94—112.
- 3) *Pondělíček I., Pondělíčková-Mašlová J.*: *Lidská sexualita jako projev přirozenosti a kultury*. II. vyd., Praha, Avicenum, 1974, s. 70, s. 164, ss. 145—172.
- 4) *Money J.*: *Sex Hormons and Other Variables in Human Eroticism*. V: *Young W. C.* (ed): *Sex and Internal Secretions*. Baltimore, William & Wilkins, 1961, ss. 1383—1400.
- 5) *Fox C. A.*: *Neuere Ergebnisse zur Koitalphysiologie*. *Sexualmedizin* 3 : 180—188, 1977.
- 6) *Beach F. A.*: *Hormones and Behavior*. New York, Hoeber, 1948.
- 7) *Benedeková T., Rubinstein B. B.*: *Psychosomatic Medical Monographs*, III. 1—2, 1942.
- 8) *Waxenberg S. E.*: *Some Biological Correlatives of Sexual Behavior*. V: *Winokur G.* (ed): *Determinants of Human Sexual Behavior*. Springfield, Ch. C. Thomas, 1963, ss. 52—75.
- 9) *Bechtěrev V. M., Ščelovanov N. M.*: *K obosnovaniju genetičeskoj refleksologii*. V: *Bechtěrev V. M.* (ed): *Novoje v refleksologii i fiziologii nervnoj sistemi*. Leningrad, 1925.
- 10) *Singer I.*: *The Goals of Human Sexuality*. New York, W. W. Norton, 1973.
- 11) *Kinsey A. C., Pommeroy W. B., Martin C. I.*: *Sexual Behavior in Human Male*. Philadelphia, W. B. Saunders Comp., 1948, s. 245, s. 319.
- 12) *Kardiner A.*: *Sex and Morality*. New York, 1954.
- 13) *Pearl R.*: *The Biology of Population Growth*. New York, William & Wilkins, 1930.
- 14) *Rubin I.*: *Sex nach Sechzig*. Něm. př. Hamburg, Hoffmann und Campe Verl., 1968, ss. 55—106.
- 15) *Bilikiewicz T.*: *The Effects of Sexual Disturbances on Family Life*. *J. Fam. Welf.* 9 : 25—40, 1962 (India).
- 16) *Stokes W. R.*: *Modern View of Masturbation*. *Sexology* 27 : 586 až 590, 1961.
- 17) *Benjamin H.*: *The Role of the Physicien in the Sex Problems of the Aged*. V: *Beigel H. G.* (ed): *Advances in Sex Research*. New York, Hoeber-Harper, 1963.
- 18) *Horský J., Presl J.*: *Gynekologická endokrinologie*. Praha, Avicenum, 1978, s. 225.
- 19) *Fisher S.*: *The Female Orgasm. Psychology, Physiology, Fantasy*. London, A. Lane, A Division of Penguin Books Ltd., 1973.
- 20) *Pondělíčková-Mašlová J.*: *Osobní sdělení*, 1978.
- 21) *Money J.*: *Components of Eroticism in Man. II. The Orgasm and Genital Somesthesia*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 132 : 289—297, 1961.

2. kapitola

OBĚŤ V SÍTI INVOLUCE — PROČ JE MUŽ ZRANITELNĚJŠÍ
— EROS V PADESÁTI NEKONČÍ —
SEXUÁLNÍ ZÁJMY, PŘEDSTAVY A SNY
— POZMĚNIT NORMY MLÁDÍ —
OPĚT MECHANISMY ODŠKODNĚNÍ
— NEZRANITELNÁ VENUŠE? —
SPORY O HORMONÁLNÍ SUBSTITUCI

Změna sexuálních postojů a aspirací je kolem padesátky vyvolána jednak z vnitřku, tedy endogenně, a jednak z vnějšku čili exogenně. Něco má na kontě pozměněná hladina sexuálních steroidů, o které jsme již hovořili. Ta spolu se stárnutím produkčních orgánů tvoří vnitřní, endogenní složku. Životní postoje stejně jako zážitkové způsoby stárnoucích jedinců se podstatně utvářejí změnami jejich hormonálních funkcí. Efekt je patrný zvláště pak v psychosexuální sféře. Kritická je pro to nastupující doba menopauzy a andropauzy. Jestliže v přechodu prodělává krizi vazba mezi hypotalamo-hypofyzární osou a endokrinní funkcí pohlavních žláz, jak bylo rovněž řečeno, projevuje se uvedená změna na fyziologické úrovni stejně jako na úrovni psychologické. Vznikají nové věkové normy a kritéria. V nich se uplatňuje též sociokulturní činitel, složka exogenní.

Psychoanalýza dlouho a silně působila na hypotézu, že sexuální chování není snadno společensky ovlivnitelné. Ukončení vývoje osobnosti a vlastního *ega* prožíváme podle Freuda do šesti roků věku a po někalikaletém údobí latence pak už jen v pubertě. S tím nelze souhlasit. Do pěti let se pouze dokončuje diferenciací a „vytypování“ pohlavní role (genderrole). To znamená, že představa, kterou má dítě o svém pohlaví, a způsob, kterým anticipuje, jak druzí očekávají, že se budou vyvíjet jeho sexuální postoje, záleží na tom, učí-li se adekvátně projevovat, jednat a chovat jako hoch nebo jako děvče. Tehdy, stejně jako později v pubertě, se též mohou objevit místa nejvyšší vnímavosti pro určité stereotypy chování a pro jejich motivační základ. Procházíme tu senzitivními a kritickými vštěpovacími fázemi. „Vpečetění“ (imprinting) různých podnětů a zážitků včetně erotických je pro tuto etapu jednou z možných forem učení.

Že by však tím psychosexuální vývoj končil? Určitě ne. „Gender-role“ a „imprinting“ jsou jedna věc. Druhou věcí je kontrola, jíž se rovněž dochází k modifikaci chování. Existují sice primární automatické reakce, jejichž kvalita je závislá na vrozené výbavě (a nikdo nepochybuje, že sem patří i sexuální instinkt), člověk se je však učí kontrolovat vlastně celý život. Převážná část jeho chování a jeho vnitřních hnutí je výsledkem reflexních reakcí, reflexních odpovědí na vnější podněty, takže nabývají povahy z vnějška ovlivněných, i když vnitřně programovaných stereotypů. Evidentně to platí o sociálních stereotypech. Ale projevuje se to i v chování, pro které psychoanalýza zásadně zdůrazňovala biologické determinanty — v chování sexuálním.

OBĚŤ V SÍTI INVOLUCE

Komparativní přístup v sexuologii přesvědčivě ukázal, že i sexualita je vždy u člověka ovlivňována naučenými, zároveň však i proměnlivými motivy a aspiracemi. Též v tomto smyslu je člověk spíše voskem než mramorem. Ačkoliv konstituční „vosková hmota“ se zřejmě s přibývajícimi lety ztužuje a její funkce jsou stále rigidnější, nikdy nedosáhne neprostupnosti a tvrdosti, a tím ani intaktnosti mramoru. Je tu celý život stále co měnit a formovat. To platí také ve středním věku.

V obecném procesu stárnutí se již podařilo rozeznat a formulovat některé principy. Ale jak vyplynulo z kapitoly o involučních biologických změnách, dosud zde existuje řada hypotéz a teoretických spekulací. Mnohá tajemství zůstávají. Stejně, ne-li více to platí o specifickém epifenoménu celého involučního dění — o procesu *sexuálního stárnutí*. De facto o něm víme málo, protože jde o velmi složitý proces s mnoha faktory, a to nejenom biologickými či fyziologickými. Výzkumy na toto téma narážely vždy na těžkosti spojené s morálními předsudky. Nikdo však zároveň o sexuálním stárnutí nepochybuje. Výkon klesá, ale není to s ním tak zlé, jak se obecně soudí, i když změny jsou očividné, zejména pokud srovnáváme jen mládí a stáří, aniž bereme v úvahu střední věk. Průměrný geront rozhodně není schopen stejného sexuálního výkonu jako průměrný mladík. Slovo „průměrný“ je třeba podtrhnout. Stárnutí a ochablost sexuálních funkcí jsou velmi individuální. Tento fakt celou věc ještě víc komplikuje.

Nestárnou ovšem jen sexuální funkce. Víme již z předcho-

zího, že především stárnou jejich hmotné substráty. Stárne endokriniem. Stárnou cílové tkáně pohlavních orgánů a ubývá v nich citlivosti na neurohormonální stimuly. Varlata starších mužů ztrácejí na pevnosti a velikosti. Stěny varletních kanálků, kudy procházejí spermie, se ztlušují, což je degenerativní změna, jež nepříznivě, třebas ne totálně ovlivňuje tvorbu semene. Ve stáří je méně ejakulátu; v něm navíc přibývá defektních forem spermií. Aktivní zárodečné buňky se ovšem najdou i v semenné tekutině velmi starých mužů. Otcí se prokazatelně stali muži v sedmdesáti, osmdesáti i devadesáti letech. U žen končí plodnost s příchodem menopauzy. Objevují se atrofické změny ve vaginální stěně a v děložním epitelu.

Víme též, jaká je situace s hormonálním zásobováním. Ale jako v případě spermií se i zde u muže příroda pojistila nadbytečností. Zabezpečení je v tomto případě asi pětinasobné, takže s úbytkem androgenů se ještě dlouho ve stáří mužská sexuální funkce nemusí snižovat. (O estrogenním výpadku po menopauze se jako o negativním vlivu na ženskou sexualitu nedá hovořit. Negativně působí spíše kulturní a psychologické vlivy.)

Není však pochyb, že když muž stárne, jeho sexuální aktivity klesá. Patrné je to zejména při hodnocení podle klinických hledisek. Je tu celá řada kvalitativních i kvantitativních změn. Pokud muži slouží zdraví, dochází u něho k erekci i v pozdním věku až do smrti, je k ní však třeba intenzivnějšího a často přímého dráždění, a kromě toho se erekce dostává pomaleji. Že opožděně dochází též k orgasmu, to může mít své výhody pro mužovu partnerku. Po fázi orgasmu však erekce rychle mizí a následuje pak delší fáze uvolnění. Šedesátiletý muž je obvykle k dalšímu styku připraven (za normálních okolností!) až zhruba po několikadenní přestávce. Poznámána je nejen erekční, nýbrž i ejakulační složka. Pocit „ejakulační nevyhnutelnosti“ před orgasmem bývá kratší, anebo vůbec chybí. Příkladá se to úbytku testosteronu, ale vlna může být i v „technice“ pohlavního styku (například v přílišném oddalování orgasmu při stimulaci, kterou provádí partnerka). Je snížena subjektivní potřeba zakončit styk výronem semene, anebo nepříjemná je i ztráta schopnosti ejakulovat vždy při každém sexuálním spojení. Jestliže se snižuje možnost zakončit koitus ejakulací, u starších mužů se potom vyskytuje více nekoitálních aktivit, zejména masturbace.

Závady se vyskytnou i v klimakteriu žen. Protože pochva ztrácí elastickou tkáň, někdy při styku dochází k nepříjem-

ným pocitům, k bolesti při klitoridálním dráždění nebo k bolestivým stahům dělohy při orgasmu. Malé stydké pysky se méně překrvují. Lubrikace (tvorba odměšků a zvlhnutí ve vagině) se redukuje o polovinu, opožďuje se, je pomalejší a víceméně si žádá přímé dráždění. Fáze orgasmu může být kratší. Těsně před orgasmem je zmenšena mimovolní elevace dělohy. Fáze uvolnění přichází velmi rychle. Klitoris však nadále funguje jako receptor i transformátor sexuálního vzrušení. A podstatné je, že sexuální kapacita včetně schopnosti dosáhnout opakovaných orgasmů zůstává u ženy nezměněna.

Mnoho záleží — ostatně jako vždy — na momentu očekávání čili na aspiracích. Oba starší partneři by si měli být vědomi, že ukojení libida se nemusí vždy krýt s orgasmem. Existují ještě jiné slastné pocity ze sexuálního spojení a z intimních tělesných vztahů. To dobře znají ženy, jež třeba celý život orgasmu nedosáhnou, a přesto pocítují ze styku uspokojení. Náhradou za orgasmus může být pro starší muže a ženy někdy „pouhé“ sexuální vzrušení, odpovídající fázi plató.

Řečené změny a nesnáze jsou u stárnoucích mužů a žen možné, ale zároveň jsou velmi individuální. Ve středním věku se obvykle neprojevují nijak nápadně a málokdy ve všech bodech společně. Sexuální možnosti přetrvávají ovšem i v pozdějších letech. I když se zdůrazňuje zásadní rozdíl mezi středním a starším věkem, a to hlavně u mužů¹). Z několika hledisek se dnes šedesátka mužů a padesátka žen zdá být kritickým předělem.

Sexualita v involuci je sice výsledkem fyziologických a endokrinních změn, ale nepřestávají na ni působit ani změny podmíněné vnějším prostředím. K modifikaci sexuálního pudu dochází též vlivem okolí. Prve jsme tento jev zdůraznili jako charakteristický rys lidské sexuality. V omezené míře to platí i u zvířat. V blízkosti klece s krysí samičkou běhá jednorodný samec v otáčivém kole rychleji než normálně. Vliv blízkosti samičky se snižuje u samce, jehož stáří se blíží dvěma letům. To už je zvíře dost staré. Ještě starší samec přestává v otáčivém kole vyvíjet aktivitu úplně. Čili — sexuální pud je závislý na stáří. V dalších pokusech se zjistilo, že sexuální výkonnost stárnoucích krysích samců se zvyšuje, mají-li příležitost kopulovat s více samicemi. U izolovaného páru činí kopulační index dvouletého krysího samce asi 2,1. Když se do klece zavřou tři krysí páry a dojde-li k promiskuitě, zvýší se počet kopulací u samce na 3,8. Čili — modifikace sexuálního pudu se uskutečňuje změnou podmínek.

Je-li šedesátka kritickým věkem v sexualitě mužů, nemá to jediný původ ve fyziologii stárnutí. Šedesátiletý nebo pětadesátiletý člověk se vlivem různých příčin začne s takovou intenzitou zabývat svým stářím (nevyjímaje stáří sexuální), že se do procesu stárnutí zamotává jako oběť do sítě. Přitom je tato autodestrukce úplně zbytečná: I v sexuálním ohledu, tak jako biologicky, se začíná stárnout vlastně již ve třetí životní dekádě! S tím se musíme smířit.

Celý komplex vlivů na sexuální involuci lze dobře ilustrovat citací jednoho z Kinseyových závěrů: „Ubývající sexuální aktivita staršího muže je zčásti, ač pravděpodobně v první řadě, výsledkem obecného a celkového úbytku tělesných schopností a výkonů. Nepochybně má svůj podklad též ale v psychologické únavě, v nedostatečném zájmu na opakování stále stejných zážitků, ve vyčerpání možností odhalovat nové techniky, nové kontakty, nové situace. . . . Jak dalece se u starších mužů na tomto úbytku podílejí fyziologické vlivy, jak dalece se tento úbytek redukuje na psychologicky podmíněné situace a zmenšené možnosti kontaktů a jak dalece závisí na společenských či profesionálních povinnostech u tvořivých lidí a během aktivního zaměstnání, nelze v současné době říci.“²⁾ Nelze to říci ani dnes, ačkoliv třicet let staré závěry dosažené Kinseyovým týmem rozšířila a prohloubila řada novějších výzkumů. V obecných rysech je proslulý Report směrodatný dodnes.

PROČ JE MUŽ ZRANITELNĚJŠÍ

Analýza sexuálního stárnutí se většinou týká mužů. Řekli jsme již, že ženská sexuální kapacita na rozdíl od mužské je potenciálně nevyčerpatelná, což je zároveň globální odpověď na položenou otázku. Eros v padesáti sice nekončí, ale pokud jde o Venuši, ta je na tom lépe, protože je nezranitelná.

Co znamená *pohlavní potence*, ví každý. Její definice však může vycházet z rozdílných úhlů pohledu. Přitom je to v sexuologii mužů snad nejvýznamnější pojem. Pro někoho je muž potentní, dokáže-li uskutečnit několik styků s orgasmem za sebou³⁾. To je řekněme vzácný maximalismus. Klinická definice se zvláště pro sexuologii středního věku spokojuje s méně náročným měřítkem. Muž je potentní, když uskuteční sexuální styk jen jednou za delší období, během několika měsíců. V obou případech, od zmíněného maxima až k minimu nároků, je společným kritériem sexuální styk, popřípadě orgasmus, třeba

i s obtížemi při erekci. V jiné definici se naopak vychází jen ze schopnosti erekce, bez ohledu na koitus.

Přinejmenším tu máme dvě kritéria. K poslednímu se váže zajímavý poznatek. Týká se známých ranních erekcí, jež se někdy vysvětlují působením plného močového měchýře. Ale jejich výskyt se především pokládal za potvrzení potence, s nímž souhlasila některá zjištění. Zjistilo se, že pětatřicetiletý muž má během čtrnácti dnů průměrně čtyři ranní erekce, zatímco sedmdesátiletý pouze jednu. Zároveň se empiricky ověřilo, že ranní erekce překvapují muže ještě dlouho poté, kdy se domnívají, že jsou impotentní. O celé věci se začalo uvažovat jinak, jakmile se mezi ranními erekcemi a potencí zjistila nepřímá závislost. Výzkum byl proveden u mužů od pětasedesáti do pětasedmdesáti let věku. Relativně potentní muži ve věku *do* sedmdesáti let měli více příležitostných ranních erekcí než muži impotentní. U pětasedmdesátiletých se situace obrátila. Ranní erekce mělo mnohem více mužů impotentních (39 procent proti 17—24 procentům)! Stokes z toho vyvodil, že na potenci ani ve věku pětasedmdesáti roků nepůsobí tolik fyziologické jako spíše psychologické vlivy⁴).

Zdá se to být potvrzeno i *relativní potencí* (jež jinak definici i problém ještě dále komplikuje), protože to, že muž je schopen sexuálního styku jen s jistou ženou a za jisté situace, by svědčilo pro účinnost exogenních, namísto fyziologických vlivů. Že je tato selektivní a relativní potence častá ve středním věku (rozhodně častější než v mládí), není pouze náznak mužovy erotické vybíravosti a přesycenosti. I tak to ovšem může být chápáno jako psychogenní věkový faktor v sexualitě.

Mnoha starším mužům, kteří se již v padesáti cítili impotentní, se náhle zvýšila sexuální schopnost, jakmile získali novou, většinou mladší partnerku. Uplatnil se tu účinek nové situace a silných psychologických vzruchů na podkladě očekávání i projevů neobvyklého. Při milostné rutině je působení stimulačních vzruchů omezené. Často pozorujeme, jak muž po rozvodu náhle omládne. Když si najde novou partnerku, je pro něj většinou milým překvapením, jak značně se mu zvýší potence, vzrušivost a virilita. Čas ale pracuje neúprosně zase jen k monotónnosti. Za několik měsíců či maximálně za rok bude situace stejná jako s dřívější partnerkou v předchozím manželství.

Všimněme si faktorů, jež ovlivňují sexuální involuci u muže. Na základě pozorování a sociosexuálních rozhovorů s 284 staršími muži je analyzovali Masters a Johnsonová¹). Zajímala je

otázka, pod jakými tělesnými a psychickými vlivy ztrácí muž postupně svou sexuální reaktivitu. Odpověď na ni je důležitá nejen pro pochopení, ale pro léčbu involučních sexuálních poruch a nedostatků.

Z širokého rejstříku možností vybrali autoři šest zásadních příčin. Jsou to: 1. monotónie opakujícího se sexuálního styku, která obvykle vyústuje v omrzení partnerkou, 2. přílišná zaměstnanost a starost o ekonomické zajištění, 3. duševní nebo tělesná únava, 4. abúzus potravy a nápojů, 5. tělesné a duševní poruchy buď u muže samotného, nebo u partnerky a 6. obavy před sexuálním selháním, spojené či vyplývající z některé z předcházejících příčin. Každé z nich jsme se dotkli již nejméně jednou, třebaže se úvahy netýkaly výlučně sexuologického předmětu. Množství indispozic ve středním věku, a to nejen po stránce sexuální, se otáčí kolem zmíněných faktorů. Nedostatek sociální perspektivy a ztráta smyslu života, převaha sedativních zájmů, gurmánství a holdování alkoholu, neurotické syndromy zavírajících se dveří, maladaptace k involučním poměrům — to jsou psychologické ekvivalenty ke ztrátě sexuální reaktivity, výkonnosti a zájmů.

Nejčastěji se vyskytující příčinou ztráty sexuálních zájmů je pravděpodobně monotónie sexuálních styků s jednou partnerkou. Dochází k ní v letitých manželstvích, kde se promítá již oboustranná nechuť k inovaci technik a forem sexuálního soužití. Bohužel v naší civilizaci přijatý monogamní postoj k sexualitě se dosti často mstí. (Má to být jen suché konstatování empiricky zcela zřejmých faktů, nikoliv obhajoba či návrh k polygamním postojům! Ty by totiž přinášely rozhodně ještě méně štěstí než trvalejší párový vztah.) Jiná, cizí žena se pro stárnoucího muže stává předmětem sexuálního zájmu, přestože nemusí být zdaleka tak půvabná a sexuálně přitažlivá jako vlastní manželka. Rozhoduje tu něco nového: dosud nefamiliární vztah, změna v objektu, odlišné druhy replik a reakcí, jimiž tento nový „objekt“ odpovídá. U stárnoucího a nespokojeného manžela to vyvolává příjemný pocit sexuálního napětí. Zároveň je to i důvěrně známý, ač zasutý pocit ze zlaté doby mládí a nyní náhle obnovený, takže to samo o sobě stačí vydráždit mužovu utlumenou sexuální aktivitu a libido.

Součástí bludného kruhu sexuální nudy pak je, když žena polygamní sklony svého partnera ignoruje, přestává dávat najevo erotický zájem a nečiní si žádné sexuální nároky. Tento postoj de facto představuje odmítnutí, třebaže jen na podvědomé úrovni. Ale vůči odmítnutí (ať skutečnému či iluzor-

nímu) je *ego* padesátiletého muže obzvlášť zranitelné. Krom toho partnerka jen o pár let mladší stárne ve středním věku rychleji než muž. Na ní pak spočívá vina, když si zbytečně připouští starosti spojené s nástupem klimaktéria a rezignuje nejen na sexualitu, ale i na další pěstění své ženskosti a půvabu.

Ve středním věku má muž silnou potřebu sociálního uplatnění a zakotvení. Ale při realistickém postoji to nemusí nutně rušit jeho sexuální zájmy. V osobnosti se nic nesoustředí do jediné dimenze. Třebaže se muž věnuje svému povolání s velkou intenzitou, nemá to nepříznivý vliv na jeho sexuální život — spíše naopak. Lze v tom spatřit naplnění potřebného sociobiologického rytmu. Důležitý je vždy moment relativního úspěchu, osobní pocit společenského významu a smyslu. Neúspěch a ztráta zainteresovanosti ve společenskohospodářských vztazích plodí ovšem zlo i v intimní sféře. Může ochromit sexualitu jako každý jiný stressový faktor. Starosti o hmotné zabezpečení se u nás díky společenskému systému zcela redukovaly. Nebezpečí tu hrozí z jiné strany. Ve stylu konzumního člověka je úspěch také u nás někdy měřen vydělanými a získanými penězi. Muž vtažený do pragmatického světa kariéry a toužící jen po penězích soustřeďuje všechny své síly do této oblasti, aniž by ho těšila činnorodá aktivita, práce a tvorba hodnot. Navíc mu pak už nezbývá, zejména ke škodě jeho sexuálních možností.

Když jsme hovořili o „mužském klimaktériu“, citovali jsme též názor, že jeho symptomatikou trpí často muži unavení fyzickou prací. Zároveň však byla řeč o syndromech, jejichž klinický obraz má v popředí exhausci (vyčerpání), pramenící zase z únavy duševní. Oba druhy únavy a velký výdej tělesné i duševní energie mohou v kritickém věku na sexualitu vykonávat patogenní či tlumivý vliv. Přičemž nepůsobí ani tak samy o sobě a nezávisle, jako zejména (anebo možná výhradně) ve spojitosti s dalšími příčinami, uvedenými výše.

Málokterý muž ve středních letech se věnuje udržování své fyzické kondice, zato však se snaží dobře jíst a pít. Když se spojí nezájem o fyzickou kondici a abúzus v jídle a pití, působí tyto složky na sexuální kapacitu útlumově. Dokonce mnohdy snižují smyslové vzruchy až do stupně necitlivosti. Druhotná impotence se objevuje u mužů na konci páté a na začátku šesté životní dekády rovněž v přímém vztahu k nadměrnému požívání alkoholu. Ještě dříve se může útlumový vliv alkoholu (nebo drog) projevit v selektivní impotenci, přede-

vším v neschopnosti kohabítovat s manželkou a přitom v relativních možnostech být sexuálně aktivní mimo manželství. Klinickými zkušenostmi lze doložit kauzální spojitost alkoholismu se sexuální nudou.

Tělesné a duševní poruchy jako vážné příčiny sexuálního selhávání se v posledních letech dostaly do centra pozornosti interních oborů lékařství. Byl nejvyšší čas! Z tohoto hlediska se zkoumají oběhové poruchy, infarkt srdečního svalu, hypertenze i antihypertenzivní léčba, metabolické poruchy jako diabetes, zhoubné nádory, onemocnění urogenitálního traktu a jejich chirurgie. Statistiky svědčí, že většinou z těchto dnes obvyklých chorob středního věku trpí muž. Před patnácti lety, kdy Masters a Johnsonová zkoumali své pokusné osoby, se v souvislosti se sexualitou o nich ještě příliš nediskutovalo. Dnes se tato problematika ukazuje již natolik významná a rozsáhlá, že jí i v této práci musíme věnovat zvláštní kapitolu.

Na obavách ze sexuálního selhání se mohou podílet všechny již uvedené vlivy. Protože jde zároveň o hlavní blokádu v psychosexuálních funkcích mužů středních let, neustále na tento problém narážíme. Patří k moderním stressům, jež jsou specificky lidské. Také u zvířat se vyskytuje stress jako blokující činitel sexuality — rozhodně však ne v podobě strachu ze sexuálního selhání při kopulaci. Krysy i jiná zvířata přestávají s kopulací a reprodukcí v situaci přemnožení. Jeleni sika v malých oborách hynou vlivem stressu z přemnožení s následkem těžké elektrolytové nerovnováhy. Očekávat však u zvířat jiný spouštěč stressu než na principu omezeného životního prostoru, kde není například dostatek potravy pro všechny, nebo na principu přímého ohrožení nepřitelem, a hledat jeho následky v konkrétních obavách se sexuálními obsahy, je samozřejmě nesmysl. K těmto stavům byl ve své psychosexuální sféře jako k jistému druhu „sexuální starosti“ vychován a modifikován bohužel jen člověk.

EROS V PADESÁTI NEKONČÍ

Ovšem, donu Cesare je dvaasedmdesát let; jeho mladá přítelkyně Elvira si však na něho nestě-
žuje. Je z rodiny, ve které jsou muži jakó býci až
do nejpozdnějšího stáří.

Roger Vailland: *Zákon*

V sexuálních funkcích selhávají i mladí muži po dvacátém roce věku, tedy v době, kdy by měli být ve své sexuální kapacitě fyziologicky na vrcholu. Stručně řečeno, chyby se tu kumulují v rozporu mezi hypersenzibilitou a nezkušeností v sexuálních projevech. Druhý kumulativní úbytek se objevuje u mužů kolem čtyřicítky vlivem jiných příčin, většinou psychických a socio-kulturních. Po šedesáti teprve jde křivka pomalu a trvale dolů.

Naproti tomu v gerontologické literatuře se objevuje množství kasuistik líčících nestárnoucí zájem o sex, ale i relativně dobrou sexuální výkonnost. Některé zmínky tu již padly, například o Bogomolcově abchazském starci, který zapíral svůj věk, protože se ve svých sto šesti letech chtěl znovu oženit. Několik dalších kuriozit na tento námět uvádí Rubin⁵).

K pověsti o nestárnoucích mužích přispěly i slavné osobnosti, mezi nimi spisovatel Victor Hugo. Ve věku třiaosmdesáti roků, tři měsíce před smrtí, hovoří ve svém deníku o sexuálních kontaktech při osmi různých příležitostech. Když o rok dříve řečnil před francouzským senátem, začal svůj projev slovy: „Vážení pánové! Mužovi mého věku připadá velmi těžké mluvit k tak věhlasnému shromáždění — téměř tak těžké, jako připadá mužovi mého věku třikrát za odpoledne, či spíše čtyřikrát, pomilovat nějakou ženu.“ Jiný příklad se týká soudce Nejvyššího soudu USA Wendella Holmese. Přestože mu bylo přes devadesát, nikdy ani při výkonu své praxe neopomněl věnovat pohled hezkému děvčeti. Necítil se nikdy tak starý, aby se nezastavil a neprohlédl si hezky tvarované ženské nohy. A často si přitom povzdychl: „Co bych za to dal, kdyby mi bylo znovu sedmdesát!“ Popsán byl dále případ pacientky, jež byla ve dvou manželstvích frigidní a teprve ve dvaasedmdesáti letech, když zahájila mimomanželské sexuální styky se svým čtyřiasedmdesátiletým milencem, poprvé prožila orgasmus. Lékařce tvrdila, že jedině tento její pozdní milenec byl dobře potentní.

Překvapivé se budou zdát i výsledky sociosexuologických

výzkumů. Finkle se spolupracovníky interviewoval 101 zdravých mužů ve stáří od šestapadesáti do šestaosmdesáti let. Při sexuálním styku bylo z nich 65 procent potentních ve věku do sedmdesáti a 30 procent nad sedmdesát. Sexuální styk průměrně desetkrát během jednoho roku byli schopni uskutečnit vždy ještě dva z pěti mužů starších osmdesáti let. Někteří ze skupiny styk již neměli pro impotenci nebo nezájem. Jiní sice zájem měli, ale chyběly jim partnerky. Jako hlavní důvod pro sexuální nečinnost se u sedmdesátiletých uváděl nedostatek sexuální touhy (což jako odpověď může snadno představovat jen klišé). Z mužů nad pětadesát přiznali jen tři jako důvod nedostatečnou erekci⁶).

Newman a Nichols zkoumali reprezentativní vzorek 250 zdravých a dobře přizpůsobených mužů a žen mezi šedesáti a třiadevadesáti lety⁷). Sexuálně aktivních z nich bylo ještě 54 procent. Signifikantní úbytek sexuality vykazovaly až osoby starší sedmdesáti pěti let, a to hlavně vlivem chronického onemocnění. Ženatí muži a vdané ženy byli sexuálně aktivnější než ovdovělí či osamělí jedinci. Větší brzdou tu však zřejmě byl nedostatek společenské příležitosti nalézt partnera než sexuální nezájem nebo neschopnost. Freeman vyšetřil skupinu 74 mužů kolem sedmdesáti let (\bar{x} = 71 rok). Více než tři čtvrtiny z nich pociťovalo dosud sexuální potřeby a přes polovinu jich mělo sexuální styk, jehož frekvence kolísala mezi třemi koity týdně a jedním koitem během dvou měsíců⁸). V obou výzkumech se jako signifikantní závěr prokázalo, že libido ve vysokém stáří je přímo závislé na síle sexuálního pudu a aktivitě v mladých letech.

Tabulka 5. *Sexuální styky u starších mužů*

Věk	Bez sexuálního styku
60—69 let	35 procent
70—79 let	59 procent
80 a více let	85 procent

V nedávné době provedl výzkum sexuálních styků u starších mužů Pearman⁹) v impozantním rozsahu (N = 2081 osob). Došel k výsledkům, které ukazuje tabulka 5.

Podle průzkumů americké populace jsou dosud potentní tři čtvrtiny mužů nad pětadesát a polovina nad pětasedmdesát.

Z provdaných žen nad pětadesát je asi polovina sexuálně aktivních, z neprovdaných jen jedna žena z osmi.

Evropská data jsou méně optimistická. V jednom regionu NSR zjistil Prill silně redukované sexuální chování u žen již mezi pětáctyřicítkou a pětapadesátkou. Především nízká čísla byla získána na venkově. Avšak ke stejnému výsledku dospěli i Otto a Winter u městských žen, a to při výzkumu v jednom průmyslovém podniku v Berlíně (NDR). Dvě třetiny žen referovaly o zakončení svého sexuálního života během tří až pěti let po nástupu klimaktéria¹⁰). Neuvádí se ovšem, zda to bylo na jejich přání anebo zda rozhodnutí za ně učinili manželé.

Výsledky průřezových studií tohoto druhu se jeví jako směsice dat a informací o sexuálně značně aktivních i výjimečně málo činných nebo vůbec nečinných jedincích. Existují velké individuální výkyvy, ale spíše než na fyziologických vlivech závisejí na životním stylu. Od velkého Kinseyova průzkumu se poukazuje na ubývající četnost sexuálních styků s přibývajícímí lety na základě různých činitelů a nejen tedy na základě fyziologického stárnutí. S mužskou sexuální funkcí negativně koreluje nejen věk, ale i velmi dílčí faktory, např. léčba vysokého krevního tlaku (dostí častá ve středním a starším věku), nebo pochopitelně i fyzická neschopnost při jiných výkonech. Pozitivně se tu obráží zdravotní stav, sociální úroveň a současná životní satisfakce.

U žen je pro trvalou sexuální aktivitu prvotním faktorem celkem jednoznačná podmínka — dosažitelný a přitažlivý partner. Víme ovšem, že pro starší ženy se partnerů nedostává.

SEXUÁLNÍ ZÁJMY, PŘEDSTAVY A SNY

Abychom se vyhnuli zmatkům v interpretaci, třeba si ujasnit některé pojmy. Musíme rozlišovat mezi sexuálním výkonem a apetencí, mezi sexuální činností a sexuálními zájmy. I když až do vysokého věku nemusí docházet ke kritickému úbytku potence a sexualita není nutně spojena jen s určitým úsekem života, zejména jsou to *sexuální zájmy a touhy*, jež se v mnoha případech ztrácejí zcela nepozorovatelně nebo vůbec ne.

Pfeiffer, Vervoerd a Wang sledovali po dobu deseti let věkovou skupinu pokusných osob od padesáti do devadesáti roků věku. Mimo jiné se prokázalo, že se sexuálními zájmy se nepřekrývá úroveň sexuální výkonnosti¹¹). Čtyři z pěti zdravých mužů mají i v pozdním věku o sexualitu zájem, přestože

v šedesáti jsou sexuálně aktivní pouze dva z pěti a v osmdesáti jen jeden z pěti. Ženy v klimakteriu jsou na sexu méně interesovány než stejně staří muži. Asi třetina žen ve věku šedesáti let referuje o přetrvávajícím sexuálním zájmu a pouze pětina o trvalejší sexuální aktivitě. V rozdílech mezi výkonností a zájmy nebyl v sledovaném rozpětí deseti roků zjištěn ani u mužů ani u žen žádný výrazný posun.

Sexuální činnost a erotické představy tvoří dva různé aspekty sexuality. Ztráta jednoho neznamena ztrátu druhého. Erotomani na rozdíl od satyriatiků jsou mnohdy impotentní (viz Čapkův Don Juan z Knihy apokryfů)! Když jsem pětatřicetičlennou skupinu impotentních pacientů vyšetřil Rorschachovým testem, něco málo přes 70 procent z nichjevilo známky intenzivního zájmu o sex, který byl v kvantitativních ukazatelích „sexuálních míst“ (podle Bohma, Shawa či Pascala) větší než u kontrolní skupiny zdravých mužů. K obdobným závěrům došli i jiní autoři. Waxenberg popsal dramatický osud muže v páté životní dekádě, který v sobě chtěl popřít jakékoliv sexuální zájmy a odloučil se od své ženy, aby žil v misionářském domě v naprostém celibátu. Když mu pro karcinom byly odňaty nadledviny a nakonec i varlata, tedy oba producenti androgenů, nepřestal při Rorschachově testu vykazovat „intenzivní soustředěnost k pohlavním věcem“¹²).

O druhém z obou aspektů sexuality nás informují obsahy erotických snů. Byly zkoumány také u starších osob. V andropauze se u mužů v těchto snech manifestují obavy a bázeň ze sexuálního selhání, anebo se toto selhání objevuje jako nepříjemný pocit ve srovnání se ztracenými možnostmi. V rámci širšího interviewu jsme provedli malou sondu na uvedené téma u skupiny mužů mezi padesáti a šedesáti lety ($\bar{x} = 56$ roků). Nutno upozornit, že ze čtyř pětín šlo o vysokoškolsky vzdělané, intelektuálně založené nebo umělecky tvořivé osoby, takže výběr vzorku není reprezentativní sociálně ani vzděláním. Celkem 28 mužů z této skupiny uvádělo erotické sny ve větších či menších odstupech již od puberty. Jejich obsahem byly též výjevy či situace spojené s odhalováním nebo ukazováním genitálů. Není to nic neobvyklého, pozoruhodná je však postupná záměna symbolů pohlavnosti. Tři čtvrtiny mužů (!) uváděly, že zhruba do stáří pětáctičetirát roků a zejména v mládí převažovaly u nich sny zobrazující ženské genitálie — aktuálně však, tedy mezi padesáti a šedesáti lety věku, zaplňují obsah jejich erotických snů často známí i neznámí muži s výrazně vyvinutými až hypertrofickými penisy! Nabízela by

se psychoanalytický výklad. Podle některých autorů se „mužské klimakterium“ odchyluje od někdejších sexuálních norem a postojů k deviaci, takže se tu mohou projevit i sklony k homosexualitě. Náš výklad je jiný a do souvislosti dává faktický obsah mužských snů s životním úsekem větší sexuální zranitelnosti i s obavami ze sexuálního selhání. De facto působí obsah snu jako „zahalené přání“, třebaže velikost penisu a potence nejsou objektivně v žádné přímé korelaci.

U postklimakterických žen se v erotických snech zrcadlí spíše pasivní, ale příjemné uspokojení ze vztahu k partnerovi a potřeba emocionální závislosti v lásce. Z toho lze vyvodit nejméně dva závěry. Jednak se u mužů a žen projevují emocionální a podvědomá hnutí s odlišnými obsahy. Za druhé (což je snad ještě zajímavější), tyto odlišné obsahy vcelku odpovídají i dřívějším vědomým či podvědomým postojům k sexualitě. Muži totiž méně spojují sexualitu s láskou, ale mají tím větší obavy ze sexuálního selhání. Ženy naproti tomu preferují v lásce citovou závislost na partnerovi více než sexuální uspokojení. Do jaké míry se v této rovnici podílejí fyziologické či neurohormonální vlivy a jak dalece tu působí vlivy sociokulturní, nelze v přesných proporcích posoudit. Novější koncepce by spíše zdůrazňovaly to druhé.

Víme, že erotická představivost a fantazie má pro lidskou sexuální aktivitu velký stimulující význam. Tvoří pro ni obrovskou zásobárnu psychogenních (kortikálních) vzruchů, jež jsou vzruchům jiného druhu naprosto rovnocenné. Jiného mínění jsou ovšem někteří psychiatři analytického směru. Rádi interpretují erotické představy a sny jako chorobný symptom. Směr takového nazírání určil sám Freud, když řekl, že fantazii nemají šťastní a vyrovnaní lidé, ale jen nespokojenci. Pro další autory znamenají erotické představy (zejména při koitu) jenom únikové mechanismy, něco na způsob manévru k odpoutání od symptomu či úchytky. Sexuální fantazie se tak chápe jako průvodní jev neurózy nebo defektního pohlavního vývoje.

Natolik jsme poučeni historií, abychom se nedivili, že se to jako méněcennost i patologičnost přisuzuje zejména ženám. Psychologie tohoto století odstranila spekulace a předsudky minulých let, ale nahradila je novými. Zdá se, že psychoanalýzu ovládli muži, kteří nemohli snést pomyslení, že normální žena (natož pak žena ve středním věku) může mít „nezávislé“ erotické představy, dejme tomu i při koitu s nimi! Je to tak rozdílné od předsudku jejich předchůdců, kteří se nemohli smířit s myšlenkou, že normální žena by mohla mít orgasmus?

Podle některých novějších studií by se dalo uvažovat na proměnu tohoto aspektu sexuality při generačním střídání. Prve zmíněný „pasivní“ obsah erotických představ a sexuálních zájmů dnešních padesátnic bude patrně vystřídán náměty mnohem aktivnějšími, až budou dnešní mladé ženy v mediánu života, pokud si ovšem obsahy svých dnešních představ zachovají.

Haritonová upozornila, že erotické představy, ať už jakéhokoliv druhu (třeba i ty, které se vztahují k vysněným a nedosažitelným partnerům, nikoliv k manželům), u dnešních mladých žen nijak nesouvisí s jejich spokojeností v manželství¹³). Mají je i naprosto spokojené manželky a dobré partnerky, stejně jako je mohou mít ženy před rozvodem. Záleží na osobnosti. Erotickým denním snům přejí spíše ty vlastnosti, které si ve struktuře ženské osobnosti připouštíme jen málokdy (a když, tak v jejích mladších letech). Je to impulsivita, nezávislost, nekonformnost, až sklony k agresí. To však neznamena, že ženy s jinou osobnostní strukturou sexuální představy nemají. Hovoříme o přímé, nikoliv však jediné závislosti. Například dalším společným rysem s erotickou představivostí je kreativita. (Při své bohaté imaginaci, jakou psychoanalytici projevují při výkladu sexuálních jevů, se zdá, že podceňují důležitost jednoduchých emocí, jež mohou v sexualitě sloužit jako pramen kreativní, tj. tvůrčí inspirace, motivace a vzrušení.)

Pro jistý druh žen jsou erotické fantazie stejným stimulem jako polibek nebo petting. Na tom nic nezmění žádný předsudek.

POZMĚNIT NORMY MLÁDÍ

Jestliže mladí lidé milují častěji než padesátníci, není to proto, že by měli více sil, ale spíš proto, že nedovedou zadržet okamžiky štěstí ani je dlouho vychutnávat.

Jean Dutourd: *Hrůzy lásky*

Pro sensorické vzruchy podmíněné emocemi je genitální krajina v těle preferovanou oblastí. Nezáleží na tom, zda vzruchy bezprostředně vycházejí z podkorových struktur limbického systému (viz obrázek 5) nebo zda se promítají do kortikálních spojů (libidinózní emoce + erotické představy). Nejde o topické určení neurosekrečních zdrojů, důležitý je výsledný

efekt. Ten je prožíván *celkově* a zasahuje různé pocitové složky i tělesné zóny.

Emocionální rozkolísanost pozorujeme hlavně u mladých hochů v pubertě a u dospívajících. Ani v dospělosti rovnováha emocí nezůstává stále stejná. Není stabilní a podléhá postupným změnám. V neprospěch modifikace sexuálních tužeb a funkcí pracují mnohé síly. Čím jsou mocnější v mládí, tím spíše přispívají k negativním postojům a zábránám i v sexu dospělého věku. S emocionální a pocitovou sférou jsou sexuální funkce svázány jak v pozitivním, tedy stimulujícím, tak i v negativním, inhibičním směru. Zatím jsme hovořili o první možnosti. Libidinózní emoce a erotické představy jsou významným sexuálním stimulem a podporují sexuální aktivitu.

Jiné emoce jsou značným inhibítozem, například emoce strachu a úzkost. S výjimkou situace, kdy se zapíná poplachový automatismus při útěku, způsobují vždy útlum. V sexuálním automatismu působí jako brzda. Často ani nemusí být obavy ujasněné a stačí latentní úzkost, aby se projevila porucha potence. O tomto jevu referují neurotici. V určitých situacích se mu nevyhne ani zdravý člověk a trvaleji pronásledují sexuální obavy již muže ve středním věku, zvláště když si nevěří.

Proti každé úzkosti se bojuje rituály, což platí i v sexuálním chování. Složky rituálů tvoří rudimenty. Například u stárnoucích mužů se sexuální rituál skládá stále ještě z prvků, jež byly kdysi použity při dobývání ženy, ačkoliv už teď ztratily na významu, protože žena k muži již dávno patří. Funguje tu dynamický stereotyp ve smyslu Pavlovovy koncepce. Zajímavé, jak se jím v subjektu stále podporuje sebekontrola a duševní rovnováha.

Obavy a úzkost sexuální povahy lze potlačit či snížit psychotropními látkami. Muži je často omezují alkoholem. Je-li ho malé množství, může sexuální funkce posílit, neboť odstraňuje zbytečné zábrany; při větší konzumaci však utlumuje. To je ostatně mnohemu muži známo z vlastní zkušenosti.

Sexuální aktivitě nesvědčí obavy a frustrace z vědomí, že se dosáhlo poslední etapy, kdy je ještě možný sexuální život. Když si to myslí devadesátiletý kmet, třeba mu k tomu přiznat právo. To už je však obvykle natolik rigidní a egocentrický, že si to naopak ani nepřipouští! Nelze to však shledat normálním u mužů ve středním, produktivním věku. Jestliže úzkostlivý pohled na nadcházející „podvečer života“ poskytuje mužovi jen sugesci, že jeho výkonnost odchází a že ji nelze na-

hradit jinými možnostmi, máme co činit se sexuálním hypochondrem. Někdy by potřeboval léčbu. Jindy mu léčba jako každému hypochondrovi naopak přitěžuje, zvláště když má k němu lékař obvyklý empatický a shovívavý přístup. Nemusí sice s pacientem zavádět zrovna „terror-terapii“, kterou si před lety na neurózu vymysleli Japonci — stačí, když se obtíže bagatelizují. V důsledku různých terapeutických pokusů (zejména podáváním léků), jež selžou, ocitá se hypochondr v bludném kruhu, protože každou diagnózu lékaře očekává jako rozsudek smrti, aniž by si dal svůj blud vyvrátit. Pro lékaře z toho plyne velká odpovědnost, aby zabránil iatrogennímu zhoršení beztak již neblahého subjektivního pacientova stavu.

K postoji lékařů několik slov. Hierarchie medicínských hodnot se dosud řídí především otázkami života a smrti a teprve v druhé řadě aspektem pacientova osobního blaha. Nelze jinak. Obvodnímu (praktickému) lékaři je oblast *sexuálního* zdraví stále vzdálená. Navíc pak o speciálním oboru, jímž je sexologie a sexuální psychologie, ví pochopitelně jen málo. Vytvářejí se i zábrany z ostychu mezi nespécialistou a pacientem. To všechno je omluvitelné. Horší je to s předsudky. Proti sexualitě starších je mívají mladí lidé. Někdy se objevují i u mladých lékařů. Diví se, když si starší pacienti stěžují a chtějí si pohovořit o svém sexuálním životě. („Co byste ještě chtěl ve svém věku!“) Je to nemedicínský postoj. Nejenom sexuolog má u svého pacienta podporovat sexuální aktivitu.

Každý lékař by měl přinejmenším vědět to, co se říká při pohlavní osvětě již adolescentům: že totiž sex je něčím víc než vyjádřením osobnosti fyzickým aktem. A měl by vědět o přenosu pocitů spokojenosti ze sexuálního okruhu na jiné okruhy života, na spokojenost v práci a ve společenském uplatnění. Lékaři si vytvářejí své sexuální fantazie jako jiní lidé, ale někteří z nich je u druhého akceptují, jen pokud je ten druhý jejich erotickým partnerem, nikoliv pacientem. U nemocného, trpícího na první pohled jinými obtížemi než sexuálními, odmítá některý lékař sexualitu často akceptovat jako hodnotu, která může inspirovat plnou platnost pacientova života. To je zřejmě podcenění somatopsychické jednoty a komplexního pohledu na organismus a na člověka.

V sexuálním chování se přitom odráží *celá* osobnost. A naopak — protože sexualita je vždy *něčím víc* než jenom fyzickým aktem, zároveň ovlivňuje celou strukturu osobnosti. Pro naše téma je tato reciprocita významná i z jiného důvodu. Přesah jednoho do druhého dává tušit, že také v sexuálním

chování existují věkové zřetele a normy. Zjevně či v potlačené formě se jejich obecné přijetí většinou rozchází s osobními požadavky.

To není jen objev psychoanalýzy. Freudova škola vycházela spíše ze studia rané sexuality a byla by se ráda smířila se ztrátou či sublimací libida v involučním období. (Překvapivě sám Freud, velký objevitel sexuální, rezignoval předčasně na své sexuální potřeby a v soukromém dopise se svěřil, že ho sexuální vzrušení ve čtyřiceti letech již nepodněcuje. Ve svém Výkladu snů píše, jak se cítil v tomto věku tělesně přitahován k jisté mladé ženě a velmi ho překvapilo, že byl „ještě“ schopen pociťovat sexuální zájem a přitažlivost toho druhu, jímž se projevuje freudovské libido.)

Mysl stárnoucího člověka zaměstnává sexualita víc, než jsme ochotni připustit. Stále sice žijeme pod vlivem falešného mýtu, že sex je nenahraditelnou výsadou mládí. Avšak libidinózní pocity, erotické emoce a představy, tajné myšlenky a konec konců i intimní zážitky nám říkají něco jiného. Co je rozhodující — iluze nebo zkušenost? Na první pohled je odpověď jasná. De facto se však pokoušíme chovat podle vzorce, který jsme si o sexualitě vytvořili v mladých letech — a v něm není příliš místa ani pro sexualitu ve středním věku, natož pak ve stáří. Nastejno skoro vyjde, když tento represivní vzorec ignorujeme. V obou případech se mstí v emocionálních problémech a frustracích, o kterých právě byla řeč.

Stárnoucí člověk činí chybu, když věří, že se může ve světě zdůraznit a „personifikovat“, jen pokud bude praktikovat normy své dřívější sexuality. (Tento mýtus je sice možno přijmout — musíme si však uvědomit, že je to mýtus. Nesmí být na něm závislá naše seberealizace.) I šedesátiletý se ve své fantazii neustále může zabývat náměty, jež byly realitou jeho mládí, a naopak zase smíření s myšlenkou na varianty sexuálního chování, které prožívá nyní, ho nemusí frustrovat. Jsou-li naše fantazie konfrontovány s realitou kriticky a s rozumem, dokážeme dojít k dobrému konci, k rozumným závěrům i adekvátním normám chování.

Erotické pocity by neměly být samoučelné. Měli bychom je prožívat tak, aby nám pomáhaly vytvářet sexuální kontakty. Pokud se například dlouhotrvající manželství spoléhá *pouze* na erotické subjektivní pocity a nikoliv na oboustranné sexuální kontakty, jde o manželství frigidní. Jinak řečeno, platonické vztahy jsou frigidní. V představách starších mužů nemohou škodit ani výlučné a neobvyklé obsahy (v extrémních přípa-

dech označované jako perverze), protože jsou často jen ventilem pro velmi rozsáhlou a bohatou oblast erotické imaginace. Pokud se stárnoucí muž i žena, zvláště jsou-li osamělí, chtějí ve svém soukromí odreagovat řekněme v pornografii, není to jistě konstruktivní — zakazovat jim to však je vysloveně destruktivní.

Z hlediska subjektivních přání i objektivních možností se zdá, že všechny tyto psychosexuální motivy nakonec slouží prospěšnému cíli. Z nich patrně mohou ale vyvěrat i postoje analogické k tomu, co jinak u mládeže nazýváme sexuální vitalitou nebo — v přehnaném smyslu — dokonce „agresivitou“, jakožto sexuální výsadou mládí.

V myšlení mladých mužů je tato „agresivita“ spojena se sexualitou právě tak často jako kreativita. Protože ve stáří agresivity ubývá, falešně se soudí, že ve stejné míře tu regreduje i libido. V myšlení mladých žen se sexualita stále spojuje s erotikou a reprodukcí, s láskou a plozením. Pokud se v důsledku stárnutí ztrácí půvab, falešně se soudí, že žena zároveň ztrácí nárok na sexuální uspokojení. Není to nic než kliše (podvědomě přijímané od mladých — viz antisexuální mýty!). Starší jedinci by je od mladých neměli přijímat. Chybou je též jejich případné přesvědčení, že když je opouštějí fyzické síly, měli by s erotickými představami a sexuálními zájmy jednoduše skončit, například potlačením či přesunem energie, což jsou snahy víceméně alibistické.

Kritéria pro sexuální chování v pozdějších letech jsou plodem sexuální osvěty a výchovy prováděné ovšem již dříve, v mládí — a to někdy dobře, někdy hůře. Významně se v nich zrcadlí i dávný obraz rodičů, přetrvávající rodičovské *imago*. (Známa je psychoanalytická interpretace Oidipova či Elektrina komplexu, avšak rovněž autoři kritičtí k psychoanalýze upozorňují na roli otce, jež si zaslouží pozornosti při zkoumání ženského, tj. dceřina sexuálního chování²³). Dále jsou tato kritéria pro pozdější sexuální chování výrazem introspektivních možností anebo vlastní imaginace. Jsou i důsledkem hodnotových kategorií. Při sexuální činnosti jsou závislé na podnětech vycházejících od partnera či partnerky. Atd. Shrnuje se v nich také dávná kolektivní a druhová, ne-li archetypická zkušenost.

U muže zatím vidíme spíše jejich brzdy a zábrany. Úbytek libida se prožívá jako celková slabost, a to ve větší míře než odpovídá skutečnému stavu fyziologické pohotovosti k sexuální odezvě. Na sexuální výkon se mužskými očima odjakživa hledí jako na zápas proti slabosti a stáří a jako na výraz

zdraví. Do jisté míry je to oprávněné, ne však za každých okolností. Muž zejména ve středním věku chápe svůj úspěšný koitus jako „magické antidotum“ proti bolestem a nemocím všeho druhu. Jsi-li sexuálně výkonný, jsi stále ještě zdravý! Co by však se svými sexuálními nároky měli dělat dejme tomu pacienti se žaludečními vředy nebo s bronchiálním astmatem?

Sexuální styk pro muže představuje kontakt s vitálními zdroji. Snaží se podle toho sexuálně žít. Ať už je výkonný či selhává, nebo ať třeba dobrovolně rezignuje, nic se nemění na jeho pomyslných kritériích sexuality, na jeho představách o ní. Nepřestává v něm žít mýtus sexuálního výkonu a „agresivní“ motivace v sexuálních přáních. To je nerealistické.

A žena? Koitu nikdy nepřikládá tak magický význam. Pro ni je dobré porozumění a vzájemná komunikace v hovoru důležitější než všechny fyziologické faktory. Už od mládí. Díváme-li se pak na tyto postoje z pohledu věkových možností, je mužův postoj rozhodně méně reálný. Ani osamělý muž, rozvedený či vdovec, si nepřisvojí *klidné a vyrovnané přání* po sexuálním styku, jaké pocítují osamělé ženy a vdovy. Jedině však tento druh sexuální aktivity umožňuje v pozdějších letech vždy sexuálně ožít při setkání s erotizujícím protějškem. Splní se tak i ideál vytyčený básníkem: Umět zadržet okamžiky štěstí a dlouho je vychutnávat!

OPĚT MECHANISMY ODŠKODNĚNÍ

Četnost koitů ani počet orgasmů nejsou důležité. Důležité je dosažení sexuální satisfakce třeba i jinými metodami a technikami, než jaké sexu diktuje agresivní mládí. Mužovi působí starosti, když se do svých někdejších praktik není již s to vpravit, ale trápí ho i opak, když se ještě nemůže vcítit do nových. To je dilema mnohých mužů. Mohou mít však výhodu v chápající partnerce. Sexuální kapacitu si muž udržuje na výši, pokud ho partnerka akceptuje a pokud mu to dává najevo. Zajisté — žádný muž nemůže uspokojit ženu, která ho nechce. Lze to i obrátit: Žena dá vždy dostatečně najevo svou spokojenost s mužem, kterého chce. Jakmile muž třeba jen tuší, že jeho touha nalézá u ženy odezvu, zůstává dlouho potentní. Ve dvojici to začne skřípat, je-li muž pro případné selhání ironizován.

I ten největší suverén si celkem snadno spočítá, na kom závisí úspěch v sexuálních stycích. Když se zkoumaly názory

na úbytek či přerušení sexuálních vztahů u stárnoucích dvojic, došlo se k celkem očekávaným výsledkům. Muži viděli vinu u sebe v 71 procentech a jen v 29 procentech ji shledávali v ženě. Stejně, jenomže asi ještě reálněji hodnotily věc ženy. V 80 procentech viděly příčinu selhání ve svém muži a jen ve 20 procentech u sebe samých¹¹).

Vyskytnou se i v psychosexuální oblasti mechanismy odškodnění? Za všeobecný lék se pokládala sublimace. Měla mít charakter sebeobranného mechanismu. Věřili na ni Freud, Jung, v novější době Schelsky a jiní. Podle nich se potřeby a zájmy sexuálního rázu přesouvají do duchovních a kulturních aktivit nebo i do aktivit typu hobby. Nemáme na to stejný názor. K pojetí sublimace je třeba přistupovat kritičtěji a rozhodně ne jako ke globálnímu řešení. Můžeme ji přiznat jen malým skupinám a individualitám s tvůrčím zaměřením, které — jak se uvádí v uměleckých biografiích — jsou „cele stravovány tvůrčí vášní“. Pro většinu lidí se však ztráta libida sotva může sublimovat, jestliže u mnohých z nich automaticky navozuje frustraci. Kdyby opravdu existovala sublimace vždy a u každého, nebylo by tolik práce s psychoterapií sexuálních nedostatků. Stačila by stručná rada, aby se postižený věnoval něčemu jinému než sexu.

Jinak je u řady mužů a žen kompenzací za sexuální úbytek dobré jídlo, pamlsky a pití, včetně konzumace alkoholu. Tato kompenzace dodává sice dobrou náladu, nelze však říci, že by působila na osobnost příliš povzbudivě. Mít hobby je podobná úleva, nikoliv však ve smyslu přesunu libidinózní energie, jak se domnívali psychoanalytici, nýbrž jako výraz introverze, potřeby soukromí, klidu a sedativních zájmů.

Vitální muži (V₁-typy) praktikují náhradní ukojení naopak extravertovaně. Jejich zájem se soustřeďuje na mladé partnerky. Mnozí s nimi navazují intimní kontakty. Pro mladé, dychtivé a sociálně odvážné děvče se může dosud zachovalý, hmotně zajištěný a zkušený muž stát vhodnou příležitostí k dobrodružství jakoby vystřiženému z románu či filmu. Méně romantickým důvodem je tu i hmotný a společenský profit. Zájem je tedy často obapolný. Od dívky se očekává povzbuzující a vzrušující efekt jak pro dynamogenii a aktivaci mužovy psyché, například posílením sebedůvěry, tak i v sexuální směru, o němž jsme již mluvili. Svou roli tu hraje i víra v „omlazení“. Nikoliv bez důvodu. Muž se nyní stylizuje do postojů, jež odpovídají subkultuře mladých, začíná se oblékat a chovat tak, aby nedal najevo svůj skutečný věk. Přitom je

třeba otcem dětí stejně starých jako jeho přítelkyně. Subjektivně je pro něj důležité, že se cítí jako znovuzrozený. Jak známo, autosugesce je v emoční oblasti nejsilnější zbraní.

Neláká jen novost sexuálních situací a podnětů. Přitažlivě působí i prestiž, kterou si muž u své mladé přítelkyně dokáže získat například společenským vystupováním, okruhem svých známých, vzděláním apod. Ale je to ještě složitější. Motivem těchto známostí jsou často mužovy tužby působit jako formující činitel na chování a psychiku mladé ženy v sexuálním i nesexuálním směru. To blaží mužovo *ego*, které se teď dostává do závěrečného stádia svého narcismu. Literárním prototypem takových vztahů je Shawův *Pygmalion*. Mnoho mužů se v určitém věku rádo vidí v situaci profesora Higginse!

Vede to k závěru, že mužská střední léta zasahuje též „syndrom pygmalionismu“. Symptomatický obraz souhlasí s klasickou předlohou. Pygmalionismem se míní psychická deviace, obzvláště u mužů. Opírá se o řeckou báji, v níž sochař Pygmalion stvořil tak krásnou sochu, že se do ní zamiloval a při pohledu na ni pociťoval pohlavní rozkoš. Obvykle je pygmalionismus zaměřen na vlastní osobu.

Při jinak seriózně koncipovaném a vedeném průzkumu rozvodovosti (v USA) se došlo také k ukazateli, který by sám o sobě a bez dalších souvislostí mohl klidně konkurovat takzvaným sociosexuálním „sondám“ Playboye. V kategorii úspěšných mužů (v měřítku hodnot konzumní společnosti, jaká je ve Spojených Státech) se našlo relativně velké procento třikrát ženatých. Nejprve si brali manželky patřící do okruhu „kamarádek“. Byly to studentské lásky. Druhý sňatek uzavírala uvedená skupina mužů s ženami schopnými upevňovat jejich společenský a profesionální status. Vesměs šlo o ženy s vysokým socioekonomickým standardem a vhodnými společenskými aspiracemi. Třetí typ manželek tvořily mladé dívky, často o celou generaci mladší než muži. Důvod? Manželé u nich shledávali nejen fyzický půvab, ale zejména jim šlo o to uplatnit u nich situační možnosti a psychologické motivy z citované řecké báje a Shawovy divadelní hry, tedy založené na zmíněném syndromu pygmalionismu.

NEZRANITELNÁ VENUŠE?

A když pak už jsou němé, když poztrácely půvab
lsti, můj Bože, tu je milujeme z podivné setrvač-
nosti.

Paul Géraldy: *Meditace*

Klimaktérium je nejožehavější událostí ženiných středních let, ne-li vůbec celého jejího života. Dochází k náhlému výpadku ovariálních estrogenů, a protože se z kůry nadledvin produkují androgeny, může v tomto období nastat i přechodná virilizace (provázená nadměrným ochlupením) a ztráta ženského půvabu. Dále přistupují psychogenní a sociokulturní vlivy. Hovořili jsme o syndromu zavírajících se dveří, který sem patří.

Zajímavě, třebaže ne neočekávaně se jeví subjektivní posuzování klimaktéria samotnými ženami. Známe výsledky průzkumu Neugartenové¹⁴): Negativní a úzkostnější představy o přechodu mají ženy, jež ho zatím neprožily, kdežto ženy po menopauze o něm hovořily jako o události pomáhající nastoupit životní fázi, kdy se žena cítí lépe a svobodněji než předtím. Pozitivní stanovisko se projevilo i v mínění, že doba přechodu sama o sobě nemusí přinášet žádné obtíže. (V tomto smyslu se vyjádřila jedna z postklimakterických žen; když se prý totiž hledají nepříjemnosti za každou cenu, rozhodně se mohou najít i v klimaktériu.) Mladé ženy se z větší části domnívaly, že klimaktérium přináší obtíže víceméně automaticky. V podobném duchu se lišily názory obou skupin na sexuální chování. Více preklimakterických žen se domnívalo, že v menopauze sexuální život končí, kdežto zkušenosti žen po klimaktériu hovoří o větší zainteresovanosti na sexuálních vztazích než před ním.

Dnes již samozřejmě převládlo medicínské mínění, že výpadek estrogenních steroidů nemá přímý účín na ženskou sexuální kapacitu. Sexuální kapacita však není všechno. V jiném směru se estrogenní úbytek projevuje dosti citelně. Vnitřní sekreci z celé řady faktorů, jež v menopauze prokazatelně mění sexuální chování, nelze nikdy přesvědčivě vyloučit — už proto ne, že rozdílnost endokrinních vlivů a působnost sexuálních steroidů je velmi individuální. Žlázám by se tu měla aspoň obecně přiznat úloha obdobná spouštěcím mechanismům, jež v neurohumorálním systému působí na klinické projevy jiných psychických symptomů, jako příkladně na emocionální rozkolísanost za puberty.

Že se spatřují změny v sexuální chování u ženy *pouze* v závislosti na výpadku estrogenů, je druhý extrém. K tomuto zjednodušování mají někdy sklon úzce zaměření specialisté. Proč by však jinak bylo u žen středních let sexuální chování tak diferencované? Neboť přes určité výjimky, kdy hladina estrogenů může u ženy pokračovat v preklimakterickém měřítku i po šedesátce, endokrinní obraz je téměř u všech klimakterických žen jednoznačný: vyčerpání vaječnickových funkcí a zmíněný již výpadek estrogenů. Zjednodušením, jenomže s opačným znaménkem, je také názor, kdy se za jediné agens sexuální involuce pokládá u žen emoční labilita a psychické symptomy typu paniky ze „zavřených dveří“.

Po menopauze obsahuje sexuální chování řadu variant co do obsahu, i co do intenzity. Někdy se projevuje zvýšená sexuální aktivita a intenzita sexuálních zájmů, jindy se erotická přání proti dřívějšímu spíše vyřazují. Mnoho nepříjemností zaviňují úzkosti a obavy, že se něco v sexuálním ohledu zmešká, což výjimečně svádí stárnoucí ženy k sexuálním excesům. Tento způsob chování může dosáhnout až grotesknosti a lidově se o něm mluví jako o „posledním zvonění“. V opačném případě se stárnoucí ženy cynicky označují za „vyhaslé sopky“, protože se zde zaznamenává i ztráta libida, přičítaná ne asi bezdůvodně původním sklonům k frigiditě. Není vyloučeno, že oba protikladné sexuální postoje mají svou odpovídající anamnézu. Po menopauze možná působí vzorce sexuálního chování z mladších let. Při zvýšeném libidu a ztrátě zábran žije v tomto věku zdravá žena plně sexuálně a naopak primárně frigidní žena se nyní již do sexu nijak nenutí.

Je to stejné anebo jiné než u muže? I v andropauze se pozorují groteskní projevy tzv. „druhé mízy“, nebo se tu libido též ztrácí, jestliže ani v mládí nebyl muž sexuálně příliš aktivní. Rozdíly nenajdeme ani tak v psychosexuálních symptomech (pokud se v klimaktériu nebo v andropauze vůbec vyskytují), ale spíše v procesu sexuálního stárnutí jak muže, tak i ženy, jestliže se posuzují *obecně*. V procesu sexuální involuce se muž a žena odlišují nejméně ve dvou ohledech.

První rozdíl je zcela evidentní. U žen se především projeví zřetelné zakončení reprodukčních funkcí v klimaktériu. Vaječníky přestanou vypuzovat vajíčka, končí možnost ovulace a zároveň ustává pravidelné měsíční krvácení. Nic z toho, ani velmi vzdáleně, se nedá zjistit u muže. Plodnost trvá, protože pokračuje spermiogeneze. O druhém rozdílu v sexuální involuci mezi mužem a ženou se ví již méně.

Muž je obvykle sexuálně nejvýkonnější v raném mládí (kolem 20 let věku) a pak v sexuální kapacitě vykazuje známky postupného a rovnoměrného úbytku. U ženy sexuální možnosti či nároky rovnoměrně neklesají; často se naopak později (kolem čtyřicítky) oproti mládí zvyšují. Jestliže se tedy vlivem involuce koitální aktivita obecně snižuje, je to třeba přičíst mužovým možnostem (resp. indispozicím) spíše než nedostatku ženských zájmů.

Metaforický obrat o nezranitelnosti Venuše nevychází tedy jen z fyziologických dispozic, jak podotknuto prve, nýbrž podle všeho i z erotických nároků, utvářejících se až v pozdějším ženském věku (později než u muže). Vše se ještě doplňuje menším významem, který žena přikládá sexualitě pravděpodobně v každém období své dospělosti. Je však žena skutečně tak nezranitelná? Rozhodně ne každá žena, ani ženy ve všech ohledech. Zmíněná licence se týká, jak řečeno, jen ženské sexuální kapacity a fyziologické pohotovosti k sexuálnímu aktu, a to ještě za určitých podmínek, o kterých bude dále řeč.

Pokud jde o psychické vlivy, musíme si uvědomit, že pro ženu, která čeká přechod nebo už je v něm, vyvstává nezbytnost zaujmout a osvojit si novou roli, což má své důsledky. Snaha porozumět této roli i časté rozpaky z ní vedou někdy k emoční labilitě nebo ji stupňují v případech, kdy emoce byly labilní již od mládí a v pubertě. Určitý druh žen celý život nepříjemně prožívá etapy a události spojené s poměry v endokriniu, tj. s působením hormonů. Často jde o klinické příznaky generačních period, jako je puberta, adolescence, ale i gravidita a laktace a především klimakterium. Přestože řada autorů přímé korelace mezi hormonálními poměry a emocionální labilitou striktně odmítá (Stern a Prados, Rosenzweig, Shorr), je to pořád věcí diskuse. Fakt je, že některé ženy trpí premenstruální tenzí, hůře prožívají měsíčky, emoční labilita se u nich nápadně zvyšuje v těhotenství a v laktaci. Hlavní nepříjemnosti působí adaptační problémy v přechodu.

Achillovou patou ženského těla jsou vaječníky. Přestávají fungovat relativně brzy. Žena se dnes průměrně dožívá pětasedmdesáti roků. Její reprodukční věk je proti tomu krátký a představuje jen polovinu nebo něco víc než polovinu jejího života, což je rozhodně málo. Pro ženu mělo toto omezení význam v minulosti a je pro ni stále výhodné, pokud ovšem žije v těch kulturách, kde se ještě nebrání početí (rozvojové země, bigotní náboženské okruhy apod.); u nás to většinou původní smysl ztratilo.

Nejde však o možnost mít další a další děti. Jde o obohacení té části ženina života, kdy se na ni vzhledem k řečené asociaci mezi reprodukční a sexuální funkcí díváme jako na asexuální bytost, která je jako hluchý květ (a která je „němá“, takže ji milujeme už jen „z podivné setrvačnosti“). Moderní medicína darovala ženě čtvrt století života navíc. Teď se tedy musí starat, aby jí pro tato „léta navíc“ poskytla i prožitky a odpovídající životní hodnoty. Když se hovořilo o kompenzačních mechanismech, měly se připomenout možnosti hormonální substituce, především u klimakterických žen. Musíme se k tomu ještě vrátit. Problémy nejsou vyřešené, a tak pojednání zabere více času. Nezbytně vyžaduje zvláštní úvahu. V názorech na aplikaci sexuálních steroidů v syntetické formě panuje značná nejednotnost a spory se vedou především o jejich vedlejší nepříznivé či patogenní účinky.

Drastický pokles při vylučování estrogenů u klimakterické ženy po menopauze (kolem 50 ± 5 roků) se jeví jako podstatný faktor pro její celkové stárnutí. Estrogen má kromě účinků, o nichž jsme hovořili, význam jako anabolikum pro tkáň a pro zbytkový dusík. Narušené hospodářství zbytkového dusíku škodí svalovým buňkám a kostem, jež jsou porézní a křehké. U starších žen častěji dochází k frakturám. Vazivo a šlachy tuhnou. Časté jsou pánevní bolesti a bolesti v kříži a v zádech. Má na to vliv ztráta estrogenů a endokrinní nerovnováha? Stern a Prados v tom vidí nejužší vztah jen ke špatnému psychickému stavu¹⁵). Jiní autoři přičítají tento jev zmíněnému výpadku ženských pohlavních hormonů, stejně jako jim přikládají význam nejlepší obrany proti některým formám arteriosklerózy⁵). V mladším věku se kornatění cév projevuje u mužů asi dvacetkrát více než u žen. Po menopauze se výskyt arteriosklerózy u obou pohlaví relativně vyrovnává. U žen po oboustranné ovariectomii je výskyt arteriosklerózy sedmkrát až osmkrát vyšší než u žen se zdravými vaječníky. Nejsou tu vyloučeny jiné vlivy, přesto však British Medical Journal tvrdí, že důkazy se soustřeďují především k estrogeneru.

Baranov zdůrazňuje v klimakteriu změny v metabolismu lipidů a lipoproteinů¹⁶). Cholesterol v krvi (patogenní složka jisté formy arteriosklerózy) se u žen před padesátkou zvyšuje na hodnoty stejné jako u mužů. Jestliže přijmeme hypotézu, že se na uvedených změnách v metabolismu podílejí hypotalamicko-hypofyzární osa a endokrinní vlivy, lze tím u žen po menopauze vysvětlit pak i sklony k obezitě a ukládání adipózní tkáň, podkožního tuku.

Podle názorů mnoha endokrinologů zasadila příroda ženám ošklivou ránu i v dalším specifickém ohledu. Estrogenním úbytkem jim v mediánu života bere substanci, na které závisí nejen zdraví a blaho, ale i sexuální atraktivita.

K ženským sexuálním atraktantům patří u žen prsa. Avšak po menopauze prsní žlázy atrofují a prsa mění vzezření. To je sice závislé spíše na tukové vrstvě, ale v involuci se tuk ztrácí a žlázová tkáň je nahrazována pojivem, takže se prsa uvolňují a poklesnou. Změny se najdou i v genitálu. Vulva se zužuje a ztrácí svou pružnost. Nezřídka dochází k příznaku známému jako *pruritus vulvae*. Žena pocituje v pochvě iritující svědění, lékařovi se však radši ze studu nepřizná, protože to přičítá „neomluvitelné“ sexuální žádosti. Ironií osudu je, když to některou ženu skutečně pak přiměje hledat úlevu v častějších sexuálních stycích, a ty dále ještě původní svědění zhoršují až do stádia bolestivosti. Nebo mohou příležitostně vést k sekundární infekci.

Každý orgán, který přestává fungovat, atrofuje. To platí o děloze, když už nemusí připravovat uhnízdění vajíčka, a také o vaječnicích, jež se bez tvorby estrogenů scvrkávají na velikost mandlí. Svráštují se též *labia minora*. Zvlhčení vaginy se snižuje zhruba o polovinu. To pak způsobuje, že sexuální styk bývá někdy i bolestivý. V rodidlech starších žen snáze dochází k místnímu poškození tkání. Snižuje se kyselá reakce v pochvě, jež působí jako obrana proti mikrobům. Genitální změny nelze ovšem oddělovat od změn extragenitálních.

Mnoho žen, které při souloži nepocítovaly žádné obtíže, je má po menopauze v důsledku anatomických změn na pohlavních orgánech a vlivem endokrinní nerovnováhy. Zavedení mužského údu do suché a zúžené pochvy je pro ženu bolestivé. Po déletrvajícím styku se v pochvě pocituje pálení, nebo ho provázejí pánevní bolesti a neurčité bolesti v břiše. Ztenčení vaginální sliznice a malá pružnost vaginální dutiny způsobují tyto příznaky dyspareunie. Vyskytuje se i nucení na moč (dysurie), jež trvá po styku někdy celý den. Nebývá však časté.

K odstranění či zmírnění bolestí na počátku soulože se osvědčuje jednoduché ošetření bílou vazelínou, která se vetře do poševního vchodu. K vyloučení dalších obtíží se užívá hormonální substituce. Přičemž — „zvýšení sexuální kapacity nutno pokládat spíše za sekundární důsledek odstranění tělesných projevů senility pohlavních orgánů (vaginy), než za přímý účinek sexuálních hormonů na klesající sexuální po-

dráždění. Ještě důležitější je však pro udržení sexuální kapacity a účinnosti sexuální činnosti příležitost k pravidelnému sexuálnímu projevu. U stárnoucí ženy má tato příležitost k pravidelnému pohlavnímu styku daleko významnější vliv na její sexuální činnost, než je tomu u žen mladších¹⁾.

Poslední dvě věty z uvedené citace by zasloužily podtrhnout. Sexuologické zkušenosti ukazují na přímou úměru mezi udržením fyziologické sexuální reaktivity a pravidelností v sexuálních stycích nebo i v masturbaci. Jinými slovy, sexuální nečinnost ženám středního věku škodí! Dnes již mnoho autorů upozorňuje, že pravidelná a relativně častá sexuální aktivita je pro klimakterické ženy lepším lékem než hormonální substituce. Jak vtípně poznamenal jeden z účastníků kolokvia pořádaného r. 1966 Lutherovou universitou v Halle-Wittenberku, nejlepším hormonem pro ženu je muž¹⁷⁾.

Od hormonální substituce nelze čekat také žádný efekt týkající se obecného omládnutí či omlazení. S její pomocí žena stárne jen méně nápadně — asi jako stárne zdravý muž. Proti muži má však žena výhodu, že její sexualita je méně limitována pokročilejším věkem.

SPORY O HORMONÁLNÍ SUBSTITUCI

Dobrych patnáct či dvacet let se diskutuje o hormonální substituci v klimakteriu žen (a rovněž v kritickém věku mužů). Připomeňme si dlouhodobou terapii podle Wilsonových (1963), kdy se ženám orálně podávaly konjugované estrogény nebo kombinace estrogen-androgen a pak se jim dokonce slibovalo věčné mládí!

Je zde však vůbec oprávněné používat slovo „terapie“? Není to skutečně jen *substituce* čili náhrada a doplnění ubývajících sexuálních steroidů? Na menopauzu by se nemělo hledět jako na chorobný proces. V podstatě je to obrácená menarché, opak k prvním měsíčkům na začátku puberty. Terapie je souborem medicínských opatření proti chorobnému procesu, a ten zde neprobíhá. Přestože vaječníky vypadnou ze hry, estrogen se u ženy tvoří i sekundárně (chemickou přeměnou z androgenu v periferních tkáních) a produkuje ho též kůra nadledvin. A jelikož je produkce estrogenu individuální, znamená to vždy stanovit jeho hladinu případ od případu. Bylo by samozřejmě zbytečné syntetickým přípravkem substituovat přirozený hormon, kterého je v těle dostatek.

Nediferencované podávání konjugovaných estrogenů všem klimakterickým ženám do konce jejich života je terapeutický extrém. Bylo řečeno, že obtížemi trpí jen 10 či 15 procent klimakterických žen. Obtíže jsou přitom ve většině případů výsledkem psychogenních či sociokulturních vlivů, negativního sebeoceňování a věkové maladaptace, takže pacientky většinou nepotřebují endokrinologické léčení jako spíše empatické vyslechnutí a psychoterapii. Přiřazovat všechny symptomy žen v pátém či šestém decenniu ke *klimakterickému syndromu* je pohodlný, ale nesprávný medicínský stereotyp. Pacientka potřebuje často jen porozumění a soucítění. Je ovšem lehčí jí píchnout injekci a předepsat recept na hormonální pilulky než ji vyslechnout. Nedostavuje se však očekávaný výsledek.

Zároveň s nadšením pro hormonální substituci se obnovily obavy staršího data, že estrogen působí karcinogenně. Vesměs se opíraly o seriózní výzkumy a klinické studie. Mezi gynekology najdeme horlivé přívržence hormonální substituce, kteří tvrdí, že obavy z rakoviny jsou bezpředmětné. Nejméně stejný počet kliniků nabádá k opatrnosti s poukazem na možný vliv estrogenu i jiných steroidů pro rozvoj latentních forem rakovinného onemocnění. Ziel a Finkle sledovali téměř stovku žen s rakovinou děložní sliznice (endometria). U žen léčených estrogeny vznikla rakovina průměrně o pět let dříve než u žen bez této léčby¹⁸). Celkem 89 procent z jejich *Ca* vzorku bylo v menopauze léčeno konjugovanými estrogeny, což je přinejmenším značně podezřelé. Navíc se tu prokázala významnost v délce léčení. Zvýšené riziko rakoviny endometria všech pacientek léčených konjugovanými estrogeny bylo vyjádřeno indexem 7,4 proti indexu 0 u kontrolní skupiny zdravých žen. Index kolísal z hodnoty 4,6 u nemocných léčených méně než tři roky na hodnotu 9,2 u pacientek léčených tři roky či déle. Obdobné výsledky se získaly i z jiných výzkumů a jinými autory.

Nicméně přívrženci hormonální substituce trvají na svém a ve zjištěných výsledcích vidí dokonce klinické výhody. Podávání umělých sexuálních steroidů (především konjugovaných estrogenů) je pro ně de facto testem včasné diagnostiky karcinomu, či spíše jeho latentních a larvovaných forem nebo prekarcinózních stavů. Argumentuje se tím, že by se u léčených žen rakovina projevila v každém případě, jenomže později, takže by mohlo být pozdě i na její léčení. Jak vidno, sexuální steroid se v tomto případě nepokládá za bezprostředního původce vzniku rakoviny. Jeho užití se přičítá pouze jako provo-

kující moment k zjevnějším projevům zhoubného procesu. Výměna názorů v tomto směru zdaleka ještě neskončila.

Na téma obhajoby hormonální substituce v klimakteriu i v andropauze vznikla řada studií a výzkumů. Greenblatt se spolupracovníky zveřejnil své výsledky jako pozitivní argumentaci ve prospěch léčebného efektu estrogenů a androgenů podávaných buď izolovaně nebo v kombinaci androgen-estrogen u mužů i žen¹⁹). Jeho reference znějí povzbudivě. U žen mohou dávky estrogenů zmírnit návaly horka, typický klimakterický příznak, a redukují též nepříjemné pocení a iritující výtoky z pochvy. Upraví se i nervozita a duševní sklíčenost, pramenící sice ze zmíněných neurovegetativních a tělesných obtíží, v každém případě však působící jako subjektivně velmi nepříjemný doprovodný symptom. O tom, že estrogeny podporují lubrikaci a zabraňují vysychání vaginální sliznice, jsme hovořili. Autor dává přednost injekčnímu podávání, ale sexuální styky jsou pro všechny ženy v postmenopauze například příjemnější i po užívání tzv. poševních hormonálních čípků, s nimiž jsou rovněž dobré zkušenosti. Vyrovnání estrogenní hladiny může zmírnit i dekalifikaci kostí a pravděpodobně též průběh arteriosklerózy, nemocí srdce a oběhového aparátu. Podobné je to s muži v andropauze. Původ jejich psychosexuálních a tělesných obtíží spatřuje Greenblatt ve snížených hladinách sexuálních steroidů, jmenovitě testosteronů. Podle něho je na místě substituční léčba testosterony. Před ní se ovšem vždy varovalo z obav před karcinomem prostaty. Autor však proti této zdrženlivosti vyslovuje námítky. Opakované kontroly hormonálně léčených mužů vedou k včasnému odhalení pomalu rostoucího zhoubného nádoru, a tím i k včasné léčbě.

Něco z toho, co bylo řečeno, souhlasí s dalšími zkušenostmi. Jak si klinicky ověřila lékařka pražského Sexuologického ústavu, obavy z rakoviny prostaty po léčbě androgeny jsou bezdůvodné²⁰). Jejich podáváním se ve středním věku nijak neurychluje ani nástup hypertrofie prostaty, v což se ještě někdy mylně věří. Výskyt této poruchy je častý již po padesátce, kdy jí trpí skoro 30 procent mužů. V šedesáti letech má zbytečnou prostatu téměř polovina mužské populace. Až dosud se nic neví o příčinách. Je to degenerativní proces stárnutí urogenitálního traktu? Ve Vartapetově a Demčenkově monografii se objevuje názor, že hypertrofie prostaty je základním klinickým příznakem „mužského klimakteria“, a proto že je u mužů po padesátém roce věku obecným jevem²¹).

Dlouho se tradovalo, že prostatické poruchy a zbytnění této žlázy způsobuje čilá (a excesivní) sexuální aktivita ve středním věku. To je také omyl. Předně, léčba umělými androgeny tuto poruchu zřejmě nezaviňuje, ale naopak je k prospěchu²⁰). Pokud se léčbou upraví sexuální obtíže a příznivě se ovlivní nucená sexuální pasivita, pomáhá to též prostatě. Za druhé, zhoršení léze při zbytnění prostaty možno vysvětlit spíše sexuální nečinností, když pacient androgeny nedostává, ačkoliv je k tomu indikace. Číňané neznají sexuální abstinenci ani ve stáří a poruchy s prostatou se prý proto u nich skoro nevyskytují.

Jako značný problém se posuzuje u žen léčba konjugovanými estrogy. Vzhledem k podezřelým karcinogenním následkům ji mnozí lékaři neprovádějí. Klinické zkušenosti s hormonální substitucí možno lapidárně shrnout do dvou vět: U mužů androgeny *ano*, u žen estrogy (spíše) *ne*²⁰!

Ví se, že frigidita mužů stoupá po čtyřicítce a na tento sexuální nedostatek dobře zabírá androgen. V řadě případů je vhodný jako lék proti impotenci, zejména ve středním či starším věku, je-li při opakovaném ranním měření zjištěn jeho úbytek v krvi pod minimum hodnot. A opět — *relata referro*: S léčbou androgeny u mužů mají lékaři velmi dobré výsledky. V předešlé kapitole jsme její úspěch přirovnali k vzestupné spirále, jejíž závitů tvoří více okolností. Nelze totiž jednoznačně říci, co tu spraví terapie a co by se mělo přičíst *důvěře* k ní! Pro lidi středního věku mají hormony jako lék vysokou prestiž. Co když však také hormonální substituce vyvolává v určitých případech pouze placebo-efekt? Nelze to vyloučit. Konec konců, klinické snahy se řídit terapeutickými výsledky, aniž se nezbytně musí v dané chvíli rozhodnout, co a jak působí. Obvykle se k pochopení léčebného podílu jednotlivých vlivů dospívá *ex post*, ne však hned a v úplnosti. S jistou licencí bychom mohli říci, že při hormonální substituci se postupuje na základě metody zkoušky a omylu, dobře známé z psychologie učení. Například aplikace androgenů u žen se dlouho označovala a neprováděla jako nefyziologická. Pak — když se dospělo k poznatku, že androgen je libidinózní hormon — začala se jím léčit ženská frigidita. Bezpochyby to vyvolává komplikace, protože androgeny (až na dehydroepiandrosteron) mají virilizační účinky. Někdy vyvolají na obličejí trůvinu známou jako akné. Zastánci léčby však tvrdí, že mnohé ženy raději tolerují nepřilíš výrazné známky mužskosti, navíc vždy jen přechodné, než aby se vzdaly svých se-

xuálních pocitů. Jsou-li androgeny dávkovány nízko, k virilizaci dochází jen vzácně, ale efekt při léčbě frigidity se prokazuje i při nízkých dávkách. Estrogeny na frigiditu působí jen příležitostně a progesteron i kortikosteroidy na ni nezabírají vůbec.

Některé otázky zůstávají nevyřešeny. Souvislost mezi androgenem a sexuálními tužbami, prokázané sice experimentálně i klinicky, je však pravděpodobně natolik vzdálená, že jen těžko může představovat jednoduchý proměnný vztah. Upozornil na to Money, který se jako jeden z prvních badatelů pokusil objasnit u obou pohlaví roli androgenu, ale zároveň upozornil, že účinek tohoto libidinózního hormonu má patrně svůj limit²²). Mužům s normální hladinou androgenů se přidáním metyltestosteronu libido nijak nezvýší. Pro hormony v těle zřejmě existuje určitá hranice nasycení. Jít s dávkováním nad ni nevyvolá žádný efekt a nezvyšuje to ani frekvenci sexuálního výkonu, ani erotické tužby. Další možností je, že tělo vykazuje vůči hormonům jistou toleranci, která je otázkou návyku jako u jiných terapeutických působků. Při poruchách varletních funkcí se největšího léčebného úspěchu dosahuje brzy na počátku a méně pak v dalším průběhu hormonální léčby. Podobné je to s hormonální léčbou libida frigidních žen. Už po prvních dávkách androgenů se dostávají dobré účinky, ale další dávky u nich již přiměřeně nezabírají. Není vyloučeno, že hormonální substituce má účín též přechodnější, než se domnívají její zastánci.

Zase bychom se ocitli u psychologického efektu! Samozřejmě je prospěšný. I přechodné zvýšení libida či potence stačí často k posílení sebedůvěry, která je rozhodujícím předpokladem pro další (třeba i déletrvající) sexuální činnost.

Konečnou odpověď neznáme ani na další otázky. Je hormonální substituce přirozenou náhradou ubývajících sexuálních steroidů, takže by pro organismus mohla představovat zcela fyziologickou událost? Nebo snad v době, kdy endokrinium stárne a rovněž z fyziologických příčin odmítá steroidy produkovat, se jejich „umělým“ přísunem mohou narušit jiné tělesné pochody, bazální metabolismus a metabolismus lipidů nebo homeostáza? A co potom trankvilizéry či antidepresíva přímo zasahující do metabolismu katecholaminů? Lithium se má dávkovat u maniodepresí jako léčba i profylaxe vždy podle jeho hladiny v krvi, což znamená všimnout si farmakokinetiky tohoto léku. Stejně tak by se mělo postupovat při léčbě s antidepresívou (thymoleptiky) — určení jejich hladiny je však

technicky neobyčejně obtížné a v rutinní praxi se neprovádí. Bez ohledu na to, že se blíže nerozpozná jejich farmakokinetika, antidepresíva se každodenně předepisují spoustě nemocných. Přitom jsou to pro tělo chemicky cizí substance, rozhodně tělu vzdálenější než synteticky připravované hormony. Je jejich biochemický účín fyziologičtější než substituce, s níž se doplňuje jen existující nedostatek?

Mozek se nalézá pod stálým vlivem biogenních aminů, jako je histamin, dopamin, serotonin, acetylcholin aj. Některé z nich (např. katecholaminy) mají velký význam pro neuroendokrinní regulaci patrně na úrovni hypotalamických spouštěčů. Ale i naopak — „vnitřní“ zpětnou vazbou je jejich působení zesilováno či zeslabováno endogenními hormony cirkulujícími v krvi, například tyroxinem, estrogeny, androgeny, adrenalinem, noradrenalinem, glukokortikoidy, stejně jako hormony exogenními. Tím pak tyto hormony vykonávají bezprostřední vliv na každou naši chtěnou i nechtěnou činnost ve spánku i při bdění. Ovlivňují biochemické procesy, vodní hospodářství a spotřebu energie v těle, ale i neklid, ospalost, nervozitu, úzkostné pocity, návaly horka, potní výměšky, depresi, euforii, emoční rozkolísanost a jiné neurovegetativní nebo psychické příznaky. Úleva, kterou při takovém komplexu potíží pocítují některé ženy v menopauze a někteří muži v andropauze, je po hormonální substituci snadno pochopitelná. Horší je to s indikací. V současných poznatcích o hormonálním působení je dosud mnoho nejasného.

Literatura

- 1) *Masters W. H., Johnsonová V. E.*: Lidská sexuální aktivita. Čes. př. Praha, Horizont, 1970, s. 248, ss. 249—256, s. 227.
- 2) *Kinsey A. C., Pommeroy W. B., Martin C. I.*: Sexual Behavior in Human Male. Philadelphia, W. B. Saunders Comp., 1948, s. 226, s. 235.
- 3) *Vasilčenko G. S.* (ed): Obščaja seksopatologija. Moskva, Medicina, 1977, s. 103.
- 4) *Stokes W. R.*: Sexual Function in the Aging Male. V: *DeMartino M. F.* (ed): Sexual Behavior and Personality Characteristics. New York, Citadel, ss. 376—383.
- 5) *Rubin I.*: Sex nach Sechzig. Něm. př. Hamburg, Hoffman und Campe Verl., 1968, ss. 26—27, s. 140.

- 6) *Finkle A. L., Moyers T. G., Tobenkin M. I.*: Sexual Potency in Aging Males. *J. Am. Med. Ass* 170 : 1391, 1959.
- 7) *Newman G., Nichols C. R.*: Sexual Activities and Attitudes in Older Persons. *J. Am. Med. Ass.* 173 : 33—35, 1960.
- 8) *Freeman J. T.*: Sexual Capacities in the Aging Male. *Geriatrics* 16 : 37—43, 1961.
- 9) Pearmanova tabulka cit. dle: *Oaks W. W. et al.*: Sex and the Life Cycle. New York / San Francisco / London, Grune and Stratton, 1976.
- 10) *Otto a Winter* cit. dle: *Prill H. J.*: Vita sexualis der Alternen. *Sexualmedizin* 2 : 85—90, 1977.
- 11) *Pfeiffer E., Verwoerdt A., Wang P.*: Sexual Behavior in Aged Men and Women. *Arch. Gen. Psychiat.* 19 : 641 : 646, 1968.
- 12) *Waxenberg S. E.*: Some Biological Correlatives of Sexual Behavior. V: *Winokur G.* (ed): Determinants of Human Sexual Behavior. Springfield, Ch. C. Thomas, 1963, ss. 52—57.
- 13) *Haritonová E. B.*: Liebesträume der Frauen. *Sexualmedizin* 11 : 949—955, 1977.
- 14) *Neugartenová B. L.*: Women's Attitudes toward the Menopause. *Vita Humana* 6 : 140—151, 1963.
- 15) *Stern a Prados* cit dle: *Masters a Johnsonová*: op. cit., ss. 229 až 230.
- 16) *Baranov V. G.*: Fiziologija i patologija klimakteria ženščiny. Leningrad, Medicina, 1965, ss. 75—78.
- 17) *Denk Z.*: Sexuální život žen po menopauze. *Prakt. lék.* 5 (54) : 333—334, 1974.
- 18) *Ziel H., Finkle W.*: Association of Estrone with the Development of Endometrial Carcinoma. *Am. J. Obst. Gyn.* 7 : 735—740, 1976.
- 19) *Greenblatt R. B.*: Menopause und Andropause. *Sexualmedizin* 4 : 269—277, 1977.
- 20) *Pondělíčková-Mašlová J.*: Osobní sdělení, 1978.
- 21) *Vartapetov B. A., Demčenko A. N.*: Klimaks u mužčin. Kíev, Zdorov'ja, 1965, s. 145.
- 22) *Money J.*: Sex Hormons and Other Variables in Human Eroticism. V: *Young W. C.* (ed): Sex and Internal Secretions. Baltimore, William & Wilkins, 1961, ss. 1383—1400.
- 23) *Fisher S.*: The Female Orgasm. Psychology, Physiology, Fantasy. London, A. Lane, A Division of Penguin Books Ltd., 1973.

3. kapitola

IMPOTENCE: PROBLÉM MEZI MANŽELI —
CHERCHEZ LA FEMME! — CO SEXUÁLNĚ SBLIŽUJE
— JENOM NEREZIGNOVAT! —
CO ZPŮSOBÍ HISTORICKÁ BÁZE OSOBNOSTI
— AFRODIZIAKA A DALŠÍ PROBLÉMY —
SITUACE OSAMĚLÝCH JEDINCŮ

Člověk je jedinou species, jíž jde v sexualitě o ni samu. Čili už tím, že si tuto skutečnost uvědomuje, nejspíše u něj vznikají starosti a problémy s tím spojené. To je ostatně známo z moderní ontologie: vědomí člověka o sobě samém plodí starost o sebe sama. Mluvili jsme o „sexuální inteligenci“ a „sexuální starosti“. Obě jsou lidským specifikem. Vnucuje se tu paradoxní představa. Řekli jsme, že jako nejvyšší species jsme v sexualitě nejučenlivější, zároveň však i nejzranitelnější. To je paradox.

Kdyby sexualita představovala fenomén vysloveně biologický a týkala se jen pohlavních orgánů a možná ještě hormonů, neměli bychom s ní takové problémy. Ubylo by obtíží, jež jsou psychogenní povahy. Anebo vycházejí z ještě neobjasněných patogenních příčin, jež nijak nesouvisejí s dosud známými nedostatky anatomického či endokrinního původu.

Poměrně přehledná je sexuální symptomatologie, což již nelze říci o etiologii. To jsou pořád ještě čtyři pětiny ledovce, zatímco vyčnívající špičku tvoří symptomy. Zdůraznili jsme dostatečně, že příčiny sexuálních poruch mohou narůstat úměrně s věkem? A že se pak symptomy i prohlubují? Některé poruchy známé z mládí se později zhoršují (primární impotence), jiné se u někoho mohou objevit až jako důsledek involuce (nedostatky v ejakulaci). Z kliniky sexuálních poruch vyplynula nezbytnost systémového přístupu. Vasilčenko z něj vyčleňuje čtyři podsystémy: 1. neurohumorální složku, 2. psychickou složku, 3. erekční složku a 4. ejakulační složku¹). Všechny se velmi markantně promítají do problematiky sexuální involuce.

Dnes existuje reálný předpoklad žít spolu třicet roků v manželství. To je dost dlouhá doba, aby se buď vyhrotila vzájemná nesnášenlivost, anebo aby se konečně našlo vzájemné pochopení. Sociologie starých manželství poukazuje na obě možnosti. Mezi pozitivní faktory patří větší vůle ke kompromisu a zájem něco společně vytvářet (a po sobě zanechat). Emocionální satisfakce v dlouhodobých svazcích se může zvyšovat i zcela praktickými důvody, k nimž patří vzájemná péče o sebe a udržování domácnosti, což mladí většinou za satisfakci nepokládají. U starších lidí klesá počet rozvodů. Principiálně vzato, některé aspirace zůstávají i nadále otevřené, počet jiných se zmenšuje. Člověk si říká, že je to v každém manželství stejné! Rozvod a soužití s jiným partnerem představují samozřejmě rizika. Dá se říci, že už převládá smířlivost a vyrovnanost. To se týká i sexuality. U dvojic po šedesátce se manželství sexuálně konzumuje již mírně. Jsou pro to mnohé důvody, mezi jinými i monotónie a sexuální nuda. Mimomanželské styky sice nejsou ani teď vzácné, ale nemívají nikterak bouřlivé následky. Sexuální nároky sedmdesátiletých žen odpovídají nárokům mužů zhruba o čtyři roky starším, což představuje obvyklý věkový rozdíl mezi manželi²⁾.

Manželství ve středním věku nejsou tak harmonická. Objevují se problémy i vlivem rozdílů v procesu stárnutí. Ve stáří se známky sexuální involuce u obou pohlaví vyrovnávají. Ale ve středním věku se stárnutí v sexuálním ohledu projevuje jinak u muže a jinak u ženy. Sexuální iniciativa se přesouvá na ženy, protože u nich vzrůstá libido a otupují se hroty tradičního ženského ostychu. Nezřídka tento jev doprovází klimakterium.

U žen je frigidita častější poruchou než u mužů. Rovněž déle trvá, protože se u ženy většinou projeví již v počátcích sexuálního života, takže to vypadá, jako by byla vrozenou záležitostí. Na rozdíl od toho se muž frigidním stává. Tento neduh ho přepadne až kolem padesátky. Libido se někdy ztrácí a o sexuální styk nemá již zájem jako dříve. Jestliže se manželství zachová od mladých let, přestože je žena frigidní, nic se nemění ani později. Horší je, když frigidita postihne po letech manžela a jeho žena si zvykla na sexuální prožitek jako na samozřejmost.

Mnohé ženy ve středním období vyjadřují přání mít častější styk, než si přejí manželé^{3, 4)}. To nemusí být jen mužovou

frigidity. Někdy nechybí libido, nýbrž selhává potence. Je to vina andropauzy? Kuriózní je výklad selhávání manželových sexuálních funkcí v souvislosti s psychosexuálními obtížemi, jimiž v klimakteriu trpí manželka. Ty prý u manžela způsobují takový zmátek, že dojde k jakési nákaze. Vyvolává se „klimakterium“ i u něho, a to prý zaviní impotenci⁵).

Není ovšem vtip, řekneme-li, že mužskou impotencí trpí nejen muži, ale i ženy, které s nimi žijí v manželství. Lze to přičíst na vrub odlišnostem v sexualitě a v názorech na sexuální styky, což plodí mnohá nedorozumění.

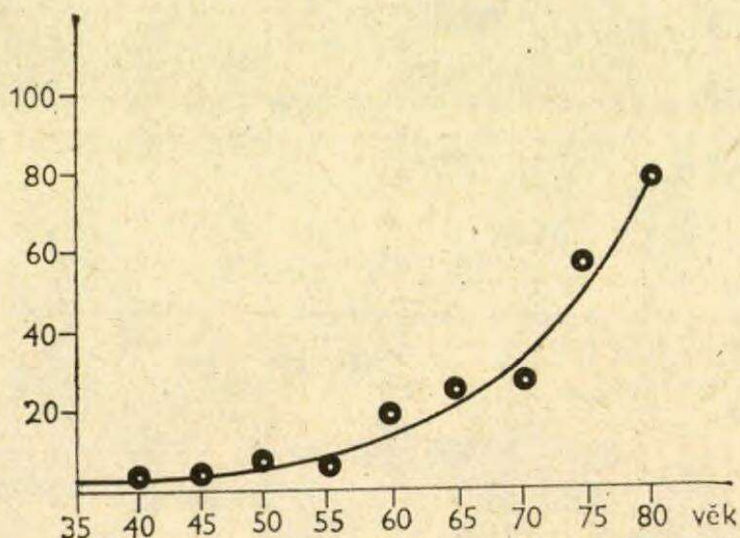
Pokud náročná žena u svého muže pokládá potenci výhradně za fyziologickou funkci obdobnou trávení či vyměšování, nesprávně si může vykládat i jiné okolnosti. Falešně z toho vyvodí, že potence v neztenčené míře automaticky vydrží na celý život. (Polehčující okolnosti přiznává jen mužovu vážnějším tělesnému onemocnění, protože většina lidí ví, že při celkové slabosti a bolestech jeví pacient o sexualitu jen malý anebo vůbec žádný zájem.) Co však je podstatou nedorozumění, to se týká jiné spojitosti. Přestože je tato spojitost častá, lidé ji vidí méně často. Involuční sexualita vyžaduje *jiné* podmínky a *odlišné* podněty než dříve, a mužovo sexuální selhání se většinou týká *psychických* příznaků jeho stárnutí. Některým ženám v involuci to není úplně jasné, zejména když u nich v této době dochází k zvýšení sexuálních zájmů. Spoluvinu na sexuálním nesouladu nehledá u sebe téměř žádná manželka.

Při poruchách sexuálního soužití je třeba do psychoterapie zapojit oba partnery, což platí též o sexuálním nesouladu ve stárnoucím manželství. Zaprvé je třeba vycházet z toho, že sexuální život není projevem jen mladých manželství, ale přispívá k spokojenosti v každém svazku a v každém období lidského života. Zadruhé nesoulad zde nevychází jenom z mužovy impotence, třebaže to tak na první pohled vypadá. Rozbor manželské situace v přítomnosti obou manželů i pohovor s každým zvláště tvoří nezbytný začátek psychoterapeutického procesu. Nedostatky se zatím neodstraní, leccos se však může vysvětlit. Je to i prevence, neboť se předejde mnoha dalším nedorozuměním. Nespokojená žena je například schopna vykládat si manželovu impotenci jako výmluvu a v pozadí popřípadě vidět jeho nevěru.

Není však oprávněné dělat z žen středního věku Messaliny! A to nejen z hlediska etiky, ale především ani podle sociosexuologických zjištění. V uvedených případech ženských se-

sexuálních nároků šlo víceméně o klinické zkušenosti a tedy o výjimky z běžného sexuálního standardu. V obvyklejších případech se rozdílnosti v sexuální stárnutí naštěstí projevují pozitivně k oboustranné spokojenosti. Obvykle má žena totiž zpočátku proti častým sexuálním nárokům svého manžela výhrady a námitky, stykům se snaží vyhýbat, anebo se jen rezignovaně odevzdává jako „objekt“. Když se s přibývajícím věkem mužovy nároky snižují a rytmus sexuálního života se v manželství zvolní, žena se cítí spokojenější a sexuální styky intenzivněji prožívá jako jejich subjekt. Frekvence styků vyhovuje oběma manželům. Tento případ je častější.

Obr. 6. Křivka impotence ve vztahu k věku (podle Borelliho)



Zkušení klinické vědí, jak je těžké spolehlivě rozeznat příčiny mužské impotence. V mnoha případech se zpochybňuje sama diagnóza, protože jde o *relativní potenci*, nikoliv a impotenci. Klinický rozhovor spoléhá na subjektivní anamnézu a na objektivní reference partnerky, jež se od výpovědi pacienta nijak neliší. Somatické vyšetření je bez patologického nálezu a odpovídá normě. V urogenitálním traktu se nezjistí žádné organické změny. Ani v pánevní oblasti, ani kdekoli jinde nejsou postiženy cévy. Laboratoř nezjistí kritický úbytek sexuálních steroidů (plazmatického testosteronu). Příčiny nutno hledat v jiné než v tělesné oblasti.

Pokud se u muže objevují ranní erekce, impotence většinou nepochází ze somatických příčin. To by mohlo být jistým diferenciálně diagnostickým vodítkem. Muž si stěžuje na chronickou únavu a vyčerpání. Zaměstnávají ho existenční starosti, o nichž jeho žena vůbec neví. Večer není s to dělat nic jiného než sedět u televizoru a často při tom usne. Pro odchod na lůžko si zvolí okamžik, kdy manželka buď již spí, nebo ještě

nejde spát. Obvyklejší je první možnost, ta však je potom příčinou mužovy nespavosti. V podstatě obdobná symptomatika jako při neuróze. Snad proto se vžilo označení sexuální neurasenie, od kterého se však upouští, protože je příliš široké.

Ve vztahu k věku (od dětství do vysokého stáří) zkoumal výskyt mužské impotence Borelli⁶). Analyzoval materiál 15 868 mužů a podle něho sestavil tabulku, v níž jsou pozoruhodné především hodnoty přírůstku impotence podle věku (tab. 6).

Tabulka 6. *Výskyt impotence ve vztahu k věku (podle Borelliho)*

Stáří	Celkový počet vzorku	Případy impotence	Procento impotence	Přírůstek v procentech
10	4108	0	0	0
15	3948	2	0,05	0,05
20	3017	3	0,1	0,05
25	1627	6	0,4	0,3
30	1025	8	0,8	0,4
35	741	10	1,3	0,5
40	513	10	1,9	0,6
45	347	9	2,6	0,7
50	236	16	6,7	4,1
55	134	9	6,7	0
60	87	16	18,4	11,7
65	44	11	25,0	6,6
70	26	7	27,0	2,0
75	11	5	55,0	28,0
80	4	3	75,0	20,0

Markantní jsou tu dva „skoky“ v přírůstku incidence poruchy — v padesáti a v šedesáti letech věku. Autor bohužel nediferencuje mezi primární a sekundární impotencí. Možno však předpokládat, že zvýšený přírůstek ve výskytu poruchy po padesátce je zaviněn spíše primární formou, zatímco po šedesátce spíše formou sekundární, a to následkem kritičtějšího úbytku androgenů a hlavně snížením citlivosti cílových tkání na ně. Významný je pokles potence teprve po pětasedmdesáti letech věku, což slouhlasí s dalšími gerontosexuologickými průzkumy (viz předchozí kapitola).

Nejde-li o chronický defekt, sexuální selhání se v mladších letech bere celkem na lehkou váhu. Vždyť se to podaří jindy! Když se potíže s potencí objeví ve středním věku a zejména

když se opakují, znamená to pro mnohé muže trauma. Přestávají si věřit. Trápí se domněnkami, že je s pohlavním životem konec. Významnou roli tu hraje strach ze selhání. Ještě horší je situace, když se objeví další fenomén — „strach ze strachu před selháním“. S ním se pohřbívá veškerá sebedůvěra a nakonec se předchozí pochybnosti o dalších sexuálních možnostech změní v pevné přesvědčení o impotenci. Ironií je, jak si muž za této situace dokáže vytvářet atmosféru mimořádně nepříznivou pro to, aby vůbec něco v sexuálním ohledu dokázal. On totiž již předem „ví“, že selže! Takže je pro něho marné o něco skutečně usilovat. Snaha je spíše formální, a pak už se vůbec upouští od každé snahy. V padesáti letech se muž začne pokládat za úplně impotentního a tuto spontánně vyřčenou diagnózu se snaží sugerovat lékaři, který ji někdy přejme, někdy ne. Pacienta mezitím v noci tyranizují erotické sny a dvakrát (či víckrát) týdně se ráno probouzí s erigovaným penisem. Noční sny pokládá za psychický důsledek své fyzické neschopnosti a ranní erekci přikládá plněmu močovému měchýři. Zatím však jde obvykle o známky jeho dalších sexuálních možností.

Muži kolem šedesátky referují, že při ranních erekcích jim někdy stačí posazení na lůžku nebo jiný výraznější pohyb a erekce ochabne. Nejčastěji erekce zmizí, když začnou chodit. Pokud je tedy příležitost a manželé chtějí uskutečnit sexuální styk, zvláště v období, kdy partner selhává, měl by muž na loži zůstat ležet a vlastní aktivitu směřující ke koitu by měla převzít manželka, eventuálně partnerka. Tím se dostáváme k sexuální koordinaci ve dvojici, zejména k úloze ženy.

CHERCHEZ LA FEMME!

Jak náš Andrej zevšedněl, jak vyprahl a zestaral
při té ženě!

Anton P. Čechov: *Tři sestry*

Ani jsem si neuvědomila, jak mi muž zlhostejněl,
jak naprosto vymizel z mé mysli. Uvykla jsem si
na něj pohlížet se shovívavým nezájmem.

Sibilla Aleramová: *Žena*

Určité procento pacientů, co se sami diagnostikovali jako impotentní, zároveň uvádí, že impotencí trpí jen doma u svých

žen. Není v tom rozpor? K útlumu sexuálních funkcí v několikaletém manželství vedou faktory, o kterých jsme obecně hovořili v odpovědi na otázku, proč je muž zranitelnější. Víme, že příčiny impotence nelze hledat jen u mužů. Zkušený klinik na chvíli přizpůsobí svou profesi úkolům detektiva a jedná podle hesla *Cherchez la femme!* Za vším hledej ženu!

Muž (jako Andrej ze Tří sester) mnohdy zestárne a vyprahne vedle zatrpklé a zanedbané ženy. Situaci stejně desexualizující vytváří pro něj ženská lhostejnost a nevšímavost.

Sexuální přitažlivost ženy není stále stejná. Muži mohou průběhem let měnit svá kritéria, ale pravděpodobnější je, že je nemění. Mění se ženy. Přestože mnohá zůstává sexuálně atraktivní až do pozdního věku, jiná svou atraktivnost ztrácí a do popředí u ní vystupují fyzické či fyziologické známky stárnutí, jež náhle pro manželovo libido nepředstavují už žádné vzruchy, ale jeho libido mohou naopak spíše tlumit. Zcela jistě to není obecný jev. A pokud se vyskytne, děje se z nejrůznějších příčin a v různé podobě. Někdy jde jen o podvědomý odpor, který jindy vstoupí do vědomí a plně se racionalizuje jako rozumová překážka. Sexuální potence a zájmy některých mužů se tlumí žárliveckými výstupy a výčitkami, kterými je žena zahrnuje, aniž tuší, že právě jimi připoutává pozornost na změny, které se staly nikoliv s její povahou a city, ale s jejím tělem. Tělesné faktory jsou asi rozhodující. Podle ankety v jednom odborném lékařském časopise muži uváděli, že sice mají porozumění pro involuci svých žen, pokud se manifestuje v psychických problémech, ale nejsou u nich s to ze sexuálního hlediska tolerovat některé změny tělesné. Odpuzuje je u žen obezita, hypertrofie nebo atrofie prsů, silné ochlupení a vousy, chorobné vypadávání vlasů, oteklé nohy, zbytnění kloubů na nich aj.⁷⁾.

Žena nemůže zůstat stranou psychoterapeutického procesu zejména tehdy, je-li podle klinického zjištění faktickou příčinou mužovy impotence. Jakmile jí záleží na manželství, leccos pro to udělá, zejména když je přesvědčena, že to prospěje i jí samé. Konec konců, držet dietu nebo se podrobit kosmetické operaci není tak velká oběť. Takové oběti ženy podstupují, i když to muži od nich nevyžadují. Většina starších žen nevyhledává sexuologa kvůli sníženým sexuálním reakcím, jak to dělají muži. Některé ženy jdou spíše do kosmetického ústavu nebo se podrobují plastice obličeje, protože si přejí vypadat mladě. Jejich přání má rovněž vztah k sexualitě. Pocit, že vypadá mladě, je pro ženu důležitým psychickým stimulem

mimo jiné i pro sexuální reaktivitu. Je to možná jenom auto-sugesce či autostylizace, ale má svůj biický smysl: U ženy se mění celé hodnotové „tělové schéma“, odrážející se v její psychice.

Samozřejmě je třeba odmítnout nerealistické reklamní slogany à la „Omládnete o dvacet roků!“ Žádné zázračné prostředky ani omlazující drogy nemohou zabránit involučním změnám. Trvale nic nezmohou ani hormony, které jsou v kosmetických přípravcích (estrogen aj.). Když lékaři dělali pokusy mazat jednu tvář žen hormonálním obličejovým krémem a druhou tvář masť bez hormonů, zjistilo se, že obě tváře dopadly zhruba stejně. Po padesátce by si žena měla ošetřovat obličej jako dětskou kůži. To znamená málo mýdla, více krémů a málo též vystavovat obličej prudkému slunci.

Některé změny způsobené stárnutím upravit či zastavit nelze. Nelze ovšem spoléhat ani na to, že důvody uváděné pacienty, týkající se poukazů na ztracenou ženskou přitažlivost, tvoří pravou příčinu jejich sexuálního selhání. Mnohdy jsou to jen mužovy falešné projekce, mechanismy sebeobrany, únikové reakce a výmluvy, představující vědomý základ pro nevědomé pozadí. (Psychoterapeutické východisko se musí ovšem držet faktických příčin mužovy impotence, nejen toho, o čem sám referuje.) U mnoha pacientů se vyvíjí paradoxní reakce: čím častěji selhávají v sexuálním výkonu, tím více jsou nutkáni zabývat se sexualitou alespoň v představách, anebo tím více touží ukázat svou mužnost a přinést pro ni důkazy. Nebývalý zájem manžela na sexuálním poli může manželku jen iritovat, zvláště když jeho pokusy přitom stále selhávají. Není tedy tato „přehnaná sexualita“ impotentních mužů pouhým mechanismem sebeobrany?

V jeho rámci by muž mohl shledávat důkazy, že sexualita je stále centrálním faktorem jeho života! A pokud tomu tak je, měl by to vysvětlit především své manželce. Protože od ní se bude žádat pomoc. Proč by žena neměla mužovi pomáhat mobilizovat sexuální síly, jestliže mu pomáhá ve všem ostatním? Odrazuje ji často staré klišé, že sexualita či přinejmenším sexuální činorodost je záležitostí mužů. Tady je krutý paradox. *Klišé pěstované a hýčkané muži se náhle obrací proti nim, jakmile zestárnou.*

CO SEXUÁLNĚ SBLIŽUJE

Porozumění pro sexuální problémy nelze žádat jen od manželek, které si sexuální styk přejí (víceméně kvůli sobě), protože ty se o to snaží ze své vůle. Důležitější je získat pochopení u žen, které styk celkem nevyžadují nebo na něj již rezignovaly. Měly by si uvědomit cenu sexuality a aspoň někdy se na ni podívat mužskými očima, což samozřejmě neznamená nutit ženy do mužských postojů — impotentním mužům by se ničím jiným nemohlo víc ublížit.

V podstatě tu jde o přístup k sexualitě a o vytvoření příznivé atmosféry. Když stárnoucí manželé pohlížejí na sexuální selhání jako na něco strašného, proti čemu se musí intenzívně bojovat, skutečně pak manžel selhává. O erekci se pokouší vůlí, ale z jeho snahy pramení jen napětí, jež celou věc ještě komplikuje. Řešení spočívá v uvolněném postoji. Za těchto okolností musí muž slevit z postojů, které mohl zaujímat dejme tomu v době plné sexuální výkonnosti, kdy si ještě věřil, ale které nyní neplatí — jsou to postoje, při nichž se chápe milostná situace jako *bojový úkol*, což je nerealistické. Uvolněný postoj musí sdílet oba partneři a pokud možno by měli být zajedno v přesvědčení, že by bylo sice dobré, kdyby ke styku došlo a kdyby byli oba spokojeni — jestliže však k němu nedojde, není to žádná katastrofa. Uspokojení možno docílit jinými cestami. Partneři si jsou nablízku, mohou vyjadřovat lásku jinak, projevují si něžnosti a uskutečňují erotický kontakt v klidné a uvolněné atmosféře. V ní se odstraňují psychogenní zábrany, nepříznivé emoce, nejistota, strach ze selhání a také obavy, že toto selhání může vážně narušit manželskou harmonii a štěstí. Čím starší jsou muž a žena, tím více platí pravidlo, že jejich intimnímu sblížení a sexuálnímu spojení má předcházet to, pro co hovorový jazyk používá výraz „sváteční chvíle“. Rituál předpokládá, že vlastnímu styku musí předcházet něco, co navodí příjemnou a mimořádně vyrovnanou náladu, vzájemný společenský i citový kontakt dejme tomu při poslechu hudby nebo při vypití šálku čaje, kávy, sklenice vína (rovněž svátečně naservírovaného). Každá dvojice pro to najde svůj recept, třeba jen když si připomene dobu prvních sexuálních sblížení.

Pak tu jsou otázky techniky. Určité pozice při koitu umožňují zavést do vaginy i slabě erigovaný penis. Dvojice se též musí oprostit od stereotypní a přísné představy viktoriánské morálky, že v manželství nelze používat takových způsobů

sexuální stimulace, jaké se běžně užívají v sexualitě před manželstvím v mládí. Proč by se však v manželství mělo přestat s pettingem? Není to protismyslné? Orální a manuální techniky mají smysl (či spíše modifikují původní smysl) právě pro sexualitu ve středním věku a ve stáří. S jejich pomocí se totiž snáze dojde k sexuálnímu uspokojení a oběma partnerům se umožní styk i orgasmus. K tomu třeba ovšem znát možnosti a vědět, jak sexuálně vzruší jeden partner druhého. Ruka je orgánem, který nám umožňuje pracovat, a tak nás odlišila od nižších species. Potřebujeme ji, alychom na klavír nebo na housle mohli zahrát melodie, které nás emočně rozechvívají. Rukou se laská a hladí dítě. Adolescenti používají ruku při pettingu (s mlčenlivým souhlasem rodičů), protože to patří k dospívání. Ale — a zde je to velké *ALE* — užívání rukou a prstů, nehledě již k užívání jazyka a rtů, podléhá po svatbě z jakéhosi imaginárního důvodu obecně přijímanému tabu! Jeho překročení má přinejmenším za následek nepříjemný stud.

Zkušený muž dokáže svou ženu plně uspokojit manuálním drážděním různých erotogenních zón jejího těla, především klitorisu. K tomu samozřejmě nedochází, když žena chápe jako perverzní všechno, co se odchyluje od pouhého zavedení penisu do pochvy a od pohlavního styku. Může také před tím cítit odpor. Sexuální tabu jsou v člověku hluboce zakořeněna. Ale naše představy, co je v sexuálním chování normální, přijatelné a morální, prodělávají velké změny. Proč je tedy nepřizpůsobit spokojenosti v sexuálním životě?

K obtížím stárnoucího muže nepatří ani tak fyzická neschopnost ke koitu jako spíš fakt, že potřebuje dosti dlouhý anebo úplně odlišný způsob dráždění než dříve. Často již ve středním věku je důležité, aby se žena svého partnera pokusila sexuálně vzrušovat způsoby, jež mu vyhovují. Úspěch při jejich použití předpokládá, aby se komunikace mezi mužem a ženou zbavila starodávných klišé. Manželé se mají poznat intimně a mají se o tom bavit. Stačí pak gesto či náznak v hlase, aby se probudil sexuální zájem. Partneři by si měli vzájemně odhalovat tajemství, jak se u nich může sexuální vzrušení probouzet a co je nejvíc uspokojí.

JENOM NEREZIGNOVAT!

Leč jaké peklo po vteřinách žije, kdo nevěří, leč
nyje, doufá, zoufá — a přece musí milovat.

William Shakespeare: *Othello*

Dalo by se uvést množství chyb, kterých se v sexuálním životě dopouštějí lidé středního věku. Záleží ovšem na velmi konkrétních i speciálních okolnostech, takže je při tomto množství nelze vyjmenovat všechny. Přesáhlo by to rámeček této práce. Nicméně čtyři typické příklady uvedeme. Často s nimi lze problém lépe osvětlit a přinejmenším vždy dokreslí sdělení obecností.

56letý M. N. je vedoucím odbytu ve středně velkém podniku. Autoritativní a úspěšný člověk, dobře sociálně adjustovaný. Pochází z rodiny živnostníka. Je druhorozený. Se starším bratrem se vidí zřídka, bydlí daleko. Cítil se vždy zdrav, kromě banálních virových infekcí nepoznal ani v dětství žádné vážnější onemocnění.

V počátcích sexuálního života neměl žádné obtíže. První styk v sedmnácti letech. Od té doby nikdy netrpěl sexuální nouzí. Oženil se ve čtyřiaadvaceti letech (jak sám říká „z nerozumu“), poté se pro vzájemné neshody rozvedl a oženil se znovu, ve svých třiceti letech. Ve druhém soužití byl spokojen i po sexuální stránce. Třebaže měl příležitostné pohlavní styky mimo manželství, nenarušily manželskou atmosféru, neboť se při nich citově neangažoval. V sexuálních kontaktech s partnerkami preferoval vždy vlastní koitus. Nebyl zvyklý věnovat se milostné předeherě a nevyhledával ani náhražky koitu. V předchorobí měl vždy pocit dominance a sebejistoty. Dobře kontroloval své sexuální funkce, nikdy neměl problém s erekcí ani s oddálením ejakulace.

Dnes už pět roků sexuálně nežije. Líčí, jak došlo ke vzniku jeho nucené sexuální abstinence. Při služební cestě měl možnost kohabito-
vat s náhodnou partnerkou, ale protože byl unaven nepohodlným cestováním i nepříjemným obchodním jednáním, dostavily se problémy. Bylo to prvně v životě. Předtím si zvykl jako na samozřejmost, že se erekce dostavovala spontánně, kdykoliv to potřeboval. „Teď jsem byl šokován. Ocítl jsem se s pěknou ženou v intimní situaci a nemohl jsem.“ Žena dala své zklamání najevo zcela zřetelně. (Jak jste se zachoval?) „Odešel jsem od ní suverénně s tím, že prostě není můj typ. Ale suverenita mi vydržela, jen než jsem za sebou zavřel dveře.“ Té noci špatně spal a měl pocit, že se mu v hlavě usadila mûra. Po návratu domů nazítří souložil s manželkou; už se to

však nezdařilo tak jistě jako dříve. „Manželka vyzvídala, jestli jsem se pohlavně nevyčerpal na služební cestě. To mě dorazilo.“ Další sexuální styk, který chtěl s manželkou uskutečnit po dvou dnech, nemohl být realizován, protože měl slabší erekci a vlastně se tedy ani o spojení nepokusil. Téměř dva měsíce se sexuálním stykům vyhýbal. Ale když k tomu došlo, zjistil opět slabší erekci a koitus trval kratší dobu než obvykle. M. N. ztratil dosavadní jistotu a vlastně pak na sexuální činnost rezignoval. K poradě s lékařem se odhodlal, až když manželka začala vyhrožovat rozvodem. Jeho sexuální nezájem si vykládala tím, že má milenku. Chtěl tedy, aby mu lékař potvrdil, že nemůže sexuálně žít a že proto není ani nevěrný.

Dominantní povahové rysy, zvýšená sebejistota a suverenost prospívají v heterosexuálních stycích mužům *mladšího věku*. Zmínili jsme se o vztahu sexuality a „agresivity“ v myšlení mladých. U koho se tento vztah realizuje, ten obvykle v mladších letech netrpí žádnou formou sexuálního selhání. Má to však nevýhodu později, kdy se dostavuje involuční únavy. Jedinci s touto povahovou strukturou si ani po padesátce nechtějí připustit svůj věk a jeho možnosti, což by bylo správné a výhodné, kdyby v nich zároveň nehodaly i pochybnosti na základě osobních zkušeností, které si nedokáží racionalizovat. Jejich *ego* je pak velmi zranitelné na bumerang, který hodili kdysi v mládí a nyní se jim vrátil. Protože se v mládí nesetkali se situací sexuálního selhání, nenaučili se jí ani zvládat a čelit jí pomocnými technikami. Involuční změny v sexuální reaktivitě, především slabší erekce penisu, ale i kratší trvání koitu, na ně působí náhle jako šok se všemi psychickými důsledky stressovaného organismu. Co zbývá? Obranných mechanismů je více. Zajímavé je však, jak dominantní a vitální typ mužů z někdejších svých postojů snadno sklouzává k opačnému — pouze rezignujícímu — pólu chování. K této kategorii patřil i náš případ M. N. Z úlohy favorita nebyl schopen přejít na roli řadového běžce.

Rezignace jako následný projev sexuálního selhání je *circulus vitiosus* jednoho druhu primární impotence. Nevychází však jenom z povahové struktury subjektu. Mnohdy ji vyvolávají i objektivní okolnosti, především chování dlouholeté partnerky a životní družky. To je další typický případ.

49letý J. K. byl v mládí rovněž velmi dobře sexuálně disponován. Vyrovnaná povaha, pyknický habitus. Společenský, veselý, dobrosrdečný, snadno však emočně zranitelný. Pracuje jako výkonný

umělec. Pochází z muzikantské rodiny, otec byl hudebníkem. Narodil se jako jedináček, matka zemřela brzy po jeho narození. Vychován byl nejprve babičkou, pak sestrou otce. Laskavá výchova obou žen nahradila nepřítomnost matky.

Oženil se ve třiceti letech s partnerkou o osm roků mladší. Měl zájem o častý sexuální styk (až několikrát týdně), za jeden večer dokázal styk opakovat. Docházelo kvůli tomu k neshodám s manželkou. Domnívala se, že jeho nároky jsou maximalistické. Manželce vytýkal její nezájem („celých patnáct let!“), mnohdy si z toho před známými dělal legraci nebo si stěžoval, že u své ženy nenalézá pro svou výkonnost pochopení. Jednou ji před kamarády označil za frigidku. „Viděl jsem, jak takové narážky před druhými lidmi nelibě nesla.“

Erekční schopnost se začala zhoršovat s blížící se padesátkou. Přestože manželka ani teď nejevila o sexuální styky větší zájem než dříve, neodpustila si využít jeho selhávání nejprve k občasným a poté stále častějším narážkám, kterými víceméně oplácela jeho někdejší stížnosti. Asi tu rovněž hrál roli její stálý nezájem na sexuálním životě, jelikož si myslela, že muži svým posměchem sexuální aktivitu znemožní, což se skutečně stalo. Manželovy erekktivní impotence využívala „s pravým potěšením, aby mi mohla říct, proč toho nenechám, když mi to nejde“. Postižený si nejprve hodně sliboval od nějaké jiné známosti, ale nevěděl, jak do toho, protože v jejich navazování neměl zkušenosti. Mimomanželské sexuální styky (až na jeden náhodný případ) nikdy prý nepěstoval. „Na to jsem měl svou ženu moc rád — ale teď bych jí byl klidně nevěrný, bez výčitek svědomí.“ Letos na sexuální styky rezignoval k její úplné spokojenosti, ale k velké nespokojenosti vlastní. K odborníkovi se poradit nešel, protože se domnívá, že jeho pohlavní porucha je zaviněna stářím [1].

V civilizované společnosti si některé věci nechávají původní magický význam a rovněž tak v civilizovaném svazku manželství. Relikty magického myšlení se odborně využívají v psychoterapii, což je léčba slovem. Není žádný objev, že slovo dovede léčit, ani to, že slovem se dá i ublížit — bezděčně i záměrně. O té druhé možnosti dobře věděl Shakespeare, než stvořil svého Jaga. Naše přetrvávající magické myšlení je na slovo velmi citlivé. Když žena zraní manžela v jeho sebedůvěře a jistotě, dokáže tím poměrně snadno narušit nebo úplně likvidovat manželské sexuální soužití. K obrazu primární impotence patří, že nelze očekávat sexuální výkonnost od zraněného muže (třebaže jde jen o „magické poranění slovem“).

CO ZPŮSOBÍ HISTORICKÁ BÁZE OSOBNOSTI

...ale to máte to celé, že ta zatracená psychologie je hůl o dvou koncích!

Fjodor M. Dostojevskij: *Zločin a trest*

Dále bychom mohli zopakovat vše, co bylo řečeno o stressujících situacích, vyplývajících v souvislosti s věkem ze společenského prostředí. Především se vyskytnou v práci a v zaměstnání. Hovořilo se již o syndromech sociální maladaptace, o „syndromu běžce bez cíle“, o sociokulturních příčinách „mužského klimaktéria“, o starostech existenčních i „existenčních“, tj. o ztrátě smyslu života a o pocitech, že člověk už patří do starého železa.

V patogenezi primární impotence vidíme na předním místě sociokulturní faktory, jež se lomí psychickými vlivy. O tom svědčí další kasuistika.

V anamnéze 52letého B. S. se nenašlo nic pozoruhodného. Vychovávan v početné rodině, pocházel ze slabších hmotných poměrů. V adolescenci prodělal zánět ledvin. S ledvinami laboroval i po třicítce, kdy měl kameny a dvě nebo tři ledvinové koliky během jednoho roku. Po léčbě se onemocnění uklidnilo.

Oženil se později až v pětatřiceti letech. Vzal si ženu o šestnáct roků mladší. Neženil se dříve proto, že podporoval na studiích mladšího bratra. Sám při večerním studiu absolvoval střední ekonomickou školu. S nastávající manželkou se seznámil v zaměstnání. Pracovala u něho v oddělení. Do poslední doby byl v manželství spokojen. Měli dvě děti, chlapce.

Během posledního roku měl problém v zaměstnání. Jeho postavení se zde zhroutilo. Pracoval v podniku, kde bylo třeba často vyjíždět do zahraničí a sjednávat obchodní smlouvy. Své zaměstnání měl mimořádně rád. Zajímalo ho, bylo pro něho vzrušující. „Vždycky tam o něco šlo, a i když se mi nepodařilo splnit všechno, jak bych si přál, měl jsem stále pocit úspěchu a potřebnosti.“ Vlivem okolností, jež nevyžadují rozboru, byl náhle přeřazen na podřadné místo, kde vykonával kancelářskou práci nekvalifikovaného úředníka. Byla to práce nezajímavá. Výjezdy do ciziny byly do odvolání zastaveny. Najednou se změnil i celý jeho život. Výrazně se zhoršily jeho finance, celkově se zhoršilo jeho společenské postavení. Pod vlivem celkové deprese nastal útlum i v sexuální sféře. Postižený si připadal jako člověk, který je vyřazen ze všech příjemných oblastí života.

Nikdy mu nevadilo, že jeho manželka je o šestnáct roků mladší. Najednou si začal dělat starosti, zda ji může uspokojit. Pochyboval o svých možnostech uspokojit ji finančně („dovedla hodně utratit“) a také sexuálně („v tomto ohledu byla velmi náročná“). Nedařilo se mu. Když téměř na sexuální činnost rezignoval (dokonce se trápil, že si manželka najde jiného), uzavřel se do sebe a choval se jako podivín. Úzkostlivě se začal starat o své zdraví. Občas ho prý „píchalo v zádech“ a domníval se, že se ozývá někdejší ledvinové onemocnění.

V sexuálním směru jevil známky svědčící pro somatické příčiny své impotence. Ráno se nebudil s erekcí a nepocífoval žádnou sexuální touhu. Přestal se zajímat o hezké mladé ženy, ačkoliv ho to dříve bavilo, třebaže nevěru nevyhledával.

Případ se vyvinul šťastně. Stejně znenadání jako se zhoršila, tak se jeho existenční situace zlepšila. Byl znovu povolán do předchozí funkce. Začal opět cestovat do zahraničí. Pracoval jako předtím. Jako zázrakem se změnila k lepšímu i jeho sexuální potence. Nebylo třeba léčby, neboť původní sexuální výkonnost se vrátila, stejně jako se předtím snížila — v přímé závislosti na změně v zaměstnání a ve funkci. Zbyly jen nepříjemné vzpomínky: vzpomínal například, jak se při svých neúspěších cítil najednou starý, prý „starý se vším všudy“.

Mnohému z nás život připravuje pohádková řešení, když už to nečekáme. Přinejmenším se pohádková zdají být postiženému, což je i případ B. S. Ve zlepšení své existenční situace, své potence i svého duševního stavu viděl jen náhodnou koincidenci, aniž by tušil jejich společnou a přímou závislost. Z tisíce mužů, kteří mají značně mladší manželku, se řekněme jen u stovky vyskytnou existenční svízele a u desítky z nich přistoupí další vlivy, takže je stressována psychika i psychosexualita. U tří z postižených se dejme tomu existenční okolnosti zlepší — a nyní se prosadí „pohádkové řešení“. Ostatní se musí buď léčit, anebo vyřadit sexualitu ze svého programu.

Vlivem okolností selhává starší muž snáze než v mládí. Mylně se to však připisuje jenom involuci. Za jeho selháním většinou vězí psychické a sociokulturní noxy, jejichž dopad je těžší než dříve. Psychosexualita je zranitelnější. Emoce pro ni neznamenaají sice všechno (a jsou také rigidnější) a vyřazení sexuálních funkcí již nemusí stárnoucí muž prožívat jako osobní tragédii. Čili v jistém smyslu je pro něj situace lehčí, ale jen v jistém smyslu, o němž hovoříme, jinak ne. Nyní je sexuální funkce zato fragilnější, křehčí, snáze se zlomí. Nepříz-

nivé vlivy a především duševní traumata z mládí a z počátku středních let se pak u stárnoucího jedince do bilancování celého života promítají jako minusová položka. Koncem středního věku se objevuje tendence negativně bilancovat leccos z toho, co člověk prožil, anebo ještě spíše, co *nestačil prožít*. V pozdějším stáří se s vyrovnaností (a rigidností) vrací zas optimismus.

Rozhodující je „historická báze osobnosti“ (Vondráček): Co všechno člověk prožil a jak zpracovává prožitky, jaké má vzpomínky a jak je „metabolizoval“, jak zpracovává momentální zážitky, jaké psychické reakce vybavuje na neduhy, na nemoc či na chirurgické zákroky, jež s sebou nese věk.

Další zbytečné zakončení či přibrzdění sexuální aktivity představují postoperativní stavy, jimiž se — jak řečeno prve — rozumějí především psychické komplikace.

51letý M. O. netrpěl dosud žádnými sexuálními problémy. V anamnéze vše v pořádku. Manželský sex do posledka pravidelný. Pak byl operován pro žlučnickové kameny. Rána se špatně hojila, byl nucen setrvat delší dobu na lůžku a několik týdnů ještě ránu doléčovat. I poté v ní při napětí břišních svalů nebo při prudším pohybu pocíval bolesti. Nebyly intenzívní, ale měl obavy, že signalizují nedostatečné zhojení. Pacient nevěděl, že na místě chirurgického zásahu přetrvávají bolesti někdy ještě rok nebo i déle.

Z obav, aby se nějak nepoškodil, ani sexuálně nežil. O sexuální styk se pokusil až asi osm měsíců po operaci, ale měl potíže s potencí a nebyl s to je trpělivě překonat: „Myslel jsem, že si to tělo neřádá, že se tím nějak brání, abych od něho něchtěl něco, na co už nestačí.“

Pokud se předchozí případy mylně vykládaly jako sexuální selhání více či méně ze somatických příčin (involuce, ledvinové onemocnění), platí to o čtvrtém případě bez výhrad. Psychická situace je však podstatná i zde. Na konto stárnutí tu jdou pouze okolnosti nezbytné pro uchování sexuálních funkcí u *každého muže* — čili bez ohledu na to, zda se podrobil operaci či ne. Po padesátce vyžadují tyto funkce pravidelnost a „trénink“. Po delší sexuální abstinenci vyvstávají problémy a v důsledku postoperativního stavu se fixují na psychogenním základě. Budeme o tom ještě mluvit v kapitole o vztazích mezi sexualitou a prodělaným tělesným onemocněním.

Po zákroku, jaký prodělal M. O., je snížení tělesné zdatnosti k sexuálnímu životu vždy přechodné. (Známe případy, že se

muži středního věku po stejné či podobné operaci na trávicím traktu vraceli k heterosexuálním stykům již za čtrnáct dnů! Doporučit možno tyto styky asi za šest týdnů po operaci, což je střízlivý odhad při průběhu bez komplikací.) Jde pak jen o otázku psychické způsobilosti, která při duševní a sociální pohodě obvykle zahrnuje k sexuálnímu styku více dispozic než zdatnost tělesná. Některý muž si toho po operaci není vědom.

AFRODIZIACA A DALŠÍ PROBLÉMY

Ponechme stranou diferenciálně diagnostický problém primárního a sekundárního původu impotence. Panuje zde ještě mnoho nejasností. Stačí nám konstatování, že se obě formy vyskytují i ve středním věku, i když sekundární forma asi zatím méně. Zmíněná nejasnost plodí ovšem další otázky, především otázku hormonální substituce. Poznal jsem 48letého pacienta, který si na impotenci stěžoval již tři roky. Ráno se probouzel bez erekce, manželství nebylo sexuálně konzumováno. Po pěti injekcích(!) mužského hormonu se ranní erekce obnovily a dostavila se chuť k sexuálnímu životu. Vrátila se důvěra k vlastním sexuálním možnostem. Nyní teprve zabrala i psychoterapie. Část efektu bezpochyby vycházela z obnovené sebedůvěry, ale primus movens zlepšení byl patrně androgen.

Referuje se též o terapeutickém úspěchu hypofyzárních hormonů gonadotropinů. Stimulují varletní Leydigovy buňky, v nichž se pak zvyšuje tvorba testosteronu. Byl popsán případ 67letého muže, který neměl sexuální styk pět roků a po osmi injekcích gonadotropního hormonu byl schopen dvakrát či třikrát týdně kohabitoval až k orgasmu. Obtíže se obnovily po třech letech, jakmile byla léčba vysazena. Po opětovné dávce se potence znovu promptně vrátila. Podobný byl případ 61letého důchodce, u nějž androgenní substituce nezabrala, ale zato se okamžitě osvědčila aplikace gonadotropních hormonů⁷⁾.

Greenblatt doporučuje větší dávky androgenů pro impotenci v andropauze, když se předtím v dřívějších letech nevyskytly žádné sexuální potíže⁸⁾. Provedl dvojité slepý test při výzkumu s placebem a metyltestosteronem. U impotentních mužů starších padesáti roků byly rozdíly v úspěchu léčby signifikantní a svědčily ve prospěch podávaného hormonu, zatímco u mladých impotentů se efekt projevil u placeba stejně jako u hormonálního přípravku, ať už v pozitivním nebo negativním

směru. Podle autora to podporuje domněnku, že impotence mladších mužů je velmi pravděpodobně (anebo z větší části) zaviněna psychogenně, kdežto pro muže v andropauze tkví patogenní příčina v endokrinní disbalanci, která někdy provází sexuální stárnutí. To je však, myslím, výklad daný autorovou specializací.

Autosugescí nemusí trpět jen pacienti, ale i lékaři. Hormonální terapie je podle všech známek velmi individuální. Jak je to s afrodiziaky? Touha po nich byla stejně silná jako touha po kameni mudrců nebo po elixíru mládí. Měla však také stejný efekt. Žádné zkratky na cestě do ráje neexistují. Nejinak je tomu v mnoha případech i s „rájem“, který pro některé muže představuje sexuální výkonnost a možnosti sexuálního života. Léčba je často zdoluhavá, trvá týdny i měsíce. Mnohdy ovšem k uzdravení a úpravě potíží stačí jen naděje, což je na druhé straně výhoda.

Zdraví, dostatečný pohyb a hodně spánku jsou ve skutečnosti — podle Kinseye a spolupracovníků — stále ta nejpůsobivější afrodiziaka⁴). To je fyziologická pomoc. Farmakologická pomoc se očekává od hormonů. Například pro Greenblatta existuje jen jedno pravé afrodiziakum: přestože zde působí ještě faktory anatomické, neurologické, psychologické, konstituční a sociokulturní, lze podle něho mužské i ženské libido ovlivnit jako v nějaké chemické rovnici — dosazením testosteronu!

Povzbuzující účinky na libido možná mají i změny v metabolismu mediátorů. Při léčbě deprese látkou, jež tlumila účinek serotoninu a zvyšovala katecholaminy, došlo u pacientky k hypersexualitě, z čehož se vyvodilo, že tato změna v metabolismu mediátorů působí jako afrodiziakum⁹). Je tu však námitka. Neměla by se řečená hypersexualita pokládat spíše za psychofarmakologicky vyprovokovaný manický příznak v rámci bipolární psychózy? Mnohé mánie mají ve svém obraze i zvýšené libido.

Za afrodiziakum může být i pokládán téměř každý druh potravy, jestliže budeme věřit mytologii, fantastickým asociacím a pseudovědeckým tvrzením. Vzhledem k pochopitelné, leč problematické asociaci lidé pojídali penis a varlata silných zvířat. Mořští živočiši jsou spojováni s bohyní lásky Afroditou, která povstala z moře. Celer a mrkev mají falický tvar. Koření je ostré a dráždivé, takže se věří, že dráždí i pohlavní orgány. Vejce jsou symbolem plodnosti. Jiné požívatiny se za afrodiziaka pokládaly jednoduše proto, že byly nedostupné a drahé

(například v Evropě svého času i brambory a rajčata a v Číně velmi drahá polévka z vlaštovčích hnízd).

Mýtus o Afroditě však nemá nic společného s faktem, že muž živěný masem a rybami má lepší „sexuální dietu“ než ten, kdo jí pouze saláty, okurky nebo melouny. Silnější a dobře živěný organismus je pro každou fyzickou výkonnost lepším potenciálem než organismus podvyživěný a slabý, a třebaže sexuální akt není jen záležitostí fyzické zdatosti, tato vlastnost se v určitém stupni přinejmenším předpokládá.

Afrodiziaka se zhruba dělí na dvě skupiny. První tvoří neškodné substance, víceméně působící jen sugestivně. Sem patří shora zmíněné poživatiny. Druhou skupinu tvoří drogy. Jejich účelu poznáme, jsme-li při jejich užívání opatrní, avšak jejich nebezpečí poznali méně opatrní a náruživí jedinci až ante mortem. Sem patří kantaridy (čili tzv. španělské mušky) — sušená a na prášek rozemletá tělíčka jistého druhu brouka. Ve větších dávkách představují prudký jed. R. 1962 v Londýně na něj zemřely dvě ženy. Kantaridy byly doličným předmětem i v obžalobě proti markýzi de Sade. Sem patří i pověstný Yohimbin. Ve správném dávkování někdy impotenci léčí, ale ve velkých dávkách a zejména v kombinaci s alkoholem usmrčuje. V Kanadě zemřel muž, který v opilosti požil pouze pět tablet Yohimbinu! Že by kantaridy nebo Yohimbin byly těmi pravými afrodiziaky, nebylo vlastně ještě nikdy potvrzeno, protože jejich úspěch zaznamenaný klinickými zkušenostmi může být způsoben též sugescí. Pokud je nám známo, s těmito látkami se dosud neprováděly kontrolní pokusy při současném použití placeba.

Drogy jako strychnin stimulují CNS. V malých dávkách zvyšují citlivost svalů a nervů. Počítky jsou jemnější a ostřejší. Proto má strychnin určité afrodizující vlastnosti, o nichž máme zprávy též od pacientů léčených pro impotenci¹⁰).

Posílit sebedůvěru a odstranit zábrany u sexuálně méně potentního muže pomáhá i pár skleniček alkoholu. Velké dávky alkoholu sexuální potenci likvidují jednorázově i dlouhodobě. Chronický alkoholismus s následnou impotencí představují circulus vitiosus, z něhož se rodí žárlivecké bludy. Dosud se tyto bludy interpretovaly psychologicky. Nedávno se k tomu připojil nesmírně podnětný biologický výklad. Jestliže žárlivecké bludy alkoholiků mají přímou souvislost se sníženou sexuální potencí, možno zde hledat biologické příčiny: E. Rubin a spolupracovníci (1976) ukázali, že u krys alkohol zdvojnásobí, u člověka až pětinasobí aktivitu 5-alfa-testosteronreduk-

tázy v játrech. Každé napití tedy zbavuje muže testosteronu¹¹).

Víme, že sexuální aktivitě škodí kouření. Již před šedesáti lety o tom ve své *Sexualpathologii* psal průkopník Hirschfeld. Nikotin škodí cévám a postihuje i kavernózní tělesa penisu, takže přestávají při erekci plnit svou topořivou funkci. Nepříznivý vliv se umocňuje i neurotickou úzkostí, k níž tabakismus přispívá.

Vraťme se ještě nakrátko k systémovému přístupu. Ze strany muže je primární fyziologickou podmínkou ke koitu ztopoření údu čili penilní erekce. Ve vyšším věku jsou s ní také největší a nejčastější problémy. Jak též víme, sexualita sestává z funkce, ale může trpět i dysfunkcí. Všimněme si Vasilčenkova z několika složek čili subsystémů, z nichž každý má nejen svou čtvrtého subsystému, jímž je ejakulační složka. Rovněž ta ve středním věku podléhá specifickým obtížím.

Proti předchozím koitálním zkušenostem dochází k výronu semene někdy příliš brzy od zahájení styku, styk pak trvá jen krátce. To je jeden z projevů ejakulační poruchy, jímž trpí někteří muži kolem padesátky. Je to jako *ejaculatio praecox* u mladých mužů, jenže porucha je někdy spojena i s nedostatečnou erekcí a může dojít k výronu semene, ještě než se erekce vůbec dostaví. Tato zkušenost se nebezpečně zafixuje u pacientů, kteří v domněnku, že si pomohou, začnou omezovat frekvenci sexuálních styků (aby byli „silnější“ či „odpočinutí“). Výsledek je ještě horší. Jeden náš 48letý pacient začal pozorovat, že mu soulož trvá kratší dobu než dříve a že již nedokáže oddálit ejakulaci. Neurotizován byl též nedostatečným ztopořením penisu. Sexuální styk proto omezil na jeden týdně, ačkoliv ho dříve praktikoval několikrát týdně. Když se situace nezlepšila, omezil ho na jeden za čtrnáct dnů. Začal přitom ztrácet jistotu, dostavovaly se pocity úzkosti a strach ze selhání, což samo o sobě sexuální styk ještě zkracovalo.

Opačné obtíže mívají muži mezi šedesáti a pětadesáti lety věku. Soulož jim trvá dlouho a orgasmus se dostavuje jen s obtížemi. Proti dřívějšímu se ejakulace nepřiměřeně oddaluje a někdy k ní nedochází vůbec. Patrně to souvisí se sníženou citlivostí cílových tkání na sexuální hormony a také se sníženou tvorbou pohlavních sekretů.

Na obě formy ejakulačních obtíží dobře zabírá léčba androgeny. Kromě toho, pokud jde o druhou formu, muž v sedmém decenniu by měl být vždy upozorněn, že každý sexuální styk nemusí končit orgasmem.

Dříve vzácná, dnes kupodivu častější příčina sexuálních po-

ruch je *induratio penis plastica*. Na pohlavním údu můžeme vyhmátat různě veliké ztvrdlé ploténky v obalech kavernózních těles či v jejich přepážce. Původní tkáň je nahrazena vazivem, což pohmatově připomíná chrupavku. V místech vazivové (fibrózní) zatvrdliny přestává být penis pružný a ohýbá se do strany. Většinou si pacienti stěžují na toto zakřivení penisu více než na bolesti. Nejde o závažné onemocnění, je to však nepříjemný a někdy i bolestivý stav, který zhoršuje uskutečnění sexuálního styku. Zavedení penisu do pochvy je u většiny postižených obtížné, u někoho docela nemožné, a každá erekce způsobuje bolest. Koitus nepřináší obvyklé uspokojení. Sexuální aktivita se však nemá pokud možno nijak omezovat, jelikož při sexuální nečinnosti má zatvrdlina tendenci se mírně, ale přece jen viditelně zvětšovat. Při pravidelném sexuálním styku (třeba i za jistých obtíží) se vzniklá fibróza i bez léčení zvětšuje nepatrně, anebo se fibrózní proces zcela spontánně zastaví. *Induratio penis plastica* se objevuje u mužů po čtyřicítce, někdy už po třicítce. Zatím nic nevíme o jejím původu. Jde o změnu ve tkáni, takže onemocnění má organickou symptomatiku, nicméně se vyskytly i domněnky o jeho psychogenním charakteru. Že by tu hrálo roli psychické trauma? Mnozí pacienti totiž pozorovali výskyt symptomů po manželčině smrti nebo při její těžké chorobě, která si žádala absolutní sexuální zdrženlivost. Ale tak by se indurace penisu dala vysvětlit i pacientovou sexuální abstinencí.

Indikují se vitamíny (zvláště E), kortizon, rtg terapie, elektroléčba a operativní léčba, ale všechno jen s problematickým úspěchem. Naštěstí podléhá fibrózní proces svému vlastnímu omezení. Neznámo proč se vyvíjí jen do určitého stupně a dále nepokračuje. V příznivém případě se fibrózní místa spontánně stahují a mohou úplně zmizet, aniž se léčí. Pokud stav nepůsobí silné bolesti a neznemožňuje sexuální styk, což bývá pouze výjimečně, pacienti se obvykle ani neobracejí na lékaře. Většinou pro ně onemocnění představuje spíše důvod k neklidu a nejistotě než vážné utrpení. Může z toho ovšem snadno vzniknout také impotence.

SITUACE OSAMĚLÝCH JEDINCŮ

S příchodem středního věku člověk introvertuje. Není už tak společenský. Zvykl si na staré přátele, ale vidí se s nimi málo. Má vypracovaný životní stereotyp a čím je starší, tím je také

rigidnější. Hůře tedy dokáže měnit své návyky. Navíc si soužití s druhým žádá jistou toleranci a mnozí ze starších lidí jsou méně tolerantní zvláště vůči nově poznaným bližním. Přátelství již tak snadno nenavazují a ještě nesnadněji navazují intimní vztahy.

Všechno svědčí pro to, že v pokročilejším věku není právě snadné nalézt partnera. Vždy je to větší problém pro ženy; stále totiž roste počet vdov. Asi 40 procent žen mezi pětadesáti a pětasedmdesáti lety tvoří ovdovělé ženy. Od pětasedmdesáti nahoru se číslo ještě zvyšuje (podle některých údajů až na 70 procent). Ve srovnání s počátkem našeho století se přírůstek vdov zdvojnásobil.

Základ těchto čísel najdeme v biologické převaze ženy. Z hlediska dlouhověkosti a zdraví jsou slabším pohlavím muži, jsou náchylnější k nemocím a vždy blíže k smrti než jejich ženské protějšky. Srovnatelné hodnoty úmrtnosti mezi oběma pohlavími stoupají v neprospěch mužského pohlaví od intrauterinního života až do stáří: mužských plodů umírá asi o 50 procent více než ženských, mezi předčasně narozenými (nedonošenými) dětmi je úmrtnost chlapců o 80 procent vyšší a mezi mladistvými od patnácti do dvaceti let se u hochů proti děvčatům zvyšuje až na 145 procent! Muži mají téměř každou chorobu častěji než ženy.

Vdané ženy, jež se u nás dožijí například šedesáti let, mohou počítat s tím, že své manžele přežijí průměrně o sedm roků. Více než polovina žen, které ovdověly v pětadesáti letech, mohou počítat s tím, že budou ještě patnáct roků žít samy. Téměř třetina má před sebou ještě dvacet roků života. Vzhledem k pevnějšímu zdraví i k schopnosti zařizovat si praktické věci se obvykle soudí, že situace vdov je lepší než situace vdovců. To se však nevztahuje na sexuální aspekty.

Zhoršené možnosti nalézt v pokročilejším věku partnera znamenají, že se u starších ovdovělých či rozvedených lidí omezuje i heterosexuální aktivita a její koitální forma. Ženy jsou postiženy hůře z několika důvodů. Především jak řečeno, žijí déle a ve stejné věkové skupině je jich více než mužů. Dále rozhodují i kulturní vzorce chování. Každý pokus stárnoucí vdovy uspokojit sexuální potřeby jinak než v rámci nově uzavřeného manželství se posuzuje velmi nevlídně a s posměchem. A je-li tedy starších mužů méně (a většina z nich vyhledává mladší partnerky), nezdá se být nový sňatek šedesátileté ženy zcela reálným výhledem. Zatím se stále ještě pohlíží s despektem na pětadesátiletou vdovu nebo rozve-

denou paní, která udržuje intimní kontakty s partnerem vzhledově dosud značně atraktivním či mladším dejme tomu o deset roků. Jako jediné východisko přichází pro tyto ženy v úvahu masturbace.

Mužům je masturbace bližší a více se jí věnují v každém věku, tedy i ve starších letech. Téměř každý hoch s ní zahajuje sexuální život, zatímco více než polovina žen s ní nemá žádné zkušenosti ani v mládí. Pro ně bývá začátkem sexuálního života buď petting prováděný partnerem, nebo rovnou koitus. Později během života nemají ženy potřebu ukájet se automanipulačními technikami, je-li manžel alespoň průměrně sexuálně aktivní. Tudiž je také neovládají, ačkoli by je jako rozvedené nebo vdovy mohly upotřebit. Působí to komplikace především ženám, jež reagují vaginálním orgasmem. Lehčí situaci mají ženy s klitoridálním orgasmem. Někdy je třeba masturbaci doporučit jako každý jiný druh terapie. Zkušený klinik si musí poradit i s případy komplikovanými neznalostí masturbační techniky anebo s případy, kde chybí klitoridální orgasmus. Obraz poskytne tato kasuistika:

56letá vdova trpěla předrážděností, protože dosud měla sexuální zájmy, ale nemohla nalézt sexuální ukojení. Manžel před půl rokem zemřel na infarkt. Až do té doby měli spolu pohlavní styky celkem pravidelně, dvakrát týdně. Ze smrti muže byla dva měsíce v depresi a na sexuální potřeby neměla ani pomyšlení. Potom však prožila orgasmus ve spánku. Zdálo se jí, jak kohabituje s neznámým (neurčitým) mužem. „Ráno jsem na sebe měla zlost, nemohla jsem pochopit, že se mi takového něco mohlo zdát.“

Po několika týdnech začala na sobě pozorovat předráždění. Mívala „částečně příjemné, částečně však zneklidňující pocity“ v oblasti genitálu, což ji rozrušovalo a rozčilovalo. Za této situace se začala sama dráždit na zevních částech pohlaví — „protože jsem byla přesvědčena, že se jinak neuklidním“. Toužebné uklidnění (de facto pocit sexuálního ukojení) se jí však nepodařilo vybavit. Až pak je opět prožila ve spánku. Od té doby jí podobné pocity pronásledovaly pravidelně. Došla k názoru, že si není schopna navodit uklidnění sama, ale zároveň si neuměla představit, že by mohla sexuálně žít s nějakým mužem. V jejích představách byl manžel stále živý. „Měli jsme krásné manželství. Nemohla bych mu to udělat, abych žila s jiným; myslela bych si, že mu ubližuju. Zatím je to pro mě ještě velmi živé. Manžel byl jediným mužem v mém životě a vůbec si nedovedu představit, že bych mohla mít něco s cizím mužem.“

Na sexuologické vyšetření přišla se žádostí o lék, který by prý

„umrtvil“ její sexuální potřeby. V té době je pocítovala jako něco nepatřičného a zahanbujícího. Klinickým rozhovorem se zjistilo, že pacientka byla vždy schopna reagovat jen vaginálním orgasmem. Byla tedy instruována o technice, která by jí umožnila sexuální uspokojení. Vzhledem k dispozici pro vaginální orgasmus byla doporučena manipulace jistým předmětem ve vagině. Psychoterapie se zaměřila k odstranění psychických zábran.

Za šest týdnů se pacientka dostavila ke kontrole. Svými vnějšími projevy působila jako docela jiná osobnost. Vystupovala vyrovnaně a komponovaně. Emoční labilita se ztratila. K pozitivním změnám došlo i v estetickém ohledu. Sdělila, že nyní dospívá k orgasmu bez problémů jednou za pět dní. Obavy dala najevo, jen když referovala o svých erotických doprovodných představách: „Budou se vám asi zdát duševně nemocná, ale představuji si přitom, že jsem s manželem a všechno prožívám jako kdysi ve skutečnosti. Pokud jde o mé pocity, není v tom vlastně žádný rozdíl. Někdy to je téměř lepší než dříve.“ Nebylo obtížné pacientku přesvědčit, že obsah jejích představ je nejen zcela normální, ale na její psychiku působí velmi příznivě. Rovněž se uklidnila ve svých pochybnostech, že by mělo být nenormální, když v představách zachovává „věrnost“ svému zemřelému muži. Letitý zvyk prožívat s ním orgasmus se zafixoval do erotické fantazie, která teď provázela masturbaci. Z psychologického hlediska je taková fixace žádoucí a uplatňuje se pozitivně.

U mnoha starších jedinců se vychoval negativní postoj k sebeukájení už v mládí. Platí to například o ročnících 1910 až 1925, jež v mládí zažily poměry, kdy se masturbace odsuzovala i v lékařských publikacích, natož pak mezi laiky. Dnes se tato situace zrcadlí v pocitech viny a v etických (i religiózních) zábranách. Některé starší ženy vyhledávají lékařskou pomoc třeba jen proto, že se chtějí zbavit erotických snů. Naproti tomu jsou popsány případy, že ženy prvně v životě dospěly k orgasmu až při masturbaci, a to po šedesáti nebo dokonce po sedmdesáti letech věku⁷).

Už r. 1931 v jednom z nejvýznamnějších výzkumů před Kinseyem vyšetřili Dickinson a Beamová tisíc manželství a kromě základní analýzy vytěžili z něho i monografii týkající se osamělých žen¹²). Ve svém souboru měli jedenáct vdov ve stáří mezi šedesáti a osmdesáti lety. Při gynekologickém vyšetření jevíly tyto ženy známky adekvátní sexuální reaktivity a všechny doznaly, že masturbují. V té době toto zjištění působilo v odborných kruzích jako bomba. K méně pozitivnímu výsledku dospěli o třicet let později Newman a Nichols²). Mezi 101

svobodnými, rozvedenými a ovdovělými osobami staršími šedesáti let se zjistilo pouze sedm, které informovaly o sexuální aktivitě vůbec v nějaké formě.

V předchozím tvrdíme, že masturbace je náhražková aktivita. U starších osob má však proti sexuální abstinenci nejméně dvě výhody. Je provázena erotickými fantaziemi a navozuje slastné pocity, takže i nadále podněcuje jednak sexuální zájmy a jednak sexuální potřeby. Lidé, kteří masturbují ve vyšším věku, jsou i v tomto věku vnímavější na určité „vstřícné podněty“ (Hynie), jež přicházejí od jedinců druhého pohlaví. Umějí na ně reagovat a rozvinou pak i bližší komunikaci. Mají tedy větší šanci nalézt partnera než ti, kdož sexuální aktivitu již v žádné formě nevyvíjejí.

Osamělé jedince ovlivňuje v sexualitě jejich způsob života čili životní styl, samozřejmě i zdravotní stav a také zájem o okolní svět a dění v něm. Při zachování těchto hodnot má subjekt stále vysokou úroveň sexuálních aspirací a potřeb. Ověřili jsme si to i na vybrané skupině osamělých osob ve věku mezi padesáti a pětadesáti lety, které jsme vyšetřili Rorschachovým testem. Významně u nich korelovaly mezi sebou tři ukazatele: „normoplastický“ index reality (podle Neigera), tj. smysl pro skutečnost a časoprostorové hodnoty, dále introverzivní zážitkový typ a dosud zachované sexuální zájmy. Staří mládenci a panny měli sexuální zájmy značně omezenější než ženatí a vdané, což souhlasí i s jinými výzkumy. Vyšší úroveň sexuálních aspirací vykazují jen ti starší muži, kteří byli dříve ženatí, a pouze ty starší ženy, které byly dříve vdané, třebaže nyní žijí osaměle¹³).

Otázkou je, zda sexuální potřeby starších osamělých jedinců provázejí obvyklé a žádoucí emoce, čili zda jsou tito lidé vůbec ještě schopni erotické lásky a citových investic v milostném vztahu. Ve středním věku do šedesáti roků rozhodně ano, ba často více, než je adekvátní. Často se hovoří o náhlém milostném vzplanutí padesátiletých, což patrně souvisí se „syndromem zavírajících se dveří“ a s nespokojeným bilančováním dosavadního života. V pozdějším stáří je situace jiná. Jak řečeno, emoce jsou již rigidnější. Proti erotické vazbě k novému partnerovi mluví jistě i zvýšený egocentrismus gerontů. Vzhledem k těmto psychickým a povahovým změnám se též uvádí, že ani ztráta celoživotního partnera nemívá ve stáří tak deprimující vliv jako ve středním věku¹⁴). Možná to platí jen u některých gerontů. Známe však starší lidi s neustále se zvyšujícím pocitem altruismu.

Z řečeného plynou další problémy, tentokrát spíše normativní, ne-li morální povahy. Z lehce pochopitelných důvodů se promiskuita stářím znesnadňuje. Ale potenciálně je přítomna i v psychosexualitě starých jedinců. Je známo, že se mohou sexuálně stýkat starší partneři, kteří by jinak spolu nedokázali spokojeně žít. Hlubší emoční vztah k sobě nemají a koitus jim přináší pouze tělesné uspokojení. Zájem o sebe ztrácejí až do chvíle, než se znovu přihlásí sexuální potřeba. Rozdíl mezi tímto poměrem a masturbací je v psychologickém smyslu minimální. Partner je pouhým nástrojem a prostředkem k sexuálnímu ukojení. Tento vztah však lidé kupodivu neodsuzují a proti masturbaci ho považují za zcela normální i morální. Znovu se ocitáme na půdě předsudků a falešných klišé.

Literatura

- 1) *Vasilčenko G. S.*: Systémový přístup v sexuální patologii. Čs. psychiatrie 1 : 3—9, 1973.
- 2) *Newman G., Nichols C. R.*: Sexual Activities and Attitudes in Older Persons. J. Am. Med. Ass. 173 : 33—35, 1960.
- 3) *Terman L. M.*: Psychological Factors in Marital Happiness. New York and London, McGraw-Hill Book Comp., 1938, ss. 272—273.
- 4) *Kinsey A. C., Pommeroy W. B., Martin C. I., Gebhard P. H.*: Sexual Behavior in Human Female. Philadelphia, W. B. Saunders Comp., 1953, ss. 353—354, s. 749.
- 5) *Rutherford R. N.*: Postgrad. Med. cit. dle: *Henker F. O.*: Die Wechseljahre des Mannes. Sexualmedizin 11 : 897 : 902, 1977.
- 6) Borelliho křivka cit. dle: *Witte B. S.*: Die Sexualität im Alter. Sexualmedizin 7 : 347—348, 1972.
- 7) *Rubin I.*: Sex nach Sechzig. Něm. př. Hamburg, Hoffmann und Campe Verl., 1968, s. 151, s. 186, s. 64.
- 8) *Greenblatt R. B.*: Menopause und Andropause. Sexualmedizin 4 : 269—277, 1977.
- 9) *Shopsin B., Friedman E., Gershon S.*: Parachlorophenylamine Reversal of Tranylcypramine Effects in Depressed Patients. Arch. Gen. Psychiat. 33 : 811—819, 1976.
- 10) *Walker K.*: Diskusní příspěvek. Sexology 27 : 220—224, 1960.
- 11) *Rubin E. et al.* cit. dle: *Vinař O.*: Klinická psychofarmakologie v roce 1976. Farm. ter. zprávy 23 (6) : 395—425, 1977.
- 12) *Dickinson R. L., Beamová L.*: The Single Woman. Baltimore, 1934.

- 13) *Bermanová E. M., Lief H. I.: Sex and the Aging Process. V: Oaks W. W. et al. (ed.): Sex and the Life Cycle. New York / San Francisco / London, Grune and Stratton, 1976, ss. 125—134.*
- 14) *Vondráček V.: Úvahy psychologicko-psychiatrické. Praha, Avicenum, 1975, s. 138.*

4. kapitola

PROBLÉMY S PROSTATOU — NEPRAVÝ KASTRAČNÍ KOMPLEX — JAK JSOU NA TOM DIABETICI — KONEČNÁ STANICE: INFARKT?

Nezávisle na reprodukci má lidská sexualita cenu i jako naplnění osobního života a důkaz seberealizace. Základním naším úkolem je objasnit, proč se tato cena nevztahuje jenom na sexualitu mladých. Řekli jsme, že kapacita i zájmy v sexuální směru se udržují na dostatečné úrovni také ve středním věku a ještě dlouho ve stáří, takže vlastně celý život mohou pozitivně vytvářet partnerskou pohodu i osobní blaho. Tím také prospívají lidskému zdraví. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) zdraví představuje kompletní tělesné a duševní blaho a stav společenské pohody.

Závěrem zbývá objasnit okruh otázek, které s řečeným úzce souvisí. Týkají se totiž *sexuality a nemocnosti*.

Populaci středního věku (zejména mužskou) pronásledují dnes onemocnění spojená s neschopností buď v sexuální výkonnosti, anebo v zájmech. V sexuologické literatuře poslední doby se soustřeďuje pozornost i na tuto patologii: 1. následky chirurgie urogenitálního traktu, 2. poruchy metabolismu, jmenovitě diabetes mellitus a 3. choroby oběhového systému, zejména infarkt myokardu.

Z obav, aby si nezhoršili zdravotní stav, někteří pacienti své sexuální potřeby zbytečně omezují. Může být sexualita pozitivním přínosem i v jejich nemoci? A pokud ano — za jakých podmínek? Vyžaduje tedy pro nemocné zvláštní režim?

Na první pohled to nejde dohromady. Každá aktivita, a tedy i sexuální, předpokládá zdatnost a vitalitu a tělesná zdatnost se zas těžko srovnává se špatným zdravotním stavem a nemocí. Od zesláblého pacienta nebo od nemocného s velkými bolestmi nelze přirozeně očekávat sexuální projevy. Zdraví pro nás vždy patří k samozřejmým předpokladům, na nichž lze budovat subjektivně i objektivně úspěšný sexuální život.

V mnoha případech však onemocnění či jeho následky ne-

jsou sexualitě vůbec na překážku. Z fyziologického hlediska je sexuální aktivita jistou formou práce a v řadě svých komponent může přispívat k obnově zdatnosti zvláště u rekonvalescentů. A v psychologickém smyslu rozptyluje emoční zátěže i napětí, nebo pomáhá zpátky získat ztracený terén pro sebe-důvěru. Rekonvalescentům dávají lékaři obvykle rady výhradně zaměřené k dalšímu užívání léčiv a k vyvarování se chyb při dietě či v životosprávě. O sexuálních možnostech se „taktně“ mlčí. Většina starších pacientů se na ně také neptá — pod vlivem předsudku, že je to nepatřičné a že to vyvolá jen údiv či odmítnutí. Samozřejmě každá odpověď na takové otázky závisí vždy na velmi subtilních faktorech a většinou ji nelze formulovat jednoduše ANO či NE. Třeba je důkladně a individuálně posoudit v rámci epikrizy.

Zde je bezpochyby perspektivní pole pro spolupráci mezi specialisty interních a chirurgických oborů a specialisty zabývajícími se sexuologickými problémy.

PROBLÉMY S PROSTATOU

Koncem středního věku trpí již téměř polovina mužské populace urologickými symptomy. Jim se též přikládá rozhodující podíl na případné ztrátě potence. Situace je ovšem složitější, než se soudilo. Účast somatických a organických příčin impotence je patrně i v těchto případech menší než vina psychogenních faktorů. Názory na to však nejsou jednotné.

Krajně optimistický názor tvrdí, že zhoršující se potence stárnoucích mužů obvykle nezávisí na zdravotním stavu urogenitálního traktu, což je zároveň výsledek jednoho z řady výzkumů, při nichž se nezjistil rozdíl v sexuálních funkcích starších mužů s urologickou symptomatikou a jejich zdravých vrstevníků¹⁾. Pacient zpravidla učiní jen předčasné závěr, že tyto symptomy automaticky znamenají poruchu potence a vyřazení sexuální funkce. Po onemocnění ledvin nebo po operaci prostaty se jeho přesvědčení upevní při prvním pokusu o sexuální styk. Dost často se totiž koitus prvně nevydaří, což pak sugestivně připraví cestu dalším selháním.

Věc však není patrně tak jednoduchá. Postižení urogenitálního traktu se podílí na sexuálních poruchách přece jen v řadě případů. Chce to však důkladné a komplexní vyšetření, ještě než lékař vyšetří močové cesty anebo ohmatá prostatu. Patogenně tu působí i psychická komponenta. Pacienti se obvykle

soustředí na obtíže právě v oblasti, kde se promítají sexuální pocity. Nebo je tu útlum po chirurgické léčbě prostaty.

Kolem *prostaty* se vynořuje množství problémů. Přibližně každému třetímu šedesátiletému muži se tato žláza — neznámo proč — zvětšuje z původní velikosti vlašského ořechu na velikost mandarinky. Funkce prostaty není ještě úplně objasněna. Víme, že zaujímá strategické postavení, protože tvoří jakýsi límec kolem krku močového měchýře. Ovládá východ pro moč, ale i pro semennou tekutinu. Hraje roli při oplodnění, jelikož svým sekretem přispívá k jakosti ejakulátu. Prostatický sekret je zprvu koagulovaný, vytváří tedy sraženiny, ale za 5—15 minut zkapalní a umožňuje i zkapalnění semene. Vzhledem k „nebezpečné“ cestě v ženiných rodidlech je prvotní koagulace výhodná, protože ejakulát může zanést čípek a tudíž tak snadno neodteče. Sekret se v prostatě tvoří při sexuálním vzrušení. Vartapetov a Demčenko prokázali v sekretu prostaty chemické změny související s věkem. Kolem padesátky se v něm zvyšuje obsah vápníku, ubývá fosforu a mění se bílkovinný obsah²).

Poměrně často dochází k zánětu prostaty. Je bolestivý a musí se léčit. Objevují se při něm i ledvinové potíže, dostávají se bolesti v kříži, ve slabinách a ve varlatech. Postižený pocituje nutkání na moč. Při koitu dochází k ejakulaci dříve a výstřik semene je slabší. Onemocnění se rovněž uvádí jako příčina sexuální poruchy, a to zejména v této ejakulační složce³). U větších skupin sexuologických pacientů se zjistila vina zánětu prostaty při vzniku sexuálních obtíží funkčního rázu asi ve 13 procentech. Protože je však zánět prostaty většinou vyléčitelný, nečiní velký problém ani odstranění sexuologických symptomů. Nebezpečí fixace sexuálních obtíží plyne jen ze sexuální nečinnosti. Ta je na místě pouze u akutních procesů, jinak působí škodlivě.

Z různých příčin dochází k operaci a odnětí prostaty, k prostatektomii. Důvodem může být adenom, což je nezhoubný nádor ze žlázového epitelu. Operace se provádí buď transuretrálně tak, že se do močové trubice zavede endoresektor, nebo se volí suprapubická resekce, tj. výřez nad stydkou kostí, kdy se močový měchýř otevírá na přední stěně. Při retropubické operaci se otevírá prostatické pouzdro a operuje se na hrdle močového měchýře. Nejobtížnější je radikální prostatektomie, jež se provádí při rakovině prostaty.

Zákroky mohou či nemusí mít vliv na sexuální funkce. Přesto se falešně soudí, že každá operace prostaty znamená konec

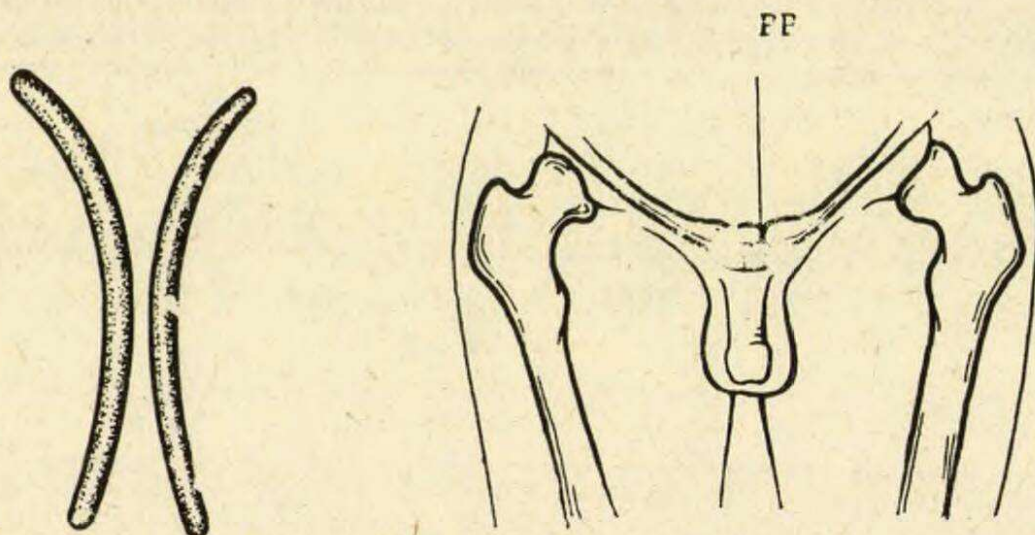
sexuálního života. (Bývalo tomu tak kdysi a vinen byl chirurg. Nepřikládal sexualitě ve stáří žádný význam. Přetěním sympatiku přerušil spoj z kontrolního erekčního centra v míše, což vedlo k nedostatkům při erekci i při ejakulaci.)

Stearns po dobu třinácti let sledoval na různých klinikách v Bostonu pacienty ve stáří od padesáti do šestadevadesáti roků, kteří se podrobili retropubické operaci prostaty⁴). Otázku, zda jsou sexuálně potentní, jich zodpovědělo 280 — z toho 81,4 procent ano (někteří hovořili dokonce o zvýšení potence) a jenom 18,6 procent ne. Po odnětí prostaty pro benigní onemocnění je prognóza sexuální potence příznivá. Gonick uvádí, že k ztrátě potence se hlásí nemocní od 10 do 66 procent⁵). Musí se však počítat s tím, že muži, kteří se podrobují operaci prostaty, jsou již v období poklesu sexuální výkonnosti. Mezi padesáti a sedmdesáti lety ztrácí potenci přibližně 35 procent mužské populace, v osmém decenniu je impotentních asi 65 procent mužů⁶). (Pro srovnání: Jiným průzkumem, nijak nesusouvisejícím s operacemi prostaty, se zjistila erektní impotence u 25 procent mužů do pětadesáti let a u 50 procent pětasedmdesátiletých⁷).

Teoreticky tedy není důvodné vinit z impotence jen operaci (rozhodně ne operaci adenomu prostaty či jiné benigní léze). K sexuálnímu selhání jako v mnoha jiných případech dochází také vinou přídatných okolností. Jelikož muž pokročilejšího věku na sobě pozoruje klesající sexuální zájem i výkonnost, operace mu často poskytuje omluvu pro ukončení manželských pohlavních styků. Pacienti se také nezřídka obávají, že koitus může zhoršit pooperační ránu a oslabit jejich zdraví, takže se stykům raději vyhýbají. Jejich sexuální kapacitu tlumí hypochondrie. Někdy je impotence iatrogenní — když lékař mylně informuje pacienta, že prostatektomie znamená konec sexuální aktivity. K takovým informacím by už docházet nemělo.

Některé zákroky na prostatě způsobují tzv. retrográdní ejakulaci. To znamená, že ejakulát směřuje zpátky do močového měchýře, nikoliv z močové trubice ven. Hrdlo měchýře je obvykle vyoperováno, takže se měchýř v okamžiku ejakulace nemůže uzavřít. Lékaři tento úkaz pozorovali asi u dvou třetin operovaných mužů. Nemá však škodlivý účín. Někteří z pacientů uvádějí jen menší intenzitu subjektivního pocitu při ejakulaci. Na komplikaci s retrográdní ejakulací nutno operované však vždy předem upozornit a zároveň tím odstranit jejich případné a neopodstatněné obavy ze škody na sexuálním životě nebo na zdraví.

Při větších změnách v prostatě se tato žláza vyoperuje celá, přičemž jsou také přerušeny vývody ze semenných váčků a chámovodů. Pak již není vůbec žádný ejakulát. Tento radikální způsob operace se například provádí u karcinomu prostaty a pro sexuální funkce samozřejmě přináší větší problémy než jiné zákroky. Je však překvapující, že z 800 sledovaných pacientů se zjistila potence přece jen ještě u 10 procent a něko-



Obr. 7 a 8. Schéma implantované penilní protézy (jde o polotuhou Smallovu-Carrionovu protézu). PP — sem, do úrovně symfýzy (spony stydké) vkládá chirurg penilní protézu (podle Oakse)

lik z nich mělo stále pocit ejakulace⁵). Možnosti dalšího sexuálního života se zhoršují, když se při karcinomu zároveň s prostatou odnímají i varlata. Vzhledem k rakovině se provádí i operativní odnětí močového měchýře. Přitom je odoperována i nervová pletěň v pánvi, a to pak znovu znamená impotenci.

Kromě chirurgické léčby se u počínající rakoviny prostaty provádí i ozařování kobaltem. Také po rtg terapii se potence ztrácí (asi u 30 procent léčených) nebo přinejmenším snižuje.

Z řečeného plyne, že k organickým zdrojům sexuálního selhávání třeba též počítat zánětlivé procesy v urogenitálním traktu a především následky po radikální prostatektomii. Většina z nich se začíná dnes léčit i chirurgicky, a to voperováním penilní protézy. U nás se tento úkon dosud běžně neprovádí. Podle některých pramenů má dobrý výsledek až v 90 procentech případů. Nejčastěji se užívá tzv. silikonové berly, která se pacientům trpícím organickou impotencí voperuje podél kavernózních těles do penisu. Implantovaná protéza udržuje penis ve stále poloztopořeném stavu, takže je ho po

určitému zácvičku možno kdykoliv zavést do pochvy. U ejakulačních poruch nemá tato chirurgická pomoc samozřejmě žádnou cenu, provádí se jen u poruch erekce.

NEPRAVÝ KASTRAČNÍ KOMPLEX

Mluví se zde o chirurgických zákrocích v tělesných oblastech a zónách zúčastněných při sexuálních reakcích. Mohou mít podstatné následky také pro ženy? A je u nich rozpoznání vlastních příčin sexuálních poruch ve spleti tělesných i emocionálních faktorů snazší než u mužů?

Závěry výzkumů i klinické zkušenosti vyznívají dosti jednoznačně. Postoperativní psychologické stavy působí ženám větší problémy než poškození či operativní odnětí orgánů, anebo než tělesné následky, které lze připsat na vrub operaci. Hovořili jsme o tom již v případě odnětí vaječnicků i dělohy. Kolem těchto zákroků se vytvářejí iracionální předsudky a mýty.

Ženy (popřípadě jejich manželé) mylně považují tyto operace za *sexuální kastraci*. Zde je příležitost pro psychoanalýzu. Kdysi během působení v krajské nemocnici, když jsem byl jako psycholog zván ke konzultaci na gynekologii, vyšetřoval jsem také osmnáct žen po odnětí dělohy. Všechny měly dojem, že byly kastrovány. Není tu ovšem kastracní komplex ve Freudově klasickém pojetí. U žen se především projevují obavy ze ztráty ženskosti a přitažlivosti. Potom stížnosti na tělesné nedostatky a pocit zranitelnosti na pohlaví — a to už má blízko k řečenému komplexu. Kastracní impulsy vyjadřovaly ženy při psychologickém vyšetření jen ojedinele; týkaly se například přání zranit ženskost a přitažlivost i jiných žen. Soubor těchto osmnácti osob tvořil však de facto psychiatrickou klientelu. Průměrná žena nepřikládá operaci dělohy nebo odnětí vaječnicků nikdy takový význam, o němž se mluví v psychoanalytické koncepci. Naproti tomu kastracním komplexem mohou trpět i ženy neoperované, pouze v důsledku frustrace věkem (viz „syndrom zavírajících se dveří“). Mechanismus představ i obtíží je stejný u operovaných či neoperovaných.

To byly ovšem klinické případy. Výzkumy zaměřené sociosexuologicky měly jako materiál průměrnou ženskou populaci. Většina žen středního věku nepozoruje ve svých sexuálních potřebách a zájmech po odnětí dělohy žádné změny. Několik procent zůstává frigidních, protože byly takové i premorbidně

před operací. Přece jenom je však dosti velký zbytek těch, kdož referují o náhlém snížení svých sexuálních projevů (12 až 15 procent). Nepochybně se na tomto omezení podílejí inadequate postoje a omyly v hodnocení.

Snad ještě větší inadekvátnosti se odhalují v postojích a v hodnocení manželů. Někteří jsou v tom až groteskní. O těchto problémech referuje Rubin⁸). Jeden muž se stal impotentním pod tlakem představy, že jeho manželka po operaci představuje jen „prázdnou schránku“. Druhý se obával o svůj penis, protože se prý stýkal s „odsexualizovanou ženou“. Další muž ztratil sexuální zájem, jelikož svou manželku po operaci dělohy pokládal za „neutrum“. S ženami operovanými pro podezření na rakovinu endometria se manželé sexuálně nestýkají z nesmyslné obavy před „rakovinnou nákazou“. (Přitom ani implantovaná část rakovinné tkáně se v cizím těle nerozrůstá, nýbrž je absorbována bez následků.)

U pacientek postižených odnětím dělohy či vaječníků jsou někdy potíže s orgasmem. Vzniká anorgasmie. Po odoperovaném výhřezu dělohy (prolaps uteri) se zjišťuje anesteticko-dyspareunický syndrom: 20 procent pacientek trpí nedostatkem sexuálních pocitů, a protože se jim operativně zúžila pochva, mají bolesti při styku. Právem tedy možno hovořit také o organických příčinách ženských sexuálních dysfunkcí.

Ale anorgasmie a ztráta sexuálních zájmů se vyskytnou i po odnětí prsů (ablatio mammae), což nelze vysvětlit jinak než psychogenně. Herms zjistil, že každá druhá žena ještě půl roku po chirurgickém odnětí prsů neobnovuje sexuální kontakty, ačkoliv její genitálie jsou zdravé⁹). Odnětí prsů znamená pro ženu více než ztrátu orgánů, které v laktaci produkují mléko. Poprsí je symbolem ženství a jeho ztráta představuje deprimující omezení ženských půvabů.

Chirurgické odnětí orgánu může u každého jedince převrátit celé schéma psychologického přizpůsobení — vždy podle toho, jaký význam tomuto orgánu přikládáme sami, subjektivně a bez ohledu na jeho faktické a objektivní uplatnění nebo možnosti. Prostata či varlata u muže, stejně jako vaječníky či děloha u ženy hrají v psychologickém schématu obecných představ o sexualitě úžasně důležitou roli. Jejich ztráta či poškození a také jejich operativní odnětí ovlivňuje nepřímo pak i funkce, jež by se při dobrém psychologickém přizpůsobení bez těchto orgánů klidně obešly.

Zkušený chirurg může bezvadně provést operaci benigního onemocnění prostaty nebo s úspěchem vyoperuje vaječníky.

Ale vždy k tomu musí přidat i psychologickou posilu! Jinak by byl terapeutický efekt neúplný, možná poloviční. Ani po operaci na urogenitálním traktu by se pacienti a pacientky neměli bezdůvodně oddělovat od zdrojů spokojenosti a štěstí, jež poskytuje sexualita. Leccos z toho, co s sebou přináší nemoc a operace, tendence k rezignaci, hypochondrické deprese, pocity opuštěnosti a frustrace se mohou dalším sexuálním životem odstranit nebo alespoň oslabit na přijatelnou míru.

JAK JSOU NA TOM DIABETICI

V sexuálních funkcích bohužel špatně. To však není objev poslední doby. Badatelé na to upozorňovali již koncem osmáctého století (Rollo, 1798), kdy se medicínský zájem o sexuální problémy jinak rovnal nule. Podle zkušeností dalšího průkopníka Naunynse (1906) je porucha potence u mužů trpících cukrovkou trvalým symptomem. Dávno se také ví, že cukrovka má neblahý vliv na ženskou reprodukční funkci. Bouchardat (1883) ještě ve své praxi nezažil těhotnou diabetičku. To bylo před terapií inzulinem. Dnes diabetičky prodělávají během gravidity speciální léčbu. Ale ve věku, o němž pojednáváme, je tento problém už beztak vzácností, takže se vrátíme k mužům. U diabetiků narůstají sexuální poruchy s věkem, a to jak absolutně, tak i relativně k jejich výskytu v normální mužské populaci.

Podle šetření různých autorů za poslední půlstoletí sestavil četnost sexuálních poruch u diabetiků do přehledné tabulky Neubauer¹⁰). Uvádíme ji, protože si tak nejlépe učiníme představu o jejich výskytu (tabulka 7).

Skutečnost, že výsledky jsou výrazně rozdílné, svědčí pro metodické odlišnosti při zjišťování a asi též pro užití různých kritérií. Přesto lze z čísel konstatovat, že sexuálními poruchami trpí ve středním věku nejméně polovina diabetiků. Ve třetím decenniu je to asi 20 procent. Po šedesáti letech věku je postiženo 70 procent.

Klinický obraz sexuálních poruch při cukrovce není specifický. Zčásti nebo úplně odpovídá symptomatika sexuálními poruchám při jiných funkčních či organických onemocněních. Podle průběhu lze rozlišit formu *kolísající* (přechodnou) nebo formu *chronickou*. První forma se manifestuje patrně v souvislosti s výraznými metabolickými změnami přechodného rázu, respektive při akutním zhoršení v metabolismu a při

Tabulka 7. Výsledky zkoumání sexuálních poruch u diabetiků
(podle Neubauera)

Autoři	Počet osob	Procento poruch
v. Norden a Isaac, 1927	?	53
Kuhlmey, 1936	60	48
Falta, 1944	?	10
Rubin a Babbott, 1958	198	55+
Schöffling, 1960	314	51
Montenero a Donatone, 1962	436	52
Prikhozhan, 1967	350	75
Mayne, 1968	92	36+
Rausch-Stroomann et al., 1970	175	39++
Cibeira et al., 1970	50	26
Neubauer et al., 1971	146	43++
Ellenberg, 1971	200	59
Faerman et al., 1972	299	40+++
Barnett et al., 1973	175	49

+ jen poruchy erekitivity

++ hranice věku 22—25 let

+++ hranice věku 18—50 let

diabetické krizi. Zde převládá pouhý nedostatek sexuálních potřeb. Výskyt je relativně malý (asi 10 procent). Kromě toho není porucha tak subjektivně naléhavá, jelikož při náhlém zhoršení látkové výměny jsou v popředí jiné projevy nemoci. Kolísavá forma sexuální poruchy mizí při kompenzaci diabetické krize.

Převážná část diabetiků trpí chronickou formou sexuální dysfunkce. Většinou začíná plíživě. Nejprve se pozoruje ústup nočních a ranních erekcí. Pak se erekce nedostavuje ani před stykem. Erektivní impotence je nejčastějším projevem. Ejakulační poruchy jsou proti ní vzácnější. Pokud jsou schopni erekci udržet delší dobu při styku, někteří pacienti uvádějí i opoždění ejakulace (ejaculatio tarda). Častější jsou případy retrográdní ejakulace, o níž jsme mluvili v souvislosti s operacemi prostaty. Cukrovka zřejmě způsobuje poškození nervů, kontrolujících uzávěr močového měchýře. Orgasmus ani pocit satisfakce nebývá narušen. Teprve po jistém čase dochází u většiny pacientů ke snížení sexuálních zájmů (bezpochyby i z rezignace). Jak erektivní poruchy, tak i snížení libida za-

viňují nakonec celkový ústup sexuální aktivity. Dochází k němu nejpozději za pět roků od prvních projevů. Diabetik již není schopen koitu.

Spontánní uzdravení (i úprava potíží ad integrum po léčbě) jsou u chronické formy vzácné. Prognóza není příznivá. Sexuální poruchy přetrvávají bez ohledu na to, jak je základní onemocnění vážné a jaká je terapie. Asi se tu uplatňují zčásti i vedlejší vlivy. K zhoršení potence diabetiků vede už například první vyslovení diagnózy. Vznikne duševní trauma s následnou depresí, jakmile pacient zjistí, že trpí cukrovkou, a pak na sebe pohlíží s útrpností, že bude muset držet dietu a zachovávat léčebný režim. Sexuální funkce se naruší, ještě než dojde k adaptaci na novou (patologickou) situaci. Bylo by to v souladu s Bykovovou a Kurcinovou koncepcí kortikoviscerální patologie¹¹).

Výskyt těžších sexuálních poruch hned od začátku nemoci lze přičíst i opožděné diagnóze cukrovky. Symptomy nejsou vždy nápadné a snadno se přehlédnou. Mnohdy se ignorují i zcela zjevné příznaky jako časté močení, nadměrná žízeň, nápadný úbytek váhy, abnormální výpotky. Polovina diabetiků možná o své chorobě neví. (Pozor na rodinné zatížení!)

Při každé organicky podmíněné sexuální dysfunkci jsou sníženy různé zdroje sexuálního ukájení a nejen koitus. Zatímco při primární (psychogenní) impotenci se muži uchylují mnohdy k masturbaci, u diabetiků je i tato technika bez efektu a většinou ji neprovádějí. Prakticky se u nich neobjevují ani poluce.

Ze sexuologického hlediska se diabetičkám věnovalo méně pozornosti než diabetikům, což souhlasí s obecnou zásadou sexuologie, v níž se preferuje experimentální i klinický zájem o muže. Svrchu jsme uvedli, proč tomu tak je. Nicméně se zveřejnila některá data i z výzkumu sexuálního chování pacientek trpících cukrovkou¹²). Zjistila se u nich například sekundárně ovlivněná porucha orgasmu v 36 procentech, což se statisticky ukázalo být významné proti 6 procentům anorgasmie v kontrolní skupině zdravých žen. Šlo sice o pacientky mladšího věku do dvaadvaceti let, předpokladem však je, že se při jejich chorobě orgasmická funkce s přibývajícím věkem nezlepší, nýbrž naopak ještě zhorší.

Cukrovka je v podstatě onemocnění metabolismu a představuje stav, kdy je organismus neschopen zpracovat cukr. Proč při ní dochází právě k sexuálním poruchám, na to stále není jednotný názor. Nejprve se to přičítalo předčasnému ukládání

vápníku v hladkém svalstvu genitálu a do stěn semenných váčků a chámovodů. Pak se objevila hypotéza, že diabetické sexuální poruchy mají příčinu endokrinní. Ještě než jsme uměli radioimunologicky stanovit hladinu testosteronu v krevní plazmě, prokazovaly se nižší hodnoty tohoto sexuálního steroidu u diabetiků s poruchami potence měřením 17-oxosteroidů v moči. V podstatě to ale nemohlo nic dokázat. Radioimunoassayové stanovení testosteronu v krvi se provádělo potom opakovaně vždy ráno ve stejnou hodinu u skupiny diabetiků s poruchami potence a u skupiny bez těchto poruch. V průměru se zjistily normální hodnoty u obou skupin. Koncepce sexuálních steroidů byla proto opuštěna.

Do spojitosti se sexuální symptomatikou se ještě nedávno dávaly histologicky zjištěné změny na semenotvorných kanálcích a také snížení počtu Leydigových buněk ve varlatech diabetiků. Při experimentálně vyvolané cukrovce u krys (Foglia et al., 1969) došlo k úbytku varletních Leydigových buněk a zároveň k úplnému vymizení sexuálního puđu. Zároveň s tím se snižovala produkce hypofyzárních gonadotropinů (LH a FSH). Původ diabetických sexuálních selhání se tedy sváděl na hypogonadotropní hypogonadismus, což je syndrom snížené pohlavní činnosti z nedostatku LH a FSH. Současně se však zjistilo, že sníženou produkcí LH a FSH trpí i diabetici bez sexuální symptomatiky, a tak se vyvrátila i tato hormonální koncepce. Endokrinní funkce se ukázaly být kritériem příliš vágním.

Podstatně konkrétnější důkazy o etiologii a patogenezi sexuálních poruch u diabetiků podala v posledních letech vyšetření autonomního nervového systému v oblasti pánve. Zjistila se vysoká koincidence sexuálních poruch a diabetické *neuropatie*. 75 procent diabetiků s polyneuropatií trpí též sexuálními poruchami, kdežto u nemocných bez neuropatických klinických příznaků se objevuje sexuální selhávání jen ve 12 procentech¹⁰⁾ Opačnou závislostí se prokázalo, že příznaky neuropatie má 80 až 85 procent diabetiků se sexuálními poruchami. S nimi souvisejí i neurogenní poruchy močového měchýře v podobě nutkání na moč. Potvrzením této koncepce jsou histologická zjištění morfologických změn v autonomních nervech kavernózních těles penisu, jež se našly u diabetiků s poruchami sexuálních funkcí¹³⁾. Většina autorů dnes tedy pokládá neuropatii autonomního nervového systému v oblasti pánve za hlavní patogenetickou příčinu mimořádně vysokého procenta sexuálních dysfunkcí u diabetes mellitus.

Krómě toho se v poslední době usuzuje ještě na další patofyziologické mechanismy. Tým českých autorů zjistil při arteriografii u diabetiků významné sklerotické změny tepenného řečiště, omezující přítok krve do kavernózních těles penisu¹⁴). Podle toho by za poruchu erektivity byly odpovědné uvedené sklerotické změny. Ať už jde o neuropatii nebo o tento patogenní činitel (popřípadě o jejich společnou působnost), v žádném případě nelze očekávat úspěch od hormonální léčby. Nezabírá syntetický testosteron ani zkoušená kombinace testosteron + choriogonadotropin (náš Praedyn). Na situaci v podstatě nic nemění ani tonika nebo afrodiziaka.

Příznivější zprávy se týkají chirurgické nápravy pomocí zmíněného implantátu z umělé hmoty (silikonová berla), který slouží jako protéza penisu¹⁵). Zatím nejvýznamnější úlohu může sehrát psychoterapeutické sezení s pacientem a jeho partnerkou, když jsou oba seznámeni s možnostmi sexuální souhry a s přijatelnými náhražkovými technikami v partnerském soužití. Kooperace je nezbytná. Obvykle jí lze snadno dosáhnout, protože pacient jde k sexuologovi často jen na přání své ženy.

KONEČNÁ STANICE: INFARKT?

A tu tělo cizincovo, napjaté pohlavní křečí, náhle sebou nesmyslně zalomcovalo... přelilo se přes ni jako vlna, znehybnělo — ztvrdlo.

Jiří Wolker: *Služka*

Historiky o náhlé smrti při sexuálním styku se tradují už dlouho, snad již z doby, kdy se vůbec něco začalo tušit o infarktu srdečního svalu. Obvykle se týkají mužů středního věku, kteří si vzali mladé manželky. Chce se tím zdůraznit, že srdce takového muže při nových sexuálních nárocích už není schopno splnit svou roli.

Akutní koronární selhání či infarkt myokardu se při sexuálním styku sice nevylučuje, ale proti tradovaným historikám jsou obavy celkem neopodstatněné. Různí autoři se shodují, že tu hrozí stejné nebezpečí jako při jiných činnostech — a shodně též upozorňují na několik okolností řečené *koitální smrti*. Za prvé, tyto případy se týkají osob trpících kardiovaskulárními obtížemi, anginózními bolestmi, ischemickými poruchami srdce, hypertenzí apod. Za druhé, ani u nich častost úmrtí při styku nepřesahuje 1,6 procenta (Ueno uvádí 34 exity

na 5559 pacientů, Wagner 6 případů úmrtí na 1000 kardiaků). Za třetí, asi čtyři pětiny všech případů úmrtí se přihodí při mimomanželském styku, a to především s náhodnou či málo známou partnerkou.

Bez rizika srdečního selhání se odehrává koitus ve dvojici, která se intimně zná a jejíž technika styků se v mnohaletém soužití stala již návykem. Soulož probíhá bez větší fyzické i duševní zátěže, bez velkého napětí i bez přemrštěných tělesných energetických výdajů. A především je tu klidná a uvolněná atmosféra. Jestliže si však ženatý muž namluví neznámou ženu a vede si ji tajně do bytu svého přítele, koncentrují se v něm nejrůznější emoce. Pohybuje se v mimořádných podmínkách vnějších i emocionálních. Roste v něm napětí ze zakázaného, vzrušení z „úlovku“, lákadlo neznámého a neobvyklého, často i starost o očekávaný výkon a konec konců i nezbytnost usměrnit sexuální síly na prchavou půlhodinku utajovaného styku. To vše na potenciálního kardiaka doléhá mnohem nepříznivěji než fyziologické změny nebo tělesná námaha při koitu.

Už dříve jsme se zmínili, jak symboly často opomíjejí biologické zákonitosti. Snad proto, že je srdce symbolem lásky, přikládá se mu tak velký fyziologický význam i pro sexuální aktivitu. K čemu zatím v tomto směru dospěla fyziologická šetření a výzkumy?

Dramatické se zdály být změny v krevním tlaku, v tepu a v kyslíkovém zásobení (někdy až na dvojnásobek normálních hodnot), i když se zároveň zjistilo, že změny nikdy nepřetrvávají dlouho a že se vlastně jedná o deset až patnáct sekund fyziologického vypětí na vrcholu orgastické fáze. V získaných nálezech muselo být však hodně nepřesností. Když se s výzkumy začalo (v padesátých letech), vyšetřovalo se totiž v laboratorních podmínkách, tedy v umělé atmosféře a za účasti experimentátorů, což nevyhnutelně vedlo k metodologickým chybám. Elektrické monitory zapojené na pokusné osoby vyvolávaly dojem, že sexuální styk je ohromně namáhavý výkon. Dvojice nesouložily v intimitě, nýbrž pod kontrolou, a protože se většinou rekrutovaly z mladých lidí, navíc trpících neurotickými či sexuálními obtížemi, zkreslovalo to výsledky.

Směrodatnější nálezy získali až Hellerstein a Friedman, když srdečně cévní systém pokusných osob při souložích nechali zaznamenávat v intimním prostředí jejich domova¹⁵). Technickou stránku věci ponechme stranou; třeba však zdůraznit, že pokusné osoby nebyly pod bezprostředním dohledem expe-

rimentátorů a snímací přístroje si zapojovaly samy po určitém zácvičku.

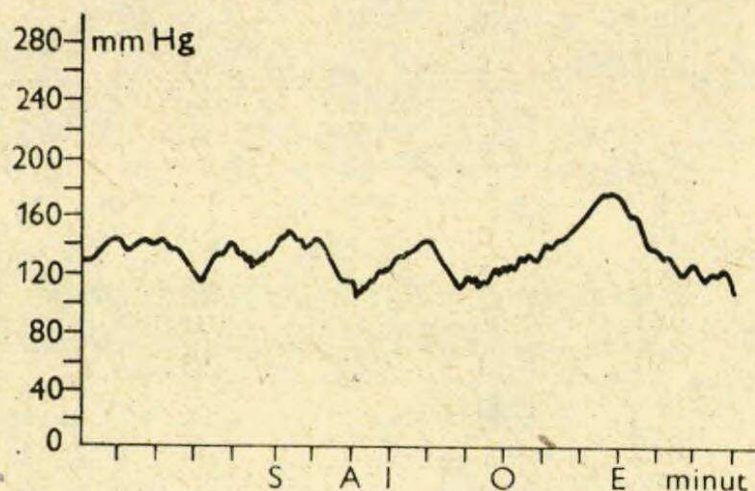
Šlo o skupinu mužů středního věku s arteriosklerózou srdečních věnčitých tepen nebo po prodělaném infarktu. Všichni byli dlouhodobě ženatí. Monitorovaní byli při koitu se svými manželkami vždy doma, přičemž vyvíjeli jen střídmy tělesný výkon. Ve srovnání s mladými neurotiky z laboratoří vyzněly jejich fyziologické parametry dosti odlišně. Zjistilo se například, že mužův sexuální akt vyžaduje pracovní výdej asi 19 J (4,5 cal) za minutu. Při orgasmu stoupne kyslíkový ekvivalent asi na 25 J (6 cal). Počet srdečních tepů se zvyšuje od 90 do 140 úderů za minutu (při průměru 117,4 pulsů). Tachykardie však trvá jen krátce, deset až patnáct sekund v orgastické fázi. Krevní tlak se měřil srovnatelně, a to při stejné vyložené námaze v ergometrickém testu za jízdy na kole. Většinou se mužům naměřily maximální hodnoty 22,3/12 kPa (tj. 160/90 mmHg), což je stále ještě normální. Ani záznamy EKG nevybočily z toho, co vyvolávají běžné výkony při zaměstnání. Všechna tato měření se u zkoušených osob prováděla také v průběhu dne při jejich normální činnosti, při rutinní tělesné námaze v práci i doma, při obchodním jednání atp. a získaly se stejné výsledky.

Zatížení mužova srdečně cévního systému při souloži se od té doby přirovnává k normální chůzi po schodech do druhého patra! Faktem je, že se obavy ze sexuální činnosti mnohdy zbytečně dramatizovaly.

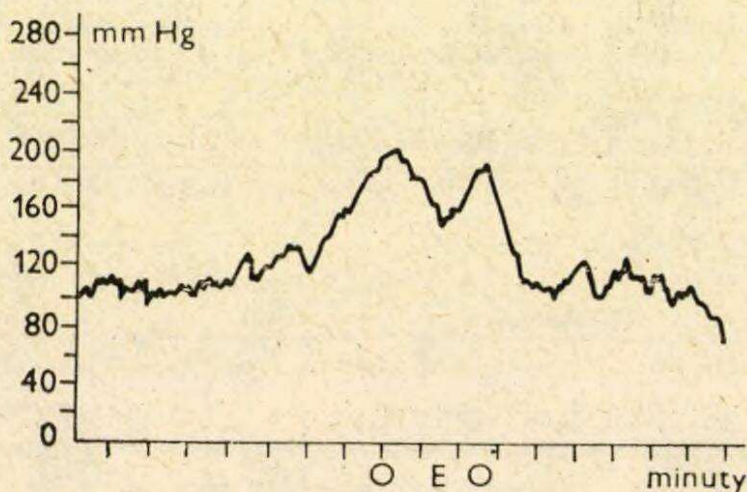
Pro zatížení kardiovaskulárního systému při sexuální aktivitě rozhodně není jediným rizikovým faktorem tělesná námaha a výdej fyzické energie. To by jinak přiměřená tělesná zátěž nemohla hrát pozitivní roli při rehabilitaci infarktu! Ke kritickým fyziologickým změnám dochází při souloži především vlivem stoupajícího *smyslového vzrušení*. (Je tu však odpovědný vždy jen koitus? Krevní tlak se u někoho například zvyšuje i při pohledu na obscénní obrázky či pornografický film.) Srdce není namáháno jen v důsledku fyzické zátěže nebo izometrické svalové práce, přestože na ní závisí centrální tlak v aortě. Vzestup sexuálního vzrušení se přes visceroreceptory promítá do různých orgánů a systémů — a vlivem cévního městnání samozřejmě i do systému kardiovaskulárního. Zvýšení krevního tlaku, cévní městnání, zrychlení srdečního tepu i hyperventilace se kriticky a „rizikově“ projevují v době orgasmu, přičemž tu způsob či forma sexuality hrají roli až druhotnou.

Vrcholem řečených změn je orgasmus. V následné fázi uvolnění se zaznamenává rychlý ústup k normálním hodnotám. Z uvedeného plynou poučení a rady, jež se dávají nemocným. Nejprve nevýhody, potom rizika: Jako nevýhodné se u muže zjišťuje úmyslné (kontrolované) oddalování ejakulace,

Obr. 9. Křivka systolického tlaku při koitu u muže (podle Foxe). (S) start, (A) pokus o zasunutí penisu, (I) úplné zasunutí penisu, (O) orgasmus ženy, (E) ejakulace



Obr. 10. Křivka systolického tlaku při koitu u ženy (podle Foxe). (O) orgasmus ženy, (E) partnerova ejakulace



aniž by dlouho docházelo k orgasmu. Jisté nevýhody má též *coitus interruptus*, protože po něm ve fázi uvolnění nedochází k tak rychlému a plynulému ústupu změn k normě jako za podmínek přirozeně probíhajícího cyklu sexuální aktivity. Zdravý muž samozřejmě tyto nevýhody nepocítí. A rizika? Je-li orgastické vyvrcholení rozhodující a způsob sexuality až druhotný, pro některé jedince s nekompenzovanou městnavou srdeční vadou může mít škodlivý vliv i pasívní koitus.

Otázkou je masturbace. Nezřídka dokonce ještě za pobytu v nemocnici není u pacientů po infarktu srdečního svalu ničím neobvyklým. Někdy ji proto sexuologové posuzují jako pozitivní zisk pro další sexuální život, a pokud nevede k zbytečným psychologickým symptomům (úzkost, pocit viny), lékař

by mohl uvážit její možnosti pro obnovení sexuální aktivity. Pro mnohé kompenzované kardiaky představuje masturbace první známku rehabilitace a možnost normálního života. Experimentálně se zjistilo, že při orgasmu získaném masturbací je oběhová námaha a zatížení kardiovaskulárního systému menší než při orgasmu získaném sexuálním stykem¹⁶).

Naproti tomu se nezdá, že by bylo nezbytné plně kompenzovaným kardiakům doporučovat při koitu jen určité pozice, o nichž se předpokládá, že si žádají relativně malou izometrickou kontrakci pažního svalstva. (Z těchto důvodů se například nedoporučovala nejobvyklejší poloha tváří v tvář, kdy muž spočívá na ženě, ale jako vhodná se jevila pozice equitis či z boku.) Ještě významnější je zjištění oboustranného rizika. Čili ze vztahu mezi sexualitou a zatížením srdečně cévního systému plynou stejná rizika pro muže i pro ženu! Tento fakt se ovšem ještě obecně neakceptuje. Muž po infarktu se po sexuální stránce často až zbytečně úzkostlivě šetří a žádá od manželky přirozené ohledy. Ale od ženy se stejnými obtížemi se běžná sexuální činnost vyžaduje někdy dost bezohledně. Jednoduše se soudí, že pro její srdeční indispozici nepředstavuje sexuální vypětí vůbec žádné riziko.

V našem století stressů a frustrací se srdce zároveň stalo symbolem života či smrti. Shrnuje v sobě to poslední a nejdůležitější aut — aut! (Zajímavé, jak většina lidí chápe smrt člověka jako smrt jeho srdce. Ve skutečnosti se biologická smrt řídí smrtí mozku, zástavou alfa-vln na EEG.) Kardiolog se někdy ocitá v těžké situaci. Pacienta dostal z nejhoršího, ale poskytnout mu odpovědně rozhodnutí týkající se budoucího života není vždy snadné. Někdy se spokojí s tím, dát svému pacientovi jen standardní pokyny. Například vyhnout se stresujícím situacím, přestat kouřit, omezit váhu, nejíst pokrmy s vysokým obsahem cholesterolu, pravidelně tělesně cvičit apod. Nic se však neříká o sexualitě! Po infarktu se potom pacient chová, jak to odpovídá jeho úzkostem, depresím i předsudkům a chybným hodnocením. Často se omezuje až k úplné sexuální abstinenci v domnění, že infarkt je konečnou stanicí jeho pohlavního života. To je ovšem domněnka falešná. Uzavírá bludný kruh, který ohrožuje úplnou rehabilitaci.

Do důsledků vzato, rada vyhnout se všem stressujícím situacím implicitně obsahuje pokyn *znovu se přizpůsobit možností sexuálního života*. Už před třiceti lety zjistili Klumbies a Kleinsorge, že potlačené libido může vést k anginózním stavům, pokud jsou sexuální potřeby zvýšené a nerealizují se.

Už tehdy lékaři začali přemýšlet o „psychogenních spazmech koronárního oběhu“¹⁷), jež vznikají potlačováním sexuálních potřeb ze strachu před sexuálním aktem jakožto výrazem „neúnosné“ námahy a napětí. Skutečně neúnosné je však napětí ze sexuální nečinnosti a z libidinózního neukojení. Samozřejmě záleží i na premorbidním typu osobnosti. K tomu se hned dostaneme.

Přibližně 10 procent pacientů po infarktu zůstává impotentních¹⁸). Jejich selhání pochází většinou z psychických zdrojů, z úzkostí a z obav před následky. Lékař doporučí měsíc nesouložit, ale sami pacienti lékařovo omezení dobrovolně předčí ze strachu, aby pro ně sexuální poměr neznamenal smrt. Přitom mají EKG již zcela v pořádku! Někteří kardiáci vydrží bez sexuálního styku dva roky, nebo již sexualitu třeba neobnoví vůbec. Zároveň si stěžují manželce, která jejich obavy přežme, a manželství pak trpí nezdravou a stísněnou atmosférou. To samozřejmě k rehabilitaci nepřispívá.

Snížení potence může mít původ i v aplikaci léků, které snižují hypertenzi. Sama hypertenze potenci nesnižuje, ale antihypertenzíva často ano. Věc se konečně komplikuje i tím, že u muže se koronární potíže objevují právě ve věku, kdy ho obzvláště začíná tížit fyziologicky klesající potence a všechny okolnosti přispívající k sexuální involuci. Jsou tu dva protikladné vlivy, jež jsou Scyllou a Charybdou kardiakova sexuálního života: Chce přinést nějaký důkaz pro to, že je dosud silným a virilním mužem, což ale paralyzuje obava před následky ze sexuálního styku. Sexuální potíže nevznikají jen z chronických stavů napětí, nýbrž jsou pravděpodobně samy příčinou dalších napětí.

Doba rehabilitace, kdy ještě nemá docházet k sexuálním stykům, není u všech pacientů stejná. Při dobré prognóze, dnes poměrně časté, se po infarktu sexuální styk zakazuje jen asi na dobu jednoho měsíce až šesti týdnů. To je pravidlem. Ale vyskytuje se tu množství dalších problémů. Nemocní s dosud pozitivním nálezem na EKG se musí vyhýbat každé zátěži stejně jako sexuální aktivitě jakéhokoliv druhu. Mizivé procento kardiaků s připomenutou nekompenzovanou městnavou srdeční vadou budou moci těžko sexualitu obnovit.

U některých pacientů nepříznivě působí i krátkodobý vzestup krevního tlaku při orgasmu. Antihypertenzíva sice tlak snižují, ale zároveň — jak řečeno — snižují i potenci. Doporučuje se tedy profylaktické užívání nitroglycerinu nebo beta-blokátorů.

Než lékař poskytne pacientovi radu, musí zvážit řadu faktorů. Ve středu jeho epikrizy je samozřejmě stupeň zotavení z koronární příhody, tedy kompenzace a úprava onemocnění. Vzhledem k sexuálním prognózám by bylo ideální po zotavení pořídit během prvního koitu vždy EKG. Ale protože je to v rutinních podmínkách zatím neproveditelné, stačí vyzkoušet odpovídající fyzickou zátěž ergometrickým testem při jízdě na kole. Tak se zjistí i další důležitá okolnost — pacientova fyzická aktivita a unavitelnost. Kardiolog by měl vzít v potaz (možná po konzultaci s psychologem) i pacientovy emocionální stránky. Klinikové se vždy znovu přesvědčují, jakými depresemi trpí nemocný po infarktu. Někdy je nutná i systematická psychoterapie.

A posléze něco, na co se zapomíná, anebo co se opomíjí s odůvodněním, že jde o speciální sexuologickou problematiku: Ošetřující lékař by měl u svého pacienta zjistit též míru sexuální aktivity, kterou nemocný vykazoval premorbidně. Sexuálně se nejdříve rehabilitují kardiaci, kteří byli aktivnější i před onemocněním. Dříve u nich dochází i k obnovení sexuálních zájmů.

V sexuálním chování existují značné odchylky a individuální výkyvy, což platí možná nejvíc ve středním věku. Pacient po infarktu by se neměl nikdy zahrnovat těmi radami, jež implikují sexuální chování, pro které neměl pochopení ani před nemocí a které mu nikdy nevyhovovalo. Je-li prognóza dobrá, neměl by se mu tedy nadlouho zakázat sexuální styk, jestliže o něj má zájem a pokud byl vždy silně potentní. Naopak zase — pacient se nikdy nemá nutit do sexuální činnosti, jestliže na ni málo reflektoval již před svým onemocněním. Ke konzultaci o sexuálních možnostech by měla být vždy přibrána pacientova manželka (anebo pacientčin manžel). Partneři bývají někdy přestrašenější než sami pacienti, což nikdy nemůže být prospěšné k obnovení sexuální činnosti.

Na závěr ještě poznatek zkušených kliniků. Týká se spontánnosti, s níž se pacient začíná zajímat o další možnosti svého sexuálního života. Důvodem k dobré prognóze je pro lékaře vždy skutečnost, že se pacient těší na okamžik, kdy už bude moci sexuálně žít, asi jako když se těší, že se už vrátí do zaměstnání. Dá-li lékaři otázku na své další sexuální možnosti, je to vždy dobré znamení. To znamená, že se i z těžkého postižení psychicky pozvolna zotavuje, anebo že už alespoň nežije v panické hrůze před smrtí.

Literatura

- 1) *Bowers L. M., Cross jr. R. R., Lloyd F. A.*: Sexual Function and Urologic Disease in the Elderly Male *J. Amer. Ger. Soc.* 11 : 647 až 652, 1963.
- 2) *Vartapetov B. A., Demčenko A. N.*: Klimaks u mužčin. Kiev Zdorov'ja, 1965, ss. 159—161.
- 3) *Raboch J., Mellan J., Kohlíček J.*: Sexuální poruchy u pacientů s chronickou prostatitidou. *Čas. lék. čes.* 109 : 589—592, 1970.
- 4) *Stearns D. B.*: Retropubic Prostatectomy, 1947—1960: A Critical Evaluation. *J. Urol.* 85 : 322—328, 1961.
- 5) *Gonick P.*: Urologic Problems and Sexual Dysfunction. V: *Oaks W. W. et al.*: Sex and The Life Cycle. New York / San Francisco / London, Grune and Stratton, 1976, ss. 191—198.
- 6) *Finkle A. L., Moyers T. G.*: Sexual Potency in Aging Male; IV. Status of private Patients before and after Prostatectomy. *J. Urol.* 84 : 152—157, 1960.
- 7) *Gebhard P. H.*: Normal and Criminal Behaviour at Old Age. *Beitr. z. Sex.forsch.* 41 : 83—87, 1967.
- 8) *Rubin I.*: Sex nach Sechzig. Něm. př. Hamburg, Hoffmann und Campe Verl., 1968, s. 210.
- 9) *Herms V.*: Der Verlust der Orgasmusfähigkeit. *Sexualmedizin* 1 : 32—34, 1978.
- 10) *Neubauer M.*: Diabetes mellitus und Sexualstörungen. *Sexualmedizin* 11 : 918—926, 1977.
- 11) *Bykov K. M., Kurcin I. T.*: Kortiko-visceral'naja patologija. Leningrad, Medgiz, 1960.
- 12) *Mills L. C.*: Sexual Disorders in the Diabetic Patient. V: *Oaks et al.*: op. cit., s. 169.
- 13) *Ellenberg M.*: Impotence in Diabetes: The Neurologic Factor. *Ann. Int. Med.* 75 : 213—219, 1971.
- 14) *Lachman M., Raboch J., Michal V. et al.*: Příspěvek k patogenezi poruch erekitivity u diabetiků. *Čas. lék. čes.* 115 (40) : 1242 až 1245, 1976.
- 15) *Hellerstein H. K., Friedman E. H.*: Sexual Activity and the Post-coronary Patient. *Arch. Int. Med.* 125 : 987, 1970, a dále: *Med. Asp. Hum. Sex* 3 : 70—96, 1969.
- 16) *Scheingold L. D., Wagner N. N.*: Herz, Alter, Sexualität. Něm. př. Frankfurt, Verl. Medical Tribune, 1976.
- 17) *Klumbies a Kleinsorge* cit. dle: *Rubin I.*: op. cit.
- 18) *Tuttle W. B., Coe W. L., Fitch E.*: Sexual Behavior in Postmyocardial infarction Patients. *Amer. J. Card.* 13 : 140, 1964.

Schéma involučních „psychomechanismů“

Aktivní vyrovnání
 snaha uplatnit se
 zaměstnání, činnost
 „vnitřní“ angažovanost
 účast, participace
 angažování se „zpovzdálí“

Ochota k „přesahu“
 poskytnutí citů
 přijetí náklonnosti
 přátelství a „vztahy“
 sociální inklinace
 ztotožnění s mladými

Pozitivní vztah k sexu
 manželské něžnosti
 heterosexuallita
 libidinózní přání
 erotické zájmy
 masturbace (v situaci osamění)

Maladaptivní obranné manévry
 (jetí nové věkové strategie
 exhibivní styl ega
 přehra, represe
 mor
 izolace)

Biofilní orientace
 role zdravého
 další plánování života
 ovládnutí slabosti
 (sy Makropulos)

Intelektuální techniky
 kulturní zájmy (včetně televize)
 čtení, studia
 „filozofický“ postoj

Fyzické techniky
 hobby
 pohyb a turistika
 „křítelství“

Maladaptivní orientace
 (nefunkční
 negativní bilancování života
 dominantní smrti
 (sy Makropulos))

Maladaptivní obranné manévry
 (přetrvání na dřívější věkové strategii
 rigidní styl ega
 infantilní regrese
 pseudodůstojnost
 hypochondrie)

Neochota k „přesahu“
 emoční „stažení se“
 odpirání sympatií
 egocentrismus
 kverulantství
 „závidění mladým“

Odmítání sexu
 obavy o zdraví při sexuálním styku
 sexuální abstinence
 pocit „nepatřičnosti“
 rezignace na erotické stimuly
 vývoj k perverzím

Pasivní kapitulace
 vyhýbavost a ústup
 iluzivní „imperativ odpočinku“
 vnitřní rezignace, apatie
 izolace, společenská „ulita“
 sklíčenost, deprese

Schéma vyjadřuje pokus shrnout do diagramu některé proměnné, o nichž bylo pojednáno v textu a jež jsou charakteristické pro emocionální a behaviorální postoje v involuci. Pozitivní (aktivní) pól každé osy je umístěn v horní části diagramu, zatímco negativní (pasivní pól je v části dolní (aktivní vyrovnání proti pasivní kapitulaci, ochota proti neochotě k „přesahu“, biofilní proti nekrofilní orientaci, role zdravého proti roli nemocného, heterosexuality versus sexuální abstinence, adaptační manévry proti maladaptacím, flexibilní versus rigidní styl *ega* apod.).

Osy vyjadřují protikladné (\longrightarrow) či shodné (\rightarrow) faktory. Je snad zřejmé, že protikladné postoje a mentální mechanismy nepatří do stejného prostorového rozložení, a proto jsou znázorněny jako diagonální osy. Schéma nezahrnuje sociální, výchovné či kulturní matrice uvedených faktorů (například hmotný standard, rodinnou podporu či podporu z okruhu blízkých, loajální přátelství, rehabilitační a sociální pomoc lidových orgánů aj.), jež sice často významně ovlivňují východiska uvedených postojů, nelze je však zahrnout mezi výsledné faktory „psychomechanismů“.

ZÁVĚR: SHRNUTÍ PROBLÉMŮ

„Láska klíčí v každém věku ...“

Árie Gremina z Čajkovského opery *Evžen Oněgin*

(1) Názory na stárnutí a věk se samozřejmě v různých dobách různí. V minulém století bylo „stárnoucím“ Oněginovi šestadvacet let, což dneska představuje dobu, kdy si mladý kvalifikovaný dělník pořádně osvojuje řemeslo, anebo kdy vysokoškolák po vojně teprve vstupuje do života. Puškinův Gremin byl v pětačtyřiceti pokládán za starého. Dneska v jeho letech začíná střední věk a s ním současně nejproduktivnější životní období. Věkový průměr se v tomto století prodloužil o více než třicet roků, což znamená asi na dvojnásobek. Jde o to, zda se s prodloužením zároveň lidský život i zpříjemnil. Plní se citovaná směrnice Světové zdravotnické organizace (WHO), jež říká, že nejde o to, obohatit život o léta, ale léta o život?

V naší socialistické společnosti se pro to vytvářejí všechny objektivní podmínky. V sociálně politické perspektivě je třeba přikládat důležitost nastupující generaci. Ale to, jak se mladým dnes u nás usnadňuje nástup do života a společenské uplatnění, nemělo by se dít na úkor starších generací. Zestárne jednou každý — a jistě každý též cítí jako křivdu, je-li z aktivního společenského dění vyřazen v zenitu života.

Svémi zkušenostmi, rozvahou a moudrostí pomáhá starší člověk usměrňovat i řídit mladší spoluobčany. Už tím se podílí na organizátorské práci a tvorbě sociálních hodnot. A tak se produktivně uplatňuje i politicky. Odchodem do důchodu nekončí ani jeho aktivita profesionálně pracovní a zejména ne jeho zájmová činnost. Pole působnosti tu zůstává. V hospodářských poměrech, které neznají nezaměstnanost, se lidem práce umožňuje do pokročilého věku. Třeba se nevykonává v původní funkci a také ne v celém rozsahu — to by konec konců odporovalo fyzickým i duševním možnostem stárnoucího organismu; důležité je, že i důchodci mají příležitost aspoň část

roku normálně pracovat, a tím jsou stále v úzkém kontaktu se sociálním mikroklimatem na pracovišti. Pokud jsou odkázáni jen sami na sebe a na čtyři stěny svého příbytku, je to s nimi obvykle zlé. K deprivaci dochází vlivem nedostatku podnětů také v důchodovém věku, nejenom v dětství.

(2) Jedna věc jsou však možnosti a druhá věc je jejich využití. A dále — něco jiného je biologický věk a něco jiného věk matriční. Každý stárneme jiným tempem. Je to v nás geneticky zakódováno, ale něco si můžeme ulehčit nebo zas zavinit sami. Někdo již ve středním věku zpohodlní a rezignuje natolik, že si říká: Mám to už za sebou! Mimochodem — platí to jak pro obecné činnosti, tak i pokud jde o sexuální aktivitu. A přitom jde o názor velmi chybný. Znamená, že takový rezignující jedinec ve svém biologickém stárnutí předběhl kalendář.

Dnes tak frekventované slovo „angažovat se“ (třeba jen „z povzdálí“) by se mělo stát pravidlem pro život i v pokročilém věku. Jinak se člověk nedokáže udržet v kondici a začíná komplexně stárnout, což je beznadějnější, než-li zhoubnější než stárnutí biologické. To může také znamenat, že v poměrně mladém organismu se skrývá poměrně stará osobnost. Omluvou pro pasivitu mohou být některé choroby, ale skutečně jen některé, protože u jiných je aktivita stále prospěšnější než nečinnost. Zdravý stárnoucí jedinec žádnou omluvu pro pasivnost a zápecnictví nenalezne. Lékem pro starší lidi, zejména trpící emocionálními problémy (třeba i obavami ze stárnutí), je *aktivita*.

Nečinnost a trpnost je stejným rizikem jako zoufalství. Pokud člověk nemá již žádné ambice a neplánuje si přiměřeným způsobem budoucnost, začíná žít minulostí. Zajímavé, jak tato zjištění platí i v oblasti sexuální. Vědci zjistili přímou závislost mezi sexuální aktivitou v mládí a ve stáří. Čili hodně vždy záleží na tom, co pro stárnoucího jedince sexualita představovala v jeho mladých letech, jaké měl už tehdy sexuální zájmy i jaká byla jeho tehdejší sexuální kapacita. (Vzpomeňme na Schopenhauera. V jistém věku přivítal osvobození od „tyranie pohlavnosti“, protože patrně nikdy nejevil velké sexuální zájmy. Ale připomeňme si zároveň zkušenosti Victora Huga a jiných mužů a žen. Sex jako potěšení je provázel od útlého mládí do konce jejich dlouhého žití.)

Dobrovolné opuštění sexuální činnosti s následkem pohlavní abstinence znamená v pokročilejším nebo už ve středním věku rovněž dobrovolnou „psychickou kastraci“. Co tu rozhoduje?

Je to snad společenské klišé, že by člověk řekněme kolem padesátky měl už se sexualitou přestat? Anebo jsou to změny v nazírání podněcované historickou bází osobnosti? Působí tu asi obojí.

(3) Ve středním věku se dostavuje introverze. Spolu s ní někdy i zúžení zájmů, jistá rigidnost, egocentrismus a sobectví. Tyto vlastnosti se nápadně projevují tam, kde k nim člověk měl sklony již v předchozím životě. Teď jenom více vystoupí do popředí. Jindy se na jejich vzniku podílejí degenerativní změny v důsledku involučních chorob. Především je vinna mozková arterioskleróza, jedna z častých chorob stáří. Za normálních okolností však těmto negativním symptomům lze většinou vzdorovat. Hodně pomáhá pěstování a rozvíjení dosavadních emocí, sociálních citů a komunikací, důležitý je altruismus, život s druhými, pocit sounáležitosti k lidskému i občanskému společenství. Rozhoduje též osobní anamnéza a historická báze osobnosti. Snad nejvíce tedy přispívají dobré zkušenosti z intimních a meziosobních vztahů z dřívějšího věku. Věkem se mění vzorce sociálního chování jen relativně. Z toho, kdo se celý život choval asociálně, nemůže na stará kolena vyrůst žádný Albert Schweitzer!

Prosadí-li se egocentrismus a sobectví, vážnou interpersonální vztahy. Je znemožněna sociální komunikace.

(4) Osobnost člověka má charakter otevřeného systému — neustále sem proudí nové a nové podněty zvnějšku. Jestliže zmíněná introverze přejde do autismu, ze starých a zejména osamělých jedinců se stávají podivíni. Pro vnější podněty se v osobnosti uzavírá vstup, a kde je uzavřen vstup, brzy se ztlumí i výstup. Není tu již žádný vnitřní pohyb, je tu jen entropie. Člověk přestává komunikovat s druhými, což se vlastně rovná jeho sociální smrti. Žije teď sám ve svém malém autistickém světě jenom ze vzpomínek, často poznamenaných nostalgii nebo zkreslených podivínstvím a deteriorací. (Chorobný autismus je varovnou involuční psychotickou poruchou. Hovoří se pak o „bláznivých“ starcích a stařenách. Nemají to lehké a ani jejich okolí na tom není lépe.)

Proti chorobné uzavřenosti nutno ale profylakticky postupovat již ve středním věku! Ve stáří bývá pozdě. Zejména v tzv. periodách přechodu, kdy dochází ke „krizi identity“ (v andropauze a hlavně v klimakteriu), je nezbytné využít umění, na něž se podepisuje již asi výchova v raném dětství. Jde o umění či schopnost přizpůsobit se novým věkovým kritériím a normám. Proces adaptace si usnadňujeme osvojením nové věkové

role podle vzoru svých generačních druhů, nebo obráceně — nově osvojená věková role, vycházející z pocitů generační soudržnosti, nám pomáhá adaptovat se. Jedinec si v sobě musí vypěstovat sociální strategii přiměřenou svému věku a své generaci. Musí ze sebe vytěsnit všechny škodliviny vedoucí k maladaptaci, především paniku ze „zavírajících se dveří“, a musí od života očekávat vždy pozitivní hodnoty. Nemusí si je vymýšlet ani přimýšlet, ty tu objektivně existují.

Největším nepřítelem středního věku je *strach ze stárnutí*. Jiným nepřítelem je *rezignace*. Nebezpečné je i negativní bilancování dosavadního života. Negativní bývá proto, že jsme v životě obvykle chtěli dosáhnout něčeho víc, než jsme dosáhli. Zejména v mužích se ve středním věku obráží intenzivní pocity sociální prestiže. Měli by si však uvědomit, že je to jen „zrada jejich života“ a že představuje sugesci. Nakonec je její prožitek jako každou sugesci možno vyvrátit rozumovými a rozumnými argumenty.

Hledíme často s úzkostí na budoucí stáří, protože stále ještě zoufale lpíme na minulém mládí. Stáří a mládí nesmíme ovšem srovnávat. Jedno nezbytně přijde a druhé se už nikdy nevrátí. Každý jsme prožili své mládí a nyní už existuje jen stáří anebo nic. Zralost člověka se řídí tím, jak je schopen přijímat nevyhnutelné a přirozené kompromisy. A měli bychom též vědět, že každé životní období má své radosti i strasti. (Bohužel nám v tom málo přejí vžitě sociální stereotypy. Všude, na každém kroku se setkáváme s idealizovaným obrazem mládí jako výrazem síly, dynamiky, vitality, bezstarostnosti, životního elánu, krásy a půvabu. Málokdy a málokde se v dnešní překotné době ukazují idoly jiného druhu: harmonie, vyrovnanost, emoční stabilita, tvůrčí syntéza, moudrost, rozvaha a nadhled v hodnocení, jakožto atributy životní zralosti. Proč? Kdy, v kterém svém životním období dali lidé světu největší hodnoty? Myslíte, že by střední a starší věk v této při prohrál s učednickými léty?)

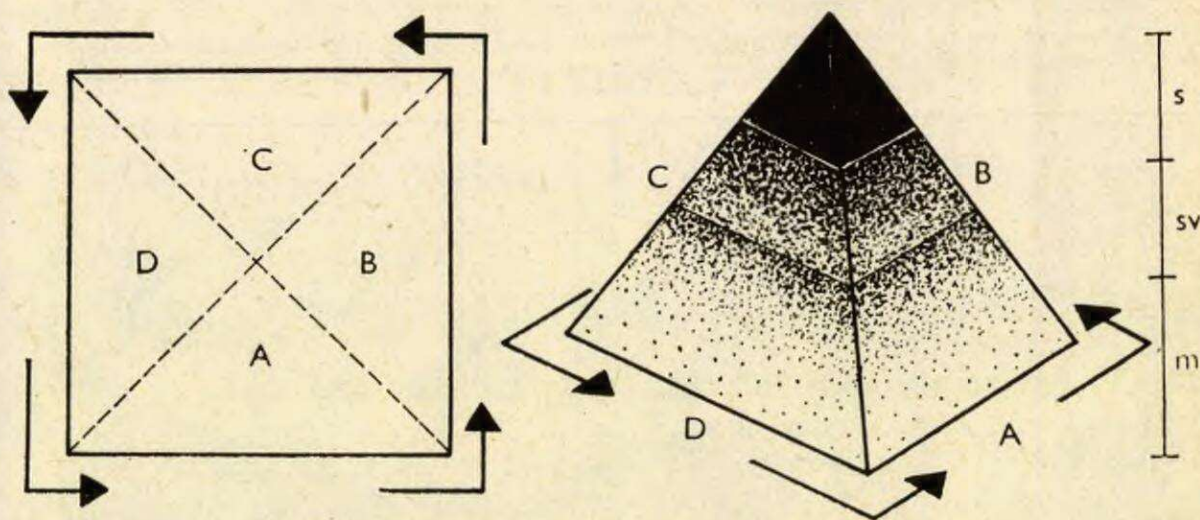
[5] Organismus stárne nezvratně, ireverzibilně. Stárne též osobnost. Stárnutí nepředstavuje však žádnou chorobnou změnu, nýbrž normální biologický (i psychologický) proces, který je vlastní převážně většině druhů (a všem lidským jedincům).

Teď ještě k osobnosti. Lze ji analyzovat různým způsobem a z různých úhlů, mimo jiné také z hlediska manifestujících se potřeb a zájmů. Mezi ně patří i sexuální potřeby a také zájmy v erotickém směru, což je téma druhého dílu této knihy.

Sexuální kapacita (anebo úroveň sexuálních potřeb a zájmů)

by neměla být jediným měřítkem stárnoucí osobnosti ani pro sexuologa. Ani ten nesmí být v tomto ohledu příliš úzký. Vůbec však nevidět sexuální aspirace stárnoucích mužů a žen je zase opačný extrém, k němuž inklinují lékaři, kteří u pacientů sexualitu v involuci buď bagatelizují, anebo vůbec nehledají. Vznikají z toho problémy zejména při rehabilitaci a rekonvalescenci některých nemocných s postoperativními stavy a po infarktu myokardu. Jinak ovšem sexuální funkce pramení z biologicky zdravého organismu trvale a sexualita může být jednou ze strukturálních složek osobnosti až do vysokého věku. Sexuální involuce je potom součástí stárnutí celého organismu i osobnosti jako celku. Stárne endokrinium stejně jako cévy, smysly či nervstvo, ale „stárnou“ i sexuální potřeby a zájmy. O nich bychom ovšem mohli též říci, že se s přibývajícím věkem buď vyhraňují a koncentrují, anebo v horším případě, že se ztrácejí tak jako jiné potřeby a zájmy.

Od takových dvaceti roků věku nebo řekněme od adolescence až do vysokého stáří můžeme „zájmový aspekt“ osobnosti názorně vyjádřit čtyřbokým jehlanem tvořícím pyramidu. Bude mít samozřejmě nevýhodu všech schémat. Názorně si však na ní ukážeme, jak každou z jejích čtyř stran tvoří i čtyři dosti podstatné okruhy osobnostních zájmů. Od počátku k sobě jistým způsobem směřují (viz půdorys pyramidy) a čím je člověk starší, tím se zužují, ale i koncentrují a zhutňují (viz pohled z boku).



Obr. 11. Pyramida „zájmového aspektu“ osobnosti. Zájmy: (A) tvůrčí, pracovní a seberealizační, (B) intimní a libidinózní (nutriční, sexuální), (C) sociální a interpersonální, (D) hmotné a mocenské. Věk: (m) 20 až 45 let, (sv) 45 až 60 let, (s) nad 60 let

V mládí jsou zájmy i jejich uskutečňování v aktivitách nej-
různějšího druhu značně extenzivní a široké, jako je široká
základna načrtnuté pyramidy. Ve středním věku je extenzita
zájmů vystřídána intenzitou (což jsme obrazně nazvali „znovu-
zrozením“, střízlivě restrukturalizací osobnosti). Objevuje se
i hospodárnost v jejich užívání. Namísto sumace potřeb se do
popředí dostává koncentrace na některé z nich. Hmota pomyslné
pyramidy též houstne a není již tak poddajná a měkká. Její
specifická váha se zvětší. A ve vysokém stáří, dejme tomu od
sedmdesáti výše, tvoří vrchol pyramidy již jenom koncentrace
k jedinému a kulminujícímu bodu, natolik hutnému a pevnému,
že se naň člověk může pevně postavit a odtud získat nad-
hled. Tendence k extenzivním zájmům se ztratily, ubylo sil
pro mentální a hlavně pro fyzickou výkonnost, nestačí již dy-
namogenie. Kognitivní i emoční složka osobnosti se řídí mnoh-
dy již víceméně metafyzickým zřetelem: člověk teď všechno
pocituje a nazírá sub specie mortis.

Což ovšem neznamená, nebo by nemělo znamenat, že se
naše konání soustředí nyní pouze na trpné očekávání smrti.
Zdravý pud sebezáchovy velí, že je třeba žít a že smrt je ještě
daleko. Podle toho si třeba též vážit zdraví, dodržovat životo-
správu, rozumně usměrňovat svou výživu (nepřejídat se; alko-
hol jen s mírou nebo vůbec ne), nebát se tělesné námahy a
pohybu venku v přírodě, nepotlačovat sexuální potřeby atp.

(6) Regenerace organismu v biologickém směru trvale do-
cílit nelze. Všechny pokusy o revitalizaci byly vždy časově
omezené a převážně jen dílem autosugesce. Medicína v geron-
tologických oborech se poslední dobou také snaží zmírnit ně-
které projevy stárnutí a prodloužit lidský život, ale činí tak
již se smyslem pro reálnost svých požadavků. Zejména impo-
nující jsou sovětské a americké výzkumy na toto téma.

Oč tedy usiluje gerontoterapie? Jaké úkoly před ní vyvstá-
vají? Předně je třeba omezit a vymýtit letální choroby, na něž
se umírá předčasně. Předčasná smrt je bohužel obecným je-
vem. Diagnóza smrti sešlostí věkem, která byla častá v minu-
losti, se dnes po důkladných histologických vyšetřeních úplně
opouští. In vivo dovedeme rozpoznat alespoň symptomatiku
degenerativních onemocnění, když už ne vždy jejich etiologii.
To souvisí s dalším úkolem. Dále je totiž třeba zkoumat me-
chanismy přirozeného a patologického stárnutí ve spojitosti
s poruchami v různých tělesných systémech, v genetickém
aparátu či v regulačních formacích včetně CNS a v metabo-
lismu mediátorů v mozku. V podstatě tedy jde nejen o snahy

vyřadit příčiny smrti, nýbrž i podpořit a zachovat biologické funkce a vitální síly v člověku. To je somatický aspekt. K psychologii stárnutí se váže pak psychoterapie, při níž se vychází z mechanismů odškodnění. Jimi se úbytek někdejších mentálních schopností a výkonů kompenzuje existencí a rozvojem vlastností nových, typických a blahodárných pro pokročilejší věk.

(7) V podpoře toho, aby si stárnoucí člověk zachoval, rozvíjel a pěstoval sexuální chování, erotické emoce a milostné city, spolupracuje psychologie se sexuologií.

V práci, která si zvolila sexualitu jako téma, se nelze vyhnout některým fyziologickým podrobnostem, jako je dejme tomu popis cyklu sexuální aktivity od podráždění až k orgasmu. Jeho fyziologické schéma se sice stářím nemění, ale změny nastávají v intenzitě a trvání. Tyto dvě okolnosti v krajních případech vyjadřují zároveň vždy dva druhy sexuálních dysfunkcí, jimiž trpí muži středních let. Je to jednak nedostatek penilní erekce čili erektilní impotence, jednak problémem spojený s ejakulací. V prvním případě se penis neztupoří a není dosaženo základního předpokladu ke koitu. V druhém případě je koitus buď příliš krátký, protože dochází k výronu semene předčasně, anebo (což je v pozdním věku častější) příliš dlouhý, ale k ejakulaci nedojde vůbec. Máme za to, že vinu na těchto poruchách u mužů středního věku třeba hledat převážně v psychosexuální sféře, například v psychogenních podnětech typu „deprese ze stárnutí“ nebo „strachu ze selhání“. *Ego* padesátiletého muže je na tyto sugesce obzvlášť citlivé. Leccos je nutno připsat též na konto sexuální nudy a monotónnosti v dlouholetých intimních vztazích. Nezájem o sexuální akt (blízký frigiditě) se často rodí ze starostí existenčního rázu a z proměny v hierarchii potřeb, vedoucí k uplatnění sociální prestiže na úkor erotického života. Muž se pak ocitá v bludném kruhu, který představuje i „syndrom běžce bez cíle“.

V některých případech nelze ovšem vyloučit ani hormonální nedostatky. Pokles hladiny androgenů je sice kritický až ve stáří (a ne dříve než po mužově šedesátce), ale už ve středním věku se může negativně uplatnit, pokud je zároveň na hormony snížena též citlivost cílových tkání pohlavních orgánů. To má pak důsledky i pro sexuální dráždění a pro techniku sexuálního kontaktu. Muž středních let je lépe připraven k sexuálnímu aktu po předchozím dotykovém dráždění a laskání (petting). Ideální je, když petting provádí partnerka.

U mužů trpících zmíněnými sexuálními poruchami se osvědčuje hormonální substituce syntetickým androgenem (např. Agovirinem). Příznivě ovlivňuje nejenom sexuální funkce, ale též psychickou kondici i tělesnou ekonomiku a urychluje metabolismus.

Periody přechodu jsou provázeny endokrinní rozkolísaností, což se zas týká hlavně žen. Některé dosud žijí pod vlivem nesmyslného mýtu o ztrátě sexuálních možností současně se ztrátou plodnosti v menopauze. Rovněž zde je odpovědná psychogenní situace, ovlivňující též „syndrom zavírajících se dveří“ a věkové maladaptace v klimakteriu. Hormonální substituce konjugovanými estrogeny představuje značná (především karcinogenní) rizika, takže ji většina lékařů neprovádí. Volí spíše příslušné techniky psychoterapie, samozřejmě za účasti partnera.

(8) Mysl stárnoucího člověka a obzvláště muže zaměstnává sexualita víc, než jsme ochotni připustit. On sám se však spontánně dápouští omylu, když věří, že se může sexuálně realizovat, jen pokud bude praktikovat způsob a styl své dřívější sexuality. Je to jedna z chyb, o nichž jsme mluvili jako o defektech při adaptaci k novým věkovým normám.

Mezi mužským a ženským přístupem k sexualitě sledujeme rozdílnosti už od mládí. Pro muže představuje sexuální styk vždy kontakt s vitálními zdroji. Uznává „magické antidotum koitu“ jako lék proti slabosti a stáří. Mimochodem — jednou se možná tato víra potvrdí jako skutečnost, i když asi v poněkud odlišném smyslu. Zatím to naznačuje komparativní přístup a experimenty se zvířaty. U krys vede sexuální aktivita k prodloužení života. Dosud neexistuje žádný směrodatný důkaz, že u lidí je tomu stejně. Fakt ovšem je, že v anamnéze stoletých jedinců (na Kavkaze či v Ekvádoru) se zjišťuje značná frekvence sexuálních kontaktů od mládí až do posledních dnů života.

Spíše tu asi vadí inadekvátní přístup k sexualitě. Ani ve starším věku v mužově osobnosti nepřestává žít mýtus sexuálního výkonu a „agresivní“ motivace v sexuálních přáních. To je nerealistické. Žena koitu nepřikládá nikdy tak magický význam. Pro ni je vzájemné porozumění s partnerem důležitější než všechny fyziologické faktory. Má tedy žena vždy blíže k tomu, v čem spatřujeme věkovou normu sexuality středního či staršího životního období: přisvojit si klidné a vyrovnané přání po kohabitaci. To je mnohem realističtější.

Nedorozuměním je, když se lidé domnívají (a většinou jsou

to ještě mladí lidé), že sexuální aktivita končí například už s příchodem šestého decennia, tedy po padesátce. O potenciálu sexuality ve vyšším věku nemají totiž reálnou představu. Sexualita se mylně spojuje s agresivními a kreativními postoji mládí. Sociosexuologické výzkumy i klinické zkušenosti nás však přesvědčují o něčem jiném. Zjišťuje se v nich relativně dobrá sexuální kapacita u mužů v důchodovém věku, pokud ovšem tito muži na sexualitu sami nerezignují, anebo pokud netrpí emocionálními problémy či těžkými somatickými chorobami. Pro ženy sexualita věkem prakticky limitována není.

Nechce být účelem této knihy přivádět jedince středního a staršího věku k pokusům sexuálně se aktivovat s mladistvým zápallem. Chce se tu spíše zdůraznit, že sexualita je zcela normálním úkazem a projevem i ve stáří. Někdy tomu však odporují i sami starší lidé, kterých se to týká. Takže o nedorozumění možno právě tak dobře hovořit i v jejich subjektivních stanoviscích. Nedivme se ovšem, že jejich sebehodnocení selhává zejména v sexuální oblasti. Sexuální funkce jsou často méně otázkou vědomí a vlastních představ než hlubinných pocitových postojů, které se v osobnosti zakořenily od časů raného dětství. Starší lidé si proto nevědí rady ani se svými erotickými obsesemi či sny.

Pro sexuální involuci patrně neplatí pevná a jednoznačná interpretační pravidla (už také proto ne, že tu jsou veliké individuální odchylky). Jedno je však jisté: v pozdějších sexuálních vztazích se objevuje zmírnění. Jde o to, uvědomit si tuto změnu, plně si ji racionalizovat jako jediné možné řešení a podle ní se nakonec též řídit. Spolu s klidným a vyrovnaným přáním po pohlavním styku má zmírnění v sexuálních vztazích nadějnou šanci vytvořit obraz spokojeného sexuálního života až do vysokého stáří. Jedině tento způsob sexuálních zájmů a aktivity umožňuje v pozdějších letech ožít při setkání s erotizujícím protějškem. Četnost koitů ani počet orgasmů už nemohou být důležité. Důležité je dosažení sexuální satisfakce třeba i jinými metodami a technikami, než jaké sexu diktuje agresivní mládí. Mužovi působí starosti, když se do svých někdejších praktik už není již s to vpravit, ale trápí ho i opak, když se ještě nemůže vcítit do nových. Toto je dilema mnohých stárnoucích mužů.

Výhodu a oporu však mají vždy v chápající partnerce. Sexuální kapacitu si muž udržuje na výši, pokud ho partnerka akceptuje a pokud mu to umí dát najevo. Jakmile muž třeba jen tuší, že jeho touha nalézá u ženy vstřícnou a kladnou

odezvu, zůstává dlouho potentní. Rovněž zde tedy platí: Cherchez la femme! Za vším hledej ženu! Sexuální soužití začne skřípat, je-li muž pro případné selhání ironizován.

Tim se dostáváme k sexuální koordinaci obou partnerů. Měla by se praktikovat i v letitých manželstvích.

(9) V práci, která si jako téma zvolila sexualitu, nelze se vyhnout zdůrazňování sexuálních aspektů ani v manželství. Samozřejmě to nezakládá předpoklad, že by manželství při životě udržovala jenom sexualita, anebo že by lásku mezi mužem a ženou vyjadřoval jen koitus. Sex zde tvoří jen jednu z mnoha stránek. Nicméně je to stránka velmi významná.

Spokojenost v sexuálním ohledu se přenáší do jiných a každodenních okruhů lidské činnosti. Pozitivně se odráží též v práci a v zaměstnání, v mezilidských a společenských vztazích. Jedinci poskytuje potřebnou jistotu a sebedůvěru. Závislost je tu i obrácená, což se projevuje zejména negativními důsledky. Konflikty a frustrace v práci a v zaměstnání nebo v mezilidských vztazích tlumí sexuální projevy a zaviňují sexuální dysfunkce. Nevidět tyto souvislosti mezi intimní a veřejnou sférou člověka nahrává vždy nedialektickému a idealistickému stanovisku. V něm se ignoruje psychosomatická jednota organismu i komplexní pohled na lidskou osobnost. Sexuální vztahy pronikavě oživují vzájemnou komunikaci ve dvojici, vytvářejí silné pouto mezi oběma jejími členy a navíc pro každého z nich představují významnou psychologickou pomoc a podporu zejména v druhé polovině života.

Dnes je reálným předpokladem žít spolu v manželství třicet let. To je dost dlouhá doba, aby se buď vyhrotila vzájemná neshášenlivost, anebo aby se konečně našlo vzájemné pochopení. Sociologie starých manželství poukazuje na obě možnosti. Mezi pozitivní faktory patří větší vůle ke kompromisu a zájem něco společného vytvářet (a po sobě zanechat). U starších lidí klesá počet rozvodů. Některé aspirace zůstávají otevřeny, počet jiných se zmenšuje. Člověk si říká, že je to v každém manželství stejné! Rozvod a soužití s jiným partnerem představují rizika. Dá se říci, že převládá smířlivost a vyrovnanost. To se týká i sexuality.

Manželství ve středním věku nejsou tak harmonická. Objevují se problémy i vlivem rozdílů v procesu stárnutí. U muže klesá křivka sexuálního výkonu již vlastně od dvaceti roků, zatímco sexuální potřeba ženy kulminuje až kolem třicítky. Při větším věkovém rozdílu mezi manželi to někdy způsobuje nesnáze — zejména když žena přebírá sexuální iniciativu, aniž

se pokouší efektivním způsobem mobilizovat manželovy sexuální síly. V obvyklejších případech se rozdíl v sexuálním stárnutí naštěstí projevují pozitivně k oboustranné spokojenosti. Mužský sexuální pud je intenzivnější. Obvykle má proto žena proti častým sexuálním nárokům svého muže zprvu námitky, stykům se snaží vyhýbat, anebo se jen odevzdává jako „objekt“. Když se s přibývajícím věkem mužovy nároky snižují a rytmus sexuálního života se v manželství zvolní, žena se cítí spokojenější a sexuální styky prožívá intenzivněji jako jejich subjekt.

Erotická přitažlivost ženy není stále stejná. Klimakterická žena zanedbává mnohdy svůj zevnějšek a pro manželovo libido nepřináší už žádné podněty, což je pak na škodu oběma partnerům. Stejně desexualizující je pro muže manželčina lhostejnost a nevšímavost, jestliže sama už na sex rezignovala.

(10) Nelze se vyhnout ani otázkám techniky sexuálního života. Stárnoucí milenci či manželé trpí často nepochopitelnými předsudky proti technikám, jež třeba častokrát používali v mládí (petting). Nyní, ve svém věku, je pokládají za „nedůstojné“ nebo dokonce za „perverzní“. Proč by se však v manželství mělo přestat s pettingem, když je součástí důležité milostné předehry? Není to protismyslné? Orální a manuální techniky mají smysl (či spíše modifikují původní smysl) právě pro sexualitu ve středním a starším věku. S jejich pomocí se také snáze dojde k sexuálnímu uspokojení a oběma partnerům se umožní styk vrcholící v orgasmu. K tomu třeba ovšem znát možnosti a vědět, jak sexuálně vzruší jeden partner druhého. Zkušený muž dokáže svou ženu plně uspokojit manuálním drážděním erotogenních zón na jejím těle, především na klitorisu. Rovněž však pro muže ve středních letech je důležité, aby ho žena vzrušovala způsoby, které mu vyhovují. K obtížím stárnoucího muže totiž nepatří ani tak fyziologická (nebo fyzická) neschopnost ke koitu jako spíše fakt, že potřebuje dlouhý anebo úplně odlišný způsob stimulace než dříve.

Pomáhá i vytvoření příznivé atmosféry. Když stárnoucí manželé pohlížejí na sexuální akt jako na nezbytnost, kterou nutno položit „na oltář lásky“, obvykle se takový přístup mstí. Řešení tkví v uvolněném postoji. Musí jej však sdílet oba partneři. Měli by být zajedno v přesvědčení, že by sice bylo dobré, kdyby ke styku došlo — jestliže však k němu nedojde, není to žádná katastrofa. Uspokojení možno docílit jinými cestami. Jsou tu ještě další projevy něhy a lásky, je tu možný erotický

kontakt v klidné a uvolněné atmosféře, v níž se odstraňují nepříznivé emoce či obavy, že by sexuální selhání mohlo narušit manželskou harmonii a štěstí.

(11) Zcela specifická je situace osamělých jedinců. Vše nasvědčuje tomu, že v pokročilém věku není právě snadné najít partnera. Vždy to představuje větší problém pro ženy. Stále totiž roste počet vdov. Mezi pětadesáti a pětasedmdesáti lety tvoří vdovy 40 procent ženské populace. Vdovy a osamělé ženy po pětadesáti letech mají převahu proti mužům ve stejné situaci v poměru tři ku dvěma, po pětasedmdesáti letech věku se tento poměr dokonce zvyšuje na čtyři ku jedné.

V tomto kontextu zmiňujeme i otázku masturbace. Dondávna se na ni hledělo s despektem, pokud ji praktikovali pubescenti a adolescenti. Tato doba odsudků a despektu už je dnes snad našťestí za námi. Nelze to však tvrdit o předsudcích vztahujících se na masturbaci dospělých. Přestože jde o náhražkovou sexuální formu, má proti sexuální nečinnosti u starších osamělých mužů i žen nejméně dvě výhody. Je provázena erotickými představami a navozuje slastné pocity, takže i nadále podněcuje sexuální zájmy a potřeby. Lidé, kteří masturbují ve starším věku, jsou proto vnímavější také na podněty přicházející od jedinců druhého pohlaví. Umějí na ně adekvátně reagovat a rozvinou pak i bližší komunikaci. Mají tedy větší šanci nalézt partnera než ti, kdož sexuální aktivitu již v žádné formě nepěstují. Sexuologové připomínají i výhodu masturbace pro imobilní pacienty připoutané na lůžko.

Otázkou je, zda sexuální kontakty starších osamělých jedinců provázejí žádoucí erotické emoce. Je starý člověk schopen ještě milostného citu? Prve jsme mluvili o jeho emoční rigidnosti a egocentrismu. To by svědčilo proti. Zato ve středním věku se shledáváme s případy náhlých citových vzplanutí, z nichž některé pro svou intenzitu (i beznaděj) mají dokonce tragické následky. Ale ve stáří? Pokud se geront sexuálně stýká s partnerkou výhradně kvůli tělesnému ukojení (promiskuita se stářím znesnadňuje, ale potenciálně je stále přítomná), možno na to hledět s výhradami, jaké máme i ke „coolsexu“ mladistvých. V sexuálním vztahu každého věku je nesmírně důležitá schopnost citové investice a erotická láska — ať už z důvodů psychologické satisfakce či pro naplnění sociálních tužeb, anebo pro obojí. Rozdíl mezi heterosexuálním vztahem bez doprovodné citové komponenty na jedné straně a masturbací na straně druhé je v psychologickém ohledu minimální.

(12) Sexuální život ve středním a starším věku znesnadňují některé organické poruchy a somatická onemocnění. Při výkladu sexuálních dysfunkcí klademe často důraz na primární (psychogenní) faktory. Avšak s přibývajícím věkem se dostavuje častější nemocnost, jež nepříznivě a sekundárně ovlivňuje i sexuální možnosti. Také tím je nutno se zabývat.

Už kolem padesátky trpí někteří muži obtížemi s prostatou. Vědí přitom něco o svých sexuálních možnostech? Jisté procento žen se podrobuje operaci vaječníků či dělohy. Spolu se svými muži se pak mnohdy domnívají, že pro ně nastal konec sexuálního soužití. Až katastrofální je ve středním věku výskyt onemocnění srdce a oběhového aparátu, zejména infarktu srdečního svalu. O dalším sexuálním životě kardiaků rozhoduje mnoho faktorů. Většinou však již dnes pacienty od sexuálních aktivit neodrazujeme, poměrně brzy se mohou vrátit k premorbidním vzorcům svého sexuálního chování. Ve větším měřítku dochází i k metabolickým poruchám, například k diabetu. Jaké problémy přináší sexualita těmto nemocným?

Interní a chirurgické obory se donedávna zajímaly o sexualitu svých pacientů jen výjimečně. V posledních letech se situace zlepšuje. Prokázalo se zcela jasně, že obnovení sexuálního života prospívá rehabilitaci a rekonvalescenci některých pacientů ve stejné (nebo téměř ve stejné) míře jako obnova jiných životně důležitých funkcí. Spolupráce mezi specialisty interních a chirurgických oborů a specialisty zabývajícími se sexuologickými problémy je však stále ještě spíše perspektivou a otázkou dalšího rozvoje.

V populaci se den ze dne zvyšuje počet lidí, kteří již přestoupili medián svého života. Naše vědomosti o psychických, emocionálních a sexuálních problémech těchto stárnoucích mužů a žen mají dosud mnoho bílých míst. Naštěstí se dnes v zemích s nejvyspělejší vědeckovýzkumnou základnou prosadil silný trend ve výzkumu i v klinickém hodnocení problémů stárnutí. Zkoumá se podstata i jednotlivé projevy involuce v různých směrech — v biologickém, psychologickém, sociologickém i sexuologickém. Tato práce chtěla upozornit na několik z velkého množství těchto aktuálních a společensky naléhavých problémů.

Slovníček odborných výrazů

<i>abúzus</i>	— nadměrné užívání, přebrání
<i>ad infinitum</i>	— nekonečně, do nekonečna
<i>ad integrum</i>	— ke zdraví, k normálnímu zdravému stavu
<i>adjustace</i>	— uspořádání, úprava, vyšší forma adaptace na kulturní úrovni (viz adaptace)
<i>adrenalektomie</i>	— operativní vyloučení nadledviny
<i>andrenokortikotropní hormon (ACTH)</i>	— tvořen hypofýzou a reguluje činnost nadledvin
<i>anabolické procesy</i>	— procesy se vzestupnou úrovní, při nichž dochází k tvorbě bílkovin v tkáních
<i>anamnéza</i>	— předchorobí, životní události předcházející nemoci
<i>andropauza</i>	— kritický věk mužů v šestém decenniu, někdy nazývaný „mužským klimakteriem“
<i>androgen</i>	— mužský pohlavní hormon (sexuální steroid)
<i>anorgasmie</i>	— žena nedokáže v průběhu sexuálního styku zakončit styk pocitovým vyvrcholením čili orgasmem
<i>ante mortem</i>	— před smrtí
<i>aorta</i>	— srdečnice, největší tepna v těle vystupující z levé srdeční komory
<i>apetence sexuální</i>	— touha, žádostivost po sexuální aktivitě
<i>artritida</i>	— zánět kloubů
<i>autismus</i>	— chorobné uzavření do sebe a zaměření na vlastní osobu
<i>benigní</i>	— nezhoubný (s relativně dobrou prognózou)
<i>bipolární psychóza</i>	— druh těžší duševní poruchy projevující se střídáním protikladných fází: manické a melancholické, depresivní

<i>cerebrální</i>	— mozkový, patřící k mozku
<i>cikatrizace</i>	— zajizvení, zhojení rány
<i>cool-sex</i>	— sexualita bez lásky (doslova: chladný sex); termín se objevil po druhé světové válce v souvislosti s tzv. sexuální revolucí u mládeže
<i>Cushingův syndrom</i>	— hormonální onemocnění z poruchy kůry nadledvin nebo hypofýzy
<i>demence</i>	— otupělost duševních funkcí, zblbělost
<i>deprivace</i>	— závažné neuspokojení potřeb, jež vede k intelektovému opoždění či jiné duševní poruše
<i>deoxyribonukleová kyselina (DNK)</i>	— kyselina vyskytující se v jádru buněk a zajišťující genetický kód
<i>deteriorace</i>	— úpadek rozumových schopností i citu
<i>diencefalon</i>	— mezimozek
<i>dynamogenie</i>	— „síloplodnost“, vlastnost vitality a pocitů, jež vzbuzují a podněcují potřebu jednání
<i>dysmenorea</i>	— bolesti před a při měsíčkách
<i>dyspareunie</i>	— žena má v průběhu sexuálního styku nepříjemné až bolestivé pocity; po styku mívá pocit neuspokojení a nechuti
<i>ejaculatio ante portas</i>	— výron semene, který muž neovládne a přitom nedojde ještě k pohlavnímu spojení (doslova: ejakulace před branami)
<i>ejaculatio praecox</i>	— předčasný výron semene při sexuálním styku
<i>eklampsie</i>	— závažná komplikace při těhotenství projevující se křečemi
<i>elevace dělohy</i>	— zvýšení dělohy
<i>empatie</i>	— vcítění
<i>endometrium</i>	— sliznice děložní
<i>entropie</i>	— míra neuspořádanosti systému
<i>enzym</i>	— látka urychlující určité chemické pochody v organismu
<i>epikrizie</i>	— celkový závěr, rozhodnutí o onemocnění
<i>epitel</i>	— výstelka, buněčná tkáň bez vmezeřeného pojiva
<i>ergometrický test</i>	— zkouška a způsob měření svalové práce
<i>eschatologie</i>	— úvahy o posledních věcech člověka, o smrti

<i>estrogen</i>	— ženský pohlavní hormon (sexuální steroid)
<i>etiologie</i>	— nauka o příčinách vzniku nemocí
<i>excitace</i>	— vzrušení, podráždění
<i>exitus</i>	— odchod, zánik, smrt
<i>extraverze</i>	— zaměření navenek v psychologickém smyslu
<i>facilitace</i>	— ulehčení, usnadnění
<i>fagocyty</i>	— buňky schopné pohlcovat drobná cizí tělesa
<i>fallos</i>	— mužský pohlavní orgán (od toho: falický)
<i>farmakokinetika</i>	— nauka o pohybu a postupu léků v organismu
<i>fenotypický</i>	— vzniklý z vnitřních znaků působením zevního prostředí
<i>feromon</i>	— sexuální vábidlo způsobené pachem
<i>fetus</i>	— zárodek, plod (odtud: fetální)
<i>fibróza</i>	— nahrazení původní tkáně vazivem, nejčastěji po zánětu
<i>frigida</i>	— chladnost
<i>frustrace</i>	— zmaření nějaké touhy nebo potřeby, jež se může projevit negativně na duševní stav
<i>fylogeneze</i>	— nauka o vzniku a vývoji celých živočišných kmenů
<i>geront</i>	— pův. ve starořecké Spartě člen rady starších, dnes přeneseně: stařec
<i>gerontologie</i>	— nauka o stárnutí organismů a chorobách stáří
<i>gonadotropin</i>	— hormon produkováný hypofýzou a ovlivňující činnost zárodečných (pohlavních) žláz, gonád
<i>gonády</i>	— zárodečné (pohlavní) žlázy, varlata a vaječníky
<i>gyrus cerebri</i>	— mozkový závit (odtud: gyrifikace)
<i>heredita</i>	— dědičnost, rodinné dispozice
<i>homeopatie</i>	— léčba prostředky, jež ve větších dávkách vyvolávají u zdravého stejné nebo podobné příznaky, jakými se projevuje nemoc
<i>homeostáza</i>	— rovnováha v organismu, snaha vyšších organismů o udržení stálého vnitřního prostředí

<i>hormonální substituce</i>	— náhrada deficitních hormonů za léčebným účelem
<i>humorální</i>	— týkající se tělesných šťáv
<i>hyperventilace</i>	— rychlá, prudká výměna vzduchu v plicích
<i>hypofýza</i>	— žláza zvaná podvěsek mozkový, skládá se z předního laloku (adenohypofýza) a zadního laloku (neurohypofýza)
<i>hypogonadotropní hypogonadismus</i>	— snížená činnost pohlavního systému zaviněná nedostatkem gonadotropinů
<i>hypotalamus</i>	— část mozku kolem III. komory
<i>hysterektomie</i>	— operativní odnětí dělohy
<i>cholesterol</i>	— organická látka ze skupiny steroidů
<i>chromozómy</i>	— části buněčného jádra, jež se objevují při jeho dělení a jsou nositeli dědičnosti
<i>iatrogenie, iatrogenní onemocnění</i>	— onemocnění ovlivněné neopatrným a nemedicínským přístupem lékaře (i ošetřovatelského personálu)
<i>identita pohlavní</i>	— mínění subjektu o své pohlavní roli a ztotožnění se s ní
<i>imunoprese</i>	— léčba za účelem posílení sebeobraných látek organismu a potlačení látek cizorodých
<i>inhibice</i>	— útlum
<i>introverze</i>	— pohroužení se do sebe (opak k extraverci)
<i>in vivo</i>	— za života, v živém organismu
<i>involute</i>	— stárnutí (příp. zakrňování orgánů, opak evoluce)
<i>ireverzibilní proces</i>	— nezvratný proces
<i>ischemie, ischemická choroba</i>	— místní nedokrvnost tkáně, zastavení přívodu okysličené (arteriální) krve například k srdci (= ischemická srdeční choroba)
<i>izometrie</i>	— vlastnost věcí o stejných rozměrech (odtud: izometrická práce)
<i>kachexie</i>	— těžké zhubnutí a vysílení, sešlost (odtud: kachektický)

<i>karcinom</i>	— rakovina, zhoubný nádor
<i>karcinogenní</i>	— způsobující rakovinu
<i>kastrační komplex</i>	— u ženy: „závist penisu“ (Freud), ale i obavy z ukončení sexuální aktivity po operaci v urogenitálním traktu
<i>kasuistika</i>	— záznam o jednotlivých případech nějaké choroby, popis nějakého charakteristického případu
<i>katabolické procesy</i>	— procesy se sestupnou úrovní, při nichž dochází k odbourávání bílkovin v tkáních (opakem jsou procesy anabolické)
<i>katatonie</i>	— těžší duševní porucha, při níž postižený nemůže často řádně mluvit a projevuje se strnulými a topornými pohyby (též jedna z forem schizofrenie)
<i>koagulace</i>	— srážení, shlukování rozptýlených částic
<i>kohabítace</i>	— soulož (pochází z dřívějšího: spolubydlení)
<i>kolagen</i>	— bílkovinná látka obsažená v pojivových tkáních, jež vařením dávají kliš
<i>kontuze</i>	— zhmoždění měkkých tkání či orgánu (navenek nekrvácující)
<i>koronární</i>	— věncový, věnčitý (odtud: koronární onemocnění — onemocnění věnčitých tepen)
<i>kyfóza</i>	— prohnutí páteře dozadu, shrbení (odtud: kyfotik)
<i>labia minora</i>	— malé stydké pysky (v ženském genitálu)
<i>laktace</i>	— tvorba mléka v prsní žláze v období kojení
<i>letální</i>	— smrtelný, smrtící
<i>leze</i>	— poškození, postižení, porucha (přeneseně: lékařský nález poškození či postižení orgánu)
<i>libido</i>	— touha po pohlavní slasti, pohlavní pud
<i>lipidy</i>	— přirozené estery vyšších mastných kyselin, jež netěkají a neobsahují aromatické jádro
<i>lipofuscin</i>	— pigment „z opotřebování“, „pigment stáří“, jenž se jako žlutohnědé barvivo objevuje ve tkáních již od deseti roků věku
<i>lymfocyty</i>	— bílé krvinky, leukocyty vytvářené jednojadernými buňkami
<i>makrobiotika</i>	— někdejší nauka shrnující poučky o dlouhém a zdravém životě

<i>maladaptace</i>	— špatné přizpůsobení či nepřizpůsobení
<i>mánie</i>	— těžší duševní porucha projevující se vášní, psychomotorickým neklidem, zběsilostí a náruživostí
<i>manuální technika</i>	
<i>sexuální</i>	— sexuální dráždění pomocí ruky
<i>masochismus</i>	— sexuální vzrušování či vzrušení dosažené trýzněním partnera či partnerky (podle spisovatele Sacher-Masocha)
<i>masturbace</i>	— sebeukájení, onanie
<i>mediátor</i>	— látka, která má význam pro šíření nervového vzruchu
<i>menopauza</i>	— trvalý zánik měsíčeků v klimakteriu
<i>metabolismus</i>	— látková přeměna v živých tkáních
<i>mitóza</i>	— dělení buněčného jádra
<i>mutace</i>	— náhlá přeměna
<i>narcismus</i>	— pohlavní záliba v sobě samém (podle Narkissa, tj. jinocha z řecké báje, který prý se zamiloval do svého obrazu)
<i>neuron</i>	— nervová buňka
<i>neuropatie</i>	— blíže neurčené onemocnění nervů
<i>noxa</i>	— škodlivina, příčina vyvolávající onemocnění
<i>obsese</i>	— nutkavá myšlenka či nutkavé jednání, posedlost (odtud: obsedantní)
<i>ontogeneze</i>	— vývoj jedince, nauka o vzniku a vývoji jednotlivých živočišných druhů
<i>orální technika</i>	— sexuální dráždění pomocí úst či jazyka
<i>sexuální</i>	
<i>orgasmus</i>	— pocit pohlavního vyvrcholení po sexuální aktivitě
<i>osteoporóza</i>	— prořídnutí kostí
<i>ovarektomie</i>	— operativní odnětí vaječnicků
<i>ovarium</i>	— vaječník
<i>parasympatikus</i>	— autonomní útrobní nervstvo ovládané bez účasti vůle
<i>patogeneze</i>	— vznik a vývoj chorobných změn
<i>petting</i>	— milostná hra, při níž je dosahováno orgasmu nebo sexuálně příjemných pocitů bez soulože, většinou manuální technikou (viz)

<i>placebo</i>	— prostředek, který navenek vypadá jako zkoušený lék, ale žádný léčebný účinek nemá; používá se při experimentální léčbě
<i>post mortem</i>	— po smrti
<i>prekancerózní</i>	— stav poznamenaný chorobnou změnou blízkou rakovině, z níž by se rakovina mohla vyvinout
<i>premorbidní</i>	— před vypuknutím choroby
<i>progesteron</i>	— vaječnickový hormon žlutého tělíska
<i>prostatektomie</i>	— operativní odnětí prostaty
<i>proteosyntéza</i>	— tvorba bílkovin
<i>psychogenní</i>	— duševního původu
<i>psychóza</i>	— duševní choroba, choromyslnost
<i>receptor</i>	— přijímač (podnětů), vnímavý ústroj k zachycování podnětů z okolí nebo z nitra organismu
<i>regrese</i>	— návrat na překonaný stupeň vývoje
<i>reprodukce lidská</i>	— rozmnožování, rození a plození
<i>resuscitace</i>	— křísení, probuzení k životu
<i>retikuloendotelový systém (RES)</i>	— buňky různého původu, vznikající z výstelky cév některých orgánů, zejm. sleziny, mízních uzlin, jater a kostní dřene
<i>RH</i> <i>(releasing-hormons)</i>	— hypotalamické spouštěcí hormony
<i>ribonukleová kyselina (RNK)</i>	— kyselina vyskytující se jak v jádru, tak i v cytoplasmě buněk a patrně zajišťující uchování informací (paměť)
<i>rigidní</i>	— tuhý, nepoddajný
<i>sedativní</i>	— utišující, uklidňující
<i>sexuální steroidy</i>	— skupiny hormonů s androgenním a estrogením účinkem (viz)
<i>schizofrenie</i>	— těžká duševní choroba začínající v mladém věku a projevující se nápadnou změnou chování, často i bludy a halucinacemi a vedoucí k rozpadu osobnosti
<i>spasmus</i>	— křeč, stah
<i>species</i>	— druh (živočišný)
<i>spermioogeneze</i>	— tvorba semenných buněk u muže
<i>stenizující</i>	— posilující

<i>stimulace sexuální stress</i>	— pohlavní dráždění — zátěž; soubor neobvyklých podnětů, kterým se organismus aktuálně nedokáže přizpůsobit
<i>submisivní</i>	— podrobivý
<i>sub specie mortis</i>	— pod dojmem smrti, z hlediska smrti
<i>synkreze</i>	— spojování a splývání nesourodých prvků
<i>tachykardie</i>	— zrychlení srdeční činnosti (nad 90 tepů za minutu)
<i>talamus</i>	— komora tvořící boční stěnu mezimozku
<i>testes</i>	— varlata (odtud: testikulární)
<i>testosteron</i>	— důležitý pohlavní mužský hormon vznikající ve varlatech
<i>vaginismus</i>	— ženská bezděčná obranná reakce proti pohlavnímu styku, provázená křečovitým stahem svalů při vchodu do pochvy
<i>vasoligatura</i>	— podvázání chámovodů (příp. cév)
<i>virilní</i>	— mužský, mužný
<i>visceroreceptor</i>	— receptor (viz) uvnitř organismu

Změny a doplňky (k 2. vydání)

Ke str. 9, 1. odstavec: doplnit o větu „Nicméně v roce 1984 byly rozvojové země schopny snížit svou porodnost o 11 procent, Čínská lidová republika dokonce o 30 procent.“

Ke str. 12, 2. odst.: doplnit o zjištění „V poslední době je nejvyšší promile dlouhověkých a stoletých občanů v Jihomoravském kraji. Dvě až tři osoby z miliónu se u nás dožívají stovky let, jedna osoba z miliónu se dožívá 105 let a jedna osoba ze 40 miliónů se u nás dožije 110 roků.“

Ke str. 16, 2. odst., 2. ř.: „Walford“, nikoliv „Waldort“

Ke str. 33, 1. řádek shora: „Resuscitačního efektu“ doplnit „od mladých děvčat“.

Ke str. 112, 2. odst., 5. ř.: začátek věty „U žen jsou sice limitovány“ doplnit ve smyslu „U žen jsou některé sice limitovány“.

Ke str. 112—113: odstavec začínající na str. 112 a končící pod obrázkem na straně následující je možno doplnit a zpřesnit (zejména jde o nahrazení pojmů „erotizační centrum“, tedy singuláru, za pojem „specifická sexuální centra“, tedy plurál): Centrální význam má mozek (nejen u člověka, ale u něho nejvíce). Po ose „adenohypofýza – gonadotropiny – gonády – sexuální steroidy“ postupuje endokrinní linie především při formování sexuálního vývoje, v diferenciaci pohlavních znaků a v sexuální orientaci. Později bude mít spolu s psychosociální determinací, rovněž zprostředkovanou mozkem, základní vliv na pohlavní identitu a rozlišení i sílu sexuálních zájmů. Z mozku je ovlivněno i období pohlavního zrání v pubertě. Děje se to „biologickými hodinami“ koordinujícími hormonální situaci s emocemi, s první zamilovaností.

Pro všechny tyto složité procesy nezbytnou vnitřní sekreci uvádí do pohybu nepatrný útvar mozku, hypofýza, podvěsek mozkový. Ve funkčně nadřazenější části, v hypotalamu, jsou specifická *sexuální centra* a zde v hypotalamu se též odměšují působky RH (releasing hormones – spouštěcí hormony), jimiž je hypofýza prvotně regulována, ještě než začne s vylučováním gonadotropinů. To je právě též případ začátků pohlavního zrání v pubertě: je patrně svázáno s kriticky zvýšenou citlivostí zmíněných hypotalamických sexuálních center na účinek hormonů pohlavních

žláz a tato nadřazená centra pak patrně ovlivňují hypofýzu. V některých hypotalamických jádrech se ve spojení s čichovým čidlem promítají sexuální atraktanty zvané *feromony* a v dalších částech diencefala, třebaže ne z center sexuálních, nýbrž z center, odkud jsou řízeny další vegetativní reakce, se snad tvoří sexuální reakce ve spánku. Z mozkové kůry, z neokortexu, pramení specificky lidské představy s erotickými obsahy, jež stimulují sexuální tužby. Už záhy po narození do tří let věku se tu formují impulsy pro vlastní pohlavní identitu, později v dospělosti se tu vybavují erotické vzpomínky a zážitky atp. Mozek je tedy do sexuálního dění skrytě zapojen mnoha svými oblastmi.

Ke str. 116, 2. odst., 7. ř.: „například snížením citlivosti cílových tkání pohlavních orgánů na hormony“ doplnit ještě větou „nebo ztrátou pružnosti arteriálního řečiště zásobujícího kavernózní tělesa penisu.“

Ke str. 120, posl. odst., 8 ř. zdola: „k sexuální aktivitě“ změnit na spojení „k sexuální vzrušivosti a aktivitě“.

Ke str. 122, 2. odst., 5. ř.: „a především z 90 procent testosteron“.

Ke str. 126, 2. odst., 5. ř.: doplnit (Jednak) „je zde možno soudit na ovlivnění sexuálních center umístěných v hypotalamu“, (jednak vedou atd.)

Ke str. 127, 3. odst., 4. ř.: „Druhé ohnisko je ve vagině“ doplnit „především v části její přední stěny“.

Ke str. 151, 2. odst., 8. ř.: místo „před patnácti lety“ dnes už platí „před dvaceti lety“.

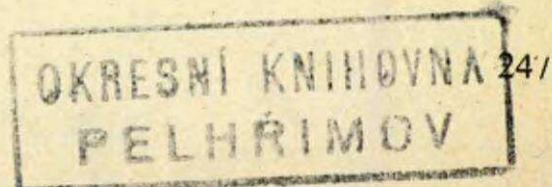
Ke str. 173, 3. odst., 2. ř.: tvrzení zmírnit kondicionálem – spojení „dobře zabírá androgen“ nahradit jiným, a to „někdy může zabrat androgen“.

Ke str. 174, 2. odst., 2. ř.: „prokázané sice experimentálně“ změnit na „prokázané u žen experimentálně“.

Ke str. 186, 14. a 15. ř. shora: „užívání rukou a prstů“ doplnit o slova „k sexuální stimulaci“

Ke str. 208 (legenda k obrázkům 7 a 8): doplnit „penilní protéza je implantována do obou kavernózních těles penisu“.

Ke str. 210, konec 2. odst.: škrtnout celou poslední větu v závorce („Přitom ani implantovaná část... bez následků“)



Obsah

Prolog: Eseje proti rezignaci	I – XXIII
Část I.: Stárnutí organismu a osobnosti	5
1. kapitola	7
Populační trend	8
Ve věku Metuzaléma	11
Tyranie kalendáře	13
Sociální status a subjektivní pocit	16
Mít cíl!	21
Pokrytecká filantropie	23
Největší nepřítel	25
2. kapitola	30
Elixír mládí	31
Klíč je v buňce	33
Omlazení z ampulí	35
Buněčná smrt	37
Koncepce opotřebování	38
Cefalizační index	40
Změny v endokriniu	42
Potence z nových gonád	45
Dopaminergní systém	47
Hormon smrti	51
3. kapitola	55
Mechanismy odškodnění	55
Starosti a ztráty	60
Proměny hodnot	62
Proměny potřeb	65
Typologické hledisko	67
Extraverze a introverze	69
Dvě kazuistiky	71
Na cestě k autonomii	78
4. kapitola	82
Syndrom běžce bez cíle	83
Syndrom zavírajících se dveří	86
Pocit nepatřičnosti	91

Situace prázdného hnízda	93
Proustův syndrom	95
Problémy s adaptací v klimakteriu	98
Muž v přechodu	102
Část II.: Sexuální involuce a její problémy	109
1. kapitola	111
Jak vznikají sexuální reakce	111
A znovu hormony!	116
Hormon lásky	121
Cena orgasmu	127
Kulturní vzorce a paradoxy sexu	132
Škodí ejakulace zdraví?	135
Báchorky o sexuální smrti	138
Legendy o úchykách starců	140
2. kapitola	143
Oběť v síti involuce	144
Proč je muž zranitelnější	147
Eros v padesáti nekončí	152
Sexuální zájmy, představy a sny	154
Pozměnit normy mládí	157
Opět mechanismy odškodnění	162
Nezranitelná Venuše?	165
Spory o hormonální substituci	170
3. kapitola	177
Impotence: problém mezi manželi	178
Cherchez la femme!	182
Co sexuálně sblízuje	185
Jenom nerezignovat!	187
Co způsobí historická báze osobnosti	190
Afrodiziaka a další problémy	193
Situace osamělých jedinců	197
4. kapitola	204
Problémy s prostatou	205
Nepřavý kastroční komplex	209
Jak jsou na tom diabetici	211
Konečná stanice: infarkt?	215
Schéma involučních „psychomechanismů“	223
Závěr: Shrnutí problémů	225
Slovníček odborných výrazů	238
Změny a doplňky (k 2. vydání)	246

LANIUS - MĚK Pelhřimov



420290074973

doc. PhDr. IVO PONDĚLÍČEK, CSc.

Nositel mezinárodní Ramelotovy ceny
za lék. věd. výzkum 1985/86

Stárnutí: osobnost a sexualita

Obálku navrhl Jiří Sušanka

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p.,

Praha 1, Malostranské nám. 28, jako svou 3 778. publikaci

Vydání 2. — Vyšlo v roce 1987 — Stran 264 — Vyobrazení 11

Odborný poradce nakladatelství MUDr. Jiří Holub

Odpovědná redaktorka Milena Černožorská

Vytiskla Polygrafia, n. p., závod 03, Praha 7, Dobrovského 27

AA 16,55 — VA 17,50 — Ed.: 87 7328 — Náklad 70 000 výtisků

735 21 — 08/31 — Cena kartonovaného výtisku 20,— Kčs

08-070-87

Kčs 20.—

OKRESNÍ KNIHOVNA
PELHRIMOV

735 21 - 08/31

08 - 070 - 87

Kčs 20,-

Ivo Pondělíček / Stárnutí : osobnost a sexualita

616