

Luděk Daneš

---

# Opožděná ejakulace





Luděk Daneš

---

# Opožděná ejakulace



---

Grada Publishing

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.*

**MUDr. Luděk Daneš, CSc.**

**OPOŽDĚNÁ EJAKULACE**

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400  
www.grada.cz  
jako svou 5783. publikaci

**Recenzoval:**

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Odpovědný redaktor Mgr. Martin Hrdina

Sazba a zlom Radek Vokál

Návrh a zpracování obálky Jan Dvořák

Počet stran 104

Vydání 1., 2015

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Photo © allphoto.cz

**ISBN 978-80-247-5368-3**

**ISBN 978-80-247-9695-6 (ve formátu PDF)**

**ISBN 978-80-247-9696-3 (ve formátu EPUB)**

# Obsah

<b>Seznam použitých zkratk</b>	<b>7</b>
<b>Záměr a cíl této publikace</b>	<b>9</b>
<b>1. Definice opožděné ejakulace a problémy s ní spojené</b>	<b>11</b>
<b>2. Postavení opožděné ejakulace ve skupině poruch ejakulace</b>	<b>19</b>
<b>3. Symptomy ejaculatio tarda</b>	<b>23</b>
Poznámka k diagnostice opožděné ejakulace	28
<b>4. Epidemiologie, výskyt opožděné ejakulace</b>	<b>31</b>
<b>5. Fyziologie ejakulace</b>	<b>33</b>
<b>6. Příčiny (etiologie) opožděné ejakulace</b>	<b>43</b>
<b>7. Komorbidita při ejaculatio tarda</b>	<b>62</b>
<b>8. Terapie opožděné ejakulace</b>	<b>64</b>
Farmakologická léčba	68
Amantadin	69
Bupropion	71
Buspiron	73
Yohimbin	75
Cyproheptadin	78
Oxytocin	78
Léčba testosteronem	80

Terapie inhibitory PDE-5 u ET kombinované s jinou sexuální dysfunkcí	81
Poznámka k farmakoterapii ejaculatio tarda	83
Poznámky k terapii skupiny nemocí zahrnovaných mezi pravděpodobné příčiny ejaculatio tarda	84
Poznámka k léčbě retrográdní ejakulace	87
Poznámka k terapii stimulací	87
<b>Shrnutí</b>	<b>90</b>
<b>Literatura</b>	<b>94</b>

# Seznam použitých zkratk

ATP	adenosintrifosfát
BASHH	British Association of Sexual Health and HIV
BPH	benign prostatic hyperplasia – benigní hyperplazie prostaty
BPS	bladder pain syndrome – syndrom bolestivého měchýře
cfu	jednotky tvořící kolonie (při bakteriologické kultivaci)
CP	chronická prostatitida
CPPS	chronic pelvic pain syndrome – syndrom chronické bolesti pánve
CSPS	chronic scrotal pain syndrome
DED	diminished ejaculatory disorders – „malé“ ejakulační poruchy
DSM-IV a DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, čtvrtá (2000) a pátá (2013) revize amerického manuálu pro diagnostiku a hlášení duševních nemocí
EAU	Evropská urologická společnost
EBM stupně 1–4	evidence based medicine – stupně průkaznosti v medicíně založené na důkazech
ED	erektilní dysfunkce
EP	ejaculatio praecox – předčasná ejakulace
ET	ejaculatio tarda – opožděná ejakulace
FDA	Americký federální úřad pro léky a potraviny
FT	volný testosteron

HIV	human deficiency virus
HT	hydroxytryptamin
IC	intersticiální cystitida
IIEF	International index of erectile function
IELT	intravaginal ejaculation latency time – doba mezi vpravením penisu do pochvy a započítáním ejakulace
IU	mezinárodní jednotka
LSt	lumbální spinothalamické (buňky)
LUTS	lower urinary tract syndrome – syndrom dolního močového ústrojí
MAGI	male accessory gland infection – infekce žláz mužského genitálu
MAOI	inhibitory monoaminoxidázy
MOD	male orgasmic disorder – mužská orgasmická porucha
MPOA	mediální preoptická oblast
mRNA	mesengerová (informační) ribonukleová kyselina
NMDA	n-methyl-d-aspartát
nPGi	nucleus paragigantocellularis
NO	oxid dusnatý
NPY	neuropeptid Y
PCR	polymerase chain reaction – polymerázová řetězová reakce
RE	retarded ejaculation – opožděná ejakulace
SPFp	suprafascikulární parvocelulární (jádro thalamu)
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TD	testosteronový deficit
TK	tlak krve
VIP	vazoaktivní intestinální peptid
WHO	Světová zdravotnická organizace
8-OH-DPAT	hydroxy – 2 (di – N – propylamino) tetralin



# Záměr a cíl této publikace

Do sexuologické ordinace přicházejí jako pacienti muži, jejichž zdravotním problémem je sexuální porucha. Literatura ukazuje, že na prvním místě mezi sexuálními poruchami mužů stojí ve všech zemích erektilní porucha. Druhé místo za ní zaujímá předčasná ejakulace. Také u nás zkušenosti sexuologů potvrzují, že se muži právě kvůli dvěma uvedeným poruchám obrací nejčastěji na lékaře–sexuologa o pomoc. Obě poruchy jsou dnes obecně chápány jako významné, mají dopad nejen na kvalitu života muže, ale postihují vždy i sexuální život a vztahy uvnitř páru.

V předchozích publikacích (Daneš 2007, 2011) jsem se věnoval otázkám patofyziologie, příčin, následků a terapie oněch dvou poruch. U erektilní dysfunkce nastala uvedením inhibitorů 5 – fosfodiesteráz – sildenafilu, tadalafilu nebo vardenafilu – do široké praxe vpravdě revoluční změna. Za určitých podmínek je dána možnost rychlého vyléčení poruchy. U předčasné ejakulace je situace složitější. Nicméně pochopení podstaty poruchy a vyzkoušené léčebné postupy přinášejí i u ní pacientům prospěch.

Je nasnadě, že se nabízel úkol pokusit se shrnout literární poznatky o třetí sexuální poruše v pořadí častosti výskytu – o opožděné ejakulaci. Záhy se mi ozřejmilo, že porucha sama se odlišuje od předchozích dvou, a to nejen ve frekvenci a pravděpodobně i v patofyziologii, ale i v některých příčinách a ve svých následcích, jimiž jsou škody působené ve vztazích a v sexuálním životě partnerského páru.

Podstatné rozdíly oproti prvním dvěma poruchám jsou u opožděné ejakulace (ejaculatio tarda) i ve fondu poznatků, které poskytuje literatura. Je jich relativně málo. Neujasňenost pojmů, zejména definování, co který autor řadí mezi poruchy ejakulace a co v nich představuje sama ejaculatio tarda, neumožňuje dobrou orientaci a důvěru k psanému slovu o této poruše. To je ještě prohlubováno skutečností, že ejaculatio tarda může být některým párem

(a to častěji) chápána jako výhoda – jako vítaná výdrž a mužova sexuální zdatnost při koitu. Jindy je zdrojem utrpení a poruch vztahů v partnerském páru. Přístup lékařů k diagnóze této poruchy činí konečně opatrným a rozpačitým skutečnost, že ve světě dosud nebyl schválen žádný lék s indikací pro léčbu ejaculatio tarda.

Cílem mé práce je proto shrnout a podle potřeby komentovat poznatky z literatury, zjistit, zda tato porucha představuje reálnou poruchu zdraví, zda vyžaduje léčbu a zda jsou pro ni farmakologické prostředky. Domnívám se přitom, že po zvážení a promyšlení souvislostí lze vytipovat vhodné pacienty pro léčbu a při spolupráci obou partnerů s lékařem lze také očekávat žádoucí výsledek.

# 1. Definice opožděné ejakulace a problémy s ní spojené

Sexuální zdraví je nedílnou součástí lidského zdraví. Sexuální poruchy mívají v určitém věku na člověka větší dopad, více ovlivňují kvalitu jeho života, než se dříve připouštělo ve srovnání s poruchami jiných systémů nebo s poruchami jiných funkcí.

Teprve v roce 2009 se odborníci z oborů urologie a sexuální medicíny sešli v Paříži na kongresu národních a nadnárodních odborných společností a jeden z výborů konzultantů vydal soubor doporučení pro sexuální dysfunkce mužů (Montorsi et al. 2010).<sup>1</sup> Mezi poruchy, jimiž se odborníci zabývali, patří erektilní dysfunkce, poruchy libida, orgasmu a ejakulace, dále Peyronieho nemoc a priapismus. Kladli si při tom za cíl odhalit nejpravděpodobnější etiologii poruch a doporučit vhodnou léčbu. Hodnocení významu poruch, doporučení pro jejich léčbu a algoritmů se zčásti zdařilo. Lépe u *ejaculatio praecox*, u níž se počítá s pravidelnou čtyřletou revizí doporučení (Althof et al. 2010).

*Ejaculatio tarda* (ET) je jednou z forem poruchy ejakulace. Lze ji definovat rámcově jako opak předčasné ejakulace – *ejaculatio praecox* (EP). Toto rámcové definování zdůrazňuje hlavní rys poruchy, tj. delší dobu, která je potřebná od začátku pohlavního dráždění do ejakulace. Zde je zřetelný opak od ejakulace předčasné. Opak je zřetelný také ve vztahu těchto dvou typů poruchy k věku pacienta. EP je podle starých vžitých představ vázána více k věku mladšímu,

---

<sup>1</sup> V seznamu literatury uvádím všechny spoluautory, kteří byli členy tohoto výboru a jsou představiteli světové sexuologie, jež se právě mužským sexuálním poruchám věnuje. Významným centrem výzkumu je Nemocnice sv. Rafaela v Miláně.

ejaculatio tarda pak k dospělosti až k počínajícímu stárnutí muže. Opak lze vidět také v účinku některých léků. Lék vyvolávající ET může sloužit k úpravě EP.

Pro praktické sexuologické potřeby ona rámcová definice ET postačuje. Je i v souladu s obecně přijímanými definicemi formulovanými Světovou zdravotnickou organizací (WHO 1994) nebo v DSM-IV Americké psychiatrické společnosti (American Psychiatric Association 2000).

Velmi stručná definice ET je ve shodném znění v I. a II. verzi doporučení Evropské urologické společnosti (Colpi a Weidner sine anno, Colpi et al. sine anno). Podle nich jde o stav, při němž je zapotřebí abnormální stimulace penisu, který je v erekci, aby došlo k orgasmu a k ejakulaci. V obou verzích je rovněž poznámka, že ET je možno považovat za mírnější formu anorgasmie a že obě formy poruch lze vidat alternativně i u téhož pacienta. Uvedená definice se mi jeví jako málo zdařilá, nerozlišuje totiž mezi anorgasmii a ET a nevysvětluje, co lze považovat za abnormální stimulaci.

WHO (2000) v Mezinárodní klasifikaci nemocí a zdravotních problémů rovněž ve stručné definici ET nerozlišuje mezi ejakulací a orgasmem, potažmo mezi anejakulací a anorgasmii.

Mnoho sexuologů věřilo, že zastaralé pojetí poruch ejakulace, zejména pak terminologie nerozlišujících orgasmus a jeho poruchu od ejakulace a její poruchy, budou napraveny v DSM-5, jejíž příprava trvala prakticky od roku 2007, částečně již od roku 1999 s výhledem publikovat ji v květnu 2013.

Je dobré připomenout, že čeští sexuologové se od nesprávného zaměňování pojmů orgasmus a ejakulace již dávno oprostili. Je zásluhou Zvěřinovou, že nejen velmi přesně definoval a odlišoval tyto pojmy, ale kromě odborníků tomu učil i lékaře jiných oborů a vzdělané laiky. Byla u nás obecně přijímána Zvěřinova teze, že orgasmus je centrální emoce pocitového vyvrcholení při sexuální stimulaci a že k jeho vyvolání a prožití je nutná funkce centrálního nervového systému, zejména jeho limbických struktur (Zvěřina 2003).

Z období příprav DSM-5 je významná publikace kolektivu Binik et al. (2010). Příznačný pro přetrvávající konzervatismus a nechuť k odlišení pojmů anorgasmie a ET je „pokrok“ v revizi DSM-5, podle níž se má lékař při opožděné ejakulaci zajímat také o narušení subjektivních pocitů, když hledá kód pro ET.

U ejakulačních poruch pak uspěl jen návrh změny u retrogradní ejakulace. Většina jich je považována za vedlejší účinek léků, nebo za následek závažné

nemoci, jako je diabetes. Jsou kódovány jako sexuální dysfunkce, vyvolané celkovým zdravotním stavem. Je-li retrogradní ejakulace vyvolána neznámou příčinou, nebo je-li podezření na psychiatrickou příčinu, je kódována jako nespecifikovaná.

Obecně se v DSM-5 týká ejakulačních poruch výsledek diskuse v období příprav revize, který se ustálil na závěru, že pro uznání za poruchu by měly obtíže trvat nejméně šest měsíců. Balon et al. (2007) ukázali na příkladu určení doby sexuálního problému u mužů a u žen, a to na základě statisticky podložených skutečností z literatury, jak obtížné je stanovit, co je prostá odchylka, dočasná epizoda a co lze v konsenzu odborníků chápat jako dysfunkci, sexuální poruchu – a zda obecně pro obě pohlaví.

Za daleko významnější a problematictější však považují diskusi o tom, jaký význam se má připisovat pocitovým následkům některé dysfunkce nebo poruchy či odchylky.

Jsem přesvědčen a opakovaně jsem uváděl svůj názor, ať již šlo o erektilní dysfunkce, nebo o předčasnou ejakulaci, že subjektivní, pocitová a vztahová složka mezi partnery hraje při dané poruše významnější roli, než nějaké objektivní měření. Bez potíží ve vztahu partnerů by ani nebyl důvod zajímat se o léčbu.

Právě zmíněná publikace Balona et al. (2007) ukázala na příkladu ejaculatio praecox, že opírat definici jen o čas změřený u IELT se nám může přičít. Těžko budeme obhajovat myšlenku, že rozhodující je, jak hodnotí dobu IELT partnerka, a zároveň budeme soudit, že jedna dvě minuty jsou pro každou ženu zcela nepřijatelné, zraňující a vyvolávající nesoulad v páru.

Překvapením jsou údaje Waldingera a Schweitzera (2006), kteří doložili, že pocitové a vztahové hodnocení doby koitu by nemuselo být tím správným kritériem pro definici EP. V některých studiích se totiž ukázalo, že poměrně vysoké procento žen v párech, v nichž měl muž velmi krátký čas IELT, to nepovažovalo za obtíž a rovněž mnoho mužů to bralo jako normální stav, který nezasluhuje hledání nápravy. Lze ovšem namítnout, že podobné studie chybějí u ejaculatio tarda a že nelze vyloučit ani zcela protikladné výsledky, než ty, které byly získány zkoumáním pocitů žen v párech s ejaculatio praecox.

Domnívám se, že tento rozpor má řešení: Pro definování poruchy respektujeme výsledek objektivního měření, ale pro léčbu pacienta můžeme vzít za

rozhodující to, co porucha způsobila v partnerském vztahu. Tak jako tak se pacient jen na základě oněch objektivních ukazatelů o léčbu ucházet nebude.

Smyslem požadavku DSM-5, aby pro uznání za sexuální poruchu trvaly potíže nejméně šest měsíců, je předcházení hyperdiagnostice. Výjimka má být jen u sexuální dysfunkce navozené léky nebo jinými substancemi. U ET by se to mohlo týkat i vlivu alkoholu a marihuany. DSM-5 ukládá upřesňovat kritéria ukazující závažnost poruchy. Mluví o subtypech u všech sexuálních poruch jednotně, a to jako o celoživotních oproti získaným a jako situačních oproti generalizovaným. Byly vypuštěny dysfunkce vyvolané celkovým zdravotním stavem a subtypy podmíněné psychologicky oproti kombinovaným. Zdůvodňuje se to tím, že většina klinických studií ukázala přítomnost psychologických i biologických faktorů. Pro popis medicínských i jiných faktorů užívá nový text tyto pojmy: partnerské faktory, vztahové faktory, faktory osobní zranitelnosti, faktory kulturní a náboženské a konečně faktory medicínské.

DSM-5 obsahuje nový název „delayed ejaculation“, jenž nahrazuje dřívější pojem „mužská orgasmická porucha“.

Celkem jsou v DSM-5 tyto diagnózy sexuálních poruch:

- delayed ejaculation (opožděná ejakulace),
- erektilní porucha,
- ženská orgasmická porucha,
- ženská porucha zájmu o sex a vzrušení,
- porucha z genitálně pelvické bolesti a penetrace,
- hypoaktivní sexuální touhy,
- premature ejaculation (pojmenovaná též jako rychlá ejakulace),
- lékově navozená sexuální dysfunkce,
- jiné specifické sexuální poruchy,
- nespecifické sexuální poruchy.

Pokoušíme-li se najít v literatuře další a podrobnější charakteristiky pro definování ET, vidíme, že je u diagnóz ET a EP i něco shodného. Je to například velmi důležitý podíl subjektivního hodnocení, jak porucha ovlivňuje pacientovo sebevědomí a jeho partnerský vztah. U obou poruch je dokonce pro stanovení diagnózy, pro posouzení závažnosti poruchy a pro rozhodování o způsobu léčby velmi významné, jak na poruchu reaguje partnerka.

Nerozhoduje nějaký objektivně měřitelný příznak u pacienta samého. Shodná u obou typů poruchy je i možná existence poruchy trvalé (vrozené, primární) či získané (sekundární), jež se může objevit po delším období bezporuchového pohlavního života.

Považuji za velmi přínosné Zvěřinovo (2010) doporučení při vyšetření sexuálních dysfunkcí a při stanovení jejich diagnózy – označit jejich kategorii, zda jde o sexuální dysfunkci úplnou, či částečnou, generalizovanou, či selektivní. Domnívám se, že Zvěřinou doporučená kategorizace má své uplatnění i u ejaculatio tarda, o níž se nepíše v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO (MKN-10) – jmenovitě jsou v ní uvedeny jen poruchy sexuální apotence, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu, sexuální bolestivé poruchy a zvýšený sexuální pud.

Zejména dvojice kategorií generalizovaná a selektivní, jak ji pojímá Zvěřina, tj. projev při koitu muže s každou ženou, nebo vázaný na jeden určitý pár, bývá u mých pacientů opakovaně popisována nejen u erektilní dysfunkce, ale právě i u ejaculatio tarda. Jsou však i takové vztahy a souvislosti mezi poruchou ejakulace a některou možnou příčinou nebo komorbiditou, které nedovolují odhalit shodu nebo protikladnost ET a PE. Například vztah obou těchto typů poruch ejakulace k erektilní poruše může být v individuálních případech překvapivě různý: Může být souvislost s ET nebo s PE, či může zcela chybět. Podobně nejednotný se jeví vztah k úrazům pánve nebo k onemocněním prostaty a k pooperačním stavům v oblasti pánve.

Z uvedeného vyplývá, že definice ET je opravdu jen rámcová, nedokonalá a při přísnějším posouzení by se dalo říci, že chybí. Pracovní definování ET jako opaku EP je zřejmě pravdivé jen částečně. Navíc je zpochybnitelné i skutečností, že definice samotné EP je všeobecně považována za nedokonalou (Daneš 2011).

Považuji za vhodné z teoretického hlediska užívat pro sexuologickou praxi tuto definici: ET je porucha ejakulace, při níž doba potřebná od vpravení penisu bez erekční poruchy do pochvy k dosažení ejakulace je pocitována nejméně jedním z partnerů za příliš dlouhou, tím u něho vyvolává sexuální neuspokojení a u daného páru proto vzniká nesoulad ve vzájemném vztahu. Domnívám se, že pokus o jakékoli upřesňování příčin, etiologie nebo o objektivizování příznaků této poruchy by definici ET činil nejistou a nesloužil by její využitelnosti pro lékařskou práci sexuologa.

Pokusů o definici ET lze v různých diskusních materiálech s nejistým autorstvím najít více, ale mnohým lze vytknout nedostatky. Uvedme několik příkladů.

- „ET je stav, při němž muži trvá déle než obvykle dosažení orgasmu a ejakulace.“

Lze namítnout, že takováto definice nenaznačuje vůbec poruchu. Určení doby obvyklé je samo o sobě problematické. U různých etnických skupin a snad i vlivem různých geografických podmínek, případně v souvislosti s různými metodickými přístupy jednotlivých autorů se průměrné, a tudíž obvyklé hodnoty udávané v literatuře značně liší. Ze srovnání výsledků různých studií formuloval Kratochvíl (2008) závěr, že průměrné trvání soulože je v novější době delší než ve studiích starších. Je zásluhou českých sexuologů a jejich rozsáhlého výzkumu od přelomu století, že máme velmi solidní údaje o trvání soulože i dobré odhady trvání milostných předeher v české populaci (Weiss, Zvěřina 2001, 2009). Nebudeme daleko od pravdy, když odhadneme, že doba koitu je v české populaci trojnásobně delší než v populacích cizích. Nelze však z toho dedukovat, že je u nás vysoké procento mužů postiženo poruchou ejaculatio tarda.

- „ET je stav, kdy má muž opakované obtíže s dosažením ejakulace a orgasmu.“

Tato formulace je bližší mému chápání poruchy, protože mluví o obtížích. Nepokouší se však popsat, o jaký druh potíží vůbec jde, z čeho plynou a za jakých okolností k nim dochází.

- „ET je stav, při němž muž nemůže ejakulovat buď při souloži, nebo při manuální stimulaci partnerkou, po případě partnerem.“

Tato definice nerozlišuje ejaculatio tarda a anejakulaci.

- „ET je prodloužení doby do ejakulace, ač je přítomno přání ejakulovat, je stimulace a je erekce.“

Domnívám se, že se tato formulace blíží vhodné definici, ale chybí jí zdůraznění psychických subjektivních obtíží mužových a partnerčiných.



- „ET je neschopnost ejakulovat nebo dlouhodobě dosahovat orgasmu, ač je přítomna sexuální apetence.“  
Opět není odlišena anejakulace od opožděné ejakulace.
- Dohle et al. (2010) publikovali „Doporučení u mužské neplodnosti“, zaštiťtění Evropskou urologickou společností: ET je podle nich porucha, při níž je pro penis ve stavu erekce zapotřebí abnormální stimulace, aby se dosáhlo orgasmu s ejakulací. Odvolávají se na Buvatovu monografii o poruchách z roku 1984. V definování ET pak pokračují: ET může být chápána jako mírná forma anorgasmie a oba stavy se mohou objevovat alternativně u téhož pacienta. Následuje pak stručný výčet příčin ET. Tento pokus o definici ET se mi jeví jako málo zdařilý. Nezmiňuje se vůbec o tom, v čem porucha spočívá, co jako poruchu dotýčný muž a pár pocítuje. Neříká, co je abnormální stimulace. Diskutabilní je úvaha, že ET lze považovat za mírnou formu chybění orgasmu. (Anorgasmie je obecně chápána jako nepřítomnost orgasmu, zatímco ET jako přítomnost ejakulace, avšak tak opožděné, že vyvolává u muže a u páru nelibost a komplikace vztahu.)
- Hartmann a Waldinger (2007) podali definici, která již neobsahuje matoucí prvek, jímž je směšování anejakulace, anorgasmie a opožděné ejakulace. Jejich definice a jiné podobné označují ET za poruchu charakterizovanou prodloužením času do ejakulace při souloži nebo při stimulaci. Prodloužení času má příčiny psychické nebo fyzické (tělesné). Definice kvantifikuje míru poruchy: Hlavní příznak, tj. prodloužení doby do ejakulace, má být nejméně ve třech čtvrtinách všech sexuálních mužových aktivit a porucha má trvat nejméně 6 měsíců. To má být zároveň předpokladem pro vyslovení diagnózy ejaculatio tarda. Dále mají být splněny tyto předpoklady: Problémy trvají a působí jedinci významnou potíž, tíseň. Trvajícící problém vyvolává významnou rozladu v páru, újmu na kvalitě života.

Vyjmenované předpoklady pro definici ET a pro opodstatněné vyslovení diagnózy považují ve srovnání s jinými pokusy za nejzdařilejší, zcela postačující pro praktické použití a vyhovující pro vyloučení chyb vyplývajících z případného zaměňování některých pojmů.

Za diskutabilní lze snad považovat požadavek, který Hartmann a Waldinger formulovali jako alternativní ke zřetelnému opoždění ejakulace: „Trvá-li zřetelné chybění nebo ‚infrekvence‘ ejakulace nejméně šest měsíců, lze vyslovit diagnózu ET.“ Snad je to míněno jako určitý ústupek požadavkům praxe, aby k pokusu o léčbu došlo u daného pacienta dříve, než u něho bude případně vyřešena otázka, jde-li o anejakulaci, nebo ET.

Autoři vyslovili ještě další podmínku pro definování poruchy jako ET. Porucha či dysfunkce nemá podle nich mít žádnou nepsychiatrickou příčinu ani nemá být vyvolána účinkem drog nebo stresem ve vztahu s partnerkou, partnerovým násilím či jinými stresory. Domnívám se, že jde o kritéria, kterými autoři chtěli vyloučit z diagnóz ty případy, u nichž lze dočasné příznaky ET připsat na vrub celkem snadno vysvětlitelné příčiny, jako toxicity drog nebo vlivu násilí. Interpretovat v konkrétním případě, kde je hranice těchto nox a kde je již jejich sekundární psychické ovlivňování pacienta a kde se začínají objevovat psychické příčiny vzniku ET, bude velmi obtížné a nejisté. Proto by se mělo toto kritérium používat opatrně a jen jako pomocné, orientační.

Přínosné v práci Hartmanna a Waldingera je zejména vysvětlení nedůslednosti DSM-IV, kde dochází ke směšování pojmů porucha orgasmu a porucha ejakulace, a zdůraznění rozdílu mezi anejakulací a opožděnou ejakulací – ET. Výsledkem tak je velmi prostá definice: **ET je stav, při němž je pro muže nesnadné nebo nemožné ejakulovat, ač je přiměřeně sexuálně stimulován, má erekci a uvědomuje si přání dosáhnout ejakulace a orgasmu.**

## 2. Postavení opožděné ejakulace ve skupině poruch ejakulace

Mužské sexuální poruchy se obvykle dělí na tři hlavní kategorie (Wolters, Hellstrom 2006): hypogonadismus, erektilní dysfunkce a poruchy ejakulace. U poruch ejakulace se rozlišují předčasná ejakulace (ejaculatio praecox, premature ejaculation), ejaculatio tarda, retrogradní ejakulace a anejakulace (často nesprávně nahrazovaná pojmem anorgasmie). Nejtěžší formou poruch ejakulace je anejakulace – chybění normální, antegrádní ejakulace – i retrogradní ejakulace včetně její první fáze – emise. Semenem tudíž neodchází ze semenných váčků, ani z prostaty, ani z ductů do uretry.

Samostatnou jednotku představuje u některých autorů bolestivá ejakulace (Giuliano, Clément 2005). Doporučení Evropské urologické společnosti mluví dále o astenické ejakulaci a charakterizuje ji jako poruchu expulze, respektive ve svém názvosloví propulze.

O astenické ejakulaci uvádějí Dohle et al. (2010), že pro ni bývá užíváno synonymum parciální ejakulační inkompetence, a zdůrazňují, že jde o poruchu propulzivní (expulzivní) fáze. Pocitování orgasmu bývá při astenické ejakulaci podle těchto autorů sníženo a chybějí rytmické stahy svalstva. Naopak při astenické ejakulaci, jež je spojena s obstrukcí uretry, bývají svalové stahy zachovány.

Při této definici astenické ejakulace se jeví určitá podobnost s ejakulací retrogradní. Dohle et al. (2010) to v doporučeních Evropské urologické společnosti dotvrzují seznamem neurogenních příčin a příčin vycházejících z uretry. Jsou u obou poruch podobné. Jde jmenovitě o:

- poškození míchy,
- poškození cauda equina,