proLékaře.cz | 3.11.2026

# Psychogenní erektilní dysfunkce

J. Zvěřina
*Sexuologický ústav, 1. LF UK a VFN v Praze*

**Souhrn**

Poruchy erekce jsou nejčastější sexuální dysfunkcí mužů. V diagnostickém a terapeutickém přístupu k této dysfunkci je třeba respektovat biopsychosociální povahu sexuálních poruch. Nejen u typicky psychogenních, ale též u organicky podmíněných poruch erekce je třeba uplatňovat psychoterapeutické postupy. Mezi nejčastější psychogenní příčiny poruch patří poruchy partnerských vztahů, deprese a komplexy méněcennosti. Doporučuje se zlepšovat schopnosti lékařů otevřeně se svými pacienty o jejich sexuálním životě hovořit.

**Klíčová slova**

poruchy erekce – psychogenní příčiny – psychoterapie

## Psychogenic erectile dysfunction

**Abstract**

Erectile dysfunction is the most frequent sexual dysfunction in men. The diagnostic and therapeutic approach toward this dysfunction should respect its biopsychosocial nature. Psychotherapy is very important not only in psychogenic dysfunction, but also in organically caused dysfunction. The most frequent aetiological factors include partnership problems, depression and low self-esteem in men. It is recommended to improve the competence of physicians to be able to communicate openly with the patient about the patient's sexual life.

**Keywords**

erectile dysfunction – psychogenic aetiology – psychotherapy

Nejčastější mužskou sexuální dysfunkcí je nedostatečná tuhost pohlavního údu. S tímto problémem se alespoň někdy v životě setká naprostá většina mužů. Ojedinělé a situační selhání erekce nelze označovat za dysfunkci. Jako klinicky relevantní hodnotíme tuto sexuální poruchu tehdy, když erekce opakovaně nedosahuje úrovně, která by byla dostatečná k uspokojivému průběhu spojení pohlavních orgánů.

Centrální mechanizmy erekce jsou v limbickém systému zprostředkovány dopaminergními a melatoninovými regulacemi. Uplatňují se zde také další působky, zejména oxytocin. Psychogenní impulzy pro erekci zprostředkovávají vertebrální centra v segmentech $Th_{11–12}$ a $L_{2–3}$. Další spinální erekční centrum je uloženo v distální míše, v segmentech $S_{2–4}$. Z tohoto centra je možné erekci vyvolat reflexním mechanizmem také v situaci, kdy je míšní lézí přerušeno spojení mozkových center s periferií.

Porucha erekce může být *izolovaná*. Pak jde jen o problém tuhosti (či spíše „tvrdosti") pohlavního údu. Všechny ostatní sexuální funkce probíhají spolehlivě. Takto izolovaných poruch erekce je v klientele sexuologických oddělení jen asi čtvrtina. Často konstatujeme *kombinaci poruch ztopoření* s dalšími sexuálními problémy. Především se sníženou sexuální apetencí, sníženou vzrušivostí nebo s předčasnou či retardovanou ejakulací. Porucha erekce může být kombinována též s dyspareunií (při balanitidě, plastické induraci, fimóze nebo parafimóze), s bolestivou ejakulací (při prostatovesikulitidě, uretritidě) nebo anejakulací [1]. Rozlišujeme *poruchy erekce kompletní a inkompletní*. Při kompletní poruše je tvrdost pohlavního údu nedostatečná za všech okolností. Měkká jsou tedy také ztopoření spontánní (erekce noční a ranní), erekce masturbační a ztopoření při nekoitálních stimulacích. Právě pro takovou kompletní poruchu erekce lze sémanticky správně použít termín „erektilní impotence".

*Neúplné poruchy erekce* jsou v klinické praxi nejčastější. Problémy s nedostatečnou tvrdostí erekce se u těchto pacientů vyskytují jen někdy a v některých situacích. Potíže s erekcí jsou při koitu, nejsou však významně narušeny erekce spontánní a masturbační. Ani v této kategorii však nelze bez dalších vyšetření vyloučit organické příčiny. Zatímco u kompletní poruchy erekce není zpravidla o organicitě pochyb, nekompletní dysfunkce jsou typicky multifaktoriální povahy. Prolínají se u nich vlivy biologické, psychické, partnerské a sociální. Každý případ je nutné hodnotit diagnosticky a terapeuticky individuálně.

Velký klinický význam má *rozlišení poruch erekce primárních a sekundárních*. Primární poruchy se vyskytují od samého začátku pohlavního života. Pokud nejde o prosté debutantní selhávání přechodného charakteru, mají prognózu horší než poruchy sekundární povahy. Vzácně jsme pozorovali těžké primární poruchy organického charakteru u velmi mladých mužů. Poruchy erekce při zahájení pohlavního života nemusí tedy být přechodné a nemusí souviset jen s partnerskou nezkušeností pacientů [2,3].

*Sekundární poruchy erekce* jsou podstatně častější. Jejich výskyt se plynule zvyšuje s věkem. Ve věku do 30 let trpí poruchami erekce jen několik málo procent mužů. Kolem 60. roku věku již více než desetina mužů trpí těžkými poruchami erekce a jejich výskyt dále s věkem roste. Ve věkových skupinách nad

proLékaře.cz | 3.11.2026



Tab. 1. Možnosti rozlišení organické a psychogenní poruch erekce [3].

| | Organická porucha | Psychogenní porucha |
|---|---|---|
| náhlý začátek | – | + |
| plíživý začátek | + | – |
| nestabilita poruchy | – | + |
| nad 40 let | + | – |
| psychopatologie | + | + |
| partnerské konflikty | + | + |

70 let téměř polovina mužské populace častěji selhává při pokusu o pohlavní spojení. Zdaleka ne všichni muži v těchto situacích vyhledávají sexuologické vyšetření. Mnohé poruchy erekce, a to i ty kompletní, tak zůstávají bez lékařského vyšetření. Někdy jsou kompenzovány nekoitálním sexem v rámci partnerského vztahu, jindy muži na partnerský sex rezignují. Přes popsanou závislost výskytu dysfunkce na věku tvoří asi čtvrtinu všech mužů s poruchami erekce pacienti ve věku mladším než 40 let [4].

Ještě poměrně nedávno se obecně předpokládalo, že většina poruch erekce má psychogenní povahu. Hovořilo se o pouhých několika procentech organických příčin. Zdůrazňovaly se především cévní, hormonální a neurogenní příčiny. V této oblasti byl učiněn v posledním desetiletí velký pokrok. Zlepšily se naše schopnosti diagnostikovat poruchy cévního zásobení penisu a poruchy funkčního stavu topořivých těles. Také neurogenní mechanizmy selhání erekce jsou dostupnější medicínskému poznání. Pokroky lékařských věd způsobily v 80. letech 20. století zvýšený zájem lékařů na celém světě o *organické příčiny sexuálních dysfunkcí*.

Z jednoho extrému se snadno přechází ke druhému. A tak se v posledních letech ve sděleních některých specialistů můžeme dočíst, že více než tři čtvrtiny poruch erekce mají organický podklad. Podobné statistiky je třeba brát s rezervou. Podíl organických a funkčně podmíněných dysfunkcí je závislý na věku pacientů a zejména na povaze poruchy. Podléhá výkyvům podle složení popisovaných souborů. Vyšší podíl psychogenních poruch je jistě v klientele manželských poraden a nižší na urologických klinikách.

V tab. 1 jsou uvedeny orientační diskriminující charakteristiky „organických" a „psychogenních" poruch erekce. Z tabulky je zřejmé, že psychopatologické příznaky ani partnerské konflikty samy o sobě ještě neznamenají, že porucha erekce je „funkční". Koncepce plíživého začátku organicky podmíněných dysfunkcí platí samozřejmě pro cévně podmíněné poruchy erekce a pro některé poruchy plynoucí ze systémových nervových onemocnění. Řada organicky podmíněných poruch má náhlý začátek. Například posttraumatické poruchy a poruchy po chirurgických zákrocích v retroperitoneu. I na té nejpřesněji definované organické poruše se mohou spolupodílet psychogenní faktory. Také za zdánlivě jednoznačně psychogenní poruchou může být diskrétní organická patologie. Naše diagnostika a terapeutické snažení by tedy u každé poruchy erekce měly respektovat psychosomatickou jednotu pacientova problému.

## Psychogenní faktory u poruch erekce

Psychické a sociální vlivy se u těchto dysfunkcí uplatňují univerzálně. Svým vlivem mohou poruchu erekce příčinně podmiňovat nebo u zřejmých organicky podmíněných poruch hrají roli podpůrného faktoru. Psychosociální problémy hrají významnou roli nejméně v polovině případů poruch erekce. U psychosomatické jednotky typu sexuální dysfunkce je vždy vhodné postupovat v intencích biopsychosociálních souvislostí [5].

Každá negativní emoce, která ruší prožitek sexuálního vzrušení nebo která snižuje sexuální vzrušivost a apetenci, může způsobit selhání erekce. Důležité je, že čistě psychogenní poruchy erekce nikdy nejsou úplné a izolované. Prakticky není možné, aby psychogenní mechanizmus zablokoval ze sexuálních funkcí jen ztopoření. Naopak vždy působí také snížení úrovně sexuálního vzrušení. Z patologických emocí se v této oblasti uplatňuje především deprese, úzkost a strach ze selhání. Také hostilní postoje vůči partnerce při partnerských konfliktech.

Některé poruchy erekce mají spíše povahu *partnerského sexuálního nesouladu*. Muži s nespolehlivou erekcí bývají v přístupu k partnerce nejistí. Tuto nejistotu může chování partnerky dále zvýšit. Hlavním negativním vlivem bývá jednostranné zdůrazňování falické komponenty v párové erotické interakci. Podle principu „všechno nebo nic" někdy odmítají partnerky mužů s poruchou erekce jakékoli nekoitální interakce. Přitom právě regulované nekoitální pohlavní styky jsou základním principem sexoterapeutických technik, které mají dysfunkci překonat. Poruchy erekce mohou být důvodem k žárlivecké produkci. Ať na straně pacienta nebo jeho partnerky. Taková situace pak dále zhoršuje emoční bilanci páru a přispívá k fixaci dysfunkce. Nepřekvapuje tedy, když se ukazuje, že mezi faktory, které zásadním způsobem ovlivňují prognózu sexuálních dysfunkcí, patří kvalita partnerského vztahu [2,6,7].

## Vyšetřování poruch erekce

Pro správnou diagnózu sexuální poruchy je nezbytná důkladná sexuální anamnéza. V první fázi je třeba především důkladně popsat povahu poruchy. Navázat s dysfunkčním pacientem kvalitní terapeutický vztah není snadné. Někdy až při opakovaných kontaktech získáme podrobnější informace o sexuálním životě a sexuálních preferencích našich pacientů. Přestože lékaři jsou veřejností pokládáni za odborníky také v citlivé oblasti lidské sexuality, mnozí z nich mají nemalé problémy v komunikaci s pacienty a pacientkami o sexuálních tématech. Zábrany a tabuizace ve vztahu k sexu mohou mít samozřejmě nejen etické, ale také sociální, etnické, religiózní a ideologické souvislosti. Není ostatně snadné, a to ani pro zkušené lékaře, naučit se citlivou oblast partnerských a intimních vztahů s pacientem bez zábran komunikovat [8].

Z praktických důvodů doporučujeme na počátku diagnostického procesu chápat každou poruchu erekce jako funkční záležitost. Teprve v podmínkách fungujícího partnerského vztahu a při pravidelných pohlavních stycích můžeme dokonale zhodnotit stupeň poruchy. Také proces párové sexoterapie poskytuje kromě terapeutického potenciálu významný zdroj diagnostických informací.

Zvláštní pozornost zasluhují *osamělí muži*. V těchto případech je obtížné snažit se o harmonický partnerský vztah. Z hlediska klasické párové sexoterapie je vlastně situace muže bez partnerského vztahu řešitelná jen „přidělením" surogátní partnerky. Taková řešení

proLékaře.cz | 3.11.2026



nejsou ovšem medicínská. Povinností lékaře je poskytnout diagnostickou i léčebnou péči pacientovi v každé jeho sociální situaci. Pacienty s poruchami erekce, kteří nemají partnerský vztah, můžeme rozdělit do několika kategorií:

1. *Muži s nedostatky v partnerských schopnostech.* Jde o muže, kteří z různých důvodů selhávají v opakovaných párových vztazích. Příčiny bývají v povahových zvláštnostech, nižším intelektu, někdy přímo v duševních poruchách a onemocněních. Poruchy erekce pak jsou jen jedním z mnoha sexuologických příznaků. Tito muži někdy racionalizují svá partnerská selhávání právě stesky na nespolehlivou erekci.
2. *Muži traumatizovaní konfliktním partnerským vztahem.* Klasickým příkladem jsou rozvedení muži, u nichž bývalá manželka dokázala vypěstovat pevně fixované komplexy sexuální insuficience. Takové trauma někdy vede k déletrvající sexuální abstinenci a někdy i k několikaletým absencím v partnerské sexualitě.
3. *Muži po delší vynucené sexuální abstinenci.* Například vdovci, kteří pro vážné onemocnění manželky mnoho měsíců i roků žádný partnerský sex neměli. Sem lze zařadit i muže po delších trestech odnětí svobody.
4. *Muži s tělesným nedostatkem.* Například po těžších úrazech, při vleklých onemocněních a podobně. Zde hlavní příčina absence partnerky spočívá v nutnosti adaptovat se na nové podmínky limitované neuspokojivým zdravotním stavem. Sem patří také muži s tělesným nedostatkem jen domnělým. Zejména tedy muži s více či méně výraznou dysmorfofobií, zejména s „komplexem malého penisu".

Také osamocený muž může dokonale prozkoumat své schopnosti erekce. Důležitým vodítkem jsou zde erekce noční, ranní a zejména erekce při masturbaci.

Partnerské problémy nemusíme být vždy schopni analyzovat s oběma členy páru. Podle našich zkušeností jen méně než jedna třetina mužů s poruchami erekce si přeje, aby do diagnostického a léčebného procesu byla zaangažována také jejich partnerka nebo manželka. U psychogenních a organických poruch se velmi často setkáváme s tím, že se na jejich fixaci do určité míry podílí negativizmus nebo odmítavý postoje žen. Řada pacientů z těchto důvodů před svými partnerkami úzkostlivě tají skutečnost, že vyhledali sexuologickou péči. V těchto případech nepokládáme za rozumné trvat za každou cenu na spolupráci ženy. V průběhu terapeutického kontaktu se nám často podaří postoje pacienta modifikovat a k párové práci se dostaneme. Pro vlastní diagnostický proces je spolupráce s partnerkou vysloveně přínosná především u špatně komunikujících pacientů. Zejména muži s anomální strukturou osobnosti a muži neurotičtí podávají o své sexuální výkonnosti někdy zcela zkreslené informace.

V klinické praxi se můžeme setkat s muži, kteří neselhávají v manželském sexuálním životě, ale přicházejí pro nespolehlivou erekci při sexu s extramatrimoniálními partnerkami. Vyšetřování a léčba těchto pacientů představují jistý etický problém.

Zvláštní kapitolou jsou *poruchy erekce u mužů s homosexuální orientací.* Lze na ně aplikovat stejnou diagnostickou rozvahu a stejnou terapii jako u většinové populace Někdy je subjektivní trápení těchto mužů ještě vyšší než u heterosexuálů. Jakoby pro homosexuální minoritu byla falická simplifikace sexu významnější [9].

## Psychopatologické faktory u poruch erekce

Z psychopatologických fenoménů se u poruch erekce nejčastěji diskutují depresivní stavy. Deprese v lehčí formě vede k sexuální anhedonii a poklesu sexuálního zájmu. Narušeno bývá také sebevědomí depresivního pacienta. Občasná sexuální selhání mohou potencovat postoje hypochondrické. Problémy mohou zhoršovat i vedlejší účinky některých psychofarmak. Antidepresiva SSRI jsou známa svými negativními vedlejšími účinky na sexuální funkce mužů i žen. Podobně negativně mohou působit některá antipsychotika či anxiolytika.

S depresemi spojené, ale také izolovaně se vyskytující anxiozní stavy se uplatňují zejména ve formě debutantní trémy na začátku pohlavního života mladých mužů. Anxieta se uplatňuje jako etiologický faktor u těch poruch erekce, které se rozvíjejí na základě ztráty jistoty a sebedůvěry v souvislosti s náhodným selháním. Těžší poruchy osobnosti mohou výrazně zhoršit schopnost mužů navázat a udržet partnerské vztahy. Podobně negativně se v tomto směru uplatňují mentální defekty. Psychotické stavy, zejména chronicky probíhající, představují rovněž rizikový faktor ve vztahu k rozvoji sexuálních dysfunkcí. Také zde se mohou negativně projevovat vedlejší účinky psychofarmak. Přehled sexuálních problémů u pacientů a pacientek s psychickými poruchami přehledně podává Žourková [10].

## Léčení psychogenních poruch erekce

Základem, jako při všech sexuálních dysfunkcích, je zde psychoterapie. Důležitá je zejména u inkompletních a kombinovaných poruch. Ne vždy je nutná klasická párová sexoterapie. Někdy stačí racionální a explikativní přístup u samotného muže. Jak již bylo řečeno, mnozí z těchto pacientů nejsou schopni zajistit spolupráci manželky či partnerky v léčení. Ani moderní medikamentózní léčba poruch erekce neznamená, že je možné úplně ignorovat psychoterapeutické postupy. Naopak, psychoterapeutické působení by mělo být nedílnou součástí moderních léčebných postupů [11,12].

Cílem *individuální psychoterapie* je snaha po racionálním sexuálním chování. Často je nutné zdůrazňovat pravidelnost v sexuálních aktivitách, a to i v situaci, kdy se pohlavní styky nedaří. Pravidelnosti lze dosáhnout nekoitálními pohlavními styky s partnerkou. Nepodaří-li se k tomu ženu získat, radíme pravidelnou masturbaci. Již proto, abychom měli přehled o stupni poruchy erekce při pravidelných nekoitálních aktivitách. Vyšší sebevědomí může pacient vybudovat především na pozorování dobrých erekcí nočních, ranních a erekci při masturbaci.

*Párová sexoterapie* je důležitým terapeutickým přístupem, a to též u kompletních poruch erekce. Vždyť často se dobře spolupracující dvojici podaří přesvědčit, že i bez dobré erekce lze jakýkoli sex provozovat a že složité vyšetřování a léčení organických poruch erekce není vždy optimálním řešením. Podobně jako u předčasné ejakulace a jiných dysfunkcí je zde úloha sexoterapie nejen v pravém smyslu slova léčebná. Může sehrát důležitou roli adaptační. Pohlavní život některých stabilně žijících dvojic není příliš pestrý co do repertoáru sexuálního chování. Slouží-li dobře erekce a je-li žena dobře vaginálně vzrušivá, nemá takový pár třeba desítky let žádný důvod k tomu inovovat své jednoduché kopulační stereotypy. Přinášely jim vždy dobré uspokojení. Při poruše erekce taková dvojice potřebuje pomoc při „převedení" na nekoitální pohlavní styky.

Ani rozsáhlá metaanalýza dostupných dat o psychoterapii sexuálních dysfunkcí neukazuje výraznou superioritu některé ze zavede-

proLékaře.cz | 3.11.2026



ných psychoterapeutických metod. Zdá se tedy, že tou nejúčinnější složkou psychoterapie je terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem, stejně jako poskytnutí racionálních informací [13].

Také při medikamentózní léčbě poruch erekce není možné psychoterapeutické působení na pacienta opomenout. Terapeutický efekt i tak specificky působících medikamentů, jakými jsou inhibitory PDE-5, je do značné míry odvislý od terapeutického vztahu [14].

## Literatura


**1.** Daneš L. Erektilní dysfunkce. Brno: Akademické nakladatelství CERM 2007.
**2.** Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce, příčiny a léčba. Praha: Grada Publishing 2003.
**3.** Zvěřina J. Sexuální dysfunkce. In: Weiss P (ed). Sexuologie. Praha: Grada Publishing 2010: 339–363.
**4.** Capogrosso P, Colicchia M, Ventimiglia E et al. One patient out of four with newly diagnosed erectile dysfunkction is a young man – worrisome picture from the everyday clinical practice. J Sex Med 2013; 10: 1833–1841. doi: 10.1111/jsm.12179.
**5.** Berry MD, Berry PD. Contemporary treatment of sexual dysfunction: reexamining the biopsychosocial model. J Sex Med 2013; 10: 2627–2643. doi: 10.1111/jsm.12273.
**6.** Martin SA, Atlantis E, Lange K et al. Predictors of sexual dysfunction incidence and remission in men. J Sex Med 2014; 11: 1136–1147. doi: 10.1111/jsm.12483.
**7.** Rosen R, Janssen E, Wiegel M et al. Psychological and interpersonal correlates in men with erectile dysfunction and their partners: a pilot study of treatment outcome with sildenafil. J Sex Marital Ther 2006; 32: 215–234.
**8.** Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med 2013; 10: 2658–2670. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x.
**9.** Bancroft J, Cannes L, Janssen E et al. Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. Arch Sex Behav 2005; 34: 285–297.
**10.** Žourková A. Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů. In: Weiss P (ed). Sexuologie. Praha: Grada Publishing 2010: 417–438.
**11.** Kratochvíl S. Psychoterapie sexuálních dysfunkcí. In: Weiss P (ed). Sexuologie. Praha: Grada Publishing 2010: 365–386.
**12.** Simopoulos EF, Trinidad AC. Male erectile dysfunction: integrating psychopharmacology and psychotherapy. Gen Hosp Psychiatry 2013; 35: 33–38. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.008.
**13.** Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM et al. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Arch Sex Behav 2013; 42: 915–933. doi: 10.1007/s10508-012-0062-0.
**14.** Schmidt HM, Munder T, Gerger H et al. Combination of psychological intervention and phosphodiesterase-5 inhibitors for erectile dysfunction: a narrative review and meta-analysis. J Sex Med 2014; 11: 1376–1391. doi: 10.1111/jsm.12520.


*Doručeno do redakce: 16. 7. 2014*
*Přijato po recenzi: 5. 8. 2014*

**doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.**
www.vfn.cz
jaroslav.zverina@vfn.cz

