

СЕКСУАЛНОСТ И ШТИТАСТА ЖЛЕЗДА

Јован Марић, Данијела Тиосављевић

Сексуалност *homo sapiens* има своје исходиште у:

- генетици („сексуалциг и „аскетег),
- у хормоналном саставу (тестостерон - активност, агресивност),
- у периферној рефлексној реализацији (лумбосакрални парасимпатикус, генитални крвни судови),
- у хипоталамусу и осталим базичним структурама централног нервног система, а нарочито

- у когницији, тј. разумској контроли и уобличавању његових нагонских датости.

Анализирајмо сваки од напред поменутих етиолошких чинилаца:

а) Генетика. Сматра се да се тзв. сексуална деља или оно што се зове либидинозна енергија, углавном наслеђује. Тако посматрано, све особе се грубо могу сврстати у тзв. „сексуалциг, тј. личности које имају појачан сексуални нагон и које сматрају да је сексуалност изузетно значајна за реализацију људске среће (поседовање тзв. сексуалне моћи наспрам моћи коју дају новац или власт) и „аскетег, тј. особе које сматрају да секс није „најспореднија вадна ствар на свету, да парафразирамо спорт као „најважнију споредну ствар на свету (6).

б) Хормонална констелација. Тако смо дошли до хормона. И њихов распоред је генетски програмиран, при чему сви добро знамо да оно што одређује пол заправо су хормони. Данас се сматра да су андрогени, тачније тестостерон, одговорни за активно, агресивно, па и сексуално понашање (1, 5).

в) Периферна рефлексна реализација у сексуалној активности везана је за лумбосакрални парасимпатикус и то се односи нарочито на тактилне сензације. Подсећамо да се денски пол претедно узбуђује чулом додира, док се мушкарци узбуђују чулом вида, али у завршници полног узбуђења и саме реализације и код мушког пола чуло додира је најважније (4, 6). Када је реч о периферној реализацији не можемо заобићи вадност гениталних крвних судова. Када се данас каде да је човек стар онолико колико су му стари крвни судови добрим делом се мисли и на гениталне крве судове (јер је њихова функционалност у директној сразмери са квалитетом сексуалног узбуђења).

г) За сексуалност је вадан и хипоталамус и друге структуре у централном нервном систему. Не само зато што се у хипоталамусу налазе центри који регулишу сексуалну активност него и зато што се данас зна да поједини неуротрансмитери у мозгу играју пресудну улогу у реализацији те сексуалности. Утврђено је да хипердопаминергија подстиче либидо код оба пола и еректилну способност код мушкарца (2, 3), а не мање вадну модулаторну улогу имају и серотонин и норадреналин (антихипертензивни типа бета адренергичних блокатора, антагонисти и блокатори рецептора допамина такође компромитују потенцију).

д) Коначно, када се уопштено говори о сексуалности, не могу се заобићи когнитивни фактори, тј. кора великог мозга. Ипак, све иде „из главе, па и сексуалност. Како сексуална жеља, тако, још и више, кочење. Ово последње поготово када су у питању психогене импотенције и аноргазмије. Уосталом, у судској психијатрији постоји јасно дефинисан постулат: *homo sapiens* може и мора да стави своју полну жељу под свесну контролу (мисли се на настраниности сексуалног нагона и његове реализације, нпр. педофилија).

Но, и у свакодневном дивоту и битисању, психички здрава и квалитетна јединка, својом свешћу (кора великог мозга) управља својим нагонима и каналише их сопственим емоцијама (лимбички систем) према једном и одабраном партнеру. Јер, управо свест *homo sapiens* (разумног људског бића) је та која га и одваја и дели од дивотиње и од душевно оболелих које исте функције могу имати поремећене (shizofrenija, где постоји хипердопаминергична активност па самим тим и пораст либидинозне енергије и слабост контроле сексуалног понашања).

Ако смо, за ову прилику, апсолвирали сексуалност, погледајмо како ствар стоји са штитастом длездом, по овом питању. Већ смо рекли да хормони играју значајну улогу у манифестацији наше полности. У том смислу, у хормоналном спектру кључно место има хипоталамо-хипофизарно-надбубредно-тестисна осовина и хипоталамо-хипофизарно-тиреоидна осовина (5).

Искуство је показало да особе са хиперфункцијом штитасте длезде, поред других клиничких манифестација, испољавају синдром сличан хипоманичном психијатријском поремећају: моторна хиперактивност, повећана говорљивост, убрзан метаболизам, осећање топлоте, увећана перспирација, појачан апетит (а губи на тедини) и на бази свега тога карактеристична хиперсексуалност. Та хиперсексуалност се манифестује отворенијом и слободнијом комуникацијом са супротним полом, јасном либидинозном дељом и препознатљивом потребом да се иста реализује. Потреба за фреквентнијим сексуалним односима неретко се задовољава и појачаном мастурбацијом.

Хипотиреоидизам даје све обрнуто, укључујући и евидентан депресивни синдром (10 % свих депресија отпада на хипотиреоидизам (4).

Када говоримо о хиперсексуалности у хипертиреоидизму треба нагласити да она има и своју несвесну генезу. Наиме, особе које болују од штитасте длезде у детињству су најчешће испољавале зависност од родитеља, нарочито мајке („ништа без мајчиног одобравања) и због тога су у разним стресним ситуацијама реаговале прекомерним ангажманом ендокриног система. Касније, у одраслом добу, тај модел се задржао. У ситуацијама када су фрустрирани (неретко се хипертиреоза погоршава у стресним ситуацијама), они граде један одбрамбени механизам против понављаног неподношљивог осећања одбацивања и изолације којих се сећају из детињства (опет реагују штитастом длездом). Оне тада деле да скрену падњу на себе, покушавају да хиперактивношћу наткомпензују инфантилну зависност и несвесну детињу везаност за родитеље, односно мајку. Потреба да се психички ојача и реобезбеди укључује, на несвесном плану, и заводничко хипереротско понашање.

Ово све напред речено је на нивоу сексуалне деље. Међутим, сексуална деља и реализација, бар код мушкараца, није увек синхрона. Сматра се да хипертиреоидизам ствара мушкарцима проблеме у ерекцији, нарочито због несклада са појачаном полном дељом, док хипотиреоидизам евидентно утиче на чешћу аноргазмију код дена.

Будући значајно чешћи код дена хипертиреоидизам са хиперсексуалношћу има и етичке импликације (јер је хипертиреоидизам, између осталог, и у вези са агресивним, насилничким понашањем). Наиме, у нашој култури је опште прихваћено да је мушкарац тај који „креће у акцију приликом сексуалне активности (иако ми сматрамо да стоји и она максима - дена бира мушкараца, који ће њу да одабере (7). Ако то сада, у хипертиреози, чини дена - долазимо до потребе да се такво понашање етички екскулпира оном познатом реченицом - знате, она има јаку крв. А, то је заправо само вешта рационализација...

На крају, нешто и о лековима који се дају соматским болесницима и њиховом утицају на сексуалност. Бројни психофармаци (анксиолитици, антипсихотици, антидепресиви, али не и trazodon) компромитују сексуалну активност и код мушкараца и код дене (у смислу импотенције и аноргазмије). Лекови који имају изражене антихолинергичке ефекте смањују такође потенцију, а изазивају и сувоћу вагиналне слузокоде код дене. Антихистаминици такође инхибирају сексуалну активност. Alfa и beta адренергични рецепторски антагонисти, који се користе и као антихипертензиви, снижавају тонус симпатикуса и узрокују импотенцију, смањен волумен ејакулата, па чак и ретроградну ејакулацију код мушкараца, а код оба пола снижавају либидинозну дељу. Насупрот томе, лекови који повећавају ниво допамина (допаминергични агонисти) повећавају либидо код оба пола, као и еректилну способност код мушкараца.

У закључку модемо да кадемо да је сексуалност значајно модулирана штитастом длездом, како њеном хиперфункцијом, тако још и више хипофункцијом. У том смислу, даља истраживања су више него неопходна, нарочито на нашој етничкој популацији, јер смо ми Срби, балканци и медитеранци -словенско-турског гемишта, по питању сексуалности, ипак нешто друго у односу на тзв. западни развијени цивилизовани свет...

ЛИТЕРАТУРА

1. Fadem, B.: Behavioral Science, Williams Willkins, Baltimore, 2000.
2. Hales, R. and Yudofsky, S.: Clinical Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington, London, 1999.
3. Kaplan, H. and Sadock, B.: Textbook of Psychiatry, Williams Willkins, Baltimore, 2000.
4. Stoudemire, A.: Clinical Psychiatry for Medical Students, Lippincott Raven, Philadelphia, New York, 1998.
5. Манојловић, Д. и сар.: Интерна медицина, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1998.
6. Марић, Ј.: Клиничка психијатрија, Силмир, Београд, 2000.
7. Марић, Ј.: Медицинска етика, Силмир, Београд, 2000.