



# ΑΝΔΡΙΚΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ

- ΣΤΥΓΙΚΗ ΔΥΣΕΛΕΠΟΥΡΓΙΑ

- ΠΡΟΩΡΗ ΕΚΕΤΕΡΜΑΤΙΣΗ



Σωτήρης Κ. Ανδρεαδάκης

Αβραάμ Δρακόπουλος

Συνεργάστηκαν:

Χριστίνα Δρακοπούλου, Τέσσα Χριστοδούλου

# ΑΝΔΡΙΚΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι σεξουαλικές διαταραχές στον άνδρα μπορεί να αφορούν διαταραχές:

1. Επιθυμία
2. Στύσης
3. Εκπερμάτισης-οργασμού

## 1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ

Η ελαττωμένη ερωτική επιθυμία (μειωμένη Libido) στον άνδρα μπορεί να είναι οργανική ή ψυχογενής. Η ψυχογενής έλλειψη ή μείωση της ερωτικής επιθυμίας μπορεί να σχετίζεται με καταστάσεις άγχους που μπορεί να οφείλονται τόσο σε κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους, όσο και σε οικογενειακές καταστάσεις ή διαταραχές στη σχέση του άνδρα με τη σεξουαλική σύντροφό του, μπορεί όμως να είναι και σύμπτωμα μιας κατάθλιψης ή κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να γίνεται και ψυχιατρική εκτίμηση του πάσχοντος, εάν υποψιαζόμαστε κάποια τέτοια πάθηση.

Η οργανική αιτιολογία της μειωμένης Libido στον άνδρα σχετίζεται κατά βάση με μείωση της «ανδρικής» ορμόνης, της **Τεστοστερόνης**. Η κατάσταση κατά την οποία έχουμε χαμηλή Τεστοστερόνη στον οργανισμό ονομάζεται υπογοναδισμός, και μπορεί να είναι τόσο πρωτοπαθής (λόγω μειωμένης παραγωγής τεστοστερόνης από τους όρχεις), όσο και δευτεροπαθής, λόγω κακής ρύθμισης της παραγωγής Τεστοστερόνης από τον εγκέφαλο (υποθάλαμο και υπόφυση). Τελευταία έχουμε ανακαλύψει ότι ένας στους τρεις άνδρες μετά τα 50 έτη ζωής παρουσιάζει μία κατάσταση ένδειας (χαμηλών επιπέδων στο αίμα) τεστοστερόνης, που ονομάζεται υπογοναδισμός όψιμης εμφάνισης. Όπως και να έχει, η ένδεια τεστοστερόνης είναι μία κατάσταση που θα πρέπει να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται, γιατί δεν έχει αντίκτυπο μόνο στη σεξουαλική λειτουργία, αλλά και σε πολλά άλλα συστήματα και μπορεί να προκαλέσει στον άνδρα οστεοπόρωση, απώλεια μυϊκής μάζας, αδυναμία, παθολογική συσσώρευση λίπους, κακή διάθεση και ψυχικές νόσους. Η αντιμετώπιση

της ύπαρξης χαμηλών επιπέδων τεστοστερόνης γίνεται με χορήγηση σκευασμάτων τεστοστερόνης σε μορφή gel που εφαρμόζονται με επάλειψη στο δέρμα ή ενδομυϊκής ένεσης . Εάν διαγνωσθεί δευτεροπαθής υπογοναδισμός, πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα με την πάθηση που τον προκαλεί ( απνοϊκό σύνδρομο, παχυσαρκία κλπ).

Όπως καταλαβαίνει κανείς, η έλλειψη ερωτικής επιθυμίας στον άνδρα μπορεί να υποκρύπτει και πολύ σοβαρότερες καταστάσεις και γι' αυτό θα πρέπει ο πάσχων να απευθύνεται όταν το διαπιστώσει άμεσα στον Ανδρολόγο για να γίνει η σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση.

## 2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΥΣΗΣ

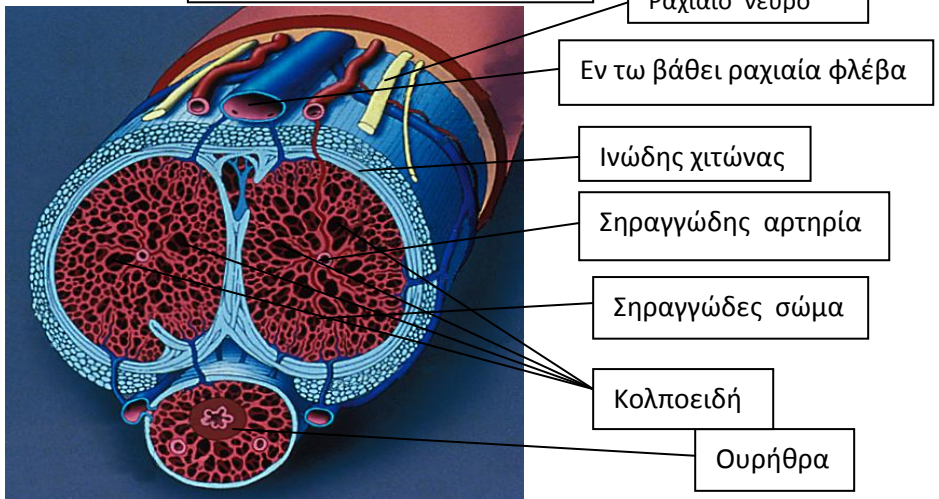
Ως **στυτική δυσλειτουργία** ορίζεται η διαρκής ή υποτροπιάζουσα αδυναμία ενός άνδρα να επιτύχει ή/και να διατηρήσει μία στύση επαρκή για την ολοκλήρωση μιας σεξουαλικής επαφής.

Για να κατανοήσει κανείς τη στυτική δυσλειτουργία, θα πρέπει αρχικά να γνωρίζει κάποια βασικά στοιχεία για τη φυσιολογική λειτουργία της στύσης.

### A. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

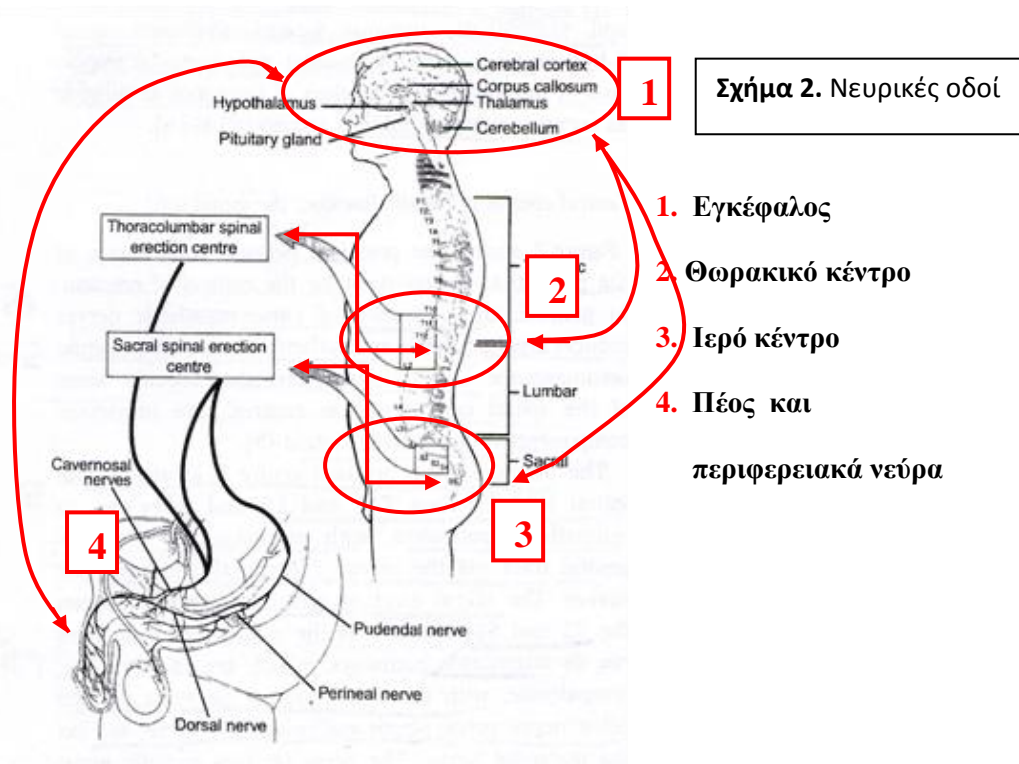
#### 1. ΤΟ ΠΕΟΣ

Σχήμα 1. Ανατομία του πέους



Όπως βλέπουμε στη διατομή του πέους, αυτό αποτελείται από τα δύο σηραγγώδη σώματα και το σπογγιώδες σώμα της ουρήθρας. Η στύση πραγματοποιείται όταν οι σηραγγώδεις αρτηρίες αυξήσουν την παροχή τους και τα κολποειδή που τις περιβάλλουν χαλαρώσουν, γεμίσουν με αίμα και διογκωθούν. Τα σηραγγώδη σώματα περιβάλλονται από τον ινώδη χιτώνα, ο οποίος δίνει το σχήμα στο διογκωμένο και γεμάτο με αίμα πέος, αλλά περιορίζει και την επέκταση των κολποειδών, αυξάνοντας έτσι την πίεση του αίματος μέσα σε αυτά από τις αρτηρίες που ακόμη προσπαθούν να εισάγουν κι άλλο αίμα, και έτσι επιτυγχάνεται η σκληρότητα της στύσης. Ταυτόχρονα, τα κολποειδή με τη διόγκωσή τους με την πλήρωση από αίμα πιέζουν τις φλέβες (που απάγουν φυσιολογικά το αίμα) πάνω στον ανένδοτο ινώδη χιτώνα, η αιματική επιστροφή περιορίζεται κατά πολύ και έτσι ενισχύεται ακόμα περισσότερο η διόγκωση και η σκληρότητα της στύσης.

## 2. ΟΙ ΝΕΥΡΙΚΕΣ ΟΔΟΙ



Εκτός από τα αγγειακά στοιχεία που δίνουν το τελικό αποτέλεσμα, για να πραγματοποιηθεί μια στύση απαιτείται η φυσιολογική λειτουργία και αρμονική συνεργασία ενός πολύπλοκου συστήματος κεντρικών και περιφερειακών νευρικών οδών που σχηματικά απεικονίζεται εδώ ( σχ.2):

1. Ο εγκέφαλος ο οποίος λαμβάνει τα ερεθίσματα (οπτικά, ακουστικά, οσφρητικά, απτικά ) αλλά και τις σεξουαλικές σκέψεις και φαντασιώσεις, τα επεξεργάζεται, τα συνδυάζει και τα οργανώνει.

2. Το θωρακικό νευρικό κέντρο του Νωτιαίου μυελού, συνεργαζόμενο με τον εγκέφαλο μεταβιβάζει τις εντολές περιφερικά και ευθύνεται κυρίως για την ψυχογενή στύση, αυτή δηλαδή που συμβαίνει κατά την ερωτική πράξη.

3. Το ιερό νευρικό κέντρο του Νωτιαίου μυελού, συνεργαζόμενο με τον εγκέφαλο μεταβιβάζει τις εντολές περιφερικά και ευθύνεται κυρίως για την αντανακλαστική στύση, τη στύση δηλαδή που δεν υπόκειται στη θέλησή μας, είναι αυτόματη και συμβαίνει συνήθως κατά τη διάρκεια του ύπνου ή κατά την έγερση από αυτόν.

4. Το πέος και γενικά όλες οι ερωτογενείς ζώνες, με τα αισθητικά νεύρα στέλνουν απτικά ερεθίσματα σεξουαλικής διέγερσης στον εγκέφαλο, αλλά δέχονται στη συνέχεια και τις νευρικές εντολές από αυτόν και τα δύο νωτιαία κέντρα μέσω άλλων περιφερειακών νεύρων, ώστε να πραγματοποιηθεί τελικά η στύση κατά την ερωτική πράξη.

Το Συμπαθητικό και το Παρασυμπαθητικό εξάλλου αυτόνομο νευρικό σύστημα που απαρτίζονται από τα παραπάνω στοιχεία, πρέπει να βρίσκονται σε πλήρη συνεργασία και αρμονία για την επίτευξη μιας επιτυχούς στύσης, καθώς το συμπαθητικό που επηρεάζεται και από παράγοντες όπως το άγχος, δεν επιτρέπει τη χάλαση των κολποειδών και την πλήρωση του πέους με αίμα, άρα και την πλήρη στύση.

### **3. ΟΙ ΟΡΜΟΝΕΣ**

Πέρα από τα αγγεία και τα νεύρα, για να επιτευχθεί μία στύση, πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία ορμονική στον οργανισμό του άνδρα.

1. Η **ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗ** είναι η κύρια ανδρική ορμόνη, η οποία πρέπει να υπάρχει σε ένα **ελάχιστο** τουλάχιστον επίπεδο στον οργανισμό, για να λειτουργήσουν τα βιοχημικά - ενζυμικά συστήματα και οι νευροδιαβιβαστές που θα οδηγήσουν από τη λήψη της εντολής από το νευρικό σύστημα για την πραγματοποίηση της στύσης, μέχρι αυτή να υλοποιηθεί. Επομένως όταν υπάρχει έλλειψη τεστοστερόνης δεν μπορεί να υπάρχει ικανή στύση.

2. Η **ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ**, η ορμόνη που προκαλεί την παραγωγή γάλακτος στις γυναίκες, παράγεται σε μικρές ποσότητες και στον άνδρα. Υψηλά επίπεδα της ορμόνης μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία επίτευξης στύσης. Αυξάνεται υπέρμετρα (πάνω από 2-3 φορές από το ανώτατο όριο) σε αδενώματα (καλοήθεις όγκους) της υπόφυσης, κατάσταση που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης. Μπορεί ωστόσο να αυξάνεται και σε καταστάσεις έντονου στρες.

3. Τα **ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ**, οι γυναικείες δηλαδή ορμόνες, υπάρχουν σε μικρές ποσότητες και αυτές και στον άνδρα και μπορεί να αυξηθούν σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις καθώς και στην παχυσαρκία και να προκαλέσουν στυτική δυσλειτουργία.

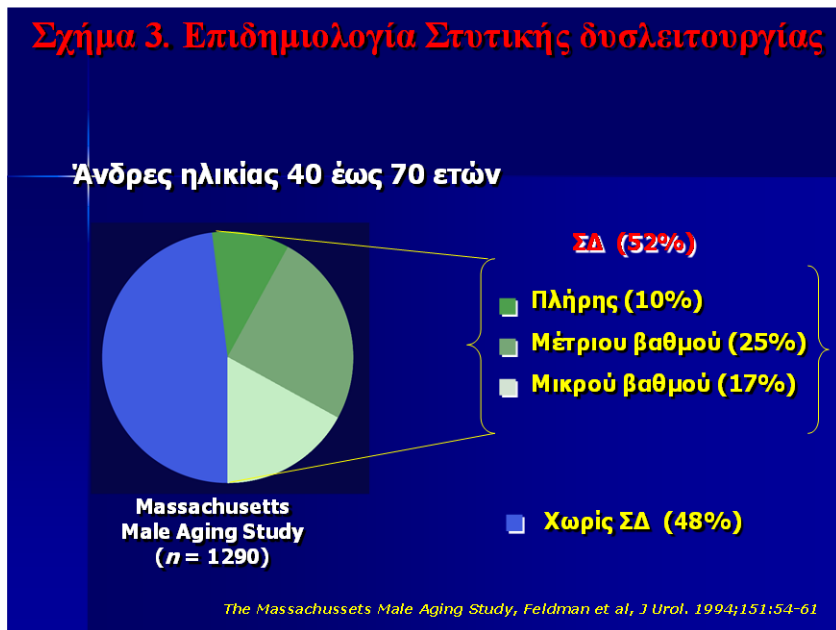
4. Οι **ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΕΣ** τέλος ορμόνες, μπορεί να υπερ- ή υποπαράγονται σε παθήσεις του θυρεοειδούς αδένου και να παρεμβαίνουν στη λειτουργία της στύσης.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ**

Η στύση είναι ένα πολύπλοκο αγγειονευροορμονοψυχολογικό φαινόμενο, το οποίο για να πραγματοποιηθεί επιτυχώς χρειάζεται την αρτιότητα, την καλή κατάσταση και την αρμονική συνεργασία όλων των επιμέρους συστημάτων και παραγόντων που περιγράφηκαν πιο πάνω. Οποιοσδήποτε παράγοντας ή πάθηση οδηγεί σε έκπτωση έστω και ενός από τα παραπάνω στοιχεία, μπορεί να οδηγήσει σε στυτική δυσλειτουργία.

## Β. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΙΝΑΙ Η ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ;

Η πρώτη και μεγαλύτερη σοβαρή επιδημιολογική μελέτη που ανέδειξε και το μέγεθος του προβλήματος ήταν η περίφημη Massachusetts Male Aging Study (MMAS, 1994).



Όπως βλέπουμε στο σχήμα 3, το ποσοστό των ανδρών 40-70 ετών που πάσχουν από κάποιο βαθμού στυτική δυσλειτουργία ανέρχεται στο **52%**! Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, υπάρχει αύξηση σταδιακή του ποσοστού από 39% στα 40 έτη, στο 67% στην ηλικία των 70 ετών. Ένα άλλο τέλος εντυπωσιακό στοιχείο από την ίδια μελέτη είναι ότι προβλέπεται πως το 2025 οι πάσχοντες άνδρες θα είναι 322 εκατομμύρια παγκοσμίως, από 152 εκατομμύρια που ήταν το 1995.

## Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ- ΑΙΤΙΑ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η στυτική δυσλειτουργία έχει κοινούς παράγοντες κινδύνου με την καρδιαγγειακή νόσο (π.χ. έλλειψη άσκησης, παχυσαρκία, κάπνισμα, υπερχοληστερόλαια, μεταβολικό σύνδρομο), κάποιιο από τους οποίους



μπορούν να τροποποιηθούν απλώς και μόνο με παρεμβάσεις και αλλαγές στον τρόπο ζωής και σε επιβλαβείς και ανθυγιεινές συνήθειες.

Πιο αναλυτικά, τα αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας μπορούν να καταταγούν ως εξής:

## **1. Αγγειακά**

Καταστάσεις που οδηγούν σε ανεπάρκεια των αγγείων του πέους να επιτύχουν τη διαδικασία της στύσης όπως περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- **Καρδιαγγειακή (και στεφανιαία) νόσος** : υπάρχει διάχυτη αθηροσκλήρωση και αγγειακή δυσλειτουργία σε όλα τα αγγεία του πάσχοντος, οπότε συμμετέχουν και τα αγγεία του πέους.

- **Υπέρταση** : προκαλεί δυσλειτουργία σε όλα τα αγγεία του οργανισμού

- **Σακχαρώδης Διαβήτης**: προκαλεί διάχυτη μικροαγγειοπάθεια και νευροπάθεια

- **Υπερλιπιδαιμία** : δημιουργία αθηρωμάτωσης και αθηροσκλήρυνσης.

- **Κάπνισμα**: γνωστή επίδραση στην καρδιαγγειακή νόσο.

- **Μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις στην πύελο** (όπως ριζική προστατεκτομή για καρκίνο του προστάτη), ή ακτινοθεραπεία κυρίως στην πύελο ή στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.

## **2. Νευρογενή**

### **α. Κεντρικό νευρικό σύστημα**

Δυσλειτουργία λόγω κακής λειτουργίας και βλάβης νευρώνων στα κέντρα του εγκεφάλου και του Νωτιαίου Μυελού, που συντονίζουν και δίνουν τις εντολές για τη λειτουργία της στύσης

- **Πολλαπλή Σκλήρυνση (σκλήρυνση κατά πλάκας ), Πολλαπλή Ατροφία**



- **Νόσος του Πάρκινσον**
- **Όγκοι του εγκεφάλου ή του Νωτιαίου μυελού**
- **Αγγειακά Εγκεφαλικά επεισόδια**
- **Δισκοπάθειες**
- **Κακώσεις και παθήσεις του Νωτιαίου μυελού**

### **β. Περιφερικό Νευρικό σύστημα**

Αδυναμία των περιφερικών νεύρων να μεταφέρουν τα αισθητικά ερεθίσματα στα κέντρα του εγκεφάλου και του Νωτιαίου Μυελού, αλλά και τις εντολές από τα κέντρα αυτά προς τα γεννητικά όργανα.

- **Σακχαρώδης Διαβήτης** (λόγω της νευροπάθειας που προκαλεί)
- **Αλκοολισμός, Ουραιμία** ( από νεφρική ανεπάρκεια)
- **Πολυνευροπάθεια** – πολλαπλές, διάχυτες βλάβες περιφερικών νεύρων
- **Χειρουργικές επεμβάσεις**, κυρίως στην πύελο ( όπως και πάλι ριζική προστατεκτομή, κοιλιοπερινεϊκή εκτομή για καρκίνο εντέρου κλπ)

### **3. Ανατομικά ή δομικά αίτια**

Πρόκειται για καταστάσεις που προκαλούν δυσμορφίες ή ανατομικές παραλλαγές κυρίως στο πέος και την ουρήθρα, οι οποίες οδηγούν σε λειτουργική αδυναμία επίτευξης της στύσης ή της επιτυχούς διεύδυσης ή της εκσπερμάτισης.

- **Νόσος του Peyronie και συγγενής κάμψη του πέους** ( στραβό πέος )

Πρόκειται για δύο διαφορετικές καταστάσεις, οι οποίες όμως έχουν σαν κοινό αποτέλεσμα την κάμψη του πέους σε άλλοτε άλλο βαθμό, που μπορεί να φτάσει έως και την αδυναμία διεύδυσης στον κόλπο. Η συγγενής κάμψη αποτελεί μια εκ γενετής ανατομική διαταραχή, η οποία γίνεται αντιληπτή κατά την προεφηβική ή εφηβική ηλικία, οπότε ο νέος άνδρας παρατηρεί το πέος του κατά τη στύση να μην είναι ευθύ, αλλά να

παρουσιάζει μία γωνίωση η οποία μπορεί να είναι από λίγες μοίρες έως και να σχηματίζει ορθή γωνία, ενώ η νόσος του Peyronie αναπτύσσεται σε ένα φυσιολογικό πέος, στο οποίο αναπτύσσεται αντίστοιχη κάμψη κατά την ενήλικη ζωή. Η συγγενής κάμψη φαίνεται να οφείλεται στην ασύμμετρη ανάπτυξη των σηραγγωδών σωμάτων του πέους σε σχέση με το σπογγιώδες σώμα της ουρήθρας και η κύρτωση του πέους είναι συνήθως προς τα κάτω και ανάλογα και με το βαθμό της μπορεί να προκαλεί ψυχολογικά προβλήματα και ψυχογενή στυτική δυσλειτουργία στον έφηβο. Η πάθηση αντιμετωπίζεται χειρουργικά με άριστα αποτελέσματα. Η νόσος του Peyronie, ή Σκλήρυνση των Σηραγγωδών Σωμάτων του Πέους ή Induratio Penis Plastica (IPP), οφείλεται σε εστιακή ή εκτεταμένη ίνωση του ινώδους χιτώνα του πέους (βλέπε ανατομία), η οποία προκαλεί διαφόρου βαθμού κάμψη του πέους και απόκλιση από το διαμήκη άξονά του, είτε προς τα πλάγια, είτε προς τα πάνω ή κάτω ( σχήμα 4).



Σχήμα 4. N.Peyronie – κάμψη σχεδόν 90°

Η νόσος έχει την τάση να αναπτύσσεται σε διάρκεια έως και ενός έτους έως ότου να σταθεροποιηθεί (φλεγμονώδης φάση της νόσου) . Σε αυτή τη φάση μπορεί να υπάρχει και πόνος κατά τη στύση. Στο σημείο της ίνωσης μπορεί να αναπτυχθεί μια σκληρή «πλάκα», που συνήθως μπορεί να γίνει αντιληπτή ψηλαφητικά και από τον πάσχοντα. Η διείσδυση στον κόλπο καθίσταται δύσκολη έως αδύνατη, αρχικά λόγω του πόνου (αν υπάρχει) και στη συνέχεια λόγω της κάμψης του πέους, ενώ συχνά συνυπάρχει στυτική δυσλειτουργία είτε ψυχογενής, είτε οργανική λόγω διαταραχής της αιμάτωσης κυρίως μετά τη βλάβη.

Η αιτιολογία της πάθησης δεν είναι εξακριβωμένη επακριβώς, ωστόσο ενοχοποιούνται μικροτραυματισμοί του πέους κατά τις επαφές, κάποια κληρονομική προδιάθεση, καθώς και η αυτοάνοση αιτιολογία (ρευματική, νόσος του συνδετικού ιστού), καθώς η νόσος συνυπάρχει συχνά με ρίκνωση της παλαμιαίας απονεύρωσης (νόσο Dupuytren). Η αντιμετώπιση

της πάθησης είναι κατά βάση χειρουργική, καθώς έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς αρκετές μέθοδοι συντηρητικής θεραπείας χωρίς ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα. Η μόνη ρεαλιστική συντηρητική αγωγή φαίνεται να είναι η από του στόματος χορήγηση αντιοξειδωτικής (κυρίως βιταμίνης E) αγωγής, καθώς και κάποιες ουσίες που δείχνουν (εμπειρικά) να έχουν κάποια αποτελέσματα κατά τη φλεγμονώδη φάση της νόσου, όπως η ταμοξιφαίνη και το Rotaba, καθώς και η διαδερμική ιοντοφόρηση Βεραπαμίλης και Δεξαμεθαζόνης, ως προς τον περιορισμό της βλάβης και της γωνίωσης του πέους. Η τελική χειρουργική αντιμετώπιση (πάντα μετά τους 12 μήνες) συνιστάται σε επεμβάσεις πτύχωσης του ινώδους χιτώνα αντιδιαμετρικά της ρίκνωσης, όταν αυτή είναι περιορισμένη, και φτάνει έως και σε επεμβάσεις πλήρους αποδόμησης του πέους, διατομής της ινώδους πλάκας και αποκατάστασης του ελλείμματος με χρήση διαφόρων αυτόλογων (από σαφήνη φλέβα, βλεννογόνο στόματος) ή ετερόλογων μοσχευμάτων (σε περιπτώσεις όπως αυτή στο σχ.4).

- **Κάταγμα πέους** : πρόκειται για επείγουσα κατάσταση, που συμβαίνει όταν γίνει ρήξη του ινώδους χιτώνα του πέους κατά την επαφή, οπότε συμβαίνει μεγάλη εξαγγείωση του αίματος που βρίσκεται υπό πίεση μέσα στα σπυραγγώδη σώματα, με επακόλουθη αιφνίδια απώλεια της στύσης και δημιουργία μεγάλου αιματώματος στο πέος. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση χειρουργική εξερεύνηση, καθαρισμός του αιματώματος, ανεύρεση και συρραφή της ρήξης. Τα αποτελέσματα είναι άριστα, αν όμως καθυστερήσει η αντιμετώπιση μπορεί να εγκατασταθεί μόνιμη στυτική δυσλειτουργία λόγω εκτεταμένης ίνωσης.

- **Μικροφαλλία, υποσπαδίας, επισπαδίας** : συγγενείς ανατομικές ανωμαλίες του πέους και της ουρήθρας, που πρέπει να αναγνωρίζονται από μικρή ηλικία και να αντιμετωπίζονται ανάλογα. Να διευκρινίσουμε ότι αληθής μικροφαλλία ορίζεται ως το μήκος του πέους σε παιδική ηλικία κάτω από 2,5 εκατοστά σε χάλαση, ή σε μεγαλύτερη ηλικία κάτω από 10 εκατοστά σε στύση.

#### 4. Ορμονικά αίτια

Όπως προαναφέρθηκε, χαμηλά επίπεδα **τεστοστερόνης** (< 3,45ng/ml) είτε από πρωτοπαθή ορμική βλάβη είτε σε καταστάσεις δευτεροπαθούς ή όψιμης εμφάνισης υπογοναδισμού (βλέπε και κεφάλαιο 1, διαταραχές επιθυμίας), οδηγούν σε στυτική δυσλειτουργία και πρέπει να ελέγχονται και να αντιμετωπίζονται. Επίσης υψηλά επίπεδα **προλακτίνης** ή **οιστρογόνων** μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση διαταραχών της στύσης και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα. Πάντα πρέπει τέλος να ελέγχεται και η λειτουργία του **θυρεοειδούς** αδένα.

#### 5. Παθήσεις του προστάτη

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη όταν παρουσιάζει μέτρια-σοβαρά συμπτώματα, η χρόνια προστατίτιδα και οι θεραπείες για τον καρκίνο του προστάτη, συνδέονται σε άλλοτε άλλο βαθμό με διαταραχές της στύσης.

#### 6. Φάρμακα

Υπάρχουν κάποιες κατηγορίες φαρμάκων που μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας. Τα κυριότερα είναι τα εξής:

- Αντιυπερτασικά (κυρίως διουρητικά και β-αναστολείς)
- Αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά
- Αντιανδρογόνα (σε προχωρημένο καρκίνο του προστάτη)
- Αντιϊσταμινικά
- Ψυχοτρόπες και ναρκωτικές ουσίες (ηρωίνη, κοκαΐνη, μεθαδόνη)

#### 7. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ στυτική δυσλειτουργία

- **Γενικευμένου τύπου:** αδυναμία ερεθισμού ή διαταραχές σεξουαλικής διάθεσης

- **Περιστασιακού τύπου:** θέματα σχετιζόμενα με συγκεκριμένο ερωτικό σύντροφο, θέματα σχετιζόμενα με τις σεξουαλικές επιδόσεις, ή δυσλειτουργία σχετιζόμενη με περίοδο έντονου στρες και άγχους.

## **8. Μεταβολικό Σύνδρομο**

Πολλά από τα μεταβολικά αίτια που αναφέραμε, αναγνωρίζονται τα τελευταία χρόνια όχι σαν μεμονωμένες διαταραχές, αλλά σαν παράμετροι ενός ενιαίου συνδρόμου, που καλείται «**ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**». Ως Μεταβολικό Σύνδρομο (Μ.Σ) λοιπόν, ορίζεται η κατάσταση η οποία περιλαμβάνει τουλάχιστον τρεις από τους πιο κάτω παράγοντες (i) HDL < 40mg/dL, (ii) Τριγλυκερίδια >150mg/dL, (iii) αυξημένη περίμετρος μέσης >102cm ή περίμετρος τραχήλου>44εκ., (iv) Αρτηριακή Πίεση > 130/85 mmHg, (v) Σακχαρώδης Διαβήτης ( Σα.Δ) με Σάκχαρο νήστεως > 100 mg/dl ή διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη. Στα πλαίσια του ΜΣ επομένως περιλαμβάνονται η παχυσαρκία, η Υπερλιπιδαιμία, η Αρτηριακή Υπέρταση και ο Σακχαρώδης Διαβήτης, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε πολλές νοσηρές καταστάσεις, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, ο υπογοναδισμός, η οστεοπόρωση στον άνδρα (κυρίως λόγω της χαμηλής τεστοστερόνης) αλλά και οι άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου. Τα συμπτώματα που συνοδεύουν το ΜΣ μπορεί να είναι **Σεξουαλικά** (στυτική δυσλειτουργία, διαταραχές του οργασμού και της επιθυμίας), **Σωματικά** (εξάψεις, κρύα άκρα, κράμπες, εύκολη κόπωση, δυσπενία, κεφαλαλγίες, εφιδρώσεις, συχνουρία, δυσκοιλιότητα) και **Ψυχικά** ( κατάθλιψη, αϋπνία, νευρικότητα, ευερεθιστότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά).

## **Δ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ**

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η στυτική δυσλειτουργία είναι ένα πολύπλοκο θέμα, το οποίο μπορεί να υποκρύπτει σημαντικά και σοβαρά υποκείμενα προβλήματα υγείας και νοσηρές καταστάσεις, οι οποίες δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να ξεφύγουν, κατ' αρχήν γιατί μπορεί να είναι απειλητικές ακόμα και για τη ζωή, αλλά και για να γίνει η κατάλληλη αντιμετώπιση. Γι' αυτό ο πάσχων πρέπει να **απευθύνεται πάντα στον ειδικό** ιατρό, που είναι ο **Χειρουργός Ουρολόγος- Ανδρολόγος**, ο οποίος θα ακολουθήσει τις κατάλληλες διαδικασίες για να τεκμηριώσει τη διάγνωση,

τη βαρύτητα και την αιτιολογία της πάθησης, για να κάνει και τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς.

## **1. Ιστορικό**

Ο ακρογωνιαίος λίθος της διάγνωσης είναι ένα πολύ καλό ιστορικό, όπου θα πρέπει να αναζητηθούν πληροφορίες για τη διάρκεια του προβλήματος, το βαθμό, τη σκληρότητα και διάρκεια της στύσης, την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση του πάσχοντος, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, τη συχνότητα των επαφών, τις σεξουαλικές προτιμήσεις και συνήθειες, τη φυσική κατάσταση, τη διατροφή, την άσκηση, τη χρήση καπνού, ουσιών, αλκοόλ, αλλά και να ληφθεί ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, όπου θα αναζητηθούν στοιχεία για καρδιαγγειακή νόσο, σάκχαρο, υπέρταση, συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού, υπερπλασία προστάτου, προστατίτιδες, ψυχολογικά προβλήματα και νοσήματα καθώς και η λήψη φαρμάκων που μπορεί να επηρεάζουν τη στύση. Για την αρχική εκτίμηση της έκτασης του προβλήματος μπορεί να γίνει και χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων ( IIEF 5, IIEF 15 ).

## **2. Φυσική εξέταση**

Γίνεται πλήρης φυσική εξέταση, με έμφαση στα γεννητικά όργανα, όπου αναζητούνται ανωμαλίες του πέους ( συγγενείς ανωμαλίες, νόσος του Peyronie ), της ουρήθρας και των όρχεων, ελέγχονται τα πρωτογενή και δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου, έλεγχος για σημεία υπογοναδισμού, έλεγχος του προστάτη με δακτυλική εξέταση, αδρός νευρολογικός έλεγχος και έλεγχος για συμπτώματα και σημεία καρδιαγγειακής νόσου, έλεγχος σωματότυπου (παχυσαρκία). Μέτρηση Αρτηριακής πίεσης και σφύξεων.

## **3. Εργαστηριακός έλεγχος**

Σάκχαρο νήστεως, λιπιδαιμικό προφίλ και ολική τεστοστερόνη πρέπει να ελέγχονται σε όλους τους ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία. Επιπρόσθετα και ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να ελεγχθούν το Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο (PSA), οι θυρεοειδικές ορμόνες καθώς και

πιο εξειδικευμένες ορμονικές εξετάσεις, όπως η προλακτίνη, τα οιστρογόνα, η FSH και η LH.

#### 4. Καρδιαγγειακός έλεγχος

Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζονται οι ασθενείς με υψηλή πιθανότητα καρδιαγγειακής νόσου και να κατατάσσονται σε κατηγορία χαμηλού, μέσου ή υψηλού κινδύνου και να παραπέμπονται αναλόγως για εκτίμηση από καρδιολόγο, για την ανάδειξη ενδεχόμενης ύπαρξης υποκείμενης στεφανιαίας νόσου και την ανάλογη αντιμετώπιση.

#### 5. Εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις

Όταν με τα ως τώρα αναφερθέντα δεν έχει αποκαλυφθεί κάποιο αίτιο στυτικής δυσλειτουργίας, ή όταν υπάρχουν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, μπορεί κατά την κρίση του Ουρολόγου-Ανδρολόγου να χρειαστεί να υποβληθεί ο πάσχων σε κάποιες πιο εξειδικευμένες εξετάσεις:

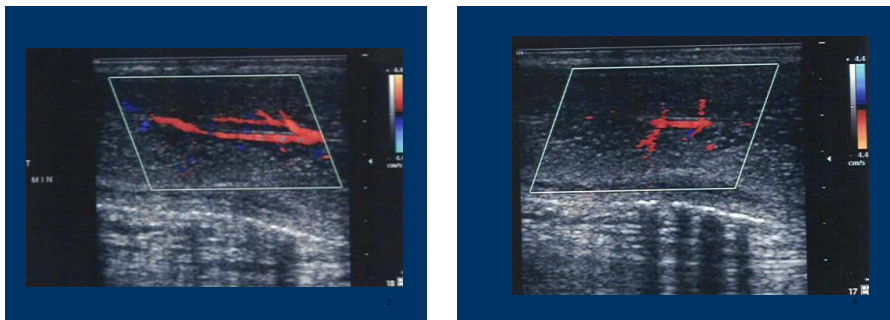
- **Μέτρηση διόγκωσης και σκληρότητας νυκτερινών στύσεων (Rigi-scan)** Γίνεται με ειδικό όργανο (Σχήμα 5) που καταγράφει τη διόγκωση του πέους και τη σκληρότητα, κατά τις στύσεις που πραγματοποιούνται αντανακλαστικά κατά τη διάρκεια του βαθέος ύπνου. Πραγματοποιείται τουλάχιστον για 2 συνεχόμενες νύκτες και εκτιμά την αρτιότητα του στυτικού μηχανισμού και δύναται να διαχωρίσει την ύπαρξη οργανικής ή ψυχογενούς αιτιολογίας δυσλειτουργίας της στύσης. Τα καταγραφόμενα κατά τον ύπνο στυτικά επεισόδια πρέπει να χαρακτηρίζονται φυσιολογικά από σκληρότητα πάνω από 60% και διάρκεια πάνω από 10 λεπτά.



**Σχήμα 5.** Συσκευή και εφαρμογή RigiScan



- **Υπερηχογράφημα Triplex των αγγείων του πένους, μετά από ενδοσηραγγώδη ένεση αγγειοδιασταλτικής ουσίας.** Απεικονίζονται οι σηραγγώδεις αρτηρίες με έγχρωμο Doppler (Σχήμα 6) και μετράται η ανώτατη συστολική ροή που πρέπει να είναι πάνω από 30 cm/s και ο δείκτης αντίστασης (resistance index, RI), που πρέπει να είναι πάνω από 0,8. Πρόκειται για μια ελάχιστα επεμβατική, υψηλής τεχνολογίας εξέταση, που μπορεί με μεγάλη ακρίβεια να διαγνώσει τη στυτική δυσλειτουργία αγγειακής αιτιολογίας.



**Σχήμα 6:** απεικόνιση σηραγγωδών αρτηριών με έγχρωμο Doppler

- **Αρτηριογραφία και δυναμική υψηλής πίεσης σηραγγογραφία.** Επεμβατικές μέθοδοι, που γίνονται μόνο αν υπάρχει ενδεχόμενο χειρουργικής επαναγγείωσης σε πολύ ειδικές περιπτώσεις.

- **Ψυχιατρική εκτίμηση.** Πρέπει να παραπέμπονται σε ψυχίατρο, ασθενείς που εκτιμάται ότι έχουν ανθεκτική ψυχογενή στυτική δυσλειτουργία με υψηλή υποψία οργανικού ψυχιατρικού νοσήματος.

## **E. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

### **1. Συμβουλευτική – τροποποίηση τρόπου ζωής**

Όπως εύκολα διαπιστώνει κανείς, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που προδιαθέτουν σε στυτική δυσλειτουργία και είναι αναστρέψιμοι. Αυτοί λοιπόν θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να τροποποιούνται, με πολύ καλά συνήθως αποτελέσματα. Έτσι, θα πρέπει αρχικά, πριν περάσει κανείς σε φαρμακευτική ή άλλη θεραπεία, να αντιμετωπίζεται η παχυσαρκία, η υπερλιπιδαιμία με αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες, να διακόπτεται η

χρήση καπνού, η κατάχρηση αλκοόλ, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, να εισάγεται τακτική σωματική άσκηση στην καθημερινότητα, να γίνεται προσπάθεια επίλυσης προβλημάτων στη σχέση με τη σύντροφο, και βεβαίως να αντιμετωπίζονται αναλόγως όταν αναδειχθούν νόσοι που ευθύνονται για την εμφάνιση της στυτικής δυσλειτουργίας (σάκχαρο, υπέρταση, υπογοναδισμός, Νόσος Peyronie κλπ ) καθώς με την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων επέρχεται συνήθως μεγάλη βελτίωση στη στυτική λειτουργία. Επίσης πρέπει να γίνεται εκτενής συζήτηση με τον πάσχοντα παρουσία και της συντρόφου αν είναι εφικτό για τη φύση του προβλήματος, την αντιμετώπισή του, τις προσδοκίες του πάσχοντος από τη θεραπεία και τα ιατρικώς προβλεπόμενα αποτελέσματα. Αν τα μέτρα αυτά δεν επαρκούν για τη λύση του προβλήματος, σειρά έχει η φαρμακευτική και οι άλλες θεραπείες, που κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: πρώτης, δεύτερης και τρίτης γραμμής.

## **2. Θεραπεία πρώτης γραμμής**

### **- Από του στόματος λαμβανόμενα φάρμακα**

Η ανακάλυψη των Αναστολέων της Φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 ( PDE 5), έφερε επανάσταση στη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας, καθώς έως τότε δεν υπήρχε αποτελεσματική από του στόματος λαμβανόμενη αγωγή. Επίσης ενθάρρυνε και τους πάσχοντες στο να βγουν και να συζητήσουν το πρόβλημά τους, αφού πλέον υπήρχε ρεαλιστική αντιμετώπιση. Το ένζυμο PDE 5 υδρολύει τη Μονοφωσφορική Κυκλική Γουανοσίνη στο σηραγγώδη ιστό του πέους. Η αναστολή της PDE 5 οδηγεί σε αύξηση της αρτηριακής ροής στο πέος, χάλαση των λείων μυών, αγγειοδιαστολή και στύση. Έτσι τα φάρμακα αυτά επιφέρουν βελτίωση της σκληρότητας, της διάρκειας της στύσης αλλά και της ετοιμότητας του πέους για στύση. Δεν προκαλούν στύση απλά με τη λήψη τους, η στύση θα πραγματοποιηθεί μόνο εάν υπάρξει ερέθισμα και διέγερση. Υπάρχουν 3 αναστολείς PDE 5: η Σιλδεναφίλη (VIAGRA ) η Ταδαλαφίλη (CIALIS) και η Βαρδεναφίλη (LEVITRA, VIVANZA). Η Σιλδεναφίλη και η Βαρδεναφίλη είναι βραχείας δράσης φάρμακα, η έναρξη δράσης τους είναι σε 30-60 λεπτά από τη λήψη, ενώ θα πρέπει να λαμβάνονται χωρίς φαγητό (παρά μόνο ένα ελαφρύ γεύμα με χαμηλά λιπαρά ) και αλκοόλ γιατί επηρεάζεται η

αποτελεσματικότητά τους. Η διάρκεια της δράσης τους μπορεί να φτάσει και τις 12 ώρες. Η Ταδαλαφίλη χαρακτηρίζεται από παρατεταμένο χρόνο δράσης που φτάνει έως και τις 36 ώρες, ενώ η έναρξη δράσης της ξεκινά από τα 30 λεπτά αλλά κορυφώνεται στις 2 ώρες. Δεν έχει σχέση με φαγητό και αλκοόλ. Και τα τρία φάρμακα έχουν υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας, έως και 84%. Η επιλογή του σωστού φαρμάκου και της δοσολογίας γίνεται από το γιατρό σε σχέση με τις ιδιαιτερότητες και τις σεξουαλικές συνήθειες του κάθε ασθενούς. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ήπιες και τα φάρμακα είναι γενικά καλά ανεκτά. Οι πιο συνηθισμένες είναι ο πονοκέφαλος και για τα 3 φάρμακα, οι εξάψεις για τη Βαρδεναφίλη και τη Σιλδεναφίλη, η δυσπεψία, μυαλγίες και πόνος στην πλάτη κυρίως για τη Ταδαλαφίλη, ενώ πιο σπάνια ρινική συμφόρηση, ζάλη και οπτικές διαταραχές. Τα φάρμακα δεν θα πρέπει να χορηγούνται σε άτομα με ασταθή καρδιαγγειακή νόσο, πρόσφατο έμφραγμα, σοβαρές αρρυθμίες ή σημαντικού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ η συγχορήγησή τους με Νιτρώδη (φάρμακα που χορηγούνται στη Στεφανιαία Νόσο). Προσοχή επίσης θα πρέπει να δίνεται όταν συγχορηγούνται με Α-αναστολείς (για την Καλοήγη Υπερπλασία του Προστάτη) καθώς και με αντιυπερτασικά.

### - Τοπική φαρμακοθεραπεία

Έχουν χρησιμοποιηθεί τοπικά στο πέος αγγειοδιασταλτικοί παράγοντες, (νιτρογλυκερίνη, παπαβερίνη, μινοξιδίλη, ) αλλά το πρόβλημα είναι ότι δεν μπορούν να διαπεράσουν τον ινώδη χιτώνα για να εισέλθουν στα σηραγγώδη σώματα. Έτσι έχουν χρησιμοποιηθεί σε μίξη με ουσίες που αυξάνουν την απορρόφηση. Τα αποτελέσματα παρ' όλα αυτά ήταν πτωχά και κανένας τοπικός παράγοντας δεν έχει εγκριθεί, οπότε και δεν παίζουν κανένα ρόλο πλέον στη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας.

### - Συσκευές κενού

Πρόκειται για συσκευές που προκαλούν παθητική πλήρωση των σηραγγωδών με αίμα και διόγκωση του πέους, μέσω αναρρόφησης και δημιουργίας κενού.



Σχήμα 7: συσκευή κενού

Συνδύαζονται και με έναν ελαστικό δακτύλιο που τοποθετείται στη βάση του πέους για να εμποδίσει την απορροή του αίματος. Έτσι προκύπτει μια στύση που δεν είναι βέβαια φυσιολογική, αλλά τις περισσότερες φορές είναι επαρκής για κολπική διείσδυση. Είναι αρκετά αμφιλεγόμενη μέθοδος, από την άποψη ότι τα ποσοστά ικανοποίησης από διάφορες μελέτες ποικίλουν από 27% έως 94%, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (50 – 64%) εγκαταλείπουν τη χρήση της συσκευής.



Ελαστικός δακτύλιος

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πόνος, αδυναμία εκσπερμάτισης, πετέχειες και υπαισθησία, ενώ η νέκρωση του δέρματος που έχει αναφερθεί αποφεύγεται αν δεν μείνει ο δακτύλιος περισσότερο από 30 λεπτά. Είναι μέθοδος που συνιστάται σε μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς, που δεν έχουν συχνά επαφές και χρειάζονται μια μη επεμβατική και χωρίς φάρμακα θεραπεία. Δεν συνιστάται σε νεώτερους ασθενείς, ενώ αντενδείκνυται σε ασθενείς με διαταραχές της πήξης του αίματος.

### 3. Θεραπεία δεύτερης γραμμής

#### - Ενδοσηραγωγώδεις ενέσεις αγγειοδραστικών ουσιών

Ήταν η πρώτη αποτελεσματική θεραπεία για τη δυσλειτουργία της στύσης και χρησιμοποιούνται επιτυχώς για περισσότερα από 20 χρόνια. Η ανακάλυψη των από του στόματος λαμβανομένων φαρμάκων περιόρισαν την χρήση τους, αφού πρόκειται για μια ελάχιστα μεν, αλλά επεμβατική πράξη, η οποία μάλιστα πρέπει να πραγματοποιηθεί από τον ίδιο τον πάσχοντα και πολλοί δεν μπορούν να την πραγματοποιήσουν. Κατατάσσονται σαν θεραπεία δεύτερης γραμμής και εφαρμόζονται σε ασθενείς που η από του στόματος θεραπεία δεν ήταν αποτελεσματική. Το φάρμακο που έχει πάρει έγκριση για αυτή τη χρήση είναι η **Αλπροσταδΐλη** σε δόσεις 5-40 μg. Η ένεση πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένο τρόπο στην πλάγια επιφάνεια του πέους για να μην τραυματιστεί η ουρήθρα ή το

αγγειονευρώδες δεμάτιο. Αυτό απαιτεί την εκπαίδευση του ασθενούς από τον ειδικό γιατρό σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στο ιατρείο που απαιτεί μία με δύο επισκέψεις. Η αποτελεσματικότητα της ενδοσηραγγώδους ένεσης Αλπροσταδίνης είναι πολύ υψηλή και φτάνει πάνω από 70%, με ποσοστό αναφερόμενης ικανοποίησης 87-93,5% στους πάσχοντες και 86-90,3% στις συντρόφους τους. Οι επιπλοκές από τις ενέσεις περιλαμβάνουν πόνο στο πέος (έως και 50%), παρατεταμένη στύση (5%), πριαπισμό (1%), πολύ παρατεταμένη δηλαδή (πάνω από 4 ώρες) και επώδυνη στύση η οποία απαιτεί ιατρική παρέμβαση για να υποχωρήσει και μπορεί να προκαλέσει μόνιμη στυτική δυσλειτουργία και τέλος ίνωση (2%) που απαιτεί προσωρινή διακοπή της θεραπείας. Αντενδείκνυται σε άτομα με υπερευαισθησία στο φάρμακο, άτομα σε υψηλό κίνδυνο για πριαπισμό και άτομα με διαταραχές της πήξης ή αιμορραγική διάθεση. Με ακόμη καλύτερα αποτελέσματα έχουν χρησιμοποιηθεί για ενδοσηραγγώδεις ενέσεις συνδυασμοί αγγειοδραστικών ουσιών, που φτάνουν σε ποσοστά επιτυχούς θεραπείας πάνω από 90%, αλλά δεν έχουν πάρει ποτέ επίσημη έγκριση παρ' όλο που έχουν ευρέως χρησιμοποιηθεί. Ο πιο καθιερωμένος συνδυασμός είναι αυτός με Παπαβερίνη (8-16 mg), Φαιτολαμίνη (0,2 -0,4 mg) και Αλπροσταδίνη (10-20 μg). Παρά τα καλά αποτελέσματα των ενέσεων, τελικά ένα 5-10% των ασθενών δεν θα αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Από αυτούς 30% μπορεί να αναποκριθούν σε ταυτόχρονη χορήγηση Σιλδεναφίλης με τις ενέσεις, ενώ για τους υπόλοιπους η μόνη λύση είναι η θεραπεία τρίτης γραμμής, τοποθέτηση δηλαδή πείκης πρόθεσης.

#### **- Ενδοουρηθρική χρήση Αλπροσταδίνης**

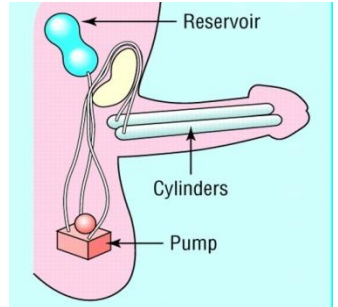
Πρόκειται για σκεύασμα υψηλών δόσεων Αλπροσταδίνης σε MUSE που εγχέεται μέσα στην ουρήθρα. Επιτυχής στύση σε ποσοστό 30-65% (πολύ χαμηλότερο από τις ενέσεις). Επιπλοκές πόνος, ζάλη, αιμορραγία από την ουρήθρα και ουρολοιμώξεις. Συνιστάται σαν εναλλακτική σε άνδρες που επιθυμούν μια λιγότερο επεμβατική μέθοδο από τις ενέσεις.

#### **4. Θεραπεία τρίτης γραμμής**

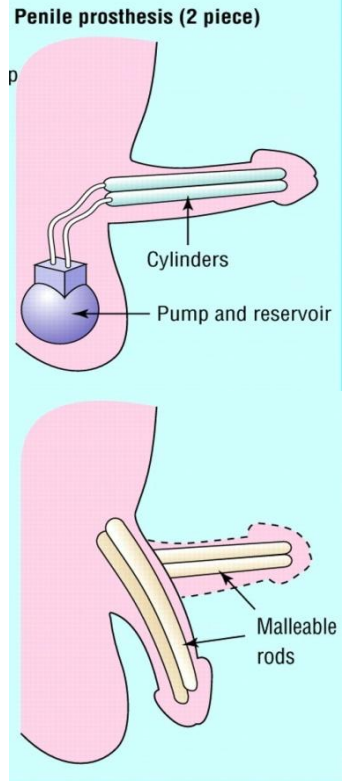
##### **- Τοποθέτηση πείκης πρόθεσης**

Γίνεται σε ασθενείς που δεν ωφελήθηκαν από τις θεραπείες πρώτης και δεύτερης

γραμμής, ή ασθενείς που επιζητούν μια πιο μόνιμη λύση. Υπάρχουν δύο είδη προθέσεων, οι malleable (ημίσκληρες) και οι inflatable (2 ή 3 στοιχεία). Οι πρώτες είναι πιο εύκολες στην τοποθέτηση και με λιγότερες επιπλοκές, αλλά το πέος είναι σε ένα μόνιμο μήκος και συνεχή σκληρότητα, ενώ οι δεύτερες απαιτούν υψηλότερη τεχνική και ικανότητες, μπορεί να έχουν περισσότερες επιπλοκές, αλλά «προσφέρουν μια λειτουργία πιο φυσιολογική», καθώς τα στοιχεία τους γεμίζουν, οπότε διογκώνονται και σκληραίνουν για να δημιουργηθεί η «στύση» και να πραγματοποιηθεί η επαφή, ενώ στη συνέχεια αδειάζουν (υπό τον έλεγχο του ασθενούς) και το πέος δείχνει πάλι χαλαρό. Οι δύο κύριες επιπλοκές από την τοποθέτηση των προθέσεων είναι η μηχανική αποτυχία (στις υδραυλικές) και οι λοιμώξεις. Τελευταίες ανακοινώσεις δείχνουν περιορισμό των επιπλοκών, με μηχανική αποτυχία σε λιγότερο από 5% σε προθέσεις 3 στοιχείων σε παρακολούθηση 5 ετών με τη βελτίωση των τεχνικών τοποθέτησης, αλλά και μείωση των λοιμώξεων και φλεγμονών με τη δέουσα προσοχή στο χειρουργείο και τη σωστή χρήση προφυλακτικής αντιβιοτικής αγωγής σε ένα ποσοστό 2-3%, που πέφτει στο 1% όταν χρησιμοποιηθούν προθέσεις με αντιμικροβιακή επικάλυψη.



**Σχήμα 8:** πρόθεση 3 στοιχείων



**Σχήμα 9:** υδραυλική πρόθεση 2 στοιχείων και ημίσκληρη πρόθεση

## **3.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΗΣ**

### **A. Πρόωρη εκσπερμάτιση**

Η πρόωρη εκσπερμάτιση θεωρείται ως η πιο κοινή σεξουαλική δυσλειτουργία στον άνδρα, με μια συχνότητα που φτάνει έως και το 40% (περισσότεροι λοιπόν από έναν στους τρεις άνδρες υποφέρουν από αυτή τη διαταραχή). Ως πρόωρη χαρακτηρίζουμε την εκσπερμάτιση που συμβαίνει μετά από ελάχιστη σεξουαλική διέγερση, πριν, κατά ή αμέσως μετά την είσοδο του πέους στον κόλπο και χωρίς ο ασθενής να την επιθυμεί. Η δυσλειτουργία αυτή αποτελεί σημαντική πηγή άγχους για τον άνδρα, ο οποίος μπορεί ακόμα και να μην επιδιώκει σεξουαλικές σχέσεις, από το φόβο της αδυναμίας επίτευξης ολοκληρωμένης επαφής και της ενδεχόμενης απόρριψης από τη σύντροφο.

Το άγχος αυτό βεβαίως αντανακλά σε όλες τις παραμέτρους και τους τομείς της ζωής του, με αποτέλεσμα συχνά την έλλειψη αυτοεκτίμησης, αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε ήπια ή και μείζονα κατάθλιψη.

Ακόμα όμως και σε μόνιμες, μακροχρόνιες σχέσεις ή και πολυτετείς γάμους, η διαταραχή αυτή δημιουργεί με την πάροδο του χρόνου επιπρόσθετα προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ των συντρόφων, καθώς βλέπουμε ζευγάρια να έρχονται αναζητώντας βοήθεια ακόμα και μετά από δεκαετίες «αρμονικής» συμβίωσης. Είναι χαρακτηριστικό μάλιστα σε αυτές τις περιπτώσεις, ότι πολύ συχνά η γυναίκα είναι αυτή που προτρέπει στην αναζήτηση λύσης.

Γίνεται λοιπόν σαφές, ότι πρόκειται για μία σεξουαλική διαταραχή με σημαντικές συνέπειες τόσο στη ζωή και ψυχολογία του άνδρα που πάσχει, όσο και της συντρόφου του. Είναι λοιπόν μία κατάσταση, στην οποία πρέπει να αναζητείται λύση. Εν τούτοις, οι περισσότεροι πάσχοντες δεν την αναζητούν, είτε λόγω αισθήματος ντροπής, είτε λόγω της πεποίθησης ότι δεν υπάρχει φαρμακευτική ή άλλη αποτελεσματική θεραπεία για την κατάστασή τους.



Το πρώτο λοιπόν θέμα, είναι να ξεπεράσει ο πάσχων όποιους δισταγμούς και προκαταλήψεις έχει και να απευθυνθεί στον ειδικό, ο οποίος είναι ο **χειρουργός ουρολόγος - ανδρολόγος**. Το δεύτερο θέμα, που είναι το εάν πραγματικά υπάρχει λύση στο πρόβλημά του, ή εάν θα πρέπει μοιρολατρικά να το υπομένει και να ζει με αυτό, είναι που καλείται να απαντήσει ο ειδικός και η απάντηση είναι ότι με τους κατάλληλους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς χειρισμούς, θα επέλθει ριζική βελτίωση σε **περισσότερους από 9 στους 10 πάσχοντες**.

Ας δούμε όμως κάποια επιστημονικά δεδομένα για να γίνω πιο κατανοητός. Κάνοντας μια ανασκόπηση στην ιστορία της αναγνώρισης και της αντιμετώπισης της πρόωρης εκσπερμάτισης, βλέπουμε ότι για πάρα πολλά χρόνια εθεωρείτο ως μια καθαρά ψυχολογική διαταραχή, με αποτέλεσμα να ασχολούνται με τη λύση της μόνο ψυχολόγοι, χρησιμοποιώντας τεχνικές ψυχολογικής - σεξουαλικής θεραπείας και ασκήσεων συμπεριφοράς.

Κάποια στιγμή όμως παρατηρήθηκε ότι η χρήση κάποιων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είχε σαν «παρενέργεια» και την καθυστέρηση, ή ακόμα και αδυναμία επίτευξης της εκσπερμάτισης. Μία άλλη παρατήρηση ήταν ότι πολλοί άνδρες παραπονούνταν για πρόωρη εκσπερμάτιση, ενώ έπασχαν από χρόνιες φλεγμονές του προστάτη (προστατίτιδες), η οποία διορθωνόταν με τη θεραπεία που ελάμβαναν για τις φλεγμονές αυτές. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι σε πολλούς άνδρες που είχαν πρόωρη εκσπερμάτιση από την αρχή της σεξουαλικής τους ζωής, υπήρχε μια υπερευαισθησία περιοχών της ακροποσθίας, της βαλάνου και του χαλινού και ανταποκρίνονταν πολύ καλά στην εφαρμογή κατάλληλων τοπικών αναισθητικών φαρμάκων. Τελευταία φαίνεται σε κάποιες μελέτες ότι έχουν επίδραση στην καθυστέρηση της εκσπερμάτισης και τα φάρμακα που χορηγούνται για τη στυτική δυσλειτουργία.

Όλες αυτές οι παρατηρήσεις, που έγιναν ταυτόχρονα με τη ραγδαία ανάπτυξη της επιστήμης της ανδρολογίας την τελευταία δεκαετία, οδήγησαν στη διαπίστωση πως η αιτιολογία της πρόωρης εκσπερμάτισης έχει κατά κύριο λόγο και στις περισσότερες περιπτώσεις **οργανική βάση**, χωρίς βεβαίως να παραγνωρίζεται και το ψυχολογικό φορτίο που αυτή

επιφέρει στον πάσχοντα, το οποίο όμως συνήθως είναι συνέπεια και όχι αιτία της διαταραχής. Έτσι, οδηγηθήκαμε στην κατάταξη και αντιμετώπιση της πρόωρης εκσπερμάτισης ως μιας ιατρικής, **οργανικής πάθησης**, για τη διάγνωση και θεραπεία της οποίας πραγματοποιούνται έγκριτες κλινικές μελέτες και υπάρχουν πλέον κατευθυντήριες οδηγίες από τις μεγαλύτερες Ουρολογικές Εταιρείες ( Ευρωπαϊκή και Αμερικανική Ουρολογική Ένωση).

Η πρόωρη εκσπερμάτιση λοιπόν κατατάσσεται σε πρωτοπαθή ή επίκτητη, μόνιμη ή περιστασιακή, απλή ή σχετιζόμενη με άλλες οργανικές διαταραχές (χρ. προστατίτιδα, στυτική δυσλειτουργία, υπερθυρεοειδισμό) και τέλος ανάλογα με τη βαρύτητά της σε σοβαρή (<15 δευτερόλεπτα), μέτρια (<1 λεπτό) και ήπια ( ανάμεσα 1 και 2 λεπτά), μετρώντας το χρόνο από την κολπική διείσδυση ως την εκσπερμάτιση.

Πρέπει να γίνεται η ταξινόμηση του πάσχοντος σε κάποια από αυτές τις κατηγορίες, ούτως ώστε να κατευθύνεται ανάλογα η θεραπευτική τακτική μας. Πρέπει λοιπόν να παίρνει ο ειδικός γιατρός ένα καλό ιστορικό από τον ασθενή, ο οποίος με τη σειρά του πρέπει να είναι απολύτως ειλικρινής, ενώ καλό είναι να είναι παρούσα και η σύντροφος εάν είναι δυνατόν. Στη συνέχεια είναι πολύ σημαντική μία καλή κλινική εξέταση, όπου θα αποκλεισθούν κάποιες άλλες παθολογικές καταστάσεις, ενώ η διαδικασία της διαγνωστικής προσέγγισης και κατάταξης της πάθησης κλείνει με κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις.

Στη συνέχεια, ο ειδικός γιατρός μπορεί να προχωρήσει στη θεραπεία της πάθησης. Είναι ευνόητο ότι στις περιπτώσεις δευτεροπαθούς πρόωρης εκσπερμάτισης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται πρωταρχικά το αίτιο ή η συνοδός οργανική πάθηση.

Στην πρωτοπαθή, που είναι και αυτή που απασχολεί την πλειοψηφία των πασχόντων, η θεραπεία πρέπει να συνδυάζει την ψυχοσεξουαλική υποστήριξη και τη φαρμακευτική αγωγή. Όσον αφορά την πρώτη, είναι απαραίτητη για να κατανοήσει ο πάσχων ότι δεν θα λυθεί το πρόβλημά του από τη μία στιγμή στην άλλη, αλλά ενδέχεται να δοκιμασθούν κάποια

θεραπευτικά σχήματα και να πεισθεί να ακολουθήσει τις συστάσεις του γιατρού για όσο χρόνο χρειαστεί.

Όσον αφορά τώρα τη φαρμακευτική θεραπεία, αυτή θα πρέπει να γίνεται κλιμακωτά, ξεκινώντας από τοπικώς δρώντας φάρμακα σε συνδυασμό με ειδικές τεχνικές κατά την επαφή, και περνώντας στη συνέχεια σε συστηματικά σκευάσματα με τις λιγότερες δυνατές παρενέργειες και τέλος σε άλλα που ενδεχομένως είναι λιγότερο καλά ανεκτά. Πρόσφατα πήρε έγκριση για τη θεραπεία της πρόωρης εκσπερμάτισης η Νταποξετίνη, ένα φάρμακο της κατηγορίας των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης Σεροτονίνης, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιείται κατ' επίκληση πριν την επαφή, με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, η εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να γίνεται εντελώς **εξατομικευμένα** σε κάθε ασθενή, και με το συνδυασμό των διαφόρων διαθέσιμων σκευασμάτων, οδηγούμενη πάντα από την **εμπειρία του εξειδικευμένου θεράποντος ιατρού**, έτσι ώστε να επιτευχθεί το πιο αποτελεσματικό σχήμα και το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ανάλογα πάντα και με τις **προσωπικές προσδοκίες** του πάσχοντος.

## **B. Καθυστέρηση – αδυναμία εκσπερμάτισης**

### **Αδυναμία επίτευξης οργασμού**

Πρόκειται για καταστάσεις αρκετά πιο σπάνιες από τη γρήγορη εκσπερμάτιση, οι οποίες μάλιστα είναι και πιο δύσκολες στην αντιμετώπισή τους, οπότε και η αναφορά τους στο συγκεκριμένο εγχειρίδιο αποκτά περιορισμένο ενδιαφέρον.

Κάποιοι άνδρες εκσπερματίζουν κανονικά όταν αυνανίζονται ή όταν τους κάνει η σύντροφός τους στοματικό έρωτα ή τους αυνανίζει εκείνη, αδυνατούν όμως να εκσπερματίσουν κατά τη φυσιολογική επαφή, στον κόλπο της συντρόφου. Κάποιοι άλλοι πάλι έχουν πλήρη αδυναμία τόσο να εκσπερματίσουν, όσο και να βιώσουν οργασμικό αίσθημα. Η κατάσταση μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική, πρωτοπαθής (από την αρχή της σεξουαλικής ζωής) ή δευτεροπαθής (να σχετίζεται με άλλη πάθηση ή

γεγονός), ψυχογενής ή οργανική, να σχετίζεται μόνο με μία συγκεκριμένη σύντροφο ή κάποιες συντρόφους, καθώς τέλος και ποικίλης βαρύτητας, αφού όπως είπαμε μπορεί να ποικίλει από ήπια καθυστέρηση ή δυσκολία στην εκσπερμάτιση, έως και πλήρη αδυναμία εκσπερμάτισης και οργασμού.

Τα **οργανικά αίτια** μπορεί να είναι τα εξής:

**Συγγενή** - κύστη του Muller, έλλειψη ή απόφραξη των εκσπερματιστικών πόρων ή σπερματοδόχων κύστεων

**Ορμονικά – Ενδοκρινικά** -υπογοναδισμός, δυσλειτουργίες θυρεοειδούς

**Φλεγμονές και λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού** – προστατίτιδες, ουρηθρίτιδες

**Νευρογενή** -Σακχαρώδης Διαβήτης (λόγω της νευροπάθειας που προκαλεί) - **Μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις στην πύελο** (όπως ριζική προστατεκτομή για καρκίνο του προστάτη), ή ακτινοθεραπεία κυρίως στην πύελο ή στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. - **Πολλαπλή Σκλήρυνση (σκλήρυνση κατά πλάκας), Πολλαπλή Ατροφία - Νόσος του Πάρκινσον** -**Αγγειακά Εγκεφαλικά επεισόδια** - **Όγκοι του εγκεφάλου ή του Νωτιαίου μυελού** - **Κακώσεις Νωτιαίου μυελού** **Δισκοπάθειες- Αλκοολισμός, Ουραιμία – Πολυνευροπάθεια**

**Φαρμακευτική** – **Αντικαταθλιπτικά, Αντιανδρογόνα** (σε προχωρημένο καρκίνο του προστάτη) - **Ψυχοτρόπες και ναρκωτικές ουσίες** (ηρωίνη, κοκαΐνη, μεθαδόνη), κατάχρηση αλκοόλ.

Η αντιμετώπιση συχνά είναι πολύ δύσκολη και πολλές φορές δεν έχει να προσφέρει πολλά στον πάσχοντα. Στις περιπτώσεις της ψυχογενούς αιτιολογίας φαίνεται να υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες βελτίωσης ή αποκατάστασης, με εξατομικευμένη ψυχοθεραπεία και σεξουαλική συμβουλευτική, ενώ στις περιπτώσεις οργανικής αιτιολογίας συχνά η αιτία που οδηγεί στη δυσλειτουργία δεν είναι αναστρέψιμη. Σε περιπτώσεις φαρμακευτικής αιτιολογίας η απόσυρση του φαρμάκου (αν είναι εφικτό) μπορεί να αποκαταστήσει πλήρως τη δυσλειτουργία, ενώ αν υπάρχει

λοιμωξη η κατάσταση βελτιώνεται με την κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία.

## Διατροφή & σεξουαλική δυσλειτουργία

Η διατροφή και κυρίως το βάρος φαίνεται να παίζει μεγάλο ρόλο τόσο στη γονιμότητα όσο και στη σεξουαλική λειτουργία. Γνωρίζουμε ότι οι τροφές περιέχουν ένα μεγάλο αριθμό βιταμινών-μετάλλων και ιχνοστοιχείων που είναι απαραίτητα για την καλή λειτουργία του οργανισμού. Επίσης, μια καλή διατροφή προστατεύει από την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων όπως είναι η παχυσαρκία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο Σακχαρώδης Διαβήτης, αλλά και είναι απαραίτητη για τη θεραπεία των νοσημάτων αυτών. Τα χρόνια νοσήματα και η κακή ποιότητα διατροφής είναι δύο από τους καταλυτικότερους παράγοντες στην ολοένα αυξανόμενη σεξουαλική δυσλειτουργία στους άντρες.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία του άντρα είναι οι εξής:

- **Παχυσαρκία.** Οι άντρες με παχυσαρκία έχει φανεί ότι έχουν 3 φορές μικρότερο αριθμό και κινητικότητα σπερματοζωαρίων. Επίσης, το επιπλέον λίπος στον παχύσαρκο άντρα δεσμεύει την ελεύθερη τεστοστερόνη και πιθανώς ευνοεί τη μετατροπή της σε οιστρογόνα, γεγονός που μειώνει την επιθυμία. Τέλος, η παχυσαρκία συνοδεύεται με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, μειωμένη libido και κινητικότητα
- **Κοιλιακή παχυσαρκία.** Οι άντρες με κοιλιακή παχυσαρκία (περίμετρος μέσης άνω των 92εκ.) έχουν 2 φορές υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν στυτική δυσλειτουργία
- **Αγγειακή λειτουργία-** η καλή μικρο- και μακρο-αγγειακή κυκλοφορία είναι απαραίτητη για την καλή στυτική λειτουργία και μια διατροφή πλούσια σε ζωικά λιπαρά, η έλλειψη άσκησης και η παχυσαρκία, δημιουργούν αθηρωματική πλάκα, δηλαδή βλάβη των αγγείων
- **Δυτικού τύπου διατροφή-** Γνωρίζουμε ότι η κακή ποιότητα της διατροφής δημιουργεί κακές συνθήκες για τη σεξουαλική λειτουργία του ζευγαριού και στην Ελλάδα ο τρόπος διατροφής φαίνεται να έχει στραφεί περισσότερο προς τα Δυτικά πρότυπα παρά ποτέ. Η Δυτικού τύπου διατροφή αποτελείται από πολλά πολυακόρεστα, κορεσμένα λιπαρά και υψηλές σε απλά σάκχαρα τροφές.

Για την καλή λειτουργία του υποθαλάμου, της υπόφυσης, των όρχεων και των επινεφριδίων, που παράγουν και ελέγχουν τα επίπεδα της τεστοστερόνης, είναι απαραίτητη η κατανάλωση ψευδαργύρου, βιταμινών

A και C, ω-3 λιπαρών οξέων (όλα τα παραπάνω είναι ισχυρά αντιοξειδωτικά) και βιταμινών του συμπλέγματος B. Τα αντιοξειδωτικά βελτιώνουν την αγγειακή λειτουργία και την κινητικότητα και αριθμό των σπερματοζωαρίων, ενώ παίζουν ρόλο και στη δημιουργία των ορμονών του σεξ και στην παραγωγή τεστοστερόνης.

Πώς μεταφράζονται οι παραπάνω οδηγίες σε μια διατροφή που μπορεί να ακολουθήσει κανείς και να έχει καλά αποτελέσματα;

- Αποφεύγουμε τις πλούσιες σε λίπος και ζάχαρη τροφές, που “μπλοκάρουν” τα αγγεία και είναι πλούσια σε θερμίδες. Αυτές οι τροφές είναι τα τηγανητά, τα παχιά κρέατα, τα ολόπαχα γαλακτοκομικά, τα φαγητά τύπου junk, τα γλυκά και αναψυκτικά
- Εμπλουτίζουμε τη διατροφή με φρούτα και λαχανικά εποχής που περιέχουν άφθονες βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία
- Προτιμούμε τα ολικής άλεσης και αναποφλοιώτα δημητριακά, καθώς και ανάλατους καρπούς
- Καταναλώνουμε άπαχα κομμάτια κόκκινου κρέατος, λιπαρά ψάρια (γαύρος, σαρδέλλα, σολωμός, τσιπούρα κτλ) και οστρακοειδή από καθαρές θάλασσες
- Εάν υπάρχει υπέρβαρο/παχυσαρκία, ακολουθούμε τις οδηγίες ειδικού και χάνουμε βάρος. Ακόμα και μια μικρή απώλεια βάρους, συνδέεται με καλύτερη αγγειακή λειτουργία, αυξημένη ελεύθερη τεστοστερόνη και βελτιωμένη ερωτική διάθεση
- Εντάσσουμε στην καθημερινότητά μας φυσική δραστηριότητα που βελτιώνει τη διάθεση, βοηθάει στην απώλεια βάρους, στη βελτίωση της αντοχής και της κινητικότητας
- Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, ειδικά του κόκκινου κρασιού που περιέχει ρεσβερατρόλη, φαίνεται ότι προσφέρει καλύτερη λειτουργία στα αγγεία και πιο χαλαρή διάθεση. Η συνιστώμενη καθημερινή ποσότητα αλκοόλ για τους άντρες είναι μέχρι 2 μερίδες

Πολλά συμπληρώματα φαίνεται ότι μπορεί να προσφέρουν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία, όμως λόγω της έλλειψης επαρκών μελετών που να υποστηρίζουν την ασφάλειά τους, καλό είναι να λαμβάνετε μόνο τα συμπληρώματα που σας δίνει ο ιατρός ή κλινικός διαιτολόγος σας. Επίσης, η καλύτερη πηγή θρεπτικών συστατικών είναι οι τροφές παρά η αθρόα κατανάλωση βιταμινούχων σκευασμάτων.

Η καλύτερη αντιμετώπιση υπάρχει όταν υπάρχει μια ομάδα επιστημόνων που αντιμετωπίζει όλες τις πτυχές του προβλήματος.

## Αίτια και Αντιμετώπιση Ψυχογενών Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών

Οι Ψυχογενείς Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες δεν επιτρέπουν στο άτομο τη σεξουαλική ευχαρίστηση ή ακόμα και την επαφή. Σε όλα τα στάδια της σεξουαλικής δραστηριότητας -επιθυμία, διέγερση, οργασμό και λύση - είναι πιθανόν να εμφανιστούν δυσλειτουργίες που οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες. Δυστυχώς βέβαια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα ψυχολογικά αίτια αμελούνται και το βάρος δίνεται σε πιθανά ιατρικά ή οργανικά αίτια όπως ορμονική διαταραχή, παρενέργειες φαρμάκων ή κάποια πάθηση του ουροποιητικού συστήματος.

Οι πιο συχνές σεξουαλικές δυσλειτουργίες στους άντρες είναι:

- η στυτική δυσλειτουργία
- οι διαταραχές εκσπερμάτωσης και
- η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία

Η στυτική δυσλειτουργία είναι η αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης στύσης. Τα αίτια αυτής της διαταραχής ποικίλλουν και μπορεί να είναι ψυχολογικά, οργανικά ή ένας συνδυασμός και των δύο. Σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό η αιτιολογία είναι ψυχογενής και μπορεί να θεραπευτεί ικανοποιητικά με την χρήση κατάλληλων Γνωστικών και Συμπεριφορικών τροποποιήσεων και τεχνικών .

Οι διαταραχές εκσπερμάτωσης περιλαμβάνουν την πρόωρη, την ανικανότητα και την παλίνδρομη εκσπερμάτωση.

Αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών αυτών περιλαμβάνουν:

- Έλλειψη γνώσεων - εμπειρίας σχετικά με τη σεξουαλική πράξη
- Ενδοψυχικοί παράγοντες (άγχος, ενοχή, κατάθλιψη)
- Δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις (προβλήματα γάμου, μη ανταπόκριση του συντρόφου)

Η Γνωστική- Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία συμβάλλει στον εντοπισμό των ψυχολογικών παραμέτρων που συμβάλλουν αρνητικά στη σεξουαλική πράξη. Μια τέτοιου είδους παρέμβαση βοηθάει το άτομο να αναγνωρίσει πιθανά βιώματα, σκέψεις, συναισθήματα, αντιλήψεις και βαθύτερες πεποιθήσεις για τη σεξουαλική ζωή του καθώς και την επιρροή τους σε αυτήν που οδηγούν σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η ύπαρξη



ενδοψυχικών συγκρούσεων διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και επηρεάζει σημαντικές ψυχικές λειτουργίες εφόσον προκαλεί έντονο άγχος και μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοσωματικά συμπτώματα που επηρεάζουν τα αντίστοιχα όργανα του σώματος κατά την ερωτική επαφή.

Τα πιο συχνά αίτια των ψυχογενών σεξουαλικών δυσλειτουργιών είναι οι Αγχώδεις και οι Συναισθηματικές Διαταραχές. Στους άνδρες το άγχος προκαλεί μείωση στα επίπεδα της τεστοστερόνης που ευθύνεται για την ρύθμιση της συμπεριφοράς κατά τη σεξουαλική επαφή. Το άγχος προκαλεί συχνά απώλεια του ελέγχου. Ως αποτέλεσμα μειώνεται και η διάθεση για σεξ, μια από τις πιο σημαντικές και κύριες αιτίες στυτικής δυσλειτουργίας που μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη εκσπερμάτωση. Επιπρόσθετα, ένα από τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης είναι η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία αλλά και η απώλεια της λίμπιντο. Μέχρι και 86% των πασχόντων από κατάθλιψη που δεν βρίσκονται σε φαρμακευτική αγωγή μπορεί να εμφανίσει κάποιου είδους σεξουαλική διαταραχή όπως μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, διέγερση, ή / και δυσκολία στον οργασμό. Υπάρχει σίγουρα μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη στυτική δυσλειτουργία. Η μέτρια ή η βαριά κατάθλιψη ή η χρήση ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, μπορεί να προκαλέσουν τη στυτική δυσλειτουργία. Αλλά και η στυτική δυσλειτουργία μπορεί ανεξάρτητα και από μόνη της, να προκαλέσει ή να επιδεινώσει την κατάθλιψη.

Άλλες αιτίες μπορεί να περιλαμβάνουν τραυματικές εμπειρίες όπως παρενόχληση ή κακοποίηση αλλά και η αίσθηση της αρνητικής εικόνας του σώματος συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας ψυχοσεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Προβλήματα σχέσης και επικοινωνίας ανάμεσα στο ζευγάρι παίζουν αναμφισβήτητο καθοριστικό ρόλο στη σεξουαλική του ζωή. Συνήθως, αυτό που παρατηρείται αρχικά είναι η απουσία επιθυμίας για επαφή, σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστούν και άλλες δυσλειτουργίες, όπως στυτική δυσλειτουργία ή πρόωρη εκσπερμάτωση στον άντρα.

Σε άλλες περιπτώσεις η έλλειψη σεξουαλικής ενημέρωσης, διαπαιδαγώγησης ή και η σεξουαλική εμπειρία των δύο συντρόφων ευθύνονται για την εμφάνιση μιας δυσλειτουργίας. Πολλοί 'μύθοι' επίσης έχουν δημιουργήσει γνωστικές και συμπεριφορικές διαστρεβλώσεις και μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολίες και προβλήματα τόσο στην απόδοση αλλά και στην ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Σημαντικοί είναι επίσης και ορισμένοι εν δυνάμει λανθασμένοι τρόποι συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της επαφής, οι οποίοι μπορούν να δημιουργήσουν δυσλειτουργίες. Ένας από αυτούς είναι η έντονη τάση

αυτοπαρατήρησης κατά τη διάρκεια της επαφής και, παράλληλα, βέβαια αξιολόγησης των επιδόσεων.

Τέλος, το άγχος επίδοσης και ο φόβος αποτυχίας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής είναι σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες. Είναι σημαντική η προσέγγιση της σεξουαλικής επαφής χωρίς ‘άγχος αποτυχίας’ και χωρίς τη σωρεία αρνητικών σκέψεων και παρατηρήσεων που αναπόφευκτα καταστρέφουν την ευχαρίστηση που επικρατεί τη συγκεκριμένη στιγμή. Το σεξ εξάλλου δεν αποτελεί μια πρακτική ή ‘μηχανική’ δραστηριότητα στην οποία αναμένεται ένα ‘καλό’ ή ‘κακό’ αποτέλεσμα! Το σεξ αποτελεί ίσως μια από τις λίγες δραστηριότητες στις οποίες το αποτέλεσμα δεν έχει καμία απολύτως σημασία!

Οι Συμπεριφορικές τεχνικές σε συνδυασμό με Γνωστικές έχουν ως στόχο την βελτίωση στη σχέση μεταξύ των δύο συντρόφων που επηρεάζουν τη σεξουαλική επαφή μέσω μιας πιο λειτουργικής επικοινωνίας και την επίλυση των διαπροσωπικών προβλημάτων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ψυχοεκπαίδευσης και της αξιολόγησης των επιθυμιών και των σκέψεων πάνω στη σεξουαλική πράξη των δύο συντρόφων.

Πριν την έναρξη της Ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι σημαντική η κλινική εξέταση και η λήψη ψυχιατρικού και ιατρικού ιστορικού αλλά και οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις από Ουρολόγο-Ανδρολόγο προκειμένου να αποκλειστούν παθήσεις που χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή ή αποκλειστική ιατρική παρακολούθηση.

Η σεξουαλική δραστηριότητα αποτελεί μια αμιγώς ψυχοσυναισθηματική λειτουργία. Η ψυχική ευεξία, η συναισθηματική κατάσταση, η αυτοεκτίμηση, η επικοινωνία αποτελούν κινητήριο δύναμη της όλης διαδικασίας. Ως εκ τούτου, η σεξουαλική δραστηριότητα επηρεάζεται από όλους εκείνους τους παράγοντες που θα μπορούσαν να διαταράξουν αυτή την ψυχική δυναμική και αλληλεπίδραση και να δημιουργήσουν μια κατάσταση άγχους, αμφισβήτησης, αρνητικής εικόνας, αυτοκαταστροφικών σκέψεων κ.ο.κ.