

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ
ΚΑΦΦΕΣΑΚΗ ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ
ΑΜ:3036

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΡΙΛΙΒΑ ΣΟΦΙΑ

ΡΕΘΥΜΝΟ
2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	3
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	5
1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	6
2. ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	12
3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΓΑΣΜΟΥ.....	33
3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΩΡΗΣ ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΗΣ	33
3.2 ΑΝΔΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΡΓΑΣΜΟΥ.....	52
4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ.....	59
5. ΑΝΔΡΙΚΗ ΔΥΣΠΑΡΕΥΝΙΑ	70
<u>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	71
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	72
<u>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</u>	73
<u>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ</u>	77
<u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>	86
<u>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	98
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	103
<u>ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ</u>	105
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	106

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στον άνδρα. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες ανήκουν στην ευρύτερη κατηγορία των σεξουαλικών διαταραχών. Στις σεξουαλικές διαταραχές ανήκουν επίσης οι παραφυλίες και οι διαταραχές ταυτότητας φύλου, η μελέτη των οποίων δεν είναι αντικείμενο αυτής της εργασίας. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες αποτελούν ένα κρίσιμο ζήτημα με αρκετές ιδιαιτερότητες. Καταρχήν, το βίωμα μιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι συνήθως ιδιαίτερα επώδυνο ψυχολογικά για το άτομο, κάτι που αναδεικνύει τη σημαντικότητα των μελετών σε αυτό το πεδίο. Επίσης, η έρευνα για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, καθώς ο ορισμός του τι αποτελεί σεξουαλική δυσλειτουργία δεν μπορεί εύκολα να έχει καθολική, διαχρονική, και αντικειμενική ισχύ. Το τι θεωρείται ως φυσιολογικό και τι σεξουαλική δυσλειτουργία μορφοποιείται κοινωνικά, δύναται να αλλάζει από εποχή σε εποχή ή από κοινωνία σε κοινωνία. Μπορεί επίσης να αλλάζει ανάλογα με τις αντιλήψεις της συντρόφου ή του ίδιου του ατόμου που αντιμετωπίζει τη δυσλειτουργία. Επιπροσθέτως, το τι νοείται ως φυσιολογική επίδοση ίσως αλλάζει ανάλογα με την ηλικία, καθώς άλλη επίδοση αναμένεται για έναν ηλικιωμένο και άλλη για ένα νεαρότερο άνδρα. Παρατηρείται, λοιπόν, το ότι η μελέτη των σεξουαλικών δυσλειτουργιών παρουσιάζει προβλήματα εν τη γενέσει της.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Ο στόχος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναζήτηση των αιτίων των κύριων σεξουαλικών δυσλειτουργιών στον άνδρα και η μελέτη των διαθέσιμων θεραπειών. Επιδιώκεται αρχικά η παρουσίαση κάποιων εισαγωγικών πληροφοριών για την κάθε δυσλειτουργία, κάτι που πραγματοποιείται στο πρώτο κεφάλαιο. Στα υπόλοιπα κεφάλαια μελετώνται οι σημαντικότερες και συχνότερες δυσλειτουργίες στον άνδρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και οι κύριες δυσλειτουργίες μελετώνται χωριστά σε κάθε

κεφάλαιο, αυτό δε σημαίνει ότι στην πραγματική καθημερινότητα οι δυσλειτουργίες υπάρχουν σε τόσο ξεκάθαρη μορφή. Κι αυτό γιατί μια διαταραχή ενδέχεται να οδηγεί στην εμφάνιση μια άλλης, ή να συνυπάρχει με μια άλλη (π.χ. οι διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας προκαλούνται συχνά λόγω της προσπάθειας του ατόμου να αποφύγει την σεξουαλική αποτυχία και τις συνέπειές της). Στη μελέτη κάθε δυσλειτουργίας γίνεται μια προσπάθεια ανίχνευσης των αιτίων, ενώ μελετώνται και οι διαθέσιμες θεραπείες. Επίσης, μερικές φορές γίνεται και μια προέκταση σε συναφή με τα παραπάνω θέματα. Γενικότερα, γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης των σεξουαλικών δυσλειτουργιών ως ένα σύνθετο φαινόμενο, ενώ αποφεύγεται η μονόπλευρη εξέταση των δυσλειτουργιών από μια και μόνο σκοπιά.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μελετάται η στυτική δυσλειτουργία. Το τρίτο κεφάλαιο εμπεριέχει τη μελέτη των διαταραχών οργασμού, οι οποίες είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση και η ανδρική διαταραχή οργασμού (ή καθυστερημένη εκσπερμάτιση). Στο τέταρτο κεφάλαιο εξετάζονται οι διαταραχές που σχετίζονται με τη σεξουαλική επιθυμία, οι οποίες είναι η διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας και η διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται μια μικρή αναφορά στην ανδρική δυσπαρευνία. Ζητήματα που αφορούν τη σεξουαλική δυσλειτουργία οφειλόμενη σε ουσίες εξετάζονται σποραδικά μόνο μέσα σε κάποια κεφάλαια.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας είναι περισσότερο επικεντρωμένο στο ίδιο το άτομο που βιώνει τη σεξουαλική δυσλειτουργία.. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται το πώς περιγράφουν οι άνδρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας την ψυχολογική τους κατάσταση και τις ερωτικές τους σχέσεις. Για τη μελέτη των παραπάνω ερωτημάτων χρησιμοποιήθηκαν περιπτώσεις από το διαδικτυακό forum «e-psychology.gr». Για την ανάλυση των περιπτώσεων χρησιμοποιείται η θεματική ανάλυση.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία διαταραχών σύμφωνα με το *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013). Στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες που αφορούν τον ανδρικό πληθυσμό περιλαμβάνονται η στυτική δυσλειτουργία, η πρόωρη εκσπερμάτιση, η καθυστερημένη εκσπερμάτιση, η διαταραχή μειωμένης επιθυμίας, η προκαλούμενη από ουσίες ή φαρμακοθεραπεία σεξουαλική δυσλειτουργία, η σεξουαλική δυσλειτουργία προσδιοριζόμενη αλλιώς, και η σεξουαλική δυσλειτουργία μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή στην ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί σεξουαλικά ή να βιώσει σεξουαλική ευχαρίστηση. Είναι δυνατόν να συνυπάρχουν περισσότερες από μία διαταραχές. Σημειώνεται ότι εφόσον οι δυσκολίες προκύπτουν ως αποτέλεσμα μη επαρκούς διαθέσιμου σεξουαλικού ερεθισμού, τότε δεν πρέπει να γίνεται διάγνωση σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Επίσης, κατά την αξιολόγηση μιας δυσλειτουργίας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες σε σχέση με την ερωτική σύντροφο, παράγοντες της σχέσης των δύο ατόμων, παράγοντες που αφορούν την ατομική ευπάθεια (π.χ. ιστορικό κακοποίησης), κοινωνικοί και θρησκευτικοί παράγοντες, αλλά και ιατρικοί παράγοντες. Ειδικότερα για τους πολιτισμικούς παράγοντες, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πιθανές αντιλήψεις που είτε καθορίζουν προσδοκίες είτε προκαλούν απαγορεύσεις σχετικά με τη σεξουαλική απόλαυση.

Για την καλύτερη κατανόηση της έναρξης, του πλαισίου, και των αιτιολογικών παραγόντων μιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας, έχουν δημιουργηθεί κάποιες υποκατηγορίες των σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Η πρώτη διάσταση που μελετάται αφορά το χρόνο έναρξης της διαταραχής. Έτσι, η πρώτη υποκατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία εμφανίστηκε από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής του ατόμου. Αντίθετα, μια άλλη υποκατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα στα οποία η διαταραχή εμφανίστηκε μετά από

μια περίοδο ομαλής σεξουαλικής λειτουργίας. Η δεύτερη διάσταση, η οποία οδηγεί και αυτή στην ύπαρξη άλλων δύο υποκατηγοριών, είναι η διάσταση που αφορά το πλαίσιο εκδήλωσης. Πιο συγκεκριμένα, στον γενικευμένο τύπο, η διαταραχή εμφανίζεται ανεξάρτητα από το είδος του ερεθισμού, της κατάστασης, και με όλες τις ερωτικές συντρόφους. Στον καταστασιακό τύπο, η διαταραχή εμφανίζεται σε συγκεκριμένα είδη ερεθισμών, καταστάσεων, και όχι με όλες τις συντρόφους. Τέλος, κάθε διαταραχή μπορεί να χαρακτηριστεί ως ήπια, μέτρια, ή σοβαρή, ανάλογα με την ύπαρξη στοιχείων για την δυσφορία του ατόμου ως προς τα συμπτώματα.

Τα κριτήρια που ορίζουν την στυτική δυσλειτουργία είναι η αξιοσημείωτη δυσκολία στην απόκτηση στύσης κατά τη σεξουαλική διαδικασία, η δυσκολία στη διατήρηση της στύσης μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής διαδικασίας, και η εμφανής πτώση στην ακαμψία του πέους. Σημειώνεται ότι τα συμπτώματα θα πρέπει να εμφανίζονται στο 75-100% των περιπτώσεων εμπλοκής σε σεξουαλική διαδικασία. Επίσης, τα συμπτώματα θα πρέπει να εμφανίζονται για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, να προκαλούν έντονη δυσφορία στο άτομο, ενώ παράλληλα η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν θα πρέπει να εξηγείται καλύτερα από μία άλλη μη σεξουαλική διαταραχή, δεν θα πρέπει να θεωρείται ως συνέπεια σοβαρών στρεσογόνων παραγόντων της σχέσης, και δεν θα πρέπει να αποδίδεται σε λήψη ουσιών/φαρμάκων ή άλλη ιατρική κατάσταση. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία κριτήρια υπάρχουν σε όλες τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Φαίνεται να υπάρχει δυνατή σχέση μεταξύ της ηλικίας και του επιπολασμού/ συχνότητας της στυτικής δυσλειτουργίας, ειδικά σε ηλικίες άνω των 50 ετών. Περίπου 13-21% των ανδρών 40-80 ετών εμφανίζουν προβλήματα στύσης. Ενώ στις ηλικίες των μεγαλύτερων από 60-70 έτη το πρόβλημα παρουσιάζεται από το 40-50% των ανδρών, στις ηλικίες των νεότερων από τα 40-50 έτη η δυσλειτουργία εμφανίζεται σε μονάχα 2% των ανδρών. Σημειώνεται όμως ότι κατά την πρώτη σεξουαλική εμπειρία το 8% παρουσιάζει

στυτική δυσλειτουργία που εμποδίζει τη διείσδυση, ενώ το 20% εμφανίζει φόβο για απώλεια στύσης κατά την πρώτη σεξουαλική εμπειρία. Η αποτυχία στην επίτευξη στύσης κατά την πρώτη σεξουαλική εμπειρία φαίνεται να σχετίζεται με το γεγονός ότι δεν υπάρχει γνωριμία με την ερωτική σύντροφο, με χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, και με εμπλοκή στη σεξουαλική διαδικασία λόγω πίεσης και χωρίς την επιθυμία του ατόμου. Γενικότερα, η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει έντονη δυσφορία στο άτομο αλλά και στο ζευγάρι συνολικά, ενώ ο φόβος για την αποτυχία και η αποφυγή εμπλοκής σε σεξουαλική διαδικασία μπορούν να επηρεάσουν τη σύναψη ερωτικών σχέσεων.

Ως προς την πρόωρη εκσπερμάτιση, τίθεται ως βασικό κριτήριο η εκσπερμάτιση σε λιγότερο από ένα λεπτό μετά τη διείσδυση και πριν από την επιθυμία του ατόμου να εκσπερματίσει, ενώ το συγκεκριμένο σύμπτωμα θα πρέπει να είναι επίμονο ή επαναλαμβανόμενο. Σημειώνεται επίσης ότι η πρόωρη εκσπερμάτιση μπορεί να αφορά και περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει διείσδυση, όμως δεν μπορούν να οριστούν κριτήρια διάρκειας για αυτές τις περιπτώσεις. Επίσης, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για το αν το κριτήριο του ενός λεπτού μπορεί να εφαρμοστεί στα άτομα με επίκτητη πρόωρη εκσπερμάτιση. Η ανησυχία για την πρόωρη εκσπερμάτιση εμφανίζεται στο 20-30% των ανδρών 18-70 ετών, ωστόσο με βάση το κριτήριο του ενός λεπτού μόνο το 1-3% των ανδρών θα μπορούσε να διαγνωστεί με πρόωρη εκσπερμάτιση. Η πρόωρη εκσπερμάτιση πολλές φορές εμφανίζεται στις αρχικές σεξουαλικές εμπειρίες ενός ατόμου, όμως στη συνέχεια το άτομο συχνά αποκτά τον έλεγχο της εκσπερμάτισης. Η ηλικία του ατόμου και η διάρκεια της ερωτικής σχέσης φαίνονται να συσχετίζονται αρνητικά με την πρόωρη εκσπερμάτιση. Αξίζει να σημειωθεί ότι το τι θεωρείται ως αποδεκτός χρόνος εκσπερμάτισης από τον άνδρα και τη γυναίκα μπορεί να διαφέρει, κάτι το οποίο σχετίζεται με τις γενικότερες κοινωνικές αντιλήψεις. Η πρόωρη εκσπερμάτιση δύναται να σχετίζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσμενή εξέλιξη στην ερωτική σχέση, δυσφορία και χαμηλή σεξουαλική ικανοποίηση στην ερωτική σύντροφο. Η

πρόωρη εκσπερμάτιση μπορεί να συνυπάρχει με στυτική δυσλειτουργία, ενώ πολλές φορές είναι δυσδιάκριτο το ποια διαταραχή προϋπήρχε της άλλης. Η πρόωρη εκσπερμάτιση που εμφανίζεται σε όλη τη ζωή του ατόμου σχετίζεται με διαταραχές άγχους, ενώ η επίκτητη πιθανόν να σχετίζεται με προστατίτιδα ή με διακοπή λήψης ουσιών.

Τα κριτήρια για την καθυστερημένη εκσπερμάτιση είναι η αξιοσημείωτη δυσκολία εκσπερμάτισης και η σπανιότητα ή απουσία αυτής, χωρίς το άτομο να επιδιώκει την καθυστέρηση. Στην καθυστερημένη εκσπερμάτιση το άτομο αναφέρει δυσκολία ή ανικανότητα στην εκσπερμάτιση παρά την παρουσία επαρκούς σεξουαλικού ερεθίσματος και παρά την επιθυμία του να εκσπερματίσει. Συνήθως αναφέρονται παρατεταμένες προσπάθειες έντονης διεύδουσης που οδηγούν σε εξάντληση, ενώ στη συνέχεια διακόπτεται η προσπάθεια. Πολλοί άνδρες αποφεύγουν την εμπλοκή σε σεξουαλική δραστηριότητα λόγω της καθυστερημένης εκσπερμάτισης. Επίσης, πολλές ερωτικές σύντροφοι νιώθουν λιγότερο ελκυστικές σεξουαλικά λόγω της δυσκολίας εκσπερμάτισης του συντρόφου τους. Παρόλα αυτά, θεωρείται δύσκολο να οριστεί ένας αποδεκτός χρόνος μέσα στον οποίο θα θεωρείται αποδεκτή η εκσπερμάτιση. Σημειώνεται πάντως ότι η διαταραχή δεν είναι τόσο συχνή, καθώς μόνο το 1% των ανδρών εμφανίζει δυσκολία στην εκσπερμάτιση για παραπάνω από 6 μήνες. Η καθυστερημένη εκσπερμάτιση συνήθως εμφανίζεται στην ηλικία των 50 ετών, από την οποία και έπειτα φαίνεται να υπάρχει σημαντική αύξηση. Οι άνδρες άνω των 80 ετών αναφέρουν διπλάσια δυσκολία στην εκσπερμάτιση σε σχέση με τους άνδρες κάτω των 59 ετών. Η καθυστερημένη εκσπερμάτιση μπορεί να δυσχεράνει την σύλληψη, ενώ σχετίζεται με δυσφορία στο έναν ή και στους δύο συντρόφους. Η απουσία εκσπερμάτισης συνήθως σημαίνει και απουσία οργασμού. Αν και συνήθως στους άνδρες ο οργασμός θεωρείται ταυτόσημος με την εκσπερμάτιση, σημειώνεται ότι αυτό δεν είναι απόλυτο, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις όπου επιτυγχάνεται εκσπερμάτιση αλλά όχι οργασμός (ανηδονική εκσπερμάτιση).

Το κριτήριο για την διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας είναι η επίμονη ή επαναλαμβανόμενη έλλειψη ή απουσία σεξουαλικών σκέψεων ή φαντασιώσεων και επιθυμίας για σεξουαλική δραστηριότητα. Θεωρείται ότι για τον υπολογισμό του αν υπάρχει έλλειψη θα πρέπει να συνυπολογιστούν παράγοντες που αφορούν τη σεξουαλική λειτουργία, όπως η ηλικία και το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Τονίζεται ότι η διαφορά μεταξύ των επιθυμητών επιπέδων σεξουαλικής λειτουργίας του ατόμου σε σχέση με τα αντίστοιχα επίπεδα της συντρόφου δεν μπορεί από μόνη της να οδηγήσει στη διάγνωση της δυσλειτουργίας. Δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα ως προς τη διάγνωση στην μεγάλη έλλειψη ή παντελή απουσία σεξουαλικών σκέψεων και φαντασιώσεων. Η διαταραχή μειωμένης επιθυμίας συχνά σχετίζεται με άλλες διαταραχές, όπως την στυτική δυσλειτουργία, η οποία ίσως οδηγήσει το άτομο στο να χάσει το ενδιαφέρον του για τη σεξουαλική δραστηριότητα. Στις ηλικίες 18-24 η μειωμένη επιθυμία εμφανίζεται σε περίπου 6%, ενώ στις ηλικίες 66-74 στο 41%. Μολαταύτα, τα άτομα στα οποία η διαταραχή διαρκεί πάνω από 6 μήνες είναι μόλις το 1,8% του ανδρών στις ηλικίες 16-44. Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι η διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας που αφορά τους άνδρες υπάρχει ως ξεχωριστή υποκατηγορία των σεξουαλικών διαταραχών στο *DSM*, ενώ αντίστοιχα για τις γυναίκες υπάρχει η διαταραχή σεξουαλικού ενδιαφέροντος/ διέγερσης. Σημειώνεται πάντως ότι σε γενικές γραμμές οι άνδρες φαίνεται να έχουν περισσότερο έντονη και συχνή σεξουαλική επιθυμία σε σχέση με τις γυναίκες.

Ως προς τη σεξουαλική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες ή φάρμακα, τα κριτήρια είναι η κυριαρχία της ενόχλησης για τη σεξουαλική λειτουργία στην κλινική εικόνα, η ανάπτυξη των συμπτωμάτων μετά την έναρξη ή την διακοπή χρήσης ουσιών, η δυνατότητα των ουσιών να προκαλέσουν τα συμπτώματα, και η μη ύπαρξη δυνατότητας απόδοσης της διαταραχής σε σεξουαλική δυσλειτουργία που δεν σχετίζεται με ουσίες. Η σεξουαλική δυσλειτουργία προσδιοριζόμενη αλλιώς αφορά περιπτώσεις που δεν επιτρέπεται να

ενταχθούν σε κάποια κατηγορία, ενώ όμως ο ειδικός είναι σε θέση να αποδώσει την αιτιολογία της διαταραχής. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε αυτή την κατηγορία τοποθετείται η διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής. Επίσης, υπάρχει και η κατηγορία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μη προσδιοριζόμενης αλλιώς, η οποία αφορά περιπτώσεις στις οποίες δεν πληρούνται τα κριτήρια για ένταξη στις άλλες κατηγορίες, ενώ παράλληλα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τον προσδιορισμό των αιτίων.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί η ύπαρξη μιας αναφοράς για τους άνδρες στη διαταραχή πόνου στην ουροποιοί-πυελική περιοχή κατά τη διείσδυση. Η διαταραχή αφορά μεν τις γυναίκες, επισημαίνεται όμως ότι υπάρχουν στοιχεία για το ότι ίσως να παρουσιάζονται και στους άνδρες παρόμοια προβλήματα. Παρόλα αυτά, επειδή τα διαθέσιμα μέχρι στιγμής στοιχεία δεν επαρκούν, προτείνεται ότι στους άνδρες με τέτοιου είδους πρόβλημα θα πρέπει να δίνεται η διάγνωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας προσδιοριζόμενης αλλιώς ή της δυσλειτουργίας μη προσδιοριζόμενης αλλιώς.

2. ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η στυτική δυσλειτουργία αποτελεί μια από τις συχνές σεξουαλικές δυσλειτουργίες στον άνδρα. Εξαιτίας της πολυσύνθετης φύσης της σεξουαλικής λειτουργίας, υπάρχουν αρκετές προσεγγίσεις στην αιτιολογία και τη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας. Αυτό, βέβαια, ισχύει για τις περισσότερες σεξουαλικές διαταραχές, αν όχι όλες, καθώς βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες επιδρούν στη σεξουαλική λειτουργία.

Ο Goldstein (2004) ορίζει την στυτική δυσλειτουργία ως την επίμονη ή επαναλαμβανόμενη ανικανότητα απόκτησης ή διατήρησης στύσης ικανής για ικανοποιητική σεξουαλική επίδοση για χρονικό διάστημα τριών μηνών. Ο Goldstein θεωρεί ότι υπάρχουν τρεις τύποι της δυσλειτουργίας. Στην ήπια μορφή, ο άνδρας έχει μεν μειωμένη ικανότητα απόκτησης ή διατήρησης στύσης, υπάρχει όμως, έστω και περιοδικά, ικανοποιητική σεξουαλική επίδοση. Στην μέτρια μορφή η ικανοποιητική σεξουαλική επίδοση είναι σποραδική, ενώ στη σοβαρή μορφή η ικανοποιητική επίδοση απουσιάζει ή είναι σπάνια. Ο Goldstein θεωρεί ότι η στυτική δυσλειτουργία διαχωρίζεται στην ψυχογενή στυτική δυσλειτουργία, στην οποία υπάρχουν ευδιάκριτοι ψυχολογικοί παράγοντες που αποτελούν το αίτιο της διαταραχής, και στην οργανική στυτική δυσλειτουργία, στην οποία οι οργανικοί παράγοντες αποτελούν το κύριο αίτιο. Σημειώνεται όμως ότι στην οργανική στυτική δυσλειτουργία συνυπάρχουν και ψυχολογικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες. Ως προς τη διάγνωση, θεωρείται αναγκαία η λήψη σεξουαλικού, ιατρικού και ψυχοκοινωνικού ιστορικού, η φυσική εξέταση, και η δοκιμασία σε εργαστήριο, ενώ θεωρείται θετική η αξιολόγηση της κατάστασης και από τη σύντροφο. Όλα τα παραπάνω βοηθούν στην πληρέστερη κατανόηση της κάθε περίπτωσης.

Την διάκριση μεταξύ της ψυχογενούς και της οργανικής στυτικής δυσλειτουργίας αναφέρει και ο Shamloul (2013). Η ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία θεωρείται ως

αποτέλεσμα παραγόντων που προδιαθέτουν, επισπεύδουν, και διατηρούν τη δυσλειτουργία. Στους προδιαθεσιακούς παράγοντες ανήκουν οι τραυματικές εμπειρίες, η αυστηρή ανατροφή, και η ελλιπής μόρφωση γύρω από σεξουαλικά θέματα. Στους επισπεύδοντες παράγοντες ανήκουν τα έντονα προβλήματα στη σχέση, κοινωνικές ή οικογενειακές πιέσεις, και τα σημαντικά γεγονότα ζωής (π.χ. εγκυμοσύνη, απόλυση, κτλ). Στη διατήρηση της δυσλειτουργίας συμβάλλουν παράγοντες όπως τα προβλήματα στη σχέση ή η άγνοια των θεραπευτικών επιλογών. Όλα αυτά, βέβαια, μέσα σε ένα πολιτισμικό και θρησκευτικό πλαίσιο, το οποίο επιδρά στους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την στυτική δυσλειτουργία.

Η οργανική στυτική δυσλειτουργία χωρίζεται σε υποκατηγορίες. Η νευρογενής στυτική δυσλειτουργία περιλαμβάνει περιπτώσεις στις οποίες το αίτιο είναι μια νευρολογική διαταραχή, όπως επιληψία του κροταφικού λοβού, νόσος Parkinson ή Alzheimer, τραυματισμός σπονδυλικής στήλης, βλάβη σε νεύρα του πέους λόγω εγχείρησης. Στην ενδοκρινικής αιτιολογίας στυτική δυσλειτουργία, η αιτία μπορεί να είναι η έλλειψη τεστοστερόνης, κάτι το οποίο ενδέχεται να προκαλέσει η υπερπρολακτιναιμία. Τα ανδρογόνα φαίνεται να διαδραματίζουν ένα ρόλο στην σεξουαλική επιθυμία, αλλά περισσότερο συμβάλλουν στις στύσεις κατά τον ύπνο, και όχι τόσο στις προκαλούμενες από οπτικά ερεθίσματα στύσεις. Η αγγειογενής στυτική δυσλειτουργία σχετίζεται με παράγοντες κινδύνου για τη διαταραχή, όπως η αρτηριακή ανεπάρκεια του πέους, κάτι που ενδέχεται να προκληθεί από αθηροσκλήρωση, υπέρταση, ή κάπνισμα. Επίσης, σημειώνεται ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, καθώς παρατηρούνται ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής σε ηλικιωμένα άτομα.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση θεωρεί ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση της στυτικής δυσλειτουργίας είναι μια πολυδιάστατη προοπτική (Metz, 2005). Θεωρείται ότι η στυτική δυσλειτουργία έχει πολλαπλή αιτιολογία, είναι ένα πολύπλοκο

φαινόμενο, και ότι υπάρχει μια ανισορροπία στην άποψη που θεωρεί την διαταραχή ως ένα ιατρικό και μόνο πρόβλημα. Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση δεν δίνει σημασία μόνο στην σεξουαλική λειτουργία, αλλά θεωρεί εξ ίσου σημαντικά ζητήματα την σεξουαλική ικανοποίηση και την οικειότητα. Αντίθετα, οι ιατρικές προσεγγίσεις δεν δίνουν βαρύτητα στην μη σεξουαλική ικανοποίηση ως ένα παράγοντα που δημιουργεί προβλήματα στη σχέση και επηρεάζει την συναισθηματική ζωή των συντρόφων. Βάσει της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, θεωρείται ότι υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες παραγόντων που συνεισφέρουν στην διαταραχή. Οι βιολογικοί παράγοντες εμπεριέχουν νευρολογικά, αγγειακά, και ορμονικά ζητήματα. Στους ψυχολογικούς παράγοντες εμπεριέχονται οι αντιλήψεις του ατόμου (π.χ. αντιλήψεις, προσδοκίες) και συναισθήματα (π.χ. αυτοπεποίθηση, δυσαρέσκεια). Τον τρίτο παράγοντα αποτελούν οι δυναμικές της σχέσης, στις οποίες περιλαμβάνονται η συνεργασία ανάμεσα στους συντρόφους, η οικειότητα, και οι προσδοκίες του ζευγαριού. Ο τέταρτος παράγοντας είναι οι ψυχοσεξουαλικές δεξιότητες, οι οποίες αναλύονται σε γνωστικές, συμπεριφοριστικές, συναισθηματικές, και διαπροσωπικές πτυχές.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση διακρίνει 10 τύπους της στυτικής δυσλειτουργίας ανάλογα με την αιτιολογία, πέντε οργανικούς (φυσιολογικούς), τέσσερις ψυχολογικούς, και έναν μεικτό. Οι αιτίες των πέντε οργανικών τύπων είναι η φυσική ασθένεια (π.χ. αγγειακά προβλήματα), ο φυσικός τραυματισμός (μετά από χειρουργείο προστάτη), τα εκ γενετής σχετιζόμενα με τη φυσιολογία σεξουαλικά προβλήματα, η λήψη ουσιών, και ο γενικότερος τρόπος ζωής (π.χ. κάπνισμα, κακή φυσική κατάσταση). Τα αίτια που χαρακτηρίζουν τους τέσσερις ψυχολογικούς τύπους είναι η ψυχολογική δυσφορία (π.χ. άγχος), τα προβλήματα στη σχέση (π.χ. έλλειψη ενσυναίσθησης, άλυτες συγκρούσεις), το έλλειμμα ψυχοσεξουαλικών δεξιοτήτων (π.χ. λανθασμένες προσδοκίες), και οι άλλες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ή ψυχαναγκαστική καταναγκαστική

διαταραχή). Ο μεικτός τύπος καλύπτει την περίπτωση στην οποία η στυτική δυσλειτουργία συνυπάρχει με μια άλλη σεξουαλική διαταραχή, όπως π.χ. η πρόωγη εκσπερμάτιση.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, εκτός από την πολυπαραγοντικότητα των αιτιών, αναδεικνύει και τη συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων που προκαλούν την διαταραχή. Για παράδειγμα, οι λανθασμένες αντιλήψεις που θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει τέλεια στύση όλες τις φορές, μπορεί να προκαλέσουν ψυχολογική δυσφορία είτε στον άνδρα είτε στη γυναίκα, το οποίο επηρεάζει με τη σειρά του τη διαπροσωπική σχέση κτλ. Υπάρχει μια αλληλεπίδραση των παραγόντων, ο τρόπος όμως που γίνεται αυτή η αλληλεπίδραση εξαρτάται από το συγκεκριμένο ζευγάρι, και δεν μπορεί να γενικευτεί σε όλα τα ζευγάρια.

Η Kaplan (όπως αναφέρεται στο Pollets, 1999) διακρίνει τις άμεσες αιτίες, αυτές που συμβαίνουν δηλαδή στο «τώρα», από τις πιο «μακρινές». Στις τελευταίες περιλαμβάνονται οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, οι νευρωτικές συγκρούσεις, και η καταπιεστική παιδική ηλικία. Στις άμεσες αιτίες περιλαμβάνονται το άγχος επίδοσης, ο φόβος αποτυχίας, η έλλειψη γνώσεων για τη σεξουαλική διαδικασία και λειτουργία, κτλ.

Η γνωστική προσέγγιση στην στυτική δυσλειτουργία δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στο ρόλο που διαδραματίζουν οι αυτόματες σκέψεις. Στην έρευνα του Nobre (2000) έγινε μια προσπάθεια μέτρησης του είδους των αυτόματων σκέψεων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ανάμεσα σε λειτουργικά και δυσλειτουργικά άτομα. Οι αυτόματες σκέψεις αναλύθηκαν σε τρεις κατηγορίες. Καταρχήν, αυτές που σχετίζονται με το ερωτικό/σεξουαλικό ερέθισμα. Δεύτερον, αυτές που σχετίζονται με τις απαιτήσεις για τη σεξουαλική επίδοση, και οι οποίες αφορούν κυρίως την επαρκή στύση, τη διείσδυση, και την ικανοποίηση της συντρόφου. Τρίτον, οι αυτόματες σκέψεις που συνδέονται με την επερχόμενη σεξουαλική αποτυχία και τις συνέπειές της. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα δυσλειτουργικά άτομα έκαναν πολύ λιγότερες αυτόματες σκέψεις που αφορούσαν το ερωτικό ερέθισμα, ενώ αντίθετα οι αυτόματες σκέψεις που σχετίζονται με τις απαιτήσεις της επίδοσης

και με την επερχόμενη αποτυχία ήταν περισσότερες σε σχέση με τα λειτουργικά άτομα. Επίσης, η συναισθηματική αντίδραση η οποία προκύπτει ως αντίδραση στις σκέψεις της επίδοσης και της αποτυχίας είναι αρνητική. Γενικότερα, θεωρείται ότι οι αυτόματες σκέψεις που επικεντρώνονται στο σεξουαλικό ερέθισμα δημιουργούν θετικά συναισθήματα κατά τη σεξουαλική διαδικασία, τα οποία σχετίζονται με τη φυσιολογική αντίδραση της επίτευξης στύσης. Αντίθετα, οι σκέψεις που σχετίζονται με τις απαιτήσεις και την αποτυχία δημιουργούν αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες συσχετίζονται αρνητικά με την επίτευξη στύσης. Τα παραπάνω αποτελέσματα αναδεικνύουν τον ρόλο του γνωστικού παράγοντα στη στυτική δυσλειτουργία, όχι όμως μόνο στο ρόλο των αυτόματων σκέψεων, αλλά και των γενικότερων αντιλήψεων. Κι αυτό γιατί τα άτομα που παρουσίαζαν τις δυσλειτουργικές αυτόματες σκέψεις υιοθετούσαν το μοντέλο του «Λατίνου εραστή», σύμφωνα με το οποίο ο άνδρας πρέπει να μπορεί να ικανοποιεί τη γυναίκα, να έχει έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, γρήγορες και επαρκείς στύσεις, και περιορισμένη έκφραση συναισθημάτων. Η αποδοχή του παραπάνω προτύπου από το γνωστικό σύστημα αντιλήψεων του ατόμου σχετιζόταν με τη δημιουργία των δυσλειτουργικών τύπων αυτόματων σκέψεων κατά τη σεξουαλική διαδικασία. Διαφαίνεται, δηλαδή, το πώς οι επηρεαζόμενες από την κοινωνία αντιλήψεις του ατόμου ενδέχεται να σχετίζονται με τη στυτική δυσλειτουργία μέσω αυτού του μηχανισμού δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων.

Συνεχίζοντας την σύγκριση μεταξύ ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και ατόμων με φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία, η έρευνα του Cameron (2005) εξετάζει την πιθανή ύπαρξη διαφορών ως προς τα σεξουαλικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της ερωτικής σχέσης. Πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα ήταν βασισμένη στο internet και σε πληθυσμό των Ηνωμένων πολιτειών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία είχαν χαμηλότερη σεξουαλική επιθυμία και χαμηλότερη ικανοποίηση από τη σεξουαλική διαδικασία. Επίσης, υπήρχε διαφορά στο πόσο συχνά τα άτομα με στυτική

δυσλειτουργία ήθελαν να εμπλέκονται σε σεξουαλική πράξη, στο πόσο συχνές σεξουαλικές συνενυρέσεις είχαν, και στο πόσο οι σεξουαλικές πράξεις ήταν τελικά «επιτυχημένες». Είναι εντυπωσιακό το ότι το 67,6% όσων αντιμετώπιζαν στυτική δυσλειτουργία ανέφερε ότι δεν έκανε καμία προσπάθεια για να εμπλακεί σε σεξουαλική διαδικασία τον τελευταίο μήνα, σε σχέση με το μικρότερο από 1% αντίστοιχο ποσοστό όσων δεν αντιμετώπιζαν τη διαταραχή. Σε όσους τελικά ενεπλάκησαν από τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία, το 67,7% των σεξουαλικών επαφών θεωρήθηκαν επιτυχείς, ενώ στους υπόλοιπους η επιτυχία των επαφών ήταν στο 95,5%. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση από τη σχέση, ο αυθορμητισμός, και η σεξουαλική αυτοπεποίθηση ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα σε όσους αντιμετώπιζαν στυτική δυσλειτουργία, συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους.

Παρότι είναι σαφές ότι υπάρχει μια σχέση της ηλικίας με τη στυτική δυσλειτουργία, δεν είναι σαφές το κατά πόσον μια στυτική δυσλειτουργία σε έναν ηλικιωμένο είναι παρόμοια με μια αντίστοιχη σε έναν νεαρό άνδρα. Την εξαιρετικά ενδιαφέρουσα αυτή πτυχή του ζητήματος εξετάζει στην έρευνά του ο Moore (2003). Σε αυτή τη μελέτη συμμετείχαν 560 άνδρες ηλικίας 19-87 ετών που επισκέφθηκαν μια κλινική λόγω προβλημάτων στύσης. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη αφορούσε τους άνδρες ηλικίας 19-39 (πρώιμη ενήλικη ζωή), 40-59 (μέση ενήλικη ζωή) και 60+ (ύστερη ενήλικη ζωή). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εμπειρία της στυτικής δυσλειτουργίας είναι διαφορετική σε κάθε ηλικία. Μάλιστα, θεωρούν ότι αυτό συνηγορεί υπέρ της άποψης που θεωρεί ότι υπάρχει πολλαπλή αιτιολογία για τη διαταραχή. Επίσης, σημειώνεται ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες δύνανται να επιδεινώσουν τη διαταραχή, η οποία με τη σειρά της επιδρά στους ψυχολογικούς παράγοντες, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο. Ως προς τα συμπεράσματα της έρευνας, οι νεότεροι άνδρες ανέφεραν λιγότερη ικανοποίηση από τη σχέση, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, και περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις από τις συντρόφους. Επίσης, οι νεότεροι άνδρες επέδειξαν μεγαλύτερη συχνότητα επαφών, όπως και καλύτερη στυτική

λειτουργία σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Από τα παραπάνω συνάγεται το ότι αν και οι νεαρότεροι άνδρες αντιμετωπίζουν λιγότερο συχνά προβλήματα στύσης, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν περισσότερες ψυχολογικές δυσκολίες σχετιζόμενες με τη στυτική δυσλειτουργία, σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Για την ερμηνεία αυτού του ευρήματος, προτείνεται το ότι οι νεαροί άνδρες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στη σεξουαλική τους επίδοση ως προς την αυτό-αξιολόγησή τους αλλά και ως προς την ποιότητα της ερωτικής σχέσης τους. Έτσι, θεωρούν ότι η στυτική δυσλειτουργία έχει εξαιρετικά αρνητικό αντίκτυπο στην διατήρηση και την ποιότητα της ερωτικής σχέσης, κάτι το οποίο οδηγεί σε χαμηλότερη ικανοποίηση από τη σχέση, χαμηλότερη ποιότητα ζωής, και ενδεχόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, οι αντιδράσεις της συντρόφου είναι πιθανότατα διαφορετικές ανά ηλικία, καθώς μια νεαρή σύντροφος ίσως θεωρήσει τη δυσλειτουργία ως απόδειξη του ότι δεν είναι ελκυστική για τον άνδρα, κάτι το οποίο ενδέχεται να οδηγήσει σε δυσκολότερη διαχείριση της κατάστασης, σε περισσότερες συγκρούσεις, και σε μικρότερη ικανοποίηση από τη σχέση. Αντίθετα, σε ένα ζευγάρι μεγαλύτερης ηλικίας που είναι παντρεμένο για πολλά χρόνια, η στυτική δυσλειτουργία αποδίδεται από τους συντρόφους στην ηλικία ή σε ιατρικούς λόγους. Η στυτική δυσλειτουργία σε ένα τέτοιο ζευγάρι δεν φαίνεται να δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα επικοινωνίας, ενώ η ποιότητα ζωής δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τη διαταραχή, ιδιαίτερα σε σχέση με τους νεότερους άνδρες. Οι τελευταίοι, αντίθετα, παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία διαχείρισης της στυτικής δυσλειτουργίας και της μη ομαλής στύσης, καθώς έχουν μεγαλύτερη επιθυμία για σεξ.

Πάντως, η εμφάνιση της στυτικής δυσλειτουργίας απαντάται συχνότερα σε μεγαλύτερες ηλικίες. Ο Blanker (2001) διαπιστώνει ότι υπάρχει σχέση της ηλικίας με τη στυτική δυσλειτουργία, αλλά και με τη δυσκολία εκσπερμάτισης. Μάλιστα, φαίνεται να υπάρχει σχέση και μεταξύ των δύο διαταραχών, καθώς το 50% όσων παρουσίαζαν δυσκολία εκσπερμάτισης παρουσίαζε και στυτική δυσλειτουργία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η εμφάνιση

της στυτικής δυσλειτουργίας φάνηκε να σχετίζεται με το κάπνισμα, την παχυσαρκία, τη μεγαλύτερη μάζα σώματος, την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την αντιμετώπιση καρδιαγγειακών προβλημάτων, και με προβλήματα του προστάτη. Ίσως λοιπόν η επίδραση της ηλικίας να μην είναι ανεξάρτητη, αλλά να διαμεσολαβείται από ιατρικά προβλήματα τα οποία επιδεινώνονται με την ηλικία, ή με τον τρόπο ζωής (π.χ. κάπνισμα). Ο Rowland (2005), μελετώντας σε εργαστηριακή έρευνα τη στυτική δυσλειτουργία, σημειώνει ότι η ηλικία και το κάπνισμα επηρεάζουν τη στυτική λειτουργία. Μάλιστα, θεωρεί ότι η επίδραση αυτή αφορά περισσότερο το οργανικό επίπεδο και όχι το ψυχολογικό. Κι αυτό γιατί οι συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως ηλικίας, ανέφεραν παρόμοια υψηλά επίπεδα διέγερσης. Άρα, προκύπτει το ότι η μειωμένη στύση στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δεν προέρχεται από τη μείωση της ψυχολογικής διέγερσης, αλλά είναι μη ψυχολογικής αιτιολογίας, καθώς οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που συντελούν στη διέγερση φαίνεται να είναι ανέπαφοι.

Η πιθανή σχέση της κατάθλιψης με τη στυτική δυσλειτουργία είναι ένα δύσκολο προς εξέταση ζήτημα. Κι αυτό γιατί μπορεί είτε να θεωρηθεί αιτία της διαταραχής είτε ένα αποτέλεσμα της διαταραχής, καθώς επηρεάζει την αυτοπεποίθηση του ατόμου, την ερωτική σχέση, τις αντιλήψεις για το ερωτικό του μέλλον κτλ. Η Strand (2002) αναφέρει ότι μόνο το 14,7% των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία παρουσίαζε τέτοια συμπτώματα που, σύμφωνα με το DSM, θα το χαρακτήριζαν καταθλιπτικό. Όμως, σημειώνεται ότι σε όλα τα άτομα υπήρχε σημαντική δυσφορία, η οποία δεν ήταν μεν σε τέτοια επίπεδα που θα επέτρεπαν την ένταξη στην οριζόμενη από το DSM κατηγορία της κατάθλιψης, εντούτοις, φάνηκε ότι δεν έχει προκύψει από συννοσηρότητα ή κάποια άλλη ιατρική ασθένεια, άρα η ύπαρξή της πρέπει να αξιολογηθεί αναλόγως. Σε κάθε περίπτωση, ακόμα κι αν δεν γίνεται να οριστεί με σιγουριά το αν η κατάθλιψη είναι αίτιο ή αποτέλεσμα, η προσπάθεια αντιμετώπισης αυτών των συμπτωμάτων δυσφορίας στη θεραπεία, ανεξάρτητα από την προέλευσή τους, θα ήταν κάτι βοηθητικό και χρήσιμο στην όλη αντιμετώπιση.

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα είναι οι αλλαγές που προκαλεί η στυτική δυσλειτουργία στην σχέση των δύο συντρόφων. Η McCabe (2008) αναφέρει ότι οι άνδρες, όπως και οι ερωτικές τους σύντροφοι, δήλωσαν ότι είχαν λιγότερες σεξουαλικές επαφές μετά την εμφάνιση της διαταραχής. Η αντίδραση όμως των ανδρών και των γυναικών ως προς την διαταραχή εμπεριέχει διαφορές. Καταρχήν, οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ότι η διαταραχή δεν είναι τόσο σημαντικό πρόβλημα συγκρινόμενο με άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους. Επίσης, οι άνδρες βιώνουν την διαταραχή περισσότερο ως καταστροφική για τους ίδιους, ενώ είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι επηρεάζεται η γενικότερη αυτοπεποίθησή τους λόγω του προβλήματος. Επιπροσθέτως, οι ερωτικές σύντροφοι είναι πιο πιθανό να θεωρούν ότι η ικανοποίηση μπορεί να επέλθει και με άλλους τρόπους, οι οποίοι δεν απαιτούν επαρκή στύση. Γενικότερα, παρόλο που και οι άνδρες και οι γυναίκες ανέφεραν μειωμένα επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης, οι άνδρες φαίνεται να βιώνουν με περισσότερο αρνητικό τρόπο τη στυτική δυσλειτουργία, καθώς είχαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης και σεξουαλικής ικανοποίησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ οι περισσότερες γυναίκες μπορούσαν να δεχθούν τη μείωση στις σεξουαλικές επαφές, ένα σημαντικό ποσοστό (περίπου το 1/4) ανέφερε ότι δεν θα μπορούσε να ανεχθεί τη δραστική μείωση της σεξουαλικής ζωής. Σημαντικό επίσης είναι το ότι η πλειοψηφία των γυναικών παρουσίαζαν μια ισχυρή επιθυμία να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος και στη θεραπεία. Το τελευταίο είναι ένα αρκετά ενθαρρυντικό εύρημα, καθώς αναδεικνύεται η σημαντικότητα της εμπλοκής της ερωτικής συντρόφου στη θεραπεία.

Ο τρόπος με τον οποίο βιώνουν οι ερωτικές σύντροφοι τη στυτική δυσλειτουργία του άνδρα ήταν το αντικείμενο έρευνας της Conaglen (2008). Καταρχήν, επισημαίνεται η ποικιλία των αντιλήψεων των γυναικών ως προς τις αιτίες της διαταραχής, καθώς 21 από τις 51 θεώρησαν ότι οφείλεται σε ιατρικό πρόβλημα, 9 ότι σχετιζόταν με την ηλικία, 10 γυναίκες θεωρούσαν σαν αίτιο το γενικότερο στρες, ενώ 7 απέδωσαν την αιτία σε

ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. ενοχή για σεξ με νέα σύντροφο, άγχος ή κατάθλιψη που αφορά την ερωτική σχέση). Γενικότερα, σημειώνεται η έλλειψη πληροφοριών στις γυναίκες ως προς το πώς ο άνδρας βιώνει τη στυτική δυσλειτουργία. Ως προς την επίπτωση της διαταραχής στις ίδιες και στη σχέση, αρκετές ανέφεραν απογοήτευση, ενώ κάποιες κατηγορούσαν τον εαυτό τους, θεωρώντας ότι η μειωμένη ελκυστικότητά τους ευθύνεται για την όλη κατάσταση. Ως προς την σεξουαλική ζωή μετά την εμφάνιση της διαταραχής, οι μισές περίπου ανέφεραν ότι δεν είχαν πια σεξουαλική ζωή. Επίσης, στις περισσότερες (35 από τις 51) η οικειότητα και η εγγύτητα που ένιωθαν με το σύντροφό τους παρουσίαζε μείωση. Παρόλα αυτά, υπήρχε ένα ποσοστό (1/4) στο οποίο η στυτική δυσλειτουργία οδήγησε σε περισσότερη οικειότητα και στοργή, επικέντρωση στη σεξουαλική έκφραση και όχι στη στιγμή του οργασμού, και σε ερωτικά παιχνίδια τα οποία αξιολογούνται ως καλύτερα συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα πριν την εμφάνιση της διαταραχής. Αυτό αποτελεί ένα ιδιαίτερα ελπιδοφόρο εύρημα, καθώς διαφαίνεται η σημασία της αντίδρασης της συντρόφου στη δυσλειτουργία, αλλά και ότι ο τρόπος διαχείρισης της κατάστασης από το ζευγάρι παίζει ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Η Chevret (2004) θεωρεί ότι ίσως η σεξουαλική ζωή να έχει διαφορετική σημασία για τους άνδρες και τις γυναίκες, με τις γυναίκες να μην είναι τόσο επικεντρωμένες στη διείσδυση. Έτσι, σε περιπτώσεις ήπιας στυτικής δυσλειτουργίας, είναι σε θέση να αντλήσουν ευχαρίστηση από άλλες πτυχές της σεξουαλικής ζωής. Αντίθετα, μια σοβαρή μορφή της δυσλειτουργίας πιθανότατα ζημιώνει την επικοινωνία των συντρόφων, οδηγώντας σε λιγότερη στοργή και σε λιγότερη επαφή σαν ζευγάρι, κάτι που εν τέλει προκαλεί την μη ικανοποίηση της γυναίκας από τη σεξουαλική της ζωή.

Μετά από την αναζήτηση των αιτίων της στυτικής δυσλειτουργίας, αλλά και την εξέταση κάποιων σημαντικών πτυχών του όλου ζητήματος, θα γίνει αναφορά στις διαθέσιμες θεραπείες. Υπάρχουν αρκετές θεραπείες για τη στυτική δυσλειτουργία, όπως η φαρμακοθεραπεία, η θεραπεία που στοχεύει σε ψυχολογικούς παράγοντες, κτλ. Φυσικά, κάθε

θεραπεία αντανακλά και μια θεωρητική προσέγγιση που αφορά τα αίτια της διαταραχής. Υπάρχουν επίσης και θεραπείες που λαμβάνουν υπόψη περισσότερους από έναν παράγοντες, οι οποίοι στοχεύουν σε μια πολυσύνθετη και πολυεπίπεδη αντιμετώπιση, προσδοκώντας με αυτόν τον τρόπο μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Ξεκινώντας με την φαρμακοθεραπεία, παρατηρείται η εξέχουσα θέση που έχει η σιλденаφίλη (Viagra) ως προς την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας. Η σιλденаφίλη ανήκει στους αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE Inhibitors) (Pryor, 2002). Η μέση επιτυχία της σιλденаφίλης κυμαίνεται περίπου στο 74-89%, ενώ σε placebo γύρω στο 19%. Ο σεξουαλικός ερεθισμός είναι απαραίτητος για τη ενεργοποίηση της σιλденаφίλης, ενώ τα αποτελέσματα είναι κατώτερα όταν το άτομο έχει διαταραγμένη νευροδιαβίβαση (π.χ. διαβητικοί). Οι παρενέργειες της σιλденаφίλης σχετίζονται με τη δόση και σπάνια είναι πολύ ενοχλητικές. Έχουν αναφερθεί πονοκέφαλοι, έξαψη προσώπου, δυσπεψία, και αφύσικη όραση. Η τελευταία αφορά ένα ελαφρύ μπλε χρωματισμό, ο οποίος όμως δεν φαίνεται να δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα. Η σιλденаφίλη αντενδείκνυται σε όσους λαμβάνουν νιτρώδη, εξαιτίας των κινδύνων από υπόταση και έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η σιλденаφίλη, όπως και οι άλλοι αναστολείς των PDE5 ταδαλαφίλη και βαρδεναφίλη, αναστέλλουν το ένζυμο PDE, το οποίο είναι υπεύθυνο για την αποδόμηση της μονοφωσφορικής γουανοσίνης (Shamloul, 2013). Αυτή η διαδικασία προκαλεί παρατεταμένη δραστηριότητα της μονοφωσφορικής γουανοσίνης, η οποία οδηγεί σε μειωμένες ενδοκυτταρικές συγκεντρώσεις ασβεστίου. Η προαναφερθείσα διαδικασία οδηγεί στην διατήρηση της χαλάρωσης των λείων μυών, και εν τέλει σε καλύτερη στυτική λειτουργία. Το κύριο πλεονέκτημα των αναστολέων PDE5 έγκειται στο ότι βελτιώνουν την σεξουαλική επίδοση και λειτουργία, χωρίς όμως να αυξάνουν τη libido. Επίσης, στους νέους άνδρες μειώνεται η περίοδος που απαιτείται για νέα στύση μετά από μια εκσπερμάτιση, ενώ σημειώνεται και βελτίωση στον έλεγχο της εκσπερμάτισης. Παρόλα αυτά, αξίζει να

σημειωθεί ότι το 35% των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία δεν αντιδρούν στη θεραπεία. Σε αυτήν την ομάδα ανήκουν συχνά όσοι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, ή από σοβαρές νευρολογικές ή αγγειακές παθήσεις.

Στη μελέτη του Giuliano (2001), η οποία αντλεί τα δεδομένα της από τρεις διπλά τυφλές μελέτες που ελέγχεται και η placebo επίδραση, φαίνεται η ευεργετική επίδραση της σιλδεναφίλης. Το 79% όσων χορηγήθηκε σιλδεναφίλη ανέφερε ότι παρουσίασε βελτίωση στην στυτική λειτουργία. Το ιδιαίτερα μεγάλο αυτό ποσοστό, σε συνδυασμό με το αρκετά μικρότερο 23% όσων χρησιμοποίησαν placebo που ανέφερε βελτίωση, καταδεικνύει την αποτελεσματικότητα της σιλδεναφίλης. Επίσης, η θεραπεία με σιλδεναφίλη φάνηκε να συμβάλλει στην μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή και την μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη σεξουαλική σχέση με τη σύντροφο. Τα θετικά αποτελέσματα φαίνεται όμως ότι γενικεύονται και σε άλλους συνδεδεμένους με την διαταραχή τομείς, καθώς παρατηρήθηκε αύξηση της ικανοποίησης από την ερωτική σχέση, αύξηση της ευεξίας και της πνευματικής υγείας, και περισσότερος αυτοέλεγχος. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω αποτελέσματα δεν προκύπτουν μόνο σε σχέση με την προ της θεραπείας κατάσταση, αλλά και σε σχέση με την ομάδα στην οποία χορηγήθηκε placebo. Επίσης, σύμφωνα με τους Nurnberg et al. (όπως αναφέρεται στο Aizenberg, 2003), η χρησιμοποίηση σιλδεναφίλης σε άτομα που αντιμετωπίζουν στυτική δυσλειτουργία εξαιτίας αντικαταθλιπτικής αγωγής με SSRI οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανότητα επίτευξης και διατήρησης στύσης συγκρινόμενη με placebo. Η μελέτη του Aizenberg (2003) επιβεβαιώνει το παραπάνω συμπέρασμα όσον αφορά την ηλικιακή κατηγορία 71-80 ετών.

Η τεστοστερόνη, αν και φαίνεται ότι διαδραματίζει ρόλο στη διατήρηση της στύσης, δεν χρησιμοποιείται συχνά σαν θεραπεία (Shamloul, 2013). Η χρησιμοποίησή της συμβαίνει συνήθως σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει αποδεδειγμένα έλλειψη τεστοστερόνης στο άτομο.

Σε περιπτώσεις στις οποίες δεν ενδείκνυται η θεραπεία με PDE5 inhibitors ή δεν υπάρχει αποτελεσματικότητα, η θεραπεία μπορεί να γίνει με ενδοπεϊκές ενέσεις (Pryor, 2002). Η παπαβερίνη, αν και είχε χρησιμοποιηθεί για αρκετά χρόνια σαν θεραπεία, είχε το μειονέκτημα που αφορά τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πριαπισμού. Η παπαβερίνη έχει χρησιμοποιηθεί και σε συνδυασμό με την φαιντολαμίνη, με καλύτερα αποτελέσματα σε κάποια άτομα (Coleman, 1998). Επίσης, η προσταγλανδίνη E₁ έχει πολύ θετικά αποτελέσματα ως προς τη στυτική σκληρότητα, η αναγκαιότητα όμως της ένεσης παραμένει ένα σημαντικό μειονέκτημα (Pryor, 2002). Επιπροσθέτως, το κύριο μειονέκτημα της θεραπείας με τις ενέσεις είναι το ότι η στύση είναι προβλέψιμη, συμβαίνει ξαφνικά και άμεσα, ανεξάρτητα από τη σεξουαλική επιθυμία (Shamloul, 2013).

Εναλλακτική μορφή θεραπείας για τη στυτική δυσλειτουργία σε περίπτωση αποτυχίας των προαναφερθεισών θεραπειών αποτελεί η χειρουργική εμφύτευση συσκευής. Ένα βασικό μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η μη αναστρέψιμη καταστροφή του σωματικού ιστού. Επίσης, η χειρουργική επέμβαση που απαιτείται, όπως όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις, ενέχουν κάποιους κινδύνους, όπως για παράδειγμα ο κίνδυνος μόλυνσης. (Coleman, 1998; Shamloul, 2013). Η θεραπεία μέσω της αγγειακής χειρουργικής έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως παλαιότερα. Τέλος, υπάρχουν συσκευές που μέσω ενός μηχανισμού αντλιών προωθούν αίμα στη βάση του πέους, προκαλώντας στύση (Shamloul, 2013).

Μετά την ανασκόπηση των αποκλειστικά ιατρικών θεραπειών, θα γίνει αναφορά σε θεραπείες οι οποίες συνυπολογίζουν και ψυχολογικούς παράγοντες. Η συνδυαστική-κονστρουκτιβιστική θεραπευτική προσέγγιση του Atwood (2006a) συνυπολογίζει τους βιολογικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες στη θεραπεία. Αναφέρεται το ότι η εστίαση μόνο στους βιολογικούς παράγοντες αφήνει το ζευγάρι να διαχειριστεί μόνο του θετικές ή αρνητικές όψεις της εντελώς νέας σχέσης των συντρόφων με τη σεξουαλική διαδικασία. Ενδεχομένως να υπάρξουν μεταβολές στην δυναμική της σχέσης. Από την άλλη, μια εστίαση

μόνο σε ψυχολογικούς παράγοντες θα αγνοούσε βιολογικούς παράγοντες που πιθανότατα συνεισφέρουν στην εκδήλωση ή διατήρηση της διαταραχής. Γι αυτό, θεωρείται απαραίτητο να εξετάζονται βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, παράγοντες της διαπροσωπικής σχέσης, αλλά και παράγοντες πλαισίου.

Ως προς την αντιμετώπιση των ψυχολογικών παραγόντων, καταρχήν πρέπει να εξεταστούν ψυχολογικά ή σεξουαλικής φύσεως ζητήματα που ενδεχομένως σχετίζονται με τη στυτική δυσλειτουργία (Atwood, 2006b). Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να εξεταστούν οι αρχικές σεξουαλικές εμπειρίες, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν σεξουαλικό τραύμα, την αντίληψη ότι το σεξ είναι κάτι βρώμικο και αμαρτωλό, αιμομιξία, ή πρώιμες ομοφυλοφιλικές εμπειρίες που προκαλούν σύγχυση ως προς την σεξουαλική προτίμηση. Επίσης, πρέπει να εξεταστεί η γνώση για σεξουαλικά θέματα, καθώς ενδεχόμενη άγνοια μπορεί να σχετίζεται με άγνοια σεξουαλικών τεχνικών, φόβο εγκυμοσύνης, δυσλειτουργικές προσδοκίες για θέματα σεξουαλικότητας και οργασμού. Επιπροσθέτως, σημαντική είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων επικοινωνίας του ζευγαριού κατά τη σεξουαλική διαδικασία. Τέλος, παράγοντες όπως προβλήματα στη σχέση ή οικογενειακό στρες, εφόσον υπάρχουν, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Προκύπτει, λοιπόν, η ανάγκη λήψης από το θεραπευτή του σεξουαλικού ιστορικού του ατόμου σε επίπεδο παιδικής ηλικίας, εφηβείας, και ενήλικης ζωής. Ως προς την παιδική ηλικία, πρέπει να τεθούν ερωτήματα που αφορούν το πώς διδάχθηκαν τη σεξουαλικότητα, πώς θυμούνται τη σχέση των γονέων, πώς ήταν η πρώτη σχετιζόμενη με το σεξ εμπειρία, ζητήματα κοινωνικών σχέσεων στο σχολείο κτλ. Ως προς την εφηβεία, εξετάζεται η αυτοπεποίθηση, η άποψη για το σώμα τους, η σχέση με τους συνομηλίκους, η σχέση με το άλλο φύλο, τα πρώτα ραντεβού, οι σεξουαλικές εμπειρίες, και οι τεχνικές αυνανισμού. Ως προς την ενήλικη ζωή, διερευνώνται τα επίπεδα αυτοπεποίθησης, οι σεξουαλικές εμπειρίες και οι φαντασιώσεις. Μετά τη λήψη του ιστορικού, ο θεραπευτής πρέπει να επικεντρωθεί στο

ζήτημα της δυσλειτουργίας, το πώς βιώνεται δηλαδή η στυτική δυσλειτουργία από τους συντρόφους, πόσο επηρεάζεται η συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας, ποια η σημασία της διαταραχής για τον κάθε σύντροφο και πως την ερμηνεύει, αλλά και πώς επηρεάζεται η οικειότητα των συντρόφων και η γενικότερη διαπροσωπική σχέση. Σημαντική κρίνεται η ανάπτυξη καλύτερης επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων. Αν, για παράδειγμα, ένας από τους συντρόφους δεν επιθυμεί κάποια στιγμή σεξουαλική επαφή, θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρο ότι δεν απορρίπτει τον άλλο σύντροφο. Επίσης, η αύξηση του ρομαντισμού μέσω ενός ραντεβού που θα βγάλει το ζευγάρι από την καθημερινή ρουτίνα πιθανότατα θα έχει θετικές συνέπειες. Προτείνεται επίσης η χρήση σεξουαλικών τεχνικών που θα οδηγήσουν σε μεγαλύτερη επικέντρωση στις αισθήσεις. Απαραίτητη είναι και η εξέταση των διαπροσωπικών δυναμικών. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται ζητήματα όπως άλυτες συγκρούσεις, ζητήματα ιεραρχίας στη σχέση ή κατάργησης της ήδη διαμορφωμένης ιεραρχίας, ανεξαρτησία των ατόμων από τις προηγούμενες οικογένειές τους, επίπεδα στοργικότητας και συναισθήματος, κτλ.

Αξίζει να αναφερθεί η μελέτη περίπτωσης του Porovic (2007), η οποία αφορά την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας χωρίς βιολογικές θεραπείες αλλά μόνο με ψυχοθεραπεία, καθώς το άτομο αρνήθηκε τη φαρμακοθεραπεία αλλά και τη θεραπεία ζεύγους. Η περίπτωση είναι αρκετά ενδιαφέρουσα και αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της διαταραχής εξαιτίας της συνύπαρξης στους αιτιολογικούς παράγοντες των τραυματικών εμπειριών, ιατρικών προβλημάτων που επηρεάζουν σε ψυχικό επίπεδο και συμβάλλουν στη διαταραχή (ελκώδης κολίτιδα), προβλημάτων επικοινωνίας, κ.α. Η αντιμετώπιση περιελάμβανε υποστηρικτική, γνωσιακή-συμπεριφορική, και ψυχοσεξουαλική θεραπεία, όπως και συμπεριφορικές ασκήσεις στο σπίτι. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά, παρότι δεν χρησιμοποιήθηκε φαρμακοθεραπεία, πάντως η στυτική δυσλειτουργία φαινόταν να είναι ψυχογενούς αιτιολογίας.

Ο Metz (2005), υποστηρικτής της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, θεωρεί ότι το είδος θεραπείας πρέπει να είναι αντίστοιχο με τα εκτιμώμενα ανά περίπτωση αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας. Φυσικά, εφόσον η πολλαπλή αιτιολογία της διαταραχής συναντάται συχνά, δεν αποκλείονται παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα. Αναδεικνύεται η ανάγκη ανάπτυξης ψυχοσεξουαλικών δεξιοτήτων, η δημιουργία των οποίων γίνεται σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση, μέσω ασκήσεων προωθείται η φυσική χαλάρωση, η άνεση με τη σεξουαλικότητα, και η άνεση συζήτησης για αυτή. Στη δεύτερη φάση επιδιώκεται το να μάθει το ζευγάρι τη διαδικασία επίτευξης στύσης και να αποκτήσει αυτοπεποίθηση για τη στύση. Στην τρίτη φάση ο στόχος είναι η απόλαυση της συνουσίας με μια νέα σεξουαλική αυτοπεποίθηση, εγγύτητα, και ευχαρίστηση, η οποία θα οδηγήσει σε ευέλικτα σενάρια συνουσίας. Η ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών, η έμφαση στην οικειότητα, και η ένταξη του «παιχνιδίσματος» στη σεξουαλική δραστηριότητα μπορούν επίσης να έχουν θετική επίδραση.

Τα οφέλη της πολυεπίπεδης θεραπευτικής προσέγγισης φαίνονται στη μελέτη του Phelps (2004). Σε αυτήν την έρευνα υπήρξε σύγκριση της απλής θεραπείας με σιλδεναφίλη και της θεραπείας με σιλδεναφίλη και ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση. Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση περιελάμβανε παρουσίαση πληροφοριών σε ομάδες 6-8 ατόμων, οι οποίες αφορούσαν θέματα όπως ο σεξουαλικός κύκλος, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, στυτική δυσλειτουργία και χρόνιες ιατρικές καταστάσεις, συμπεριφορικές ασκήσεις. Δόθηκαν πληροφορίες για τον τρόπο δράσης της σιλδεναφίλης, τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων και τις προσδοκίες της θεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά των δύο ομάδων ως προς τα αποτελέσματα της θεραπείας στη στυτική λειτουργία. Όμως, υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση στην ομάδα με την επιπλέον ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση ως προς την ικανοποίηση από τη θεραπεία, αυξημένη αυτοπεποίθηση για τη σεξουαλική ικανότητα, και περισσότερη ικανοποίηση για τις σεξουαλικές σχέσεις με τη σύντροφο. Επίσης, οι

συμπεριφορικές ασκήσεις βοήθησαν στην καλύτερη επικοινωνία, ιδιαίτερα ως προς την κατανόηση των αναγκών της συντρόφου.

Σε παρόμοιο μήκος κύματος με την προαναφερθείσα μελέτη βρίσκεται και η έρευνα της Aubin (2009). Οι δύο ομάδες θεραπείας αποτελούνταν από άτομα που είτε χρησιμοποίησαν σιλδεναφίλη είτε σιλδεναφίλη με επιπρόσθετη σεξουαλική θεραπεία (και θεραπεία ζεύγους). Η σεξουαλική θεραπεία αποτελούνταν από οκτώ συνεδρίες, οι οποίες γίνονταν από τον ίδιο θεραπευτή. Στις συνεδρίες συμπεριλαμβάνονταν στοιχεία από τη θεραπεία ζεύγους και σεξουαλική θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, υπήρχε εκπαίδευση σε επικοινωνιακές και συναισθηματικές δεξιότητες, ασκήσεις επικέντρωσης στις αισθήσεις, εκπαίδευση στις σεξουαλικές φαντασιώσεις, και γνωσιακή αναδόμηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην ομάδα με την επιπρόσθετη θεραπεία υπήρξε περισσότερη βελτίωση και διάρκεια στους τομείς της σεξουαλικής λειτουργίας και της οικειότητας. Γενικότερα, τα οφέλη από τη θεραπεία διατηρούνταν για περισσότερο χρονικό διάστημα σε αυτή την ομάδα. Αυτό εξηγείται από το ότι όσοι χρησιμοποίησαν μόνο τη σιλδεναφίλη αντιμετώπισαν δυσκολίες μετά την διακοπή της λήψης της, καθώς είχαν έλλειμμα στρατηγικών αντιμετώπισης κατά την επανεμφάνιση του προβλήματος. Αντίθετα, όσοι είχαν δεχθεί επιπρόσθετη σεξουαλική θεραπεία, μπόρεσαν να εφαρμόσουν τις στρατηγικές που είχαν διδαχθεί και να διατηρήσουν με αυτόν τον τρόπο τα οφέλη της προηγούμενης θεραπείας με σιλδεναφίλη.

Η σημαντικότητα των υπόλοιπων θεραπευτικών προσεγγίσεων, εκτός δηλαδή από τη σιλδεναφίλη, προκύπτει και από την έρευνα της Melnik (2005). Αντικείμενο της έρευνας ήταν η αποτελεσματικότητα τριών θεραπειών στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς στυτικής δυσλειτουργίας. Στην πρώτη θεραπευτική ομάδα χορηγήθηκε σιλδεναφίλη με παράλληλη όμως ψυχοθεραπεία. Στη δεύτερη ομάδα χορηγήθηκε μόνο σιλδεναφίλη, ενώ η τρίτη ομάδα έκανε ψυχοθεραπεία χωρίς χορήγηση σιλδεναφίλης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι

τρεις ομάδες παρουσίασαν βελτίωση. Όμως, οι μεγαλύτερες διαφορές ως προς τα αποτελέσματα της θεραπείας σε σχέση με την αρχική κατάσταση παρατηρήθηκαν στη πρώτη και στην τρίτη ομάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας πιθανότατα δείχνουν ότι η ψυχοθεραπεία βοήθησε τα άτομα να κατανοήσουν τη συναισθηματική συνιστώσα της κατάστασής τους, να ενδυναμώσουν την δέσμευσή τους στη θεραπευτική διαδικασία, και να εμπλακούν βαθύτερα σε αυτή. Τα μικρότερα αποτελέσματα στην ομάδα χωρίς ψυχοθεραπεία δείχνουν ότι ναι μεν η σιλδεναφίλη παίζει ουσιαστικό ρόλο στην θεραπεία, παρόλα αυτά δεν πρέπει να υποεκτιμώνται και οι ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της δυσλειτουργίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η αιτιολογία είναι ψυχογενής.

Στη μελέτη του Leusink (2006) εξετάζεται η ηλεκτρονική συμβουλευτική ως μέσο αντιμετώπισης της στυτικής δυσλειτουργίας. Η ηλεκτρονική συμβουλευτική συνίστατο σε συμβουλές για ασκήσεις, σύσταση για ψυχοθεραπεία παρέχοντας πληροφορίες για ειδικούς, και φαρμακοθεραπεία. Αν και τα μεθοδολογικά προβλήματα της μελέτης δεν επιτρέπουν την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων για την ηλεκτρονική συμβουλευτική (καθώς π.χ. δεν είναι δυνατό να ανιχνευθεί αν η βελτίωση οφείλεται στη φαρμακοθεραπεία ή στη συμβουλευτική), οι συμμετέχοντες φάνηκε να βελτιώνονται. Το σημαντικό όμως από αυτή την έρευνα είναι το ότι βασικοί λόγοι για την επιλογή της ηλεκτρονικής συμβουλευτικής ήταν από τη μια η ευκολία, και από την άλλη η ντροπή και αμηχανία για τη στυτική δυσλειτουργία. Το τελευταίο είναι ένα εύρημα που προκαλεί αρκετό προβληματισμό, καθώς, η μη αναζήτηση θεραπείας λόγω του αισθήματος της ντροπής οδηγεί αναπόφευκτα σε πολύ μειωμένες πιθανότητες θεραπείας (χωρίς την επίσκεψη σε ειδικό). Κάτι που σημαίνει ότι όσο αποτελεσματικές προσεγγίσεις και θεραπείες κι αν υπάρχουν ή προκύψουν, το άτομο δεν θα μπορέσει να ωφεληθεί από αυτές, εξαιτίας του ότι δεν θα αποκαλύπτει το πρόβλημα.

Εκτός όμως από τη θεραπεία και την αποτελεσματικότητά της, ένα σημαντικότερο ζήτημα είναι και η πρόληψη της υποτροπής. Σύμφωνα με τον McCarthy (2001), η ανάπτυξη

ρεαλιστικών προσδοκιών έχει ιδιαίτερη σημασία. Το ζευγάρι πρέπει να αποδεχθεί ότι θα υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν θα είναι εφικτή η διείσδυση. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να χρησιμοποιείται είτε ένα σενάριο που θα περιλαμβάνει αισθησιασμό και οικειότητα, είτε ένα σενάριο που θα περιλαμβάνει στοματικό ερεθισμό ή αυνανισμό από τη σύντροφο (και αντιστρόφως), δηλαδή την επίτευξη του οργασμού χωρίς συνουσία. Τα εναλλακτικά σενάρια μπορεί να είναι ερωτικό μασάζ, σεξουαλικά παιχνίδια στο μπάνιο μπροστά από ένα καθρέπτη, χρησιμοποίηση ερωτικών βοηθημάτων, κτλ. Επίσης, η αποδοχή της ύπαρξης ενός ποσοστού, όποιου κι αν είναι αυτό, στο οποίο η σεξουαλική διείσδυση δεν θα είναι επιτυχής, και η ομαλή διαχείρισή του με τις προαναφερθείσες στρατηγικές έχει κρίσιμη σημασία. Επιπροσθέτως, για τη μείωση του άγχους επίδοσης, απαιτείται η εμπέδωση της αντίληψης που θεωρεί τη συνουσία μια φυσιολογική συνέχεια της ερωτικής ροής, και όχι μια διαδικασία τεστ με επιτυχία ή αποτυχία. Κι αυτό γιατί η συνουσία ως πεδίο εξέτασης και κριτικής οδηγεί τον άνδρα στο να αντιλαμβάνεται την ερωτική πρόκληση ως εκφοβιστική απειλή. Όλα τα παραπάνω βοηθούν στη διατήρηση μιας υγιούς σεξουαλικής σχέσης και στην πρόληψη της υποτροπής της στυτικής δυσλειτουργίας.

Η επίπτωση της αποτελεσματικής θεραπείας της στυτικής δυσλειτουργίας στη σεξουαλική λειτουργία της συντρόφου είναι ένα σημαντικό ζήτημα, καθώς μια θετική επίδραση θα έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη σεξουαλική σχέση. Η Cameron (2007) συγκρίνει αποτελέσματα από τρεις ομάδες γυναικών. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από γυναίκες που ο σύντροφός τους ακολουθεί θεραπεία για στυτική δυσλειτουργία, η δεύτερη από γυναίκες που ο σύντροφος δεν ακολουθεί θεραπεία ενώ παρουσιάζει στυτική δυσλειτουργία, ενώ στην τρίτη ομάδα συμμετέχουν γυναίκες που ο σύντροφός τους δεν αντιμετωπίζει στυτική δυσλειτουργία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πρώτη ομάδα παρουσίαζε μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση από την δεύτερη, αλλά μικρότερη από την τρίτη. Ως προς τη σεξουαλική αυτό-αποτελεσματικότητα και τη σεξουαλική επικοινωνία, η

τρίτη ομάδα διέφερε σημαντικά από την δεύτερη, όχι όμως και από την πρώτη, η οποία είχε υψηλότερες τιμές από τη δεύτερη. Ως προς την ικανοποίηση από τη σχέση, η πρώτη και η τρίτη ομάδα είχαν εμφανώς μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τη δεύτερη ομάδα. Η θετική επίδραση της θεραπείας της στυτικής δυσλειτουργίας στη σεξουαλική λειτουργία της συντρόφου σημειώνεται και από τον Cayan (2004), ο οποίος αναφέρει ότι η σεξουαλική διέγερση της συντρόφου, η λίπανση, ο οργασμός, η ικανοποίηση, αλλά και ο πόνος, παρουσιάζουν βελτίωση εξαιτίας της θεραπείας της στυτικής δυσλειτουργίας του άνδρα. Η θετική επίδραση της θεραπείας στη σεξουαλική λειτουργία της συντρόφου αναφέρεται και από την Conaglen (2009).

Ανακεφαλαιώνοντας, η στυτική δυσλειτουργία είναι μια διαταραχή σύνθετης και πολυδιάστατης αιτιολογίας, ενώ οι διαθέσιμες θεραπείες είναι αρκετές και συνήθως αντανακλούν μια θεωρητική προσέγγιση για την αιτιολογία. Παρατηρείται, όμως, μια ανάδειξη των βιολογικών παραγόντων και μια έμφαση στις βιολογικές θεραπείες, όπως η σιλденаφίλη (Viagra). Σύμφωνα με τον Read (2013), το παραπάνω φαινόμενο δεν σχετίζεται μόνο με μια θεωρητική διαφωνία, αλλά με οικονομικά συμφέροντα των φαρμακευτικών εταιριών. Ο Read, στην έρευνά του, αποδεικνύει ότι οι ιστοσελίδες που χρηματοδοτούνται από φαρμακευτικές εταιρίες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στη φαρμακοθεραπεία, ενώ αναδεικνύουν λιγότερο τους ψυχολογικούς παράγοντες. Αυτό είναι πολύ επικίνδυνο για μια σειρά από λόγους. Καταρχήν, η θεώρηση της στυτικής δυσλειτουργίας ως μιας αποκλειστικά βιολογικής αιτιολογίας διαταραχής από το ευρύ κοινό μπορεί να οδηγήσει σε στίγμα και σε προκατάληψη. Επίσης, υπάρχει ο κίνδυνος υιοθέτησης μιας μηχανιστικής αντίληψης για τη σεξουαλικότητα, η οποία θα θεωρεί το πέος, σε περίπτωση στυτικής δυσλειτουργίας, ως ένα «χαλασμένο μηχάνημα». Επιπροσθέτως, η ανεξέλεγκτη χορήγηση φαρμάκων θα προκαλέσει περισσότερα συμπτώματα οφειλόμενα σε παρενέργειες. Για όλους τους παραπάνω λόγους, η

πλήρης κατανόηση όλων των διαστάσεων και των πτυχών του φαινομένου της στυτικής δυσλειτουργίας αποκτά εξαιρετική σημασία.

3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΓΑΣΜΟΥ

Οι διαταραχές οργασμού είναι η διαταραχή πρόωρης εκσπερμάτισης και η ανδρική διαταραχή οργασμού (ή διαταραχή ανεσταλμένης εκσπερμάτισης).

3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΩΡΗΣ ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΗΣ

Η διαταραχή πρόωρης εκσπερμάτισης αποτελεί μια συχνή διαταραχή στο ανδρικό πληθυσμό. Η ιστορία της πρόωρης εκσπερμάτισης αποτελείται από σειρά συγκρούσεων και διαφορετικών προσεγγίσεων, οι οποίες, η καθεμία από την μεριά της βοήθησαν στην πληρέστερη κατανόηση της διαταραχής. Ο Waldinger (2013), παραθέτοντας μια ομαδοποίηση, αναφέρει επτά είδη προσεγγίσεων. Η πρώτη είναι η ψυχαναλυτική προσέγγιση, που θεωρείται κάπως ξεπερασμένη από τον Waldinger, η οποία θεωρούσε την διαταραχή σαν έκφραση μιας νεύρωσης ή αποτέλεσμα ασυνείδητων συγκρούσεων. Η δεύτερη είναι η ψυχοσωματική προσέγγιση, βάσει της οποίας η πρόωρη εκσπερμάτιση είναι όχι έκφραση της νεύρωσης, αλλά μια ψυχοσωματική διαταραχή, στην οποία συνεισφέρουν ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες. Η συμπεριφοριστική προσέγγιση θεωρεί ότι η διαταραχή είναι αποτέλεσμα μαθημένης συμπεριφοράς, καθώς παρατηρήθηκε ότι σε πολλά άτομα οι αρχικές σεξουαλικές εμπειρίες είχαν πραγματοποιηθεί μέσα σε κλίμα βιασύνης. Η ιατρική και η νευροβιολογική προσέγγιση έχουν αρκετά κοινά σημεία, καθώς δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην εμπλοκή χημικών ουσιών ή νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη αλλά και η ντοπαμίνη. Η γενετική προσέγγιση θεωρεί ότι υπάρχουν στοιχεία κληρονομικότητας στην εμφάνιση της διαταραχής. Τέλος, παρατίθεται και η προσέγγιση της φαρμακευτικής βιομηχανίας, η οποία μέσω μεγάλων επιδημιολογικών μελετών επιχειρεί να δώσει τις απαιτούμενες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών της σκευασμάτων.

Η Barnes (2007) σημειώνει καταρχήν ότι οι επιπτώσεις της πρόωρης εκσπερμάτισης υποκρύπτονται εξαιτίας της απροθυμίας των ανδρών να τη συζητήσουν. Επίσης, σημειώνεται ότι οι άνδρες με πρόωρη εκσπερμάτιση αναγνωρίζουν μόνοι το πρόβλημά τους με μια μορφή

αυτοδιάγνωσης, η οποία επηρεάζεται σαφώς από συγκρίσεις με πραγματικές ή αντιλαμβανόμενες κοινωνικές νόρμες που αφορούν τον χρόνο εκπερμάτισης. Ο χρόνος εκπερμάτισης ορίζεται ως ο χρόνος που μεσολαβεί από την αρχή της ενδοκοιλιακής διείσδυσης ως την ενδοκοιλιακή εκπερμάτιση. Ο παραπάνω τρόπος μέτρησης έχει χρησιμοποιηθεί έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η μεθοδολογικά ορθή έρευνα πάνω στο συγκεκριμένο πρόβλημα. Όμως, ο χρόνος εκπερμάτισης δεν είναι αρκετός για να εκφράσει τη μορφή της δυσλειτουργίας, καθώς η συχνότητα εμφάνισής της είναι άλλος ένας παράγοντας, όπως επίσης και η δυσφορία που υπάρχει για την σεξουαλική διαδικασία από τον άνδρα ή τη γυναίκα. Η δυσφορία είναι δύσκολο να οριστεί και να κατηγοριοποιηθεί, καθώς επηρεάζεται σαφώς από κοινωνικές νόρμες, από τις αντιλήψεις του ατόμου, τις αντιδράσεις της συντρόφου, την γενικότερη κατάσταση της σχέσης κτλ. Επίσης, η μέθοδος αυτοαναφοράς μέσω της οποίας πολλές φορές μελετάται το πρόβλημα εμπεριέχει αρκετούς περιορισμούς. Γενικότερα, σύμφωνα με τον Laumann (όπως αναφέρεται στο Barnes, 2007) η πρόωρη εκπερμάτιση υπολογίζεται ότι συναντάται στο 23% περίπου των ανδρών, οι οποίοι ανέφεραν μικρό ή πολύ μικρό έλεγχο πάνω στο χρόνο εκπερμάτισης, κάτι που αποτελούσε πρόβλημα για αυτούς ή τις συντρόφους τους.

Η πρόωρη εκπερμάτιση φαίνεται ότι ασκεί αυξημένη επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση του άνδρα. Το είδος και το μέγεθος αυτής της επίδρασης επιχείρησε να ερευνήσει ο Symonds (2003). Στην έρευνά του συμμετείχαν 28 άτομα ηλικίας 25-70 ετών που ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόωρης εκπερμάτισης. Δεν θεωρήθηκε προαπαιτούμενο για τη συμμετοχή η ύπαρξη συγκεκριμένου χρόνου εκπερμάτισης, παρά μόνο η αυτοαναφορά για πρόωρη εκπερμάτιση. Παρόλα αυτά, το 79% ανέφερε εκπερμάτιση πριν τη διείσδυση ή δύο λεπτά μετά τη διείσδυση.

Το 68% των συμμετεχόντων ανέφερε πτώση στην αυτοπεποίθηση ή τη σεξουαλική αυτοπεποίθηση (αυτοπεποίθηση που αφορά το ρόλο του ατόμου σαν σεξουαλικός

σύντροφος). Σε αρκετές περιπτώσεις, η πτώση αυτοπεποίθησης αποδιδόταν συγκεκριμένα στην τεράστια πτώση της σεξουαλικής αυτοπεποίθησης. Τα ζητήματα σχέσεων ήταν το δεύτερο πιο συχνά αναφερόμενο πρόβλημα από τους συμμετέχοντες (50%). Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που ήταν σε σχέση ανέφεραν θλίψη για την μη ικανοποίηση της ερωτικής συντρόφου. Επίσης, κάτι το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία είναι η απροθυμία των ανδρών που δεν είναι σε σχέση να προσπαθήσουν να προχωρήσουν στη σύναψη σχέσης. Ο φόβος της πρόωρης εκσπερμάτισης, η ενδεχόμενη απογοήτευση της ερωτικής συντρόφου, και η πιθανή γελοιοποίηση αποθαρρύνουν τον άνδρα από την αναζήτηση συντρόφου. Το τελευταίο αποτελεί κρίσιμο ζήτημα λόγω του ότι αφορά την εν γένει πορεία του ατόμου στη ζωή, καθώς ενδέχεται να μην προχωρήσει στη ζωή του στο οικογενειακό ή ερωτικό επίπεδο εξαιτίας της διαταραχής ή του φόβου εμφάνισης των συμπτωμάτων της. Επίσης, σημαντική δυσκολία αποτελεί για τους έχοντες ερωτική σχέση η μη ικανοποίηση της συντρόφου, καθώς γεννιούνται υποψίες απιστίας. Επιπροσθέτως, τα αισθήματα μειονεξίας φαίνεται ότι οδηγούν και σε περισσότερες διαφωνίες και καυγάδες με τη σύντροφο. Σε αυτό το σημείο τονίζεται ότι η πρόωρη εκσπερμάτιση ίσως προκαλεί μεγαλύτερα προβλήματα από τη στυτική δυσλειτουργία, καθώς εμφανίζεται σε μικρότερης ηλικίας άτομα από ότι η στυτική δυσλειτουργία. Η μικρότερη ηλικία χαρακτηρίζεται από σύναψη αρκετών ερωτικών σχέσεων, κάτι που φαίνεται να αποφεύγουν τα άτομα με πρόωρη εκσπερμάτιση, και έτσι οι ζημίες (με τη μορφή της απώλειας σχέσεων) που προκαλούνται στα άτομα σε αυτήν την ερωτικά «παραγωγική» ηλικία θεωρούνται μεγαλύτερες από ότι αυτές της στυτικής δυσλειτουργίας.

Ένα μη αναμενόμενο εύρημα της έρευνας αφορά τη ύπαρξη άγχους, καθώς μόνο το 36% ανέφερε την ύπαρξη άγχους σχετιζόμενο (είτε σαν αίτιο είτε σαν αποτέλεσμα) με την πρόωρη εκσπερμάτιση. Η ντροπή και η κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της διαταραχής αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες σε μέτριο βαθμό, πιθανολογείται όμως ότι αυτό οφείλεται στο ότι δεν ρωτήθηκαν ευθέως για αυτό το ζήτημα. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι

το 89% είχε χρησιμοποιήσει κάποια θεραπεία, ανεξάρτητα από το αν είχε επισκεφθεί ειδικό, ενώ το 21% είχε χρησιμοποιήσει κρέμες ή προϊόντα από βότανα.

Ο Metz (2000) διακρίνει αρκετές υποκατηγορίες στην πρόωρη εκσπερμάτιση, οι οποίες αντανakλούν την πολλαπλή αιτιολογία. Καταρχήν, ως προς την πρόωρη εκσπερμάτιση που βιώνεται σε όλη την ζωή του ατόμου, θεωρεί ότι η πρώτη κατηγορία αφορά την νευρολογική ιδιοσυγκρασία. Η υπόθεση της νευρολογικής ιδιοσυγκρασίας θεωρεί ότι υπάρχει ένα έμφυτο βιολογικό αντανakλαστικό ή μια φυσιολογική προδιάθεση η οποία οδηγεί στην πρόωρη εκσπερμάτιση, η οποία χαρακτηρίζει όλη τη ζωή του ατόμου και όλες τις σεξουαλικές πτυχές (συνουσία και αυνανισμό). Βάσει της υπόθεσης της ψυχολογικής ιδιοσυγκρασίας, η πρόωρη εκσπερμάτιση οφείλεται σε ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας το οποίο επιταχύνει την εκσπερμάτιση, σαν αποτέλεσμα μιας χρόνιας ή και σταθερής ατομικής ψυχολογικής διαταραχής ή μιας χρόνιας ψυχοπαθολογίας. Η τρίτη υποκατηγορία είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση προερχόμενη από έλλειμμα ψυχοσεξουαλικών δεξιοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται από την έλλειψη στοιχειωδών αισθησιακών ικανοτήτων διαχείρισης του σώματος κατά την σεξουαλική διέγερση. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει επικέντρωση των ατόμων στις ίδιες τους τις αισθήσεις, βιώνοντας παράλληλα αίσθηση επερχόμενης αποτυχίας. Ενδέχεται επίσης να υπάρχει δυσκολία χαλάρωσης του σώματος κατά την διέγερση ή έλλειμμα επίγνωσης των δεξιοτήτων διαχείρισης του σώματος, όπως για παράδειγμα η χρήση του ηβοσπλαχνικού μυός (του περινέου) για τον έλεγχο της εκσπερμάτισης. Στην ίδια υποκατηγορία εντάσσονται και η υπερβολική επικέντρωση στο σώμα και τις αντιδράσεις της συντρόφου, η οποία οδηγεί σε αγχωμένο αισθησιασμό, και οι λανθασμένες αντιλήψεις για το ότι η σύντροφος ικανοποιείται αποκλειστικά και μόνο από τον οργασμό κατά τη συνουσία. Περνώντας στην επίκτητη πρόωρη εκσπερμάτιση, η πρώτη υποκατηγορία που αναφέρεται είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση οφειλόμενη σε φυσική ασθένεια, όπως η μόλυνση του ουροποιητικού σωλήνα. Ακολουθεί η οφειλόμενη σε φυσικό

τραυματισμό, όπως τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης, κατάγματα της πυέλου κτλ. Η επόμενη υποκατηγορία αναφέρεται στην πρόωρη εκσπερμάτιση ως παρενέργεια φαρμάκων, όπως διάφορα σεροτονινεργικά (φλουοξετίνη, υδροχλωρική χλωμιπραμίνη). Έπεται η υποκατηγορία της πρόωρης εκσπερμάτισης σαν απόρροια ψυχολογικής δυσλειτουργίας, όπως η κατάθλιψη ή κυρίως το στρες (π.χ. στρες επίδοσης). Η επόμενη υποκατηγορία αναφέρεται στην πρόωρη εκσπερμάτιση ως αποτέλεσμα διαπροσωπικών δυναμικών, όπως συγκρούσεις στην σχέση, υπερευαισθησία στη σύντροφο, αντίδραση σε απιστία. Τέλος, αναφέρεται και το ότι η πρόωρη εκσπερμάτιση μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα του φόβου για κάποια άλλη διαταραχή, όπως η στυτική δυσλειτουργία, και ότι η θεραπεία της τελευταίας εξαφανίζει και την πρόωρη εκσπερμάτιση.

Ο Waldinger (2008) θεωρεί την πρόωρη εκσπερμάτιση περισσότερο ως ένα σύνδρομο, καθώς βασίζεται σε παράπονα των ασθενών, τα οποία όμως δεν αντανακλούν πάντα την ύπαρξη μιας διαταραχής. Κάνοντας και αυτός μια διαφορετική ταξινόμηση, κάτι που επιβεβαιώνει την ύπαρξη τεράστιας ποικιλομορφίας στους τρόπους κατανόησης της διαταραχής, χωρίζει την πρόωρη εκσπερμάτιση σε επίκτητη και δια βίου (ένα συνήθη διαχωρισμό), αλλά προσθέτει και τους τύπους της φυσιολογικής μεταβλητότητας και της ψευδοπρόωρης (premature-like) εκσπερμάτισης. Η φυσιολογική μεταβλητότητα αναφέρεται στα άτομα τα οποία περιστασιακά και συμπτωματικά έχουν πρόωρες εκσπερματώσεις, αλλά αυτό θεωρείται ότι αντανακλά μια φυσική μεταβολή στους χρόνους εκσπερμάτισης η οποία δεν συνιστά διαταραχή, καθώς η εκσπερμάτιση σε κάθε άνδρα δεν γίνεται μέσα σε αυστηρά καθορισμένα χρονικά πλαίσια. Ο τύπος της ψευδοπρόωρης εκσπερμάτισης περιλαμβάνει άτομα τα οποία νιώθουν ότι έχουν πρόωρη εκσπερμάτιση, ενώ οι χρόνοι εκσπερμάτισης είναι ελαφρώς χαμηλότεροι του φυσιολογικού (3-6 λεπτά) ή και ακόμα μεγαλύτεροι. Ψυχολογικά προβλήματα ή προβλήματα της σχέσης του ζευγαριού πιθανότατα βρίσκονται πίσω από αυτή

τη λανθασμένη υποκειμενική αντίληψη του άνδρα ότι έχει πρόωρη εκσπερμάτιση, ενώ φυσικά η προωρότητα σε αυτή την περίπτωση δεν θεωρείται ότι αποτελεί παθολογία.

Ο Mrdjenovich (2004) υιοθετεί την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση ως προς την αιτιολογία της πρόωρης εκσπερμάτισης. Η προσέγγιση αυτή θεωρεί την διαταραχή ως αποτέλεσμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στους βιολογικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνεται ο διαβήτης, η προστατίτιδα, νευρολογικές διαταραχές, υπερευαισθησία του πέους, αδυναμία αντίληψης του επιπέδου διέγερσης, και αδυναμία αναγνώρισης του σημείου πέρα από το οποίο η εκσπερμάτιση είναι αναπόφευκτη. Οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπεριέχουν το άγχος, ενδοψυχικές συγκρούσεις, άγχος επίδοσης, αρνητικές αντιλήψεις για το σεξ, ενοχή. Στους κοινωνικούς παράγοντες περιλαμβάνεται καταρχήν το ιστορικό σεξουαλικών επαφών σε χώρους όπου υπήρχε ο φόβος της ανακάλυψης, όπως και η έλλειψη γνώσεων για το σεξ ή και εμπειριών. Επίσης, οι πρώιμες μη ικανοποιητικές/ δυσάρεστες εμπειρίες. Τους κοινωνικούς παράγοντες συμπληρώνουν η δυσαρέσκεια και οι συγκρούσεις στη σχέση, υπερβολική επιθυμία για την ικανοποίηση της συντρόφου, έλλειψη επικοινωνίας κτλ. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Mrdjenovich δεν πιστεύει ότι οι παράγοντες είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους. Πιστεύει ότι υπάρχει μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Για παράδειγμα, η δυσαρέσκεια στη σχέση μπορεί να οφείλεται στην πρόωρη εκσπερμάτιση, η οποία με τη σειρά της οφείλεται σε ένα βιολογικό αίτιο. Από εκεί και μετά όμως, η δυσαρέσκεια στη σχέση ενδεχομένως να αποτελεί και αίτιο, εκτός από αποτέλεσμα.

Οι Wolters και Hellstrom (2006) προσπαθούν να μελετήσουν τις νευροβιολογικές βάσεις της πρόωρης εκσπερμάτισης. Κυρίαρχο ρόλο στην διαδικασία της εκσπερμάτισης φαίνεται να διαδραματίζουν οι σεροτονινεργικοί και οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες. Η ακετυλοχολίνη, η αδρεναλίνη και το GABA φαίνεται να έχουν δευτερεύοντα ρόλο. Τα επίπεδα ντοπαμίνης στον υποθάλαμο προοδευτικά αυξάνουν κατά την διέγερση και τη

συνουσία. Η σηματοδότηση που γίνεται από τα αυξημένα επίπεδα ντοπαμίνης αποτελεί τον τρόπο εμπλοκής της ντοπαμίνης στη διαδικασία της διέγερσης και του οργασμού. Παρόλα αυτά, η σεροτονίνη είναι αυτή που φαίνεται ότι διαδραματίζει τον κρισιμότερο ρόλο. Έχουν αναγνωριστεί 14 υπότυποι υποδοχέων σεροτονίνης, με τον καθένα να βρίσκεται σε διαφορετική νευροανατομική τοποθεσία και να επιτελεί διαφορετική λειτουργία. Σε αυτούς τους νευρώνες περιλαμβάνονται οι σωματοδενδριτικοί αυτοϋποδοχείς, οι προσυναπτικοί αυτοϋποδοχείς, οι υποδοχείς σηματοδότησης και οι μεταφορείς επαναπρόσληψης. Οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, επιμηκύνοντας το χρόνο εκπερμάτισης. Γενικότερα, οι 5HT_{1a} σωματοδενδριτικοί αυτοϋποδοχείς είναι υπεύθυνοι για τη μείωση της απελευθέρωσης της σεροτονίνης στη σύναψη μέσω ενός αρνητικού ανατροφοδοτικού μηχανισμού, πράγμα το οποίο καταλήγει στη μείωση του χρόνου εκπερμάτισης. Αντίθετα, οι 5HT_{1b} και 5HT_{2c} υποδοχείς βρίσκονται στη μετασυναπτική μεμβράνη και φαίνεται ότι επιμηκύνουν το χρόνο εκπερμάτισης. Παρόλα αυτά, δεν έχει εξακριβωθεί εντελώς η σχέση των υποδοχέων 5HT_{1b} με την ανασταλτική επίδραση στην εκπερμάτιση. Τέλος, πιθανολογείται ότι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της πρόωρης εκπερμάτισης σχετίζεται με μεταβαλλόμενα επίπεδα σεροτονίνης ή με μεταβαλλόμενη ευαισθησία των σεροτονινεργικών υποδοχέων στα κέντρα ελέγχου της εκπερμάτισης στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Ο Grenier (2001), στην έρευνά του, επιχειρεί να προσδιορίσει την επίδραση της ηλικίας, του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, της συχνότητας συνουσίας, και της βιασύνης στις πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο η συχνότητα συνουσίας επηρέαζε τον χρόνο εκπερμάτισης. Πιο συγκεκριμένα, όσοι ανέφεραν ότι έκαναν σεξ συχνότερα είχαν μεγαλύτερους χρόνους εκπερμάτισης, παρουσίαζαν μεγαλύτερο έλεγχο της εκπερμάτισης, μικρότερη ανησυχία για το ενδεχόμενο πρόωρης

εκπερμάτισης, μεγαλύτερη ικανοποίηση από το ότι διάλεγαν οι ίδιοι τη στιγμή της εκπερμάτισης, μικρότερο ποσοστό περιπτώσεων στις οποίες ένιωθαν ότι εκπερμάτωναν πολύ γρήγορα, και μικρότερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι έχουν πρόβλημα πρόωρης εκπερμάτισης. Θα ήταν μια λογική σκέψη το να αποδοθεί η μικρότερη συχνότητα επαφών στην πρόωρη εκπερμάτιση, όμως μόνο το 6% ανέφερε ότι αρνήθηκε ή απέφυγε σεξουαλική επαφή λόγω των ανησυχιών για πρόωρη εκπερμάτιση. Κάτι που σημαίνει ότι η επίδραση της συχνότητας των επαφών είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας, ο οποίος δε φαίνεται να σχετίζεται με ανατροφοδότηση από την ίδια τη διαταραχή, σε αυτή τουλάχιστον την έρευνα. Αν και ο μηχανισμός με τον οποίο η συχνότητα των επαφών επιδρά στο χρόνο εκπερμάτισης δεν είναι ξεκάθαρος, προτείνεται ότι η εξάσκηση ίσως οδηγεί σε περισσότερη εξοικείωση με το προ της εκπερμάτισης αίσθημα, σε ανακάλυψη σεξουαλικών στάσεων που δίνουν περισσότερο έλεγχο, και σε εκμάθηση ή ανακάλυψη τεχνικών που βοηθούν στην επιμήκυνση του χρόνου εκπερμάτισης. Επίσης, τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι η ηλικία και ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων δε σχετίζονται με την πρόωρη εκπερμάτιση. Ο μόνος τρόπος να υπάρχει σχέση είναι μέσω της αύξησης των σεξουαλικών επαφών. Η ανεξάρτητη όμως επίδραση της ηλικίας και του αριθμού σεξουαλικών συντρόφων, μια άποψη που είναι αρκετά διαδεδομένη, δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της έρευνας.

Επεκτείνοντας περισσότερο την αναζήτηση των αιτίων της διαταραχής, αξίζει να σημειωθεί ότι φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ της κοινωνικής φοβίας και της πρόωρης εκπερμάτισης (Tignol, 2006). Στην έρευνα συμμετείχαν 85 άτομα με πρόωρη εκπερμάτιση συγκρινόμενοι με 93 άτομα της ομάδας ελέγχου, τα οποία δεν παρουσίαζαν καμία σεξουαλική διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 47% των ατόμων με πρόωρη εκπερμάτιση παρουσίαζαν και κοινωνική φοβία, ενώ από την ομάδα ελέγχου κοινωνική φοβία παρουσίαζε μόλις το 9%, κάνοντας να διαφανεί μια ξεκάθαρη σχέση μεταξύ των δύο

μεταβλητών. Παρόλα, δεν είναι σαφές το με ποιον τρόπο προκύπτει αυτή η σχέση. Αν και θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι η πρόωρη εκσπερμάτιση προκαλεί την κοινωνική φοβία μέσω του αισθήματος της ντροπής που επεκτείνεται στις κοινωνικές σχέσεις, αυτό δεν θεωρείται πιθανό, καθώς συνήθως η κοινωνική φοβία εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία. Μία άλλη υπόθεση είναι ότι η κοινωνική φοβία προκαλεί μεγαλύτερο άγχος επίδοσης, καθώς η σεξουαλική επαφή αποτελεί μια «ιδιαιτέρη» μεν, αλλά κοινωνική δε, σχέση, η οποία επηρεάζεται από τη φοβία. Και πάλι όμως δεν εξηγείται το γιατί το προκαλούμενο από το άγχος επίδοσης αποτέλεσμα είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση και όχι κάποια άλλη διαταραχή, όπως η στυτική δυσλειτουργία.

Η ύπαρξη σχέσης μεταξύ της κοινωνικής φοβίας και της πρόωρης εκσπερμάτισης αποδεικνύεται και από την έρευνα του Corretti (2006). Η κοινωνική φοβία υπήρχε στο 25% των ανδρών με πρόωρη εκσπερμάτιση, ενώ μόνο στο 11,8% των υπολοίπων, φανερώνοντας μια στατιστικά σημαντική σχέση. Αναφέρεται και εδώ το ότι η χρονική έναρξη της κοινωνικής φοβίας γίνεται συνήθως νωρίτερα από την πρόωρη εκσπερμάτιση. Επίσης, σημειώνεται η ύπαρξη κοινών συμπεριφορών στις δύο διαταραχές, όπως η έλλειψη ελέγχου σε σωματικές αισθήσεις ή τα παρόμοια συναισθήματα κατά την έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις. Επίσης, όπως η αδρενεργική υπερδραστηριότητα παρατηρείται στην κοινωνική φοβία, έτσι και στην πρόωρη εκσπερμάτιση η κριτική της συντρόφου μπορεί να προκαλέσει μια κατάσταση άγχους με παρόμοια αδρενεργική υπερδραστηριότητα. Τέλος, και στις δύο διαταραχές τα σεροτονινεργικά φάρμακα φαίνεται να έχουν θετικά αποτελέσματα. Βάσει των παραπάνω, προτείνεται ότι ίσως η πρόωρη εκσπερμάτιση να αποτελεί μια υποδιάσταση της κοινωνικής φοβίας.

Υπαρκτό είναι και το ενδεχόμενο σχέσης μεταξύ της πρόωρης εκσπερμάτισης και της νυχτερινής ενούρησης στην παιδική ηλικία (Ciftci, 2010). Στην έρευνα που ακολουθεί εξετάστηκε η πιθανή σχέση μεταξύ της πρόωρης εκσπερμάτισης, του ιστορικού ψυχολογικών

προβλημάτων, και της νυχτερινής ενούρησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 33,3% όσων παρουσίαζαν πρόωρη εκσπερμάτιση είχε πρόβλημα νυχτερινής ενούρησης στην παιδική ηλικία σε σύγκριση με το 11,6% της ομάδας ελέγχου που δεν παρουσίαζε πρόωρη εκσπερμάτιση, μια στατιστικώς σημαντική διαφορά. Επιπλέον, το 58,3% όσων είχαν πρόωρη εκσπερμάτιση ανέφερε ιστορικό ψυχολογικών προβλημάτων, σε σύγκριση με το μόλις 6,6% της ομάδας ελέγχου. Συνεπώς, φαίνεται ότι η νυχτερινή ενούρηση στην παιδική ηλικία αποτελεί πιθανότατα έναν παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων, αλλά και πρόωρης εκσπερμάτισης. Προτείνεται, επίσης, ότι η νυχτερινή ενούρηση και η πρόωρη εκσπερμάτιση ίσως έχουν παρόμοια αιτιολογία ή παρόμοια νευρολογική παθοφυσιολογία.

Ως προς το αν υπάρχουν εθνικές ή θρησκευτικές διαφορές στην εμφάνιση της πρόωρης εκσπερμάτισης, ο Steggall (2006) διαπίστωσε ότι όντως υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Στην έρευνά του διαπιστώθηκε ότι υπήρχε μεγαλύτερη αναλογία ανδρών από το Μπαγκλαντές και μουσουλμάνων που επισκέπτονταν μία κλινική στο ανατολικό Λονδίνο για θέματα πρόωρης εκσπερμάτισης, σε σχέση με την αναλογία στον γενικό πληθυσμό. Φυσικά, ενδεχομένως η διαφορά να οφείλεται στο ότι οι συγκεκριμένες ομάδες ίσως επισκέπτονται πιο εύκολα ειδικό ή στο ότι επισκέπτονται την συγκεκριμένη κλινική. Επίσης, δεν υποστηρίζεται μια ερμηνεία που εμπεριέχει στερεότυπα ή βιολογικές διαφορές. Πιθανότατα οι διαφορές να οφείλονται σε θέματα κουλτούρας, τα οποία ίσως επιδρούν μέσω ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι μόνο στις 5 από τις 116 περιπτώσεις η σύντροφος συμφώνησε να επισκεφθεί και η ίδια την κλινική, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις άμεσου διαζυγίου αλλά και περιπτώσεις στις οποίες υπήρχε άμεση απειλή διαζυγίου εφόσον δεν υπήρχε θεραπεία. Συνεπώς, οι διαφορές στην κουλτούρα ενδεχομένως να συνεισφέρουν σε αυξημένο άγχος επίδοσης μέσω των απειλών, πράγμα το οποίο ίσως να σταθεροποιεί την πρόωρη εκσπερμάτιση μετά από ένα (ενδεχομένως και τυχαίο) συμβάν.

Από την άλλη όμως, ίσως οι απειλές για διαζύγιο να ήταν αυτές που παρακίνησαν τους άνδρες να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό.

Περνώντας στο σημαντικό ζήτημα της θεραπείας στην πρόωρη εκσπερμάτιση, αρχικά θα γίνει αναφορά στις φαρμακευτικές θεραπείες. Τα πρώτα βήματα της έρευνας στη φαρμακοθεραπεία ανέδειξαν την πιθανότητα της ευεργετικής επίδρασης της χλωμιπραμίνης στην θεραπεία της πρόωρης εκσπερμάτισης (Assalian, 1988). Αναφέρεται ότι σε πέντε μελέτες περίπτωσης η χλωμιπραμίνη είχε θετικά αποτελέσματα, άμεσα, και ανεξάρτητα από το αν η διαταραχή οφειλόταν σε ψυχολογικά αίτια ή όχι. Βέβαια, σημειώθηκαν και παρενέργειες, όπως ξηροστομία και δυσκοιλιότητα. Η επίδραση της χλωμιπραμίνης επιβεβαιώνεται και από την έρευνα του Strassberg (1999). Τα αποτελέσματα έδειξαν μια μέση αύξηση του χρόνου εκσπερμάτισης από 1 μέχρι 3,5 λεπτά. Όμως, η βελτίωση του χρόνου δεν αφορούσε όλους τους συμμετέχοντες, καθώς μόνο οι 9 από τους 22 είχαν χρόνο μεγαλύτερο των δύο λεπτών. Από αυτούς τους 9, οι 7 είχαν χρόνο μεγαλύτερο των πέντε λεπτών. Όσον αφορά τα άτομα που δεν αντέδρασαν ιδιαίτερα στη χλωμιπραμίνη, θεωρείται ότι ίσως χρειάζεται μεγαλύτερη δόση ή διαφορετική ώρα λήψης της χλωμιπραμίνης. Σημειώνεται ότι αναφέρθηκαν παρενέργειες όπως, ζαλάδα, ναυτία, ξηροστομία και υπνηλία. Επίσης, σύμφωνα με τους ερευνητές, διαφαίνεται ότι η αιτία της διαταραχής είναι περισσότερο οργανική. Και αυτό γιατί στο εργαστηριακό μέρος της έρευνας (στο οποίο η εκσπερμάτιση γινόταν σε εργαστήριο με τη βοήθεια ερωτικών ταινιών και σε κάποιες περιπτώσεις και με τη βοήθεια μιας συσκευής με δόνηση), στο οποίο σίγουρα το περιβάλλον δεν θεωρείται ιδιαίτερα ελκυστικό, κατάφεραν να εκσπερματίσουν μόνο 1 από τους 11 της ομάδας ελέγχου, ενώ από την ομάδα ατόμων με πρόωρη εκσπερμάτιση εκσπερμάτισαν οι 12 από τους 23. Θεωρείται, δηλαδή, ότι η παραπάνω διαφορά οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες, καθώς όλοι οι συμμετέχοντες βρίσκονταν στην ίδια, όχι τόσο ελκυστική σεξουαλικά, συνθήκη.

Στην μετά-ανάλυση του Mercado (2008) , σημειώνεται η σημαντική συνεισφορά που μπορούν να δώσουν τα SSRI (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) και γενικότερα τα σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά. Αναφέρεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αύξηση του χρόνου εκσπερμάτισης εξαιτίας της παροξετίνης, της σεντραλίνης, της χλωμιπραμίνης και της φλουοξετίνης. Πιο συγκεκριμένα, η παροξετίνη φαίνεται να πετυχαίνει τα καλύτερα αποτελέσματα, δίνοντας αύξηση του χρόνου εκσπερμάτισης σε ποσοστό 1492%. Ακολουθεί η σεντραλίνη με αύξηση 790%, η χλωμιπραμίνη με 512%, και η φλουοξετίνη με 295%. Επιπροσθέτως, αναφέρεται ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE5 inhibitors), όπως η σιλденаφίλη (Viagra), η βαρδεναφίλη (Levitra), και η ταδαλαφίλη (Cialis), έχουν αποτέλεσμα στην θεραπεία της πρόωρης εκσπερμάτισης. Τα όποια θετικά αποτελέσματα αφορούν τη σιλденаφίλη, μόνο όμως σε περιπτώσεις συννοσηρότητας της πρόωρης εκσπερμάτισης με τη στυτική δυσλειτουργία.

Ο Montorsi (2006) συμφωνεί με την ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα που φαίνεται να έχει η παροξετίνη. Όμως, η παροξετίνη χρειάζεται συνεχή λήψη για να υπάρχουν αποτελέσματα, ενώ το πρόβλημα επανέρχεται μετά την διακοπή. Προτείνει την χρήση της δαποξετίνης, η οποία, σύμφωνα με τον Pryor (2006), φαίνεται να δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η διαφορά όμως έγκειται στο ότι η δαποξετίνη έχει άμεση δράση, καθώς η λήψη της μπορεί να γίνει λίγη ώρα πριν τη συνουσία. Αυτό είναι κάτι που θα διευκόλυνε όσους ασθενείς δεν επιθυμούν τη συνεχή λήψη των SSRI (Montorsi, 2006). Εδώ πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα το κατά πόσον η σεξουαλική διαδικασία μπορεί να προγραμματιστεί σε τέτοιο βαθμό και τι συνέπειες μπορεί να υπάρχουν ως προς το άγχος επίδοσης ή και το γενικότερο χάσιμο του ερωτικού/σεξουαλικού αυθορμητισμού. Πάντως, η έρευνα του Pryor (2006) δίνει ενθαρρυντικά αποτελέσματα, καθώς η χορήγηση δαποξετίνης 1-3 ώρες πριν τη συνουσία, εκτός από τη βελτίωση του χρόνου εκσπερμάτισης,

συνεισφέρει και στην αντίληψη ελέγχου της εκσπερμάτισης, αλλά και στην ικανοποίηση από τη συνουσία τόσο στους άνδρες όσο και στις συντρόφους τους. Επίσης, η λήψη δαποξετίνης μόνο όταν πρόκειται να πραγματοποιηθεί συνουσία (άρα πολύ μικρότερη δόση από την αντίστοιχη δόση των SSRI που απαιτούν καθημερινή λήψη) προκαλεί πολύ λιγότερες σχετιζόμενες με το σεξ παρενέργειες (πχ. απώλεια libido, στυτική δυσλειτουργία) από όσες προκαλούν τα SSRI. Τέλος, οι παρενέργειες της δαποξετίνης, όπως η ναυτία, δεν ήταν ιδιαίτερα σημαντικές, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι στην έρευνα συμμετείχαν άτομα με μέτρια έως σοβαρή πρόωρη εκσπερμάτιση (χρόνος εκσπερμάτισης μικρότερος των δύο λεπτών).

Η σιπροφλοξασίνη, βάσει μίας μελέτης περίπτωσης του Brown (2000), εικάζεται ότι ίσως έχει κάποια σχέση με την πρόωρη εκσπερμάτιση. Ο ασθενής του Brown παρουσίαζε μια φλεγμονή στον προστατικό αδένα, γι αυτό και χορηγήθηκε σιπροφλοξασίνη (αντιβιοτικό), η οποία παρατηρήθηκε ότι αύξησε το χρόνο εκσπερμάτισης από 1-2 λεπτά σε 6-15 λεπτά. Φυσικά, η υπόθεση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, αφού βασίζεται σε μία μόνο μελέτη περίπτωσης.

Η κρέμα με τοπικό αναισθητικό είναι μια άλλη μέθοδος θεραπείας. Η κρέμα με τοπικό αναισθητικό μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα, όμως σημειώνεται ότι το προκαλούμενο μούδιασμα του πέους μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της στύσης, και γενικότερα σε χάσιμο των αισθήσεων του πέους (Mercado, 2008). Η έρευνα του Slob (2000) αναφέρει επίσης την αύξηση του χρόνου εκσπερμάτισης από 2 λεπτά σε 8 λεπτά (με κάποιες διακυμάνσεις) εξαιτίας κρέμας με τοπικό αναισθητικό, ενώ παράλληλα σημειώθηκε αύξηση του ελέγχου της εκσπερμάτισης αλλά και αύξηση του οργασμού των συντρόφων.

Το δαχτυλίδι απευαισθητοποίησης αποτελεί ένα μη φαρμακευτικό είδος θεραπείας. Το δαχτυλίδι είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε να προκαλεί περισσότερη ένταση και συχνότητα ερεθισμού, κάτι το οποίο, όπως υποστηρίζεται, θα προκαλέσει εξοικείωση και απευαισθητοποίηση (Wise, 2000). Αν και τα αποτελέσματα προκύπτουν από μόλις έξι

ασθενείς και, συνεπώς, χρήζουν μεγαλύτερης διερεύνησης, ο χρόνος εκσπερμάτισης παρουσίασε αύξηση της τάξεως του 315%. Σε μία περίπτωση όμως, η αύξηση ήταν από μέχρι 5 διεισδύσεις στις 6-8 διεισδύσεις, κάτι που αξιολογήθηκε παρόλα αυτά σαν 40% αύξηση.

Τρεις παλαιότερες μέθοδοι θεραπείας για την πρόωρη εκσπερμάτιση είναι η τεχνική stop/start, η τεχνική σφιξίματος (squeeze technique), και οι ασκήσεις Kegel. Σύμφωνα με τον Semans (όπως αναφέρεται στο Astbury-Ward, 2002), η stop/start τεχνική περιλαμβάνει καταρχήν προοδευτική εξάσκηση με αυνανισμό. Ο άνδρας πρέπει να εξοικειωθεί με τις αισθήσεις του κατά την φάση της διέγερσης, έτσι ώστε να αναγνωρίζει το σημείο κατά το οποίο η εκσπερμάτιση δεν μπορεί πλέον να ματαιωθεί, πριν φτάσει σε αυτό. Στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια της συνουσίας, θα σταματά όταν φτάνει σε αυτό το σημείο, και αφού η αίσθηση της επερχόμενης εκσπερμάτισης σταματήσει, θα συνεχίζει. Αυτό θα εφαρμόζεται 3-4 φορές, και έπειτα ο άνδρας θα επιτρέπει στον εαυτό του την εκσπερμάτιση. Η τεχνική σφιξίματος (squeeze technique) είναι μια προέκταση της stop/start τεχνικής, την οποία εφάρμοσαν οι Masters και Johnson (όπως αναφέρεται στο Astbury-Ward, 2002). Σύμφωνα με αυτή την τεχνική, ο άνδρας, όταν φτάσει στο σημείο λίγο πριν την εκσπερμάτιση, πρέπει να σφίξει πιέζοντας το σημείο στο οποίο ενώνεται η βάλανος με το στέλεχος του πέους, κάτι το οποίο αναστέλλει την εκσπερμάτιση. Αν και αυτές οι τεχνικές φαίνεται να έχουν, αρχικά, θετικά αποτελέσματα, παρουσιάζουν προβλήματα ως προς την πιθανότητα υποτροπής. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι οι τεχνικές αυτές εφαρμόστηκαν πριν εμφανιστούν φαρμακευτικές θεραπείες, όπως επίσης υπάρχουν και διάφορα μεθοδολογικά προβλήματα στις έρευνες πάνω σε αυτές τις τεχνικές. Τέλος, οι ασκήσεις Kegel στοχεύουν στην εκγύμναση των πυελικών μυών η οποία οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της πρόωρης εκσπερμάτισης, ενώ πλεονέκτημα αποτελεί η ανυπαρξία παρενεργειών ή κινδύνου στη εφαρμογή των ασκήσεων (Baum & Spieler, 2001).

Ο Steggall (2008) προτείνει μια συνδυαστική θεραπεία, η οποία αποτελείται από φαρμακοθεραπεία και συμπεριφορική θεραπεία. Η συμπεριφορική θεραπεία εφαρμόστηκε μετά την λήξη της φαρμακοθεραπείας, και περιελάμβανε την stop/start τεχνική, συγκεκριμένες στάσεις, είσοδο στον κόλπο χωρίς διεισδύσεις κτλ. Παρατηρήθηκε ότι η συμπεριφορική θεραπεία βοήθησε στην σταθεροποίηση των αποτελεσμάτων της φαρμακοθεραπείας, αλλά μόνο στους άνδρες με πρόωρη εκσπερμάτιση ψυχογενούς αιτιολογίας.

Ο de Carufel (2006) προχώρησε στη σύγκριση μιας συμπεριφορικής θεραπείας που περιελάμβανε την start/stop τεχνική και την τεχνική squeeze με τη λειτουργική-σεξολογική θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο θεραπείες είχαν ικανοποιητικά και παρόμοια αποτελέσματα. Εξαιτίας του ότι κάποια ζευγάρια νιώθουν δυσφορία με τις συμπεριφορικές τεχνικές, καθώς η συνουσία διακόπτεται, η λειτουργική-σεξολογική θεραπεία αποτελεί μια καλή επιλογή. Η λειτουργική-σεξολογική θεραπεία προτείνει σε γενικές γραμμές τον διαρκή έλεγχο της σεξουαλικής έξαψης κατά την συνουσία, και όχι το σταμάτημα που απαιτούν η squeeze και η start/stop τεχνική. Προτείνονται αρκετές τεχνικές για τον έλεγχο της έξαψης, όπως ρύθμιση της αναπνοής, χαλάρωση της μυϊκής έντασης, επιλογή στάσης που προκαλεί λιγότερη έξαψη, περιορισμός της κίνησης, ελάττωση της ταχύτητας των διεισδύσεων κτλ. Η βασική αρχή είναι ότι η εκσπερμάτιση δεν μπορεί να ελεγχθεί, η σεξουαλική έξαψη όμως μπορεί. Επίσης, δεν προτείνεται διόρθωση των σεξουαλικών σκέψεων με μη σεξουαλικές σκέψεις, γιατί υπάρχει κίνδυνος να χαθεί εντελώς η διέγερση. Τέλος, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο να κατανοήσει το ζευγάρι ότι η ευχαρίστηση δεν προέρχεται μόνο από τη γρήγορη και εντατική διείσδυση, αλλά αντίθετα, η απόλαυση μπορεί να έλθει και μέσω της επέκτασης του ερωτικού ρεπερτορίου. Η ηδονή μπορεί να επιτευχθεί και σε οπτικό (π.χ. θέαση πέους στον κόλπο), οσφρητικό (μυρωδιά

αρώματος), γευστικό (φιλί) ή λεκτικό επίπεδο, και γενικότερα με τρόπους που το ίδιο το ζευγάρι θα ανακαλύψει και οι οποίοι μπορούν να του προσφέρουν ηδονή και ικανοποίηση.

Βάσει της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης στην πρόωρη εκσπερμάτιση, θεωρείται ότι η θεραπεία πρέπει να είναι συνδυαστική, δίνοντας παράλληλα βαρύτητα στις δυναμικές που αναπτύσσονται στο πλαίσιο της ερωτικής σχέσης (Mrdjenovich, 2004). Προτείνεται μια ποικιλία φαρμακευτικών, ψυχοεκπαιδευτικών, συμπεριφορικών, και ψυχοθεραπευτικών τεχνικών. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει δυνατότητα φαρμακοθεραπείας, συμπεριφορική θεραπεία που στοχεύει στη χαλάρωση, γνωστική θεραπεία για την τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων για τη σεξουαλικότητα, ψυχοεκπαίδευση πάνω σε θέματα ανατομίας, σεξουαλικής ανταπόκρισης, ή θέματα που αφορούν τον οργασμό (που συχνά θεωρείται λανθασμένα ως η μόνη υπαρκτή πηγή ηδονής). Συμπληρωματικά, πρέπει να εξετάζονται και θέματα όπως η αλληλεπίδραση των συντρόφων πριν και μετά την εμφάνιση της πρόωρης εκσπερμάτισης, η ικανότητα των συντρόφων για διατήρηση και υποστήριξη της σχέσης, το σεξουαλικό παρελθόν των συντρόφων, η ποικιλία του ερωτικού ρεπερτορίου. Όλα παραπάνω είναι πιθανό να συνεισφέρουν στην εμφάνιση ή τη συνέχιση της ύπαρξης της διαταραχής. Τέλος, σημειώνεται ότι είναι απαραίτητη η εμπλοκή και η συμμετοχή της συντρόφου στη θεραπεία.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του Metz (2004) αναγνωρίζει και αυτή την ανάγκη πολυδιάστατης θεραπείας, το είδος της οποίας θα έχει σχέση με την εκτιμώμενη αιτιολογία της πρόωρης εκσπερμάτισης σε κάθε ξεχωριστή περίπτωση. Βασικός άξονας της προσέγγισής είναι το ότι η θεραπεία στοχεύει στην αύξηση της απόλαυσης και της ικανοποίησης και όχι στην επίτευξη της τέλει επίδοσης. Επίσης, σημειώνεται η ανάγκη χρησιμοποίησης στη θεραπεία όλων των διαθέσιμων δυνατοτήτων (ανάλογα φυσικά με την κάθε περίπτωση), όπως φαρμακοθεραπεία και ανάπτυξη ψυχολογικών, ψυχοσεξουαλικών, ή διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Δίνεται επίσης βαρύτητα στην πρόληψη της υποτροπής. Κρίσιμη είναι η σωστή

αντίληψη της αιτιολογίας της πρόωρης εκσπερμάτισης από τον ειδικό, καθώς το σημείο στο οποίο εστιάζει η θεραπεία διαφοροποιείται. Για παράδειγμα, στην πρόωρη εκσπερμάτιση νευρογενούς αιτιολογίας, η οποία παρουσιάζεται πάντοτε, με όλες τις συντρόφους, σε συνουσία και αναντισμικό, προτείνεται κυρίως φαρμακοθεραπεία. Όταν η πρόωρη εκσπερμάτιση αποδίδεται σε κάποιο χαρακτηριστικό προσωπικότητας, τότε η θεραπεία περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, και ενδεχομένως γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Σε περιπτώσεις όπου το κύριο αίτιο είναι κάποια δυσλειτουργία στην ερωτική σχέση χρησιμοποιείται κυρίως σεξουαλική θεραπεία ζεύγους. Πάντως, επισημαίνεται ότι η συμμετοχή της συντρόφου έχει μεγάλη σημασία, αλλά και το ότι ο άνδρας θα πρέπει να αντιλαμβάνεται την πρόωρη εκσπερμάτιση σαν ένα πρόβλημα που αφορά μια σχέση (ακόμα κι αν ο ίδιος δεν έχει σχέση), και όχι μόνο τον εαυτό του.

Στη ίδια λογική, την λογική της θεραπείας που αντιστοιχεί στην αιτιολογία, βρίσκεται και ο Waldinger (2008). Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι παρατηρείται ότι ο κάθε ερευνητής έχει διαφορετικό σύστημα ταξινόμησης των κατηγοριών πρόωρης εκσπερμάτισης. Το σύστημα ταξινόμησης, αν και παρόμοιο, διαφέρει σε μερικά σημεία, κάτι που θίγει το ζήτημα της ύπαρξης ενός κοινού τρόπου ταξινόμησης των κατηγοριών της διαταραχής. Ο Waldinger θεωρεί ότι στην πρόωρη εκσπερμάτιση που εμφανίζεται σε όλη τη ζωή του ατόμου, η θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει κυρίως φαρμακοθεραπεία, προτείνοντας τα SSRI. Πιστεύει ότι αρκετοί από αυτήν την κατηγορία θα μπορούσαν να ξεπεράσουν τη διαταραχή χωρίς επιπλέον συμβουλευτική, παρόλα αυτά όμως η ενημέρωση για τα μέχρι στιγμής επιστημονικά δεδομένα και ο τακτικός έλεγχος της περίπτωσης τους θα είχαν θετικό αντίκτυπο. Ως προς την πρόωρη εκσπερμάτιση που δεν χαρακτηρίζει όλη τη ζωή του ατόμου, θεωρείται ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε ψυχοθεραπεία (με στόχο την υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία), είτε φαρμακοθεραπεία (με στόχο την ενδεχόμενη ιατρική παθολογία), είτε και τα δύο.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί και μια μελέτη περίπτωσης ενός ζευγαριού στο οποίο ο άνδρας αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα πρόωρης εκσπερμάτισης, το οποίο αποδίδεται σε βαθύτερες συγκρούσεις δύναμης και ελέγχου των δύο συντρόφων (Betchen, 2001). Στη θεραπεία χρησιμοποιούνται μεν συμπεριφοριστικές μέθοδοι, όπως η start/stop τεχνική, αποδίδεται όμως μικρή σημασία σε αυτές τις μεθόδους ως προς τη συνεισφορά τους στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Κομβικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση παίζει η ανακάλυψη των βαθύτερων συγκρούσεων των ατόμων, οι οποίες σχετίζονται με τα παιδικά τους βιώματα. Ο Robert (60 χρόνων – 21 χρόνια μεγαλύτερος από τη σύντροφό του), εξαιτίας της αντιμετώπισης από τον πατέρα του, είχε ένα βαθύ αίσθημα ανεπάρκειας, το οποίο επιδείνωνε η προηγούμενη εγκατάλειψη από την πρώην σύζυγό του για έναν νεότερο άνδρα. Η Arlene, ιδιαίτερα δυναμική, προτιμούσε κάποιον με αυτά τα χαρακτηριστικά του Robert, εξαιτίας της κυριαρχικότητας του πατέρα της. Επιπρόσθετα, φαινόταν να έχει και το ρόλο του «γονέα» του Robert, όπως παλαιότερα ήταν υπεύθυνη για την άρρωστη μητέρα της και τη μικρή αδελφή της. Ο Robert, μπροστά στην επιθυμία του να γίνει ανεξάρτητος και πετυχημένος (όχι όπως τον αντιμετώπιζε ο πατέρας του), η οποία συγκρούεται με την ανάγκη του για εξάρτηση (λόγω της στέρησης στην παιδική ηλικία), συμβιβάζεται με τη σκέψη ότι δεχόμενος τις αλλαγές που του επιβάλλει η Arlene, και καταφέροντας να ικανοποιεί τις ανάγκες μιας νέας και δυναμικής γυναίκας, φτάνει στην επιτυχία που ζητούσε. Επίσης, αποκαλύπτεται μια φαντασίωση της Arlene, ότι μέσω από τη συνεχή διόρθωση του Robert, αυτός θα φτάσει στο σημείο κάποτε να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις της. Η Arlene φαίνεται να νιώθει μια σύγκρουση ανάμεσα στο «γονεϊκό» ρόλο που φαίνεται ότι επιτελεί στη σχέση, και στις πραγματικές ανάγκες της. Η αποκάλυψη όλων αυτών των συγκρούσεων και η ανακάλυψη του ρόλου των παλαιότερων βιωμάτων της Arlene στην επιλογή του συντρόφου, αλλά και άλλων ισχυρών δυναμικών, θα οδηγήσει το ζευγάρι ένα βήμα πριν το χωρισμό, όμως η Arlene θα αλλάξει τελικά γνώμη εξαιτίας των τύψεων που νιώθει για την εγκατάλειψη του

Robert. Σημαντικό ρόλο στην θεραπεία της διαταραχής πρόωρης εκσπερμάτισης διαδραματίζει η αποκάλυψη των δυναμικών της σχέσης, η οποία οδηγεί την Arlene στο να συμπεριφέρεται λιγότερα επιθετικά στο σεξ, κάτι που συντελεί στη μείωση του άγχους του Robert και στην εξάλειψη της πρόωρης εκσπερμάτισης. Έτσι, μετά από 23 συνεδρίες, αν και σημειώνονται μικρές επιφυλάξεις για το μέλλον της σχέσης κυρίως ως προς τις διαθέσεις της Arlene, η θεραπεία της πρόωρης εκσπερμάτισης θεωρείται ότι είχε επιτυχή έκβαση.

3.2 ΑΝΔΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΡΓΑΣΜΟΥ

Η ανδρική διαταραχή οργασμού (ή διαταραχή ανεσταλμένης/ καθυστερημένης εκσπερμάτισης) είναι μια από τις όχι τόσο συχνές σεξουαλικές διαταραχές των ανδρών. Η ανδρική διαταραχή οργασμού μπορεί να προέρχεται από διάφορους παράγοντες, όπως βιολογικούς, ιατρικούς ή ψυχολογικούς. Ο μικρός αριθμός των περιπτώσεων αποτελεί τροχοπέδη στην διεξαγωγή ερευνών με ικανοποιητικό δείγμα, οι οποίες θα πληρούν τα κριτήρια της εγκυρότητας (Ribner, 2010).

Η McCabe (2014) δίνει αυξημένη βαρύτητα στους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το άγχος επίδοσης, αλλά συνάμα και σε ιατρικούς. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 573 Αυστραλούς ηλικίας 18-65 ετών, το άγχος επίδοσης, ο αριθμός ιατρικών προβλημάτων, και η σεξουαλική ικανοποίηση φαίνεται να σχετίζονται με την καθυστερημένη εκσπερμάτιση. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι οι υψηλές τιμές στις ιατρικές καταστάσεις σχετίζονται μόνο με την ανδρική διαταραχή οργασμού και την χαμηλή σεξουαλική επιθυμία, και όχι με την στυτική δυσλειτουργία ή την πρόωρη εκσπερμάτιση. Επίσης, το άγχος επίδοσης φάνηκε ότι σχετίζεται με την ανδρική διαταραχή οργασμού, εν αντιθέσει με το γενικευμένο άγχος, το οποίο δεν φάνηκε να ασκεί κάποια επίδραση. Αυτό εξηγείται από τον ιδιαίτερο χαρακτήρα που έχει, ως προς τον οργασμό, το άγχος επίδοσης. Σύμφωνα με τα δεδομένα της ίδιας έρευνας, παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής, όπως το εργασιακό στρες, φαίνεται να σχετίζονται με την καθυστερημένη εκσπερμάτιση. Βέβαια, η σχέση αυτή δεν μπορεί να μας πληροφορήσει για το ποιο είναι το αίτιο και ποιο το αιτιατό. Υπάρχει η πιθανότητα το εργασιακό στρες να ευθύνεται για τη δυσλειτουργία εξαιτίας του ότι χάνεται η υποκειμενική διέγερση μέσα από παρεμβολές σκέψεων σχετικά με εργασιακά θέματα. Από την άλλη, ίσως η δυσλειτουργία να επεκτείνεται και σε άλλες πτυχές της ζωής του ατόμου, και έτσι να προκαλεί το εργασιακό στρες. Γενικότερα, υπάρχει η πιθανότητα να υπάρχει ένας φαύλος κύκλος ο οποίος έχει σαν αποτέλεσμα τη διαίωνιση της δυσλειτουργίας.

Επίσης, παρότι η ικανοποίηση από τη σχέση δεν φάνηκε να σχετίζεται με την ανδρική διαταραχή οργασμού, επισημαίνεται η σημασία της εμπλοκής της συντρόφου στη θεραπευτική διαδικασία.

Ο Pattij (2005) δίνει περισσότερη βαρύτητα σε βιολογικούς παράγοντες. Θεωρεί ότι η ανεσταλμένη/ καθυστερημένη εκσπερμάτιση, όπως και η πρόωρη, αντανακλούν την υπαρκτή ποικιλία ως προς τον απαιτούμενο για εκσπερμάτιση χρόνο που υπάρχει στους άνδρες, η οποία οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες. Σε έρευνα του Waldinger (όπως αναφέρεται στο Pattij, 2005), η οποία αφορούσε 491 άνδρες, παρατηρήθηκε μια τεράστια απόκλιση στο χρόνο εκσπερμάτισης, ο οποίος, με θετικά ασύμμετρη κατανομή και διάμεσο 5.4 λεπτά, κυμαινόταν από 0.55 μέχρι 44.1 λεπτά. Ο Pattij υποστηρίζει ότι αυτές οι διαφορές δεν οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες. Σε πειράματα που έκαναν σε επίμυες, οι οποίοι είχαν διαιρεθεί σε ομάδες αργών, μέτριων και γρήγορων, βρέθηκε η σημαντική επίδραση που μπορεί να ασκήσει η ουσία 8-OH-DPAT, η οποία διευκολύνει την εκσπερμάτιση, καθώς εκμηδένισε τις διαφορές μεταξύ των ομάδων. Δεδομένου ότι σε επανάληψη του πειράματος χωρίς την 8-OH-DPAT οι επίμυες ξαναγύρισαν στην προηγούμενη επίδοσή τους, συμπεραίνεται από τους ερευνητές ότι τα αίτια των διαταραχών εκσπερμάτισης είναι βιολογικής φύσεως, ενώ οι διαφορές στις ομάδες επιμύων οφείλονται σε νευροβιολογικές διαφορές και σε καμία περίπτωση σε αίτια ψυχολογικού χαρακτήρα.

Εντελώς αντίθετη στην προαναφερθείσα προσέγγιση είναι η άποψη του Ribner (2010). Ο Ribner καταρχήν στηλιτεύει την αντίληψη που παρουσιάζει τον άνδρα σαν τον ιδανικό εραστή, ο οποίος θα πρέπει να είναι σε στύση τόσο ώστε να προσφέρει στη σύντροφο πολλαπλούς οργασμούς, χωρίς να δημιουργεί προβλήματα με την εκσπερμάτισή του. Επίσης, ασκεί κριτική στην αντίληψη που θεωρεί την ανδρική διαταραχή οργασμού σαν κάτι θετικό, επειδή θα προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση εξαιτίας της μεγάλης διάρκειας στύσης. Σημειώνει ότι η σύντροφος ενδέχεται να νιώσει ένοχη και υπεύθυνη για την διαταραχή του άνδρα,

θεωρώντας ότι δεν ήταν αρκετά ερεθιστική ώστε να τον ικανοποιήσει και ότι θα έπρεπε να είχε κάνει κάτι το οποίο δεν έκανε. Η προσέγγιση του Ribner δίνει μέγιστη σημασία σε ψυχολογικούς παράγοντες.

Θεωρεί ότι το άτομο, από την βρεφική κιόλας ηλικία, καθώς προσπαθεί να εξερευνήσει το περιβάλλον, αρχίζει να δέχεται μηνύματα αυτοελέγχου (αν π.χ. ακουμπήσει μια ζεστή σόμπα, την επόμενη φορά θα ασκήσει αυτοέλεγχο και δε θα την ακουμπήσει ξανά). Στη συνέχεια, καθώς το άτομο αναπτύσσεται ηλικιακά και προσπαθεί να προσαρμοστεί στον πολιτισμό, υπάρχουν περισσότερες συμπεριφορές αυτοελέγχου, με διαφορετικό όμως περιεχόμενο (π.χ. μην κλέψεις). Ο αυτοέλεγχος υπαγορεύεται από το υπερεγώ, που σχετίζεται με τις αντιλήψεις των γονέων.

Το σεξ, όμως, εκπέμπει ένα εντελώς διαφορετικό μήνυμα. Ξεκινώντας με σωματική και συναισθηματική αποκάλυψη και στη συνέχεια με έντονη απελευθέρωση μέσω του οργασμού, η όλη διαδικασία του σεξ στηρίζεται στην ευχαρίστηση της απαλλαγής από τον έλεγχο. Βάσει της θεωρίας, υποστηρίζεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, μέσω μηνυμάτων της οικογένειας και της κοινωνίας, μπορούν να αδρανοποιούν ένα κομμάτι του αυτοελέγχου κατά τη διάρκεια του σεξ, υπάρχουν όμως και άλλοι που δεν μπορούν. Έτσι, η ανδρική διαταραχή οργασμού θεωρείται ότι προκύπτει εξαιτίας δύο (εκ φύσεως) αντιθετικών καταστάσεων, του αυτοελέγχου και της απελευθέρωσης, ενώ, όσον αφορά τους άνδρες που δεν εμφανίζουν τη διαταραχή, θεωρείται ότι πετυχαίνουν την προσωρινή μετάβαση από τον αυτοέλεγχο στη απελευθέρωση (στη συνέχεια ξαναγυρίζουν στον αυτοέλεγχο).

Ο Perelman (2001) αποδέχεται το ρόλο των βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων, προσθέτει όμως και άλλους παράγοντες που ίσως εμπλέκονται στην ανδρική διαταραχή οργασμού. Καταρχήν, οι φαντασιώσεις είναι πιθανό να εμπλέκονται. Τα άτομα πιθανόν να αυνανίζονται με φαντασιώσεις, των οποίων το περιεχόμενο διαφέρει αρκετά από τη συνουσία με τη σύντροφο. Το περιεχόμενο των φαντασιώσεων μπορεί να διαφέρει σε

αρκετά θέματα, όπως π.χ. το σώμα της συντρόφου, κτλ. Επίσης, ενώ η πραγματοποίηση μιας φαντασίωσης με τη σύντροφο μπορεί να προκαλέσει ευκολότερα οργασμό και εκσπερμάτιση, παρατηρείται το να μην αποκαλύπτει ο άνδρας τη φαντασίωσή του, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί. Ακόμα, κάποιες ιδιοσυγκρασιακές τεχνικές αυνανισμού, οι οποίες ποικίλλουν σε συχνότητα, κίνητρα και τεχνικές, είναι πιθανό να εμπλέκονται στην αιτιολογία της ανδρικής διαταραχής οργασμού, αλλά και σε άλλες σεξουαλικές διαταραχές.

Σημειώνεται επίσης και ο ρόλος των θρησκευτικών πεποιθήσεων και της γενικότερης κουλτούρας στην κοινωνία. Ενδεχομένως, κάποια θρησκευόμενα άτομα να αυνανίζονται ελάχιστα και κατά την εκσπερμάτιση στον αυνανισμό να νιώθουν αισθήματα ενοχής. Αυτά τα αισθήματα ενοχής ενδέχεται να οδηγήσουν σε ιδιαίτερες τεχνικές αυνανισμού, οι οποίες με τη σειρά τους θα οδηγήσουν σε ανδρική διαταραχή οργασμού.

Οι θεραπευτικές μέθοδοι για την ανδρική διαταραχή οργασμού σχετίζονται με την θεωρητική προσέγγιση που χρησιμοποιεί ο κάθε ερευνητής για την αναζήτηση των αιτιών. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο, καθώς προτείνονται και θεραπευτικές μέθοδοι που αξιοποιούν όλων των ειδών τις επιρροές, κι αυτό γιατί ο τελικός στόχος είναι τα βέλτιστα θεραπευτικά αποτελέσματα και όχι η εμμονή και η προσκόλληση μόνο σε ένα θεωρητικό μοντέλο. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η ανδρική διαταραχή οργασμού δεν πρέπει να εξετάζεται σαν ένα αυτοτελές πρόβλημα, καθώς, όπως θα διαφανεί και από τις μελέτες που θα αναφερθούν, πολλές φορές εμφανίζεται μαζί με άλλες διαταραχές, ειδικά με την στυτική δυσλειτουργία. Αυτό σημαίνει ότι η κάθε θεραπευτική προσέγγιση έχει σχέση και με την συγκεκριμένη κάθε φορά εξεταζόμενη περίπτωση, ενώ υπάρχουν και αρκετοί παράγοντες που διαφαίνονται σε κάθε εξατομικευμένη περίπτωση.

Ο Ribner (2010), θεωρώντας την διαταραχή σαν αποτέλεσμα της αντίθεσης αυτοελέγχου και απελευθέρωσης, προτείνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να δημιουργήσει μια φυσική αίσθηση, την οποία ονομάζει «ελεγχόμενη απελευθέρωση». Θεωρεί ότι το άτομο θα

πρέπει να εξασκηθεί στην εκγύμναση και αναγνώριση των πυελικών μυών. Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή το ζευγάρι θα πρέπει να απέχει από τη συνουσία μέχρι να δοθεί οδηγία από το θεραπευτή. Στη συνέχεια, αφού ενημερωθεί για τον σημαντικό ρόλο των μυών, το άτομο θα σταματήσει την ούρηση δύο φορές, έτσι ώστε να αντιληφθεί το ποιος είναι ο συγκεκριμένος μυς και να μπορέσει να τον ελέγξει. Έπειτα, χρειάζεται εκγύμναση του μυός (20 φορές την ημέρα για μία εβδομάδα), έτσι ώστε να βελτιωθούν οι χρόνοι σύσφιξης και χαλάρωσης. Εννοείται ότι αυτό δεν θα γίνεται κατά την ούρηση- η ούρηση χρησιμεύει μόνο την πρώτη φορά έτσι ώστε το άτομο να μπορέσει να αναγνωρίσει το συγκεκριμένο μυ. Ο επιδιωκόμενος χρόνος είναι τα 10 δευτερόλεπτα σύσφιξης και τα τρία δευτερόλεπτα χαλάρωσης. Όταν γίνει προσπάθεια για συνουσία, χρησιμοποιώντας την ιεραποστολική στάση, το άτομο, μόλις φτάσει σε φάση μεγάλης διέγερσης, θα εφαρμόσει την άσκηση του συγκεκριμένου μυός, η οποία θα οδηγήσει στην απελευθέρωση και τον οργασμό.

Ο Perelman (2001), παραθέτει μια μελέτη περίπτωσης στην οποία εμπλέκονται αρκετοί παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι η σεξουαλική ανωριμότητα του ζευγαριού, θρησκευτικές πεποιθήσεις, αυνανιστικές τεχνικές, φαντασιώσεις κατά τον αυνανισμό, σχέση του άνδρα με τη μητέρα του κ.α. Ο Perelman θεωρεί ότι ο θεραπευτής πρέπει να γίνει ένας «ντετέκτιβ του σεξ», έτσι ώστε να αντιληφθεί όλες τις συμπεριφορές ή αντιλήψεις που προκαλούν ή συνεισφέρουν στη διαταραχή. Σε αυτήν την ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μελέτη περίπτωσης, στη θεραπεία έπαιξαν σημαντικό ρόλο η μείωση του αυνανισμού του άνδρα, η αποκάλυψη του περιεχομένου των φαντασιώσεων και η προσπάθεια πραγματοποίησής τους, η συμμετοχή της συντρόφου σε ορισμένες συνεδρίες (αν και σημειώνεται ότι είναι απαραίτητες και οι ατομικές, καθώς η αποκάλυψη των φαντασιώσεων ίσως να μη γινόταν), η βελτίωση της διαπροσωπικής σχέσης, η βαθύτερη εξέταση ψυχοδυναμικών παραγόντων, αλλά και η χρησιμοποίηση του Viagra (πρέπει να αναφερθεί ότι ο άνδρας χρησιμοποιούσε SSRI σαν αγωγή για εμμονές). Η συγκεκριμένη περίπτωση φανερώνει την πολυπλοκότητα

του προβλήματος, καθώς μια πλειάδα παραγόντων οδηγεί σε μια πλειάδα σεξουαλικών δυσλειτουργιών, όπως απουσία επιθυμίας για συνουσία, στυτική δυσλειτουργία, και ανδρική διαταραχή οργασμού. Σημειώνεται ότι ως προς τη θεραπεία της ανδρικής διαταραχής οργασμού, το Viagra είναι αυτό που φαίνεται να διαδραμάτισε το σημαντικότερο ρόλο, όμως η απομονωμένη εξέταση της μιας μόνο διαταραχής δεν είναι σίγουρο ότι προσφέρεται για έγκυρα συμπεράσματα. Κι αυτό γιατί η επιθυμία για συνουσία, η θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας και η βελτίωση της διαπροσωπικής σχέσης αναμφίβολα σχετίζονται με την επιτυχία στην αντιμετώπιση της ανδρικής διαταραχής οργασμού.

Σε μια διαφορετική μελέτη περίπτωσης, ο Perelman (2002) μελετάει ένα ζευγάρι, στο οποίο και ο άνδρας και η σύντροφός του παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία. Πιο συγκεκριμένα, ο άνδρας δεν έχει εκσπερματώσει ποτέ με τη σύντροφο, είτε σε συνουσία, είτε σε ερεθισμό από αυτή, ενώ παρουσίαζε και στυτική δυσλειτουργία. Η σύντροφος παρουσιάζει δυσπαρευνία, ενώ και οι δύο κρίνονται ως σεξουαλικά ανώριμοι, και με αρκετή άγνοια σεξουαλικών θεμάτων. Ο άνδρας αυνανιζόταν με έναν ιδιοσυγκρασιακό και ψυχαναγκαστικό τρόπο, ενώ η πρώτη εμπειρία αυνανισμού ήταν σε ηλικία 17 ετών, στο μπάνιο, φορώντας παλιά ρούχα, όπου φαντασιωνόταν γυναίκες που φορούσαν βρεγμένα μπλουζάκια που τόνιζαν το στήθος. Ο θεραπευτής έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στην αντικατάσταση του μοντέλου αυνανισμού του άνδρα (να εκσπερματώνει με άμεση επαφή και όχι με τριβή, ενώ αργότερα να εκσπερματώνει με τη βοήθεια της συντρόφου), στην εκμάθηση της αυτοϊκανοποίησης στη σύντροφο έτσι ώστε να μπορεί να φτάσει σε οργασμό μόνη της (δεν είχε εξερευνήσει το σώμα της αρκετά), στην πραγματοποίηση των φαντασιώσεων, και στην αγνόηση των περιττών κλών της συντρόφου μέσω της επικέντρωσης στην απόλαυση (αξίζει όμως να σημειωθεί ότι αποφεύχθηκε αρχικά η στάση με τη γυναίκα να έχει τον έλεγχο, καθώς υπήρχε ο φόβος του να χαθεί η διέγερση του άνδρα λόγω των περιττών κλών). Η συνεισφορά της σιλδενεαφίλης (Viagra) κρίνεται και πάλι ως

κομβικής σημασίας στην επίτευξη θετικού θεραπευτικού αποτελέσματος σε όλες τις δυσλειτουργίες του ζευγαριού, παρόλα αυτά αναδεικνύεται και η σημασία όλων των υπόλοιπων παραγόντων που βοήθησαν στη θεραπεία.

4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ

Οι διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας στον άνδρα είναι η διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας και η διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής. Η βασική διαφορά των δύο διαταραχών είναι ότι στην διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής μπορεί να υπάρχει φόβος, άγχος, και αποφυγή της σεξουαλικής δραστηριότητας. Φυσικά, υπάρχει το ενδεχόμενο συνύπαρξης και άλλων σεξουαλικών διαταραχών, ενώ πολλές είναι και οι υποθέσεις για τα αίτια των διαταραχών, όπως και οι προτάσεις θεραπείας.

Ο Carnes (1998) αναφέρει τον όρο «σεξουαλική ανορεξία» προσπαθώντας να μελετήσει τη διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής, σημειώνοντας τη βαθιά αηδία και τρόμο που συνοδεύει την πιθανότητα σεξουαλικής εμπλοκής. Ο Carnes θεωρεί ότι η σεξουαλική ανορεξία έχει άμεση σχέση με τον σεξουαλικό εθισμό. Πιστεύει ότι υπάρχει κάτι αντίστοιχο με την νευρική ανορεξία/βουλιμία, και ότι ενδέχεται να υπάρχει κατά περιόδους εναλλαγή ανάμεσα στους δύο πόλους, δηλαδή τη σεξουαλική αποστροφή και το σεξουαλικό εθισμό. Σαν παράδειγμα για την κατανόηση των θέσεων του αναφέρει την περίπτωση μιας γυναίκας η οποία μετακλούσε από την νευρική ανορεξία και τον εθισμό στο σεξ στην βουλιμία και την σεξουαλική αποστροφή. Στην έρευνά του κατηγοριοποιήθηκε το 85% ως εθισμένο στο σεξ, το 44% ως σεξουαλικά ανορεξικό, ενώ ένα 15% κρίθηκε ότι ανήκει και στις δύο κατηγορίες. Αξίζει να σημειωθεί ότι πάνω από τα 2/3 των σεξουαλικά ανορεξικών παρουσίαζε προβλήματα εθισμού, όπως εξάρτηση από αλκοόλ, χρήση ουσιών, εθισμό σε καφεΐνη, εθισμό σε νικοτίνη, βουλιμία/ανορεξία κτλ. Η συνύπαρξη ανορεξίας και εθισμού περιγράφεται σαν μια κατάσταση όπου μια σεξουαλική κατάχρηση λόγω του εθισμού ακολουθείται από μια περίοδο «εξαγνισμού», κάτι που αποδεικνύει την κοινή αιτιολογία των δύο αυτών φαινομένων.

Η Kaplan (1995) θεωρεί ότι η διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας εκφράζει μια στρέβλωση της ρύθμισης της σεξουαλικής ώθησης. Αυτή η στρέβλωση πηγάζει από την

καταπίεση των σεξουαλικών αισθημάτων μέσω της επικέντρωσης στα αρνητικά σημεία της συντρόφου και της παράλληλης αγνόησης των θετικών σημείων. Ως προς την διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής τονίζεται η στενότερη σχέση ανάμεσα στο φόβο και τη σεξουαλική επαφή με τη σύντροφο.

Η Kaplan θέτει επίσης το ερώτημα του αν και κατά πόσον η μονογαμία μπορεί να ευθύνεται για τη μείωση της επιθυμίας. Αν και θεωρεί ότι είναι πολύ δύσκολη η απάντηση σε αυτό το ερώτημα, καταλήγει στο ότι φαίνεται να υπάρχει μια ισχυρή ώθηση στα άτομα προς τη δημιουργία μακροχρόνιων σχέσεων, οι οποίες έχουν αρκετά ευεργετική επίδραση σε αρκετά σημεία. Από την άλλη, μια μικρή μείωση του πάθους θεωρείται μεν φυσιολογική, όμως η πλήρης απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας ακόμα και σε μια μακροχρόνια σχέση θα πρέπει να χαρακτηριστεί παθολογική.

Επίσης, η Kaplan θεωρεί τις διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας σαν αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, οι οποίοι ομαδοποιούνται σε δύο κατηγορίες: σε αυτούς που δυσχεραίνουν την ανάπτυξη της επιθυμίας «εδώ και τώρα» (σεξουαλικά άγχη, αρνητικές σκέψεις, δυσλειτουργικές αλληλεπιδράσεις με τη σύντροφο κτλ), και σε αυτούς που σχετίζονται με ενδοψυχικές σεξουαλικές συγκρούσεις και νευρωτικές αλληλεπιδράσεις με τη σύντροφο. Οι τελευταίοι έχουν συνήθως σχέση με την παιδική ηλικία, και αποτελούν τα βαθύτερα αίτια της διαταραχής. Τέλος, η Kaplan θεωρεί ότι αίτιο μπορεί να αποτελεί και μια άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία, όπως στυτική δυσλειτουργία ή πρόωρη εκσπερμάτιση. Η μειωμένη επιθυμία ή η αποφυγή, σε αυτές τις περιπτώσεις, προκύπτει ως αποτέλεσμα προστασίας του εαυτού από τον εξευτελισμό και την απόρριψη της συντρόφου που θα προκύψει σε μια περίπτωση αποτυχίας. Υποστηρίζεται ότι, συνήθως, τα άτομα δεν έχουν επίγνωση αυτού του μηχανισμού, ο οποίος δρα ασυνείδητα- θεωρούν ότι απλώς έχασαν τη σεξουαλική τους επιθυμία. Τονίζεται ότι σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να ακολουθηθεί

θεραπεία για τις αρχικές δυσλειτουργίες (ή και το άγχος επίδοσης) , και αργότερα, αν χρειαστεί, για την έλλειψη επιθυμίας.

Τέλος, αναφέρεται και ο ρόλος των βιολογικών/ νευρολογικών παραγόντων. Ο υποθάλαμος θεωρείται βασική μονάδα ρύθμισης για συμπεριφορές όπως το σεξ και η πείνα. Στη ρύθμιση της επιθυμίας εμπλέκεται πιθανότατα και το μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο συνδέει τον υποθάλαμο με διάφορες δομές του εγκεφάλου. Επίσης, επισημαίνεται και ο ρόλος της τεστοστερόνης, των ανδρογόνων, αλλά και των νευροδιαβιβαστών.

Το ζήτημα περιπλέκεται περισσότερο από την έρευνα του Stulhofer (2013). Στην έρευνα αυτή παρουσιάζεται μια άλλη κατηγορία ατόμων, οι οποίοι παρουσιάζουν «απαντητική σεξουαλική συμπεριφορά». Οι ανήκοντες σε αυτή την κατηγορία ήταν όσοι δεν ανέφεραν μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, αλλά δήλωσαν ότι συχνά ή πάντα είχαν σεξουαλική δραστηριότητα με τη σύντροφό τους χωρίς αρχικά να το επιδιώκουν και να το επιθυμούν, και κυρίως εξαιτίας της επιθυμίας της συντρόφου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι τα άτομα αυτά ανέφεραν παρόμοια επίπεδα ικανοποίησης από τη σεξουαλική τους ζωή με τα άτομα που εμφάνιζαν αυθόρμητη και φυσιολογική επιθυμία. Διέφεραν μόνο στο ότι ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ανίας. Επίσης, παρουσίαζαν πολύ υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη σεξουαλική ζωή, συχνότητας επαφών, και σεξουαλικού ενδιαφέροντος συγκρινόμενοι με τα άτομα με χαμηλή επιθυμία. Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας εγείρουν προβληματισμό για το κατά πόσον οι άνδρες αυτοί αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία, όπως επίσης και για την ύπαρξη διαφορετικών διαδρομών (εκτός από τη δική τους επιθυμία) που οδηγούν στην ικανοποίηση του άνδρα. Τέλος, διαφαίνεται η σημαντικότητα της διαχείρισης της κατάστασης από τη σύντροφο, καθώς, ίσως η πρωτοβουλία για συνουσία από τη μεριά της συντρόφου να μπορεί να προσδώσει θετικά αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, υπάρχει και προβληματισμός για το κατά πόσον η ύπαρξη της σεξουαλικής ανίας ενδέχεται να μετατραπεί αργότερα σε χαμηλή

επιθυμία, και για το κατά πόσον αυτή η κατηγορία αποτελεί τον «προθάλαμο» για τη χαμηλή επιθυμία.

Η La Rocque (2011) εξετάζει τη σχέση μεταξύ της αυτοεικόνας του σώματος και της σεξουαλικής αποφυγής (αλλά όχι αποστροφής). Πιο συγκεκριμένα, το κατά πόσον μια αρνητική αντίληψη του ατόμου ως προς την εμφάνισή του δύναται να οδηγήσει σε αποφυγή του σεξ. Καταρχήν, φαίνεται ότι η αρνητική εικόνα υπάρχει περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες, όπως και η σημασία που δίνουν στην εμφάνιση. Αυτή η διαφορά, όμως, δεν σημαίνει ότι στους άνδρες δεν υπάρχει σχέση αυτοεικόνας και αποφυγής. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αυτοεικόνα προέβλεπε τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, τη σεξουαλική ικανοποίηση και τη σεξουαλική επιθυμία. Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση, και επιθυμία λειτουργούν ως διαμεσολαβούσες μεταβλητές στη σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικής αποφυγής. Δηλαδή, τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, ικανοποίησης και επιθυμίας μπορούσαν να προβλέψουν υψηλότερα επίπεδα αποφυγής. Άρα, η αρνητική εικόνα, η οποία σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης, ικανοποίησης, και επιθυμίας, προβλέπει μέσω των τελευταίων τα υψηλά επίπεδα σεξουαλικής αποφυγής.

Ερμηνεία στα παραπάνω αποτελέσματα αποτελεί το ότι αρχικά, μέσω των αντιλήψεων της κοινωνίας για το ελκυστικό, κατασκευάζεται η αρνητική εικόνα του εαυτού ως προς το σώμα. Στη συνέχεια, το αίσθημα της μη ελκυστικότητας του εαυτού ενδέχεται να οδηγήσει σε δυσφορία και αισθήματα ανικανότητας, τα οποία με τη σειρά τους ίσως μειώσουν τη διέγερση. Έτσι, η αρνητική εικόνα αναιρεί τις ενισχυτικές δράσεις που προκύπτουν από τη σεξουαλική επαφή, μειώνει την ικανοποίηση, και εμφανίζεται η σεξουαλική αποφυγή. Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί ότι η σεξουαλική αποφυγή προφανώς έχει σχέση με την χαμηλή σεξουαλική επιθυμία, αλλά δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Ως προς τη σχέση της αποφυγής με την αποστροφή, η La Rocque ξεκαθαρίζει από την αρχή της έρευνας

ότι δεν μελετά την αποστροφή, αλλά την αποφυγή, την οποία ορίζει ως την σκόπιμη αποφυγή σεξουαλικών καταστάσεων και σεξουαλικών αλληλεπιδράσεων με τη σύντροφο.

Ο Katz (1999) εξετάζει το κατά πόσον η ανησυχία, η οποία σε υπερβολικό βαθμό έχει άμεση σχέση με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, σχετίζεται με τη σεξουαλική αποστροφή ή την έλλειψη επιθυμίας. Υποθέτει, ότι εξαιτίας του ότι η αποστροφή εμπεριέχει την φοβική αντίδραση για το σεξ, η γενικότερη ανησυχία θα σχετίζεται ευθέως με την σεξουαλική αποστροφή. Αντίθετα, υποθέτει, η χαμηλή επιθυμία, η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλό ενδιαφέρον και όχι από άγχος, δεν θα πρέπει να σχετίζεται με την ανησυχία. Αν και η υπόθεση φαντάζει λογική, τα αποτελέσματα δεν επιβεβαιώνουν την υπόθεση. Η ανησυχία δεν μπόρεσε να συσχετιστεί με τη σεξουαλική αποστροφή, ενώ, αντίθετα με την πρόβλεψη, συσχετίστηκε με την χαμηλή επιθυμία. Η συσχέτιση αυτή, όμως, αν και στατιστικώς σημαντική ήταν αρκετά αδύναμη, και έτσι εξάγεται το συμπέρασμα ότι η ανησυχία πιθανότατα δεν σχετίζεται με τις διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας. Τέλος, τα δεδομένα δείχνουν μια άμεση σχέση μεταξύ των διαταραχών σεξουαλικής αποστροφής και χαμηλής επιθυμίας.

Ο McCarthy (2009) δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα σε ψυχολογικούς παράγοντες. Θεωρεί ότι τα συνήθη αίτια για την πρωτογενή διαταραχή χαμηλής επιθυμίας είναι η παραλλαγή του τρόπου διέγερσης, η προτίμηση για αυνανισμό παρά για συνουσία, το σεξουαλικό τραύμα, ή η σύγκρουση που αφορά το σεξουαλικό προσανατολισμό. Η δευτερογενής διαταραχή διακρίνεται από την πρωτογενή, καθώς αφορά περιπτώσεις στις οποίες η χαμηλή επιθυμία προκύπτει ως αντίδραση σε άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία, συνήθως στη στυτική δυσλειτουργία ή στην πρόωρη εκσπερμάτιση. Το σεξ πλέον αποτελεί πεδίο ματαίωσης, ντροπής και αμηχανίας, συνεπώς το άτομο παραιτείται από την προσπάθεια και εκδηλώνει την αποφυγή.

Ξαναγυρνώντας στο ζήτημα της σεξουαλικής αποστροφής, ο Triebel (2005) δίνει μια πιο ψυχαναλυτική εκδοχή. Θεωρεί ότι η αποστροφή πρέπει να ερμηνευθεί ως ο μηχανισμός προστασίας του εαυτού από την σεξουαλική ή οποιοδήποτε άλλου τύπου εκμετάλλευση από το σεξουαλικό σύντροφο. Προστατεύουν τον εαυτό τους από τον κίνδυνο του να νιώσουν προδομένοι ή άδαιοι συναισθηματικά, όπως είχαν νιώσει και εξαιτίας των γονιών τους παλαιότερα, είτε αυτό αφορά σεξουαλικό είτε οποιοδήποτε επίπεδο. Επίσης, ένας αδύναμος εαυτός δεν μπορεί να αντέξει την εγγύτητα από μια οικεία σύντροφο. Προσπαθώντας να προστατέψουν τον πληγωμένο ή αδύναμο εαυτό, υιοθετούν στρατηγικές αποστροφής που αφορούν και την σεξουαλική τους ζωή. Η αποστροφή από τη σεξουαλική ζωή εκδηλώνεται με αυνανισμό με πορνογραφία, επισκέψεις σε οίκους ανοχής, ή ενδέχεται να υπάρχει και παρέκκλιση με φετιχισμό, παιδεραστία, κτηνοβασία κτλ. Σημειώνεται ότι σε σοβαρή μορφή, η αποστροφή μπορεί να είναι τόσο καταπιεστική, ώστε η σεξουαλικότητα να εκφράζεται μόνο αναμειγμένη με επιθετικότητα και μίσος, ή ακόμα να οδηγήσει και σε ψύχωση.

Γενικότερα, ως προς τη σύγκριση της διαταραχής σεξουαλικής αποστροφής και της μειωμένης επιθυμίας, φαίνεται ότι ενώ τα αίτια της μειωμένης επιθυμίας μπορεί να ποικίλουν μεταξύ βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων, τα αίτια της αποστροφής πιθανότατα είναι περισσότερο βαθύτερου ψυχολογικού χαρακτήρα, καθώς η φοβία που υποκρύπτεται αντικατοπτρίζει περισσότερο ενδοψυχικές συγκρούσεις, τραύματα, μηχανισμούς προστασίας κτλ.

Περνώντας στις προτάσεις για θεραπεία, ο O' Carroll (1991), σε μια ανασκόπηση θεραπειών για την διαταραχή μειωμένης επιθυμίας, θεωρεί ότι δεν μπορούν να εξαχθούν σίγουρα συμπεράσματα ως προς τις ψυχολογικές θεραπείες, εξαιτίας του ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα στις μελέτες ως προς το μέγεθος και την ομοιογένεια των δειγμάτων. Ως προς τις φαρμακευτικές θεραπείες, η αύξηση της τεστοστερόνης στους άνδρες φαίνεται να δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα βελτιώνονται περισσότερο, εφόσον υπάρχει

συνδυασμός με ψυχοσεξουαλική συμβουλευτική. Επίσης, η υδροχλωρική βουπροπιόνη εμφανίζει και αυτή θετικά αποτελέσματα, όμως σημειώνεται η ύπαρξη αρκετών παρενεργειών. Παρόλα αυτά, επισημαίνονται και στα παραπάνω οι μεθοδολογικές αδυναμίες και η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα ως προς την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής θεραπείας.

Ο McCarthy (2009) δίνει ιδιαίτερη σημασία στη σχέση του ζευγαριού. Μέσα από τη μελέτη περίπτωσης που παρουσιάζει, φαίνεται ξεκάθαρα ότι η αντικατάσταση των λανθασμένων αντιλήψεων της γυναίκας (η οποία θεωρούσε ότι ο άνδρας της δεν την αγαπούσε και ίσως την απατούσε), η εξάλειψη της ενοχής που ένιωθε ο άνδρας λόγω των φαντασιώσεων του (οι οποίες τον ωθούσαν στον κρυφό και ενοχικό αυνανισμό), αλλά και η εγκαθίδρυση ενός νέου κλίματος στη σεξουαλική σχέση, είναι κρίσιμης σπουδαιότητας. Αυτό το κλίμα θα επικεντρώνεται στην αμοιβαία απόλαυση, και όχι στην επίδοση. Επίσης, δίνεται βαρύτητα και στην πρόληψη της υποτροπής. Η δέσμευση του άνδρα για προσπάθεια σεξουαλικής επαφής 1-3 μέρες μετά από μια ενδεχόμενη ανεπιτυχή προσπάθεια αποτελεί κάτι θετικό. Επίσης, η αντίληψη των δύο συντρόφων ότι είναι σύμμαχοι στην αντιμετώπιση του φαύλου κύκλου μεταξύ άγχους, αποτυχίας, αμηχανίας, και εν τέλει αποφυγής, έχει αναμφίβολα προφυλακτικό, για την υποτροπή, χαρακτήρα.

Η Kaplan (1995) προτείνει ένα συνδυασμό γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών με ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι γνωσιακές- συμπεριφοριστικές τεχνικές στοχεύουν στο να τροποποιήσουν τις παθολογικές αντισεξουαλικές συμπεριφορές οι οποίες αποτελούν τα άμεσα αίτια του σεξουαλικού συμπτώματος, ενώ οι ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην έρευνα των βαθύτερων συναισθηματικών προβλημάτων του ζευγαριού και της αντίστασης στη θεραπεία.

Ως προς τη διασαφήνιση της έννοιας του άμεσου αιτίου, στην στυτική δυσλειτουργία για παράδειγμα, το άμεσο αίτιο είναι συνήθως το άγχος επίδοσης. Όμως, στην διαταραχή

μειωμένης επιθυμίας τα άμεσα αίτια εμφανίζουν τεράστια ποικιλία, και είναι διαφορετικά κατά περίπτωση. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο θεωρείται αδύνατο να δημιουργηθεί μία μοναδική θεραπευτική φόρμουλα για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Η Kaplan παραθέτει μερικές κατευθύνσεις της θεραπείας, τονίζοντας όμως το γεγονός ότι ποτέ δεν έχει επαναλάβει σε κάποια περίπτωση το ίδιο ακριβώς θεραπευτικό σχέδιο, εξαιτίας της προαναφερθείσας πολυπλοκότητας στο ζήτημα των αιτιών. Θα περιοριστούμε στο να αναφέρουμε κάποιες βασικές κατευθύνσεις που προτείνονται.

Καταρχήν, ένας βασικός στόχος είναι η αύξηση της συνείδησης του ατόμου. Πρέπει να παρατεθούν στο άτομο αποδείξεις των αρνητικών αυτόματων σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, έτσι ώστε να αποδεχθεί την ύπαρξή τους, και στη συνέχεια, αφού αποκαλυφθούν, να αντιμετωπιστούν με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Ένα παράδειγμα που αναφέρει η Kaplan και βοηθά στην κατανόηση των παραπάνω (αν και αφορά γυναίκα και όχι άνδρα), είναι το εξής: ένα ζευγάρι παρακολούθησε μια ερωτική ταινία, όμως η γυναίκα δεν ένιωσε διέγερση, προβάλλοντας σαν δικαιολογία το ότι η ταινία ήταν ανόητη και το ότι το σεξ (στην ταινία) έγινε πολύ γρήγορα. Όμως, την επόμενη μέρα είδε μόνη της την ταινία και έφτασε σε οργασμό. Αυτό αποδεικνύει το ότι δεν είχε συνείδηση της ύπαρξης των παραγόντων (συνήθως αρνητικών σκέψεων) που αναστέλλουν τη σεξουαλική επιθυμία όταν βρίσκεται με το σύντροφο, και το απέδωσε σε άλλα αίτια. Άλλη συχνή δικαιολογία είναι η έλλειψη σεξουαλικής χημείας. Η αύξηση της συνείδησης είναι το πρώτο βήμα για την αποκάλυψη των ανασταλτικών παραγόντων της σεξουαλικής επιθυμίας, καθώς φέρνουν στο φως υλικό το οποίο μπορεί πλέον να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά.

Η εκμετάλλευση των φαντασιώσεων είναι άλλο σημαντικό σημείο. Η πραγματοποίηση των φαντασιώσεων μπορεί να υπερνικήσει τους αντισεξουαλικούς παράγοντες που αναστέλλουν τη διέγερση. Ακόμα, η από κοινού παρακολούθηση ταινιών με το περιεχόμενο της φαντασίωσης μπορεί να «ξεμπλοκάρει» το σύντροφο. Φυσικά, οι κοινές

φαντασιώσεις του ζευγαριού, εφόσον υπάρχουν, διευκολύνουν ακόμη περισσότερο την προσπάθεια.

Ο αυνανισμός μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο, ειδικά σε άτομα που «μπλοκάρουν» με την παρουσία της συντρόφου. Μετά από ερωτικά παιχνίδια ή παρακολούθηση ερωτικής ταινίας και σε συγκεκριμένο σημείο διέγερσης, ο παράλληλος αυνανισμός μπορεί να έχει θετική επίδραση. Ιδιαίτερη σημασία έχει και η ενθάρρυνση από τη σύντροφο. Η όλη αυτή διαδικασία δύναται να αποτελέσει μια εμπειρία διόρθωσης συναισθημάτων (ως προς το πώς νιώθουν τα άτομα την στιγμή πριν την επαφή), αλλά και να βοηθήσει ιδιαίτερα τα άτομα στα οποία η αρνητική αντίληψη για τον αυνανισμό συνεισφέρει στην ανικανότητα λειτουργίας με τη σύντροφο. Αναφέρονται και άλλες τεχνικές, όπως βελτίωση της επικοινωνίας του ζευγαριού, εκπαίδευση σε σεξουαλικές δεξιότητες, κτλ.

Ως προς τη θεραπεία της σεξουαλικής αποστροφής, η Kaplan θεωρεί ότι πρέπει να γίνει σε δύο φάσεις. Στην πρώτη επιδιώκεται το να ξεπεράσει το άτομο την αποφυγή που αφορά το να δίνει στη σύντροφο σεξουαλική ικανοποίηση (π.χ. να ερεθίζει ο ίδιος τη σύντροφο). Σε αυτή τη φάση δεν γίνεται προσπάθεια να διορθωθεί η έλλειψη επιθυμίας ή η αποφυγή ερεθισμού από τη σύντροφο. Έτσι, το άτομο νιώθει ότι ο θεραπευτής σέβεται τους φόβους του, και αποδέχεται τη συμμετοχή στη θεραπεία. Η δεύτερη φάση στην οποία επιδιώκεται η αύξηση της επιθυμίας είναι και η πιο δύσκολη, ενώ τονίζεται ότι η επιτυχία της θεραπείας αυτής της διαταραχής είναι εξαιρετικά αμφίβολη. Δεδομένου του ότι η ενυπάρχουσα φοβία συνοδεύεται από άγχος, δίνεται βαρύτητα στην ρύθμισή του στο επιδιωκόμενο επίπεδο. Κι αυτό γιατί, από τη μια, το υψηλό άγχος ενδέχεται να οδηγήσει σε κρίση πανικού κατά τις θεραπευτικές σεξουαλικές ασκήσεις με τη σύντροφο. Από την άλλη, όμως, η πολύ χαμηλή ύπαρξη άγχους εμποδίζει την εφαρμογή της απευαισθητοποίησης, ακυρώνοντας ουσιαστικά την θεραπευτική αυτή τεχνική.

Τέλος, παρουσιάζει ενδιαφέρον η κριτική προσέγγιση της Markovic (2010), η οποία θέτει αρκετούς προβληματισμούς σχετικά με την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της διαταραχής σεξουαλικής επιθυμίας. Καταρχήν, αναφέρει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για μεγέθυνση ενός ήδη υπαρκτού καρκίνου του προστάτη εξαιτίας των συμπληρωματικών ενέσεων τεστοστερόνης. Επίσης, η από το στόμα χορηγούμενη τεστοστερόνη μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο συκώτι. Στο Viagra, το Cialis και το Levitra, πλέον υπάρχει επισήμανση που αναφέρει προφυλάξεις για την ξαφνική απώλεια της ακοής. Επιπροσθέτως, τίθεται το ζήτημα του πόσο ενήμεροι είναι οι ασθενείς για τις παρενέργειες των φαρμάκων. Καθώς δεν είμαστε ακόμα σίγουροι για τον γενικότερο τρόπο δράσης και τις πιθανές παρενέργειες, θεωρείται ότι η συμφωνία των ασθενών δεν βασίζεται σε πλήρη ενημέρωση.

Επεκτείνοντας την κριτική, η Markovic θεωρεί ότι η διάγνωση της διαταραχής μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας παθολογικοποιεί το άτομο και μεταφέρει το πρόβλημα εκτός του πλαισίου της όλης σχέσης των δύο ατόμων, μετατρέποντας το σε «αποδιοπομπαίο τράγο». Επίσης, αυτή η προσέγγιση υποκρύπτει άλλα προβλήματα του ζευγαριού, δεν τα φέρνει στην επιφάνεια, κάνοντας αδύνατη την επίλυσή τους. Επιπροσθέτως, θέτει το ζήτημα του τι πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό και τι αποκλίνει. Θεωρείται ότι κανείς δεν έχει το δικαίωμα να προσδιορίσει τις τιμές της φυσιολογικής και αποκλίνουσας «ποσότητας» σεξουαλικής επιθυμίας, κάτι το οποίο φυσικά δεν έχει γίνει, καθώς υπάρχουν διαφωνίες. Η σεξουαλική επιθυμία δεν είναι κάτι που επιδέχεται μέτρηση με τους όρους του φυσιολογικού και του αποκλίνοντος, αλλά, αντίθετα, πρέπει να προσεγγιστεί ολιστικά και ευρύτερα, σαν μια σεξουαλική ασυμφωνία. Η ασυμφωνία αυτή θα αντανakλά διαφορές που προκύπτουν εξαιτίας των αντιλήψεων για την επιθυμία των άλλων, των επιπέδων προσωπικής επιθυμίας, των θεωρούμενων από τους ειδικούς ως επιθυμητών επιπέδων, και της γενικότερης κοινωνικής αντίληψης ως προς το ζήτημα αυτό. Τέλος, σημειώνεται το ότι η προβολή της

ιατρικής αντιμετώπισης πιθανότατα γίνεται από εταιρίες οι οποίες έχουν άμεσο οικονομικό συμφέρον. Η ιατρικοποίηση αυτή σε συνδυασμό με τις προωθούμενες αντιλήψεις για τα «φυσιολογικά» επίπεδα επιθυμίας, οδηγούν τα άτομα στον έλεγχο της επίδοσης και της επιθυμίας, έχοντας την υποψία και το φόβο μήπως θεωρηθούν εκτός του φυσιολογικού. Αυτός ο φόβος, η αμηχανία, και η ντροπή, προκαλούνται από την ιατρικοποίηση, και εν τέλει επιδεινώνουν το πρόβλημα, το οποίο προορίζονταν αρχικά να λύσουν.

5. ΑΝΔΡΙΚΗ ΔΥΣΠΑΡΕΥΝΙΑ

Η ανδρική δυσπαρευνία δεν συναντάται συχνά, η δυσπαρευνία είναι μια διαταραχή που αφορά περισσότερο τις γυναίκες. Στον άνδρα, η δυσπαρευνία έχει συνήθως ιατρική αιτιολογία, όπως τραύμα ή μολύνσεις (Gruver, 1977). Συνήθως εμπλέκονται η ουρήθρα, η βάλανος, και η ακροποσθία, μέσω βακτηριακών μολύνσεων ή τραυματισμών. Άλλες αιτίες μπορεί να είναι η φίμωση ή η υπερευαισθησία της βάλανου, όπως και ο πόνος κατά την εκσπερμάτιση. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, αν και πολύ λιγότερες, στις οποίες η ανδρική δυσπαρευνία οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια. Ο Gruver αναφέρει μια τέτοιου τύπου μελέτη περίπτωσης.

Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει ένας συνδυασμός της ψυχαναλυτικής και της συμπεριφορικής θεραπείας. Ο πόνος που νιώθει το άτομο σχετίζεται με τις αρχικές εμπειρίες αυνανισμού, στις οποίες αναφέρεται ότι υπήρχε δύο φορές τραυματισμός και αίσθηση πόνου (λόγω ατυχήματος). Λόγω των ενοχών που υπήρχαν για την πράξη του αυνανισμού, ενδεχομένως ο πόνος να θεωρήθηκε και μια τιμωρία. Μετά από την εκσπερμάτιση, το άτομο έλεγχε για την ύπαρξη πόνου πιέζοντας τη βάλανο, προκαλώντας ουσιαστικά το ίδιο τον πόνο στον εαυτό του. Έτσι, ο πόνος έγινε πλέον κάτι αναμενόμενο, που υπάρχει μετά την εκσπερμάτιση. Το άτομο στη συνέχεια γενίκευσε το αίσθημα του πόνου και στη συνουσία. Η θεραπεία έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στην απαλλαγή από τις ενοχές που συνόδευαν τον αυνανισμό και τις φαντασιώσεις, αλλά και στην αποσύνδεση των μαθημένων αρνητικών αντιδράσεων από τη σεξουαλική δραστηριότητα. Η θεραπεία, η οποία διήρκεσε λίγο περισσότερο από ένα μήνα, είχε θετική έκβαση.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το δεύτερο μέρος αυτής της εργασίας είναι περισσότερο επικεντρωμένο στο ίδιο το άτομο που βιώνει τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Η εξέταση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών από την πλευρά των ατόμων ενδέχεται να βοηθήσει στην βαθύτερη κατανόηση των προκαλούμενων από τη δυσλειτουργία προβληματικών καταστάσεων ή επιλογών, αλλά ίσως και να συνδράμει στο να διαφανούν πλευρές που δεν τονίζονται ιδιαίτερα στην επιστημονική βιβλιογραφία. Το ερώτημα που εξετάζεται στο δεύτερο μέρος είναι το πώς περιγράφουν οι άνδρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας την ψυχολογική τους κατάσταση και τις ερωτικές τους σχέσεις. Για την διερεύνηση των παραπάνω χρησιμοποιήθηκε το διαδικτυακό forum «e-psychology.gr». Αξίζει να σημειωθεί ότι το φόρουμ, αν και ασχολείται με ψυχολογικά θέματα, δεν προσφέρει υπηρεσίες ψυχολόγου. Ο στόχος της ύπαρξης του φόρουμ είναι η προσφορά ενός χώρου όπου θα είναι δυνατή η ανταλλαγή ιδεών, απόψεων, και η συζήτηση για θέματα ψυχικής υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η επιλογή των περιπτώσεων μέσα από το διαδικτυακό forum ήταν μια ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία. Καταρχήν, μελετήθηκαν περιπτώσεις που ανήκουν στην ενότητα (του φόρουμ) «οικογένεια- σχέσεις- σεξουαλικότητα». Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ενότητα καλύπτει και θέματα εκτός των σεξουαλικών δυσλειτουργιών (οικογενειακά προβλήματα, προβλήματα σχέσεων, απορίες για σεξουαλικά θέματα κτλ), έπρεπε να επιλεγούν τα θέματα που σχετίζονται με το αντικείμενο μελέτης της εργασίας. Έτσι, στον αρχικό κύκλο επιλογής, μέσα από την παρατήρηση των τίτλων όλων των θεμάτων της συγκεκριμένης ενότητας, επιλέχθηκαν μόνο αυτά στα οποία φαινόταν ξεκάθαρα στον τίτλο ότι αφορούν σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Στη δεύτερη φάση επιλογής αποκλείστηκαν περιπτώσεις στις οποίες τα στοιχεία που αναφέρονταν δεν ήταν ιδιαίτερα πλήρη ή επαρκή για την κατανόηση της περίπτωσης, ή επικεντρώνονταν αποκλειστικά σε ένα θέμα (π.χ. φαρμακοθεραπεία). Αποκλείστηκαν επίσης οι περιπτώσεις στις οποίες οι πληροφορίες δίνονταν από τρίτο άτομο (π.χ. σύντροφος) και όχι από το ίδιο το άτομο που αντιμετώπιζε τη δυσλειτουργία. Μετά τη δεύτερη φάση επιλογής είχαν συγκεντρωθεί επτά περιπτώσεις, πέντε εκ των οποίων αφορούσαν τη στυτική δυσλειτουργία, μία που αφορούσε τη διαταραχή μειωμένης επιθυμίας, και μία η οποία αφορούσε περισσότερες από μία διαταραχές.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν κάποια θέματα που προέκυψαν κατά τα πρώτα στάδια επιλογής. Καταρχήν, οι περιπτώσεις στις οποίες φαινόταν από τον τίτλο του θέματος να υπάρχει σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν περίπου 50. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων που αποκλείστηκε κατά τη δεύτερη φάση επιλογής, ειδικά ως προς τη στυτική δυσλειτουργία και την πρόωρη εκσπερμάτιση, παρουσίαζε έλλειψη επαρκών στοιχείων για την περίπτωση. Δηλαδή, το άτομο ανέφερε επιγραμματικά το πρόβλημα που αντιμετώπιζε και προσδοκούσε στο να ακούσει τις γνώμες των άλλων μήπως βοηθηθεί σε κάτι. Επίσης, αρκετές περιπτώσεις είτε αναφέρονταν μόνο σε φάρμακα (παράκληση σε άτομα

που έχουν χρησιμοποιήσει φαρμακευτικό σκεύασμα να μοιραστούν την εμπειρία τους), είτε σε σεξουαλική δυσλειτουργία προκαλούμενη από ψυχοτρόπα φάρμακα (καθώς είναι πιθανό πολλά από τα άτομα που γράφουν στο forum να λαμβάνουν φαρμακοθεραπεία). Ένα θέμα που μας προκάλεσε ιδιαίτερη εντύπωση αφορά τις διαταραχές μειωμένης επιθυμίας. Ενώ στις διαταραχές στυτικής δυσλειτουργίας ή στις διαταραχές εκσπερμάτισης οι άνδρες είναι αυτοί που παρουσιάζουν το πρόβλημα στο forum, στις διαταραχές μειωμένης επιθυμίας η πλειοψηφία των περιπτώσεων παρουσιάζεται από τις συντρόφους τους. Αυτό, αν και οδήγησε σε αποκλεισμό πολλών περιπτώσεων καθώς κρίθηκε σκόπιμο η δυσλειτουργία να παρουσιάζεται από το ίδιο το άτομο που τη βιώνει, είναι ένα πολύ σημαντικό εύρημα που χρήζει περαιτέρω ανάλυσης από κάποια άλλη έρευνα, καθώς, αφενός οι άνδρες στις συγκεκριμένες περιπτώσεις δε φαίνεται να αναγνωρίζουν το πρόβλημα, αφετέρου δε οι γυναίκες σύντροφοί τους φαίνεται να παρουσιάζουν παρόμοια απόγνωση και απελπισία σε σχέση με τους άνδρες που βιώνουν μια άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Στη συνέχεια υπήρξε επιλογή των κυριότερων σημείων των κειμένων σε κάθε επιλεγμένο θέμα. Λόγω του ότι το διαδικτυακό forum είναι ένα πεδίο συζήτησης, οι πληροφορίες δεν δίνονται πάντα ολοκληρωμένα σε ένα ενιαίο κείμενο. Εξαιτίας του διαλόγου με τα υπόλοιπα μέλη, πολλές φορές οι πληροφορίες παρουσιάζονται σποραδικά μέσα σε αρκετές απαντήσεις. Γι αυτό το λόγο επιλέχθηκαν τα κυριότερα σημεία των πληροφοριών, προσπαθώντας όμως να μην αλλοιωθεί το αρχικό κείμενο. Τα σημαντικότερα σημεία σε κάθε διάλογο ταξινομήθηκαν με την εξής μορφή: στην αρχή της κάθε τοποθέτησης του κάθε ατόμου υπάρχει ένα κεφαλαίο γράμμα. «Α». Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει το γράμμα «Α» και μετά πάλι το γράμμα «Α», αυτό σημαίνει ότι το αρχικό άτομο αναφέρει κάποια επιπλέον στοιχεία, πιθανότατα μετά από ένα διάλογο που έχει παραλειφθεί. Όταν παραλείπονται διάλογοι, ανεξάρτητα του πόσες απαντήσεις παραλείπονται, τοποθετείται το σύμβολο (---). Σε κάθε περίπτωση, παρατίθενται οι σύνδεσμοι (links) για την κάθε περίπτωση στο τέλος της

εργασίας, έτσι ώστε, όποιος το επιθυμεί, να μπορεί να έχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της συνολικής συζήτησης. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι έχουν αφαιρεθεί τα ψευδώνυμα και οποιαδήποτε στοιχεία παραπέμπουν σε ταυτότητα κάποιου μέλους (εφόσον υπήρχαν). Έχει γίνει μια ελαφρά τροποποίηση όσον αφορά την ορθογραφία, τα σημεία στίξης, και αντικατάσταση κάποιων λέξεων ακατάλληλων για παράθεση στην εργασία. Παρόλα αυτά, έγινε προσπάθεια ώστε το κείμενο να αλλοιωθεί κατά το λιγότερο δυνατόν.

Κατά την τελική επιλογή των θεμάτων ένα βασικό κριτήριο ήταν η παροχή αρκετών πληροφοριών για τα υπό εξέταση ερωτήματα, δηλαδή για την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου εξαιτίας της δυσλειτουργίας και για τον τρόπο που επηρεάζονται οι ερωτικές σχέσεις (παροντικές και μελλοντικές) από τη δυσλειτουργία. Ένα άλλο κριτήριο ήταν η αντιπροσωπευτικότητα των περιπτώσεων, να υπάρχουν δηλαδή σε κάθε περίπτωση κάποια τυπικά στοιχεία που συναντώνται συχνά στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Το τελευταίο κριτήριο ήταν η συνθετότητα των περιπτώσεων, δηλαδή, εκτός από τα τυπικά στοιχεία μιας διαταραχής, να αναδεικνύεται και μια ποικιλία θεμάτων μέσα από την κάθε περίπτωση (πχ. συνύπαρξη δύο δυσλειτουργιών, αναφορές για πολλές ερωτικές σχέσεις των ατόμων κτλ). Τελικά επιλέχθηκαν 4 περιπτώσεις προς ανάλυση.

Η εξέταση των περιπτώσεων έγινε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης. Η θεματική ανάλυση μπορεί να θεωρηθεί ως μια θεμελιακή μέθοδος για την ποιοτική ανάλυση, ενώ παράλληλα ενδείκνυται για τους νεοεισερχόμενους στην ποιοτική μέθοδο γενικότερα (Braun & Clarke, 2006). Βασικό στοιχείο της θεματικής ανάλυσης είναι η αναζήτηση κοινών νοηματικών μοτίβων μέσα σε ένα σύνολο δεδομένων, σε σχέση με το εξεταζόμενο ερευνητικό ερώτημα. Η αναζήτηση αυτή προϋποθέτει την αναγνώριση, την κωδικοποίηση και την εξαγωγή κάποιων δεδομένων σε κάθε εξεταζόμενη περίπτωση, και στη συνέχεια τη δημιουργία θεμάτων μέσα από την εξέταση των κοινών νοηματικών μοτίβων που προκύπτουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ποσοτική μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης ενός

θέματος δεν συνιστά το κύριο κριτήριο για την σημαντικότητα του θέματος, καθώς δίνεται περισσότερη βαρύτητα το αν περικλείονται στο θέμα σημαντικά στοιχεία για τα ερευνητικά ερωτήματα. Το κύριο πλεονέκτημα της θεματικής ανάλυσης είναι η ευελιξία που προσφέρει, η οποία όμως σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ως απουσία κατευθυντήριων γραμμών. Από την άλλη, η παρουσία κατευθυντήριων γραμμών δεν πρέπει να οδηγήσει σε δραστικό περιορισμό της ευελιξίας, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος της μετατροπής της ανάλυσης σε μια απλή παράφραση ή περιγραφή των δεδομένων. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι στην ανάλυση που πραγματοποιήθηκε δεν έγινε προσπάθεια επιβολής ενός προϋπάρχοντος θεωρητικού πλαισίου στα δεδομένα, αλλά αντίθετα δόθηκε έμφαση στα νοήματα που αναδεικνύονται από τα ίδια τα δεδομένα, σημειώνοντας όμως παράλληλα ότι κανείς δεν μπορεί να είναι παντελώς απαλλαγμένος και ελεύθερος από κάθε είδους θεωρητικές προκαταλήψεις.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^H

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ (όπως τίθεται από τον θεματοθέτη που ανοίγει τη συζήτηση στο φόρουμ): ΑΝΔΡΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΤΡΙΑ ΣΤΑΔΙΑ...

«Α: Καλημέρα σε όλους τους φίλους και φίλες μιας και γράφω πρωί-πρωί. Είμαι άντρας, 29 χρονών, και αντιμετωπίζω ένα "τριφασικό" πρόβλημα με τη σεξουαλική μου δραστηριότητα.

Κάθε φορά, με ελάχιστες φωτεινές εξαιρέσεις, που συνενυρίσκομαι για πρώτη φορά σεξουαλικά με μια νέα σύντροφο, είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα αντιμετωπίσω πρόβλημα στύσης. Ενώ έχω μεγάλη ερωτική επιθυμία, την κρίσιμη ώρα η στύση απλά χάνεται... Αυτό είναι κάτι που μου συνέβη κατά την πρώτη μου σεξουαλική εμπειρία στα 18 μου, και συμβαίνει από τότε σχεδόν σε κάθε πρώτη μου φορά με νέα σύντροφο. Την πρώτη μου φορά, ενώ είχα καλή στύση κατά τα προκαταρκτικά, μόλις έβγαλα τομποξεράκι και ήρθε η ώρα, την έχασα. Αγχώθηκα, ντράπηκα, και τελικά με μια μέτρια στύση κατάφερα τουλάχιστον να διεισδύσω ώστε να σώσω έστω τα προσχήματα. Αυτό επαναλήφθηκε κ τις επόμενες μέρες, καθώς μου είχε δημιουργηθεί ένα απίστευτο άγχος που οδηγούσε σε έναν φαύλο κύκλο, μιας και πριν ξεκινήσει οτιδήποτε εγώ ήδη σκεφτόμουν ότι "πάλι δε θα τα καταφέρω", κ όντως τελικά κάπως έτσι συνέβαινε. Μετά από ορισμένες πλήρως ή μερικώς αποτυχημένες προσπάθειες πήρα το θάρρος και στα 18 μου χρόνια χωρίς να ρωτήσω κανέναν αποφάσισα να συμβουλευτώ κάποιον ψυχολόγο. Πήγα σε κάποιον που βρήκα μόνος μου με αρκετά πλούσιο βιογραφικό. Μαζί του είχα μία και μοναδική συνεδρία. Μου μίλησε πολύ καλά, με χαλάρωσε, μου είπε ότι αποκλείεται να έχω κάποιο οργανικό πρόβλημα εφόσον στον αννανισμό (στην...προπόνηση, όπως είπε) όλα δούλευαν ρολόι. Του είπα ότι πέρα από το στυτικό θέμα, αντιμετώπιζα και πρόβλημα πρόωρης εκσπερμάτισης. Μου εξήγησε ότι συνδέονται κ ότι πιθανότατα το άγχος μη μου χαθεί η στύση με κάνει να "βιάζομαι" υποσυνείδητα κ να οδηγούμαι σε πρόωρο οργασμό. Μου είπε ότι θα μπορούσα αν θέλω να δοκιμάσω να χαλαρώνω πριν την επαφή με ένα ποτό, να δίνω χρόνο σε μένα κ στην κοπέλα ξαπλώνοντας γυμνοί κάτω από τις κουβέρτες, κ μόλις νιώσουμε άνετα κ εγώ νιώσω έντονα την επιθυμία κ την ορμή, αβίαστα και ωραία να...ξεκινάμε. Ωστόσο, μου συνέστησε και ένα χάπι, το Anafranil, λέγοντάς μου ότι μπορεί να με σώσει και για τα 2 θέματα, απώλεια στύσης κ πρόωρη εκσπερμάτιση. Στο άκουσμα του χαπιού φοβήθηκα κ αγχώθηκα, νόμισα ότι εννοούσε πως θα πρέπει να το παίρνω για μια ζωή. Μου είπε όμως, ότι θα έπρεπε να το παίρνω από το μεσημέρι μιας μέρας κατά την οποία πίστευα ότι το βράδυ θα κάνω σεξ, κ ότι μόνος μου θα καταλάβαινα πότε μπορώ να το σταματήσω, μόλις αποκτούσα αυτοπεποίθηση. Πήρα το χάπι το ίδιο απόγευμα, χαπακώθηκα, και το βράδυ ήμουν στις κοπελιάς μου...Κάναμε έρωτα μέχρι το πρωί κ το μόνο που μπόρεσε να ψελλίσει κοιτώντας με στα μάτια με απορία ήταν: "?????" (ενθουσιασμός). Αν δεν κάνω λάθος, χρησιμοποίησα το χάπι άλλη μια ή δυο φορές. Από εκεί και πέρα ήμουν σίγουρος πια για τον εαυτό μου κ η σεξουαλική μας ζωή απλά πήγαινε όλο και καλύτερα!! Περνούσα υπέροχα, πίστευα ότι αγγίζαμε την τελειότητα, αν εξαιρούσα αυτό που αποκαλώ τρίτο σκέλος της σεξουαλικής μου δυσλειτουργίας, που είναι ο μεγάλος χρόνος που χρειάζομαι για να ξαναέχω στύση μετά από έναν οργασμό. Αλλά αυτό είναι που με αγχώνει λιγότερο, γιατί προσπαθώ πάντα και συνήθως καταφέρνω να τελειώσω τουλάχιστον μια φορά η σύντροφος προτού το κάνω εγώ, οπότε η επόμενη φορά ας αργήσει κ λίγο, δεν είναι τραγικό.

Το τραγικό ξεκίνησε όμως μετά τον χωρισμό μου και όταν άρχισα να έχω κι άλλες σεξουαλικές σχέσεις, με νέες συντρόφους, συχνά ευκαιριακές, της μιας νύχτας. Κατά την πρώτη μου σεξουαλική επαφή με μια άλλη κοπέλα μετά την πρώτη μου σχέση, διαπίστωσα με τρόμο ότι, για κάποιον λόγο που δε μπορούσα να εξηγήσω, ο παλιός εφιάλτης είχε ξαναγυρίσει. Ήμουν αγχωμένος και δυσκολευόμουν να έχω στύση, και τελικά έγινε μια επανάληψη της πρώτης μου φοράς. Το θετικό ήταν ότι κοιμήθηκα στο σπίτι εκείνης της κοπέλας και το επόμενο πρωί με την ευεργετική επίδραση που αυτή η ώρα της ημέρας έχει στην ανδρική διέγερση κατάφερα να τελειώσω με επιτυχία ό,τι είχε λήξει άδοξα το προηγούμενο βράδυ. Έφυγα όμως από το σπίτι της γνωρίζοντας ότι το Anafranil και η προσωπική μου προσπάθεια αλλά και η τρομερή συμπαράσταση της πρώτης μου κοπέλας μου είχαν δώσει μια αυτοπεποίθηση και σιγουριά, η οποία όμως δεν συνεχίστηκε με την επόμενη σύντροφο. Και δυστυχώς για μένα ούτε με την επόμενη, ούτε με την επόμενη... Είναι εξαιρετικά σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ΔΕΝ είχα πρόβλημα στύσης όταν πρωτοπήγαινα με μια κοπέλα. Τις περισσότερες φορές είχα πρόβλημα στύσης που, όταν τέλος πάντων και αν λυνόταν, ακολουθούσαν από πρόβλημα πρόωρης εκσπερμάτισης. Και όπως καταλαβαίνετε, μετά από τέτοιες επιδόσεις την πρώτη φορά, με τί μούτρα να επιδιώξεις και δεύτερη; Εντάξει, αστειεύομαι, έτσι κι αλλιώς στις περιπτώσεις που υπήρχε έστω και λίγο συναίσθημα ή αμοιβαίο ενδιαφέρον για επανάληψη, μια αποτυχημένη πρώτη φορά δε στεκόταν εμπόδιο. Βέβαια, σίγουρα υπήρξαν και κοπέλες που απογοητεύονταν και απέφευγαν δεύτερη φορά, πράγμα που άλλοτε με στενοχωρούσε, άλλοτε όμως με ανακούφιζε... Η ουσία όμως είναι, αν θέλω να είμαι απόλυτα ειλικρινής, ότι δε μου αρέσει και πολύ η ιδέα να με θυμάται μια κοπέλα ως "εκείνος που δεν του σηκωνόταν, και μόλις τα κατάφερνε τελείωνε σε 2 λεπτά"...

Η εμπειρία μου έχει δείξει ότι στις μακροχρόνιες σχέσεις που έχω κάνει τα πράγματα πήγαν πάρα πολύ καλά και είχαμε μια πλούσια κ πολύ ικανοποιητική σεξουαλική ζωή. Ωστόσο το πρόβλημα παραμένει όταν συννευρίσκομαι για πρώτη φορά με μια κοπέλα, πράγμα που με στεναχωρεί αφάνταστα.

Έχω από το καλοκαίρι που χώρισα από την 3η μου μακροχρόνια σχέση και από τότε μέχρι σήμερα είχα 2 μόνο σεξουαλικές επαφές με μια άλλη κοπέλα, και οι 2 με την ίδια. Την πρώτη φορά, προς ικανοποίησή μου, δεν είχα πρόβλημα στύσης, ενώ δεν εκσπερμάτισα και πολύ γρήγορα, λαμβανομένου υπόψη και του αρκετά μεγάλου χρόνου... απραξίας. Είχα όμως πρόβλημα επαναληπτικότητας, δηλαδή δεν μπορούσα να ξαναέχω στύση όσο γρήγορα θα ήθελα και εγώ, αλλά, είμαι σίγουρος, και η σύντροφός μου.

Το πρόβλημά μου λοιπόν είναι, ότι έχω πια ένα μόνιμο άγχος, έναν εφιάλτη, ότι στην επόμενη και ίσως σε κάθε νέα μου επαφή με κάποια κοπέλα, θα έχω δύσκολα στύση, μετά θα έρθω γρήγορα σε οργασμό, και τέλος δε θα μπορέσω να επαναλάβω σύντομα. Ακόμα κι αν δε συμβούν και τα 3, φοβάμαι ότι θα συμβούν τα άλλα 2...έχω χάσει πια τις ελπίδες μου να συμβεί μόνο το ένα... Μήπως να χρησιμοποιώ το Anafranil ή κάποιο άλλο σκεύασμα που μπορεί κανείς να προτείνει για την πρώτη φορά που πάω με μια κοπέλα, μιας και εκεί εντοπίζεται το πρόβλημα;

Ευχαριστώ!»

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^Η

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

«Α: Καταρχήν γεια χαρά σε όλους. Στέλνω αυτό το μήνυμα γιατί ψάχνω απεγνωσμένα μια υποστήριξη στο πρόβλημα μου που ξεκινάει ως εξής:

Όταν ήμουν πιτσιρικάς 15 χρονών πήγα μαζί με τα φιλαράκια σε οίκο ανοχής, όπως συνηθιζόταν, για να "σπάσουμε "την παρθενιά μας"..Το πρόβλημα είναι ότι εγώ το μόνο που έσπασα ήταν την ψυχολογία μου, αφού δεν κατάφερα να έχω στύση λόγω υπερβολικού άγχους της "πρώτης φοράς"...Δυστυχώς, λοιπόν, από τότε μου σφίγησε στο μυαλό αυτή η εμπειρία και όταν ξαναπήγα με σκοπό να το ξεπεράσω κ πάλι δεν τα κατάφερα...

Όπως καταλαβαίνετε αυτό συνέβη και στις σχέσεις που είχα...Φυσικά, το να τους πω το λόγο δεν μου "έβγαине" κι έτσι υπέθεταν πως εγώ δεν ήθελα...Περισσότερο να σας πω πόσο χάλια ψυχολογικά γινόμουν...Για έναν άντρα η σεξουαλικότητά του είναι η περηφάνια του..Όλο αυτό λοιπόν με έκανε ένα ψυχολογικό ράκος..Και το τραβούσα μόνος μιας και ντρεπόμουν να το πω σε κάποιον κολλητό μου..Ακόμα κ τώρα...

Τα τελευταία 6 χρόνια είχα μια σχέση με μια κοπέλα η οποία πραγματικά με αγαπούσε...Στην αρχή της σχέσης συνέβαινε το κλασικό..Δεν μπορούσα να έχω στύση λόγω του άγχους και έτσι η σχέση μας "πάγωνε"...Μέχρι λοιπόν που πέρασαν 8 μήνες όπου της το αποκάλυψα...Το πρόβλημα όμως συνεχίστηκε εκτός από κάποιες φορές...Παρ όλα αυτά βέβαια, αυτή έμεινε μαζί μου 6 χρόνια...

Δυστυχώς όμως εγώ έμεινα μαζί της πιο πολύ επειδή βρήκα μια σχέση που απέκτησα την ηρεμία μου...Γιατί σαν κοπέλα, ενώ την αγαπούσα, είχε αρκετά κακά λόγω χαρακτήρα...Δεν είχε καλές σχέσεις με τους φίλους μου..Και σε μένα επίσης πολλές φορές μιλούσε απότομα και γενικά δεν υπήρχε σεβασμός...Αφού ποτέ δεν βγαίναμε μαζί με τους φίλους μου γιατί ήξερα ότι μπορεί εύκολα να τσακωθεί...Βέβαια, από τη στιγμή που δεν την ικανοποιούσα τόσο, ίσως να τανε και λογικό..Αλλά ήταν έτσι γενικά με όλους και παλιά, οπότε δεν νομίζω...Έπιανα λοιπόν πολλές φορές τον εαυτό μου να παραδέχομαι πως είμαι μαζί της μόνο κ μόνο για αυτό...Για να μην μπαίνω στην διαδικασία να βρω κάτι καλύτερο και να ξαναπεράσω πάλι ότι περνάω στην αρχή κάθε σχέσης..

Πριν όμως από 8 μήνες, παραδεχόμενος πως δεν ήμαστε ευτυχισμένοι όπως παλιά και βλέποντάς το κ η ίδια, αποφάσισε να φύγει από το σπίτι...Στην αρχή δεν το πήρα σοβαρά γιατί το είχε ξανακάνει αλλά όσο περνούσε ο καιρός έβλεπα ότι ήταν οριστικό...Με έπιασε ένας πανικός...Σκεφτόμουν: καλύτερα να ήμουν μαζί της έστω κ με τα μειονεκτήματά της, παρά μόνος μια ζωή...

Πως τα φέρνει όμως ο καιρός και πριν 20 μέρες περίπου έκανα σχέση με έναν...ΑΓΓΕΛΟ...Μια κοπέλα πανέμορφη με ΑΠΗΣΤΕΥΤΑ κάλο χαρακτήρα που γνώριζα χρόνια τώρα, απλά ποτέ δεν πρόεκυπτε κάτι λόγω συγκυριών..Όλη η παρέα τρελάθηκε μαζί της..Όπως και γω φυσικά...

Πριν 3 μέρες λοιπόν πήγαμε να ολοκληρώσουμε και ..μαντέψτε τι συνέβη...Μια από τα ίδια...Δικαιολογήθηκα λέγοντας ότι είχα τρακ όπως είχε κ αυτή..Το μόνο που της έκανα ήταν στοματικό που της άρεσε αρκετά...Μου συμπαραστάθηκε λέγοντας μου καλά λόγια...Την επόμενη μέρα δοκιμάσαμε ξανά...ΤΖΙΦΟΣ.... Τις ξαναέκανα βέβαια στοματικό αλλά μετά που είδε ότι δεν το προχώρησα με ρώτησε γιατί...??Μου λέει μήπως κάνει αυτή κάτι λάθος...?Ε τότε αναγκάστηκα να της πω το μεγάλο μου μυστικό γιατί το τελευταίο που ήθελα είναι να νομίζει τότε φταίει αυτή..Ένοιωσα την γη να ανοίγει κάτω από τα πόδια μου και ξανάγινα ένα ανθρώπινο ράκος..Η κοπέλα που ΤΟΣΟ πολύ θέλω μαθαίνει ότι δεν μπορώ να έχω στύση...Αυτό σε μια σχέση ισοδυναμεί με ταφόπλακα..Αυτή βέβαια με στήριξε και με ρώτησε τι μπορεί να κάνει για να βοηθήσει..Και της είπα υπομονή κ συμπαράσταση..Μου απάντησε την άλλη μέρα σε μήνυμα ότι θα το κάνει αλλά φοβάται για το μετά..Και η αλήθεια ρε παιδιά είναι

ότι κι εγώ φοβάμαι.. Τρέμω στην ιδέα ότι κινδυνεύω εξαιτίας μου να χάσω έναν άνθρωπο που είμαι σίγουρος πως αν όλα ήταν οκ θα περνούσα ΣΙΓΟΥΡΑ όλη την υπόλοιπη ζωή μου μαζί της... Μου έχει γίνει στην κυριολεξία ΕΜΜΟΝΗ αυτός ο φόβος και είμαι 100% σίγουρος πως θα ξανααποτύχω.... Κάθε στιγμή της μέρας το μυαλό μου είναι εκεί... Σε αυτόν τον φόβο.. Με πιάνει πανικός... Σκέφτηκα να πάω σε ψυχίατρο... Δεν ξέρω όμως κατά ποσό θα βοηθήσει... Πραγματικά αρχίζω να σκέφτομαι τα χειρότερα, αν χάσω αυτήν την κοπέλα εξαιτίας μου... Αλήθεια.. Ποιο το νόημα να ζει κάνεις όταν δεν μπορεί να ζήσει την ΑΠΟΛΥΤΗ ευτυχία που περνάει μέσα από τα χέρια του, αλλά την αφήνει να φύγει...?? Το μόνο που σκέφτομαι είναι ότι είμαι πολύ δειλός για να κάνω κάτι κακό στον εαυτό μου... Συγγνώμη αν σας κούρασα αλλά τόσα χρόνια κουβαλάω αυτό το δράμα... Κ είναι η πρώτη φορά που βρίσκω την ευκαιρία μέσω αυτού του forum να μιλήσω με κάποιους σωστούς ανθρώπους με παρόμοια προβλήματα ή που να μου δώσουν συμβουλές...

A: Φίλε μου σε ευχαριστώ καταρχήν για το ενδιαφέρον σου... Viagra δοκίμασα αλλά τίποτα.. (Ναι χωρίς συνταγή... Μην με μαλώσεις..) Cialis δεν δοκίμασα... Τι έχω να χάσω... Χαίρομαι που εσύ το ξεπέρασες... Μακάρι να πιάσει κ σε μένα....
(---)

A: .Σκέφτομαι πριν ακόμα το σεξ το αν θα τα καταφέρω... Και όσο το σκέφτομαι τόσο δεν αφήνομαι ελεύθερος.... Να μην υπήρχε ρε γαμώτο ένα χάπι που να σβήνει από το μυαλό όλες τις άσχημες εμπειρίες...??

Συμφωνώ ο έρωτας δεν είναι μόνο η διεισδυση, αλλά όσο να ναι παγώνει κάπως τη σχέση αν δεν υπάρχει... Το θέμα είναι πως εγώ για να ευχαριστήσω την κοπέλα μου της έκανα στοματικό.. και όντως το απήλαυσε αρκετά.... Μετά όμως που της είπα τι παίζει μου ζήτησε να μην το κάνω πάλι γιατί δεν νοιώθει άνετα και το θεωρεί κ άδικο για μένα... Τώρα αυτό είναι κάλο ή κακό...?? Σε ευχαριστώ πολύ για το ενδιαφέρον..

(---)

A: Το κάνεις συχνά...? Να βλέπεις πορνό δλδ..? Εγώ το έκοψα μαχαίρι όσο καιρό είμαι με την κοπέλα... Και βοηθάει πολύ... Γιατί όσο περνάει ο καιρός χωρίς να "αδειάσουμε" τόσο πιο πολλές καύλες έχουμε... Επίσης της κοπέλας σου της το εξήγησες τι συμβαίνει..? Είναι πολύ σημαντικό να το ξέρει γιατί αυτή μπορεί να βοηθήσει όσο κάνεις άλλος την κατάσταση με το να μην σε αγχώνει και να είναι υπομονετική... Εγώ της το είπα από την 2η φορά που πήγαμε να κάνουμε κάτι και δεν τα κατάφερα.... Στην αρχή σοκαρίστηκε κάπως αλλά έδειξε κατανόηση αρκετή... Μετά λοιπόν από 2 περίπου εβδομάδες ξαναδοκιμάσαμε και ήμουν πάλι σκατά στην αρχή αλλά η κοπέλα μου δεν με άγχωνε καθόλου και το πήραμε στο χαβαλέ μάλιστα... Οπότε μετά από καμιά ώρα περίπου όταν έκανα ακόμα μια προσπάθεια να "διεισδύσω", κρατήθηκε ντούρος ο "μάγκας" και κατάφερα να της κάνω έρωτα για κάνα 20λεπτό όπου η κοπέλα μου τελείωσε μάλιστα 3 φορές...!! Εγώ δυστυχώς δεν τελείωσα γιατί είχα άγχος να καταφέρω να τελειώσω κι έτσι ΔΕΝ... Αλλά και μονό που κατάφερα να την κάνω να τελειώσει 3 φορές ήταν για μένα ονειρώδες.. Αυτό έγινε πριν 5 μέρες.. Από τότε έγινε ακριβώς το ίδιο άλλες 3 φορές... δηλαδή στην αρχή για καμιά με μιάμιση ώρα που έκανα διεισδύσεις μου έπεφτε... Αλλά η κοπέλα μου στο χαβαλέ.. Δεν με άγχωσε ΚΑΘΟΛΟΥ.. Ενδιάμεσα παίζαμε με άλλους τρόπους.. Στοματικά.. Χαίδεμα τα στα ευαίσθητα σημεία κτλ... Κάποια στιγμή λοιπόν που ερεθίστηκε τα κατάφερα... Χτες δηλαδή κατάφερα να το κάνω για μισή ώρα... Βέβαια ενδιάμεσα έχανα λίγο την στύση μου αλλά μου ξαναρχόταν... Πάλι όμως δεν τελείωσα.. Η κοπέλα μου 2 φορές όμως. Να σου πω βέβαια ότι πριν από αυτά πήγα σε ανδρολόγο και μου έγραψε cialis.. Πιστεύω ότι βοηθήσανε αλλά κ να μην τα έπαιρνα πάλι νομίζω θα τα κατάφερα... Είναι όλα στο μυαλό...

A: Η κοπέλα μου το ξέρει το θέμα μου και με έχει βοηθήσει ΑΦΑΝΤΑΣΤΑ... Ήδη το έχουμε κάνει 3 φορές.. Βέβαια για να πάρω μπροστά χρειάστηκα κάνα 2ωρο, αλλά δεν την χαλάει καθόλου η όλη αυτή αναμονή αφού της κάνω διάφορα αλλά παιχνίδια που την

τρελαίνουν...Βοηθάει και το ότι ο πρώην της είχε το σεξ τυπική διαδικασία...Τελείωνε σε κάνα 5 λεπτό αυτός και αυτή έμενε χωρίς να τελειώνει...Με μένα όμως λέει έχει τρελαθεί..Της έχω βρει κουμπιά που δεν ήξερε καν ότι έχει.. Και όταν καταφέρω να διεισδύσω επιτέλους την κάνω να τελειώνει 2 με 3 φορές....Το κακό είναι βέβαια ότι ακόμα αγχώνομαι υπερβολικά με αποτέλεσμα πολλές προσπάθειες μου να διεισδύσω αποτυγχάνουν στην αρχή αλλά και όταν τα καταφέρνω εγώ δεν τελειώνω....Σε ανδρολόγο πήγα και μου έγραψε cialis..Και μέσα στην εβδομάδα θα πάω κι σε ψυχολόγο..Ελπίζω να αποβάλω το άγχος σίγα σιγά.
(---)

A: Ακριβώς όπως τα λες είναι...Βλέπω και άλλα παιδιά με αυτό το πρόβλημα εδώ μέσα και τουλάχιστον λέω δεν είμαι μόνος..Το καλό είναι ότι η κοπέλα μου με στηρίζει αφάνταστα και έχουμε ήδη καταφέρει να κάνουμε σεξ 4 φορές σε περίπου μια εβδομάδα..Και μάλιστα την έκανα να "τελειώσει" από 3 φορές κάθε φορά..Βέβαια είχα και πάλι άγχος..Δεν είχα συνέχεια στύση, αλλά το "πάλευα. Τα χάπια όντως είναι πιο πολύ για οργανικά προβλήματα, αλλά μπορώ να πω ότι με βοήθησαν αρκετά..Είχα πιο εύκολα στύση και κρατούσε περισσότερο...Αυτά...Ευχαριστώ παρά πολύ για το χρόνο σου και το ενδιαφέρον σου...Να σαι καλά...!!
(---)

A: Σιγά σιγά, προσπάθεια με την προσπάθεια, τα πάω όλο κ καλύτερα....Το ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟ που με έχει βοηθήσει αφάνταστα είναι η κοπέλα μου και το γεγονός ότι γνωρίζει την κατάσταση...Ακόμα έχω άγχος και το μυαλό μου αντί να ελευθερωθεί σκέφτεται το αν κρατεί η στύση η όχι...Αλλά ελπίζω σιγά σιγά να μου περάσει...Τα χάπια βοηθάνε αφάνταστα τελικά....Όπως είπες δεν τα πάω κ τέλεια κάθε φορά αλλά σε σχέση με το παρελθόν έχω σπάσει κάθε ρεκόρ... Οπότε είμαι απολυτά ευχαριστημένος...

Ραντεβού με ψυχολόγο είναι μέσα στο πρόγραμμα ..Για μέσα στην εβδομάδα...Νομίζω θα βοηθήσει κι αυτός..Πάντως η βοήθεια κ η συμπαράσταση από εδώ μέσα και άτομα σαν εσένα είναι ήδη αρκετή..Και σε ευχαριστώ πολύ γι αυτό...Να σαι καλά και να σαι σίγουρος ότι βλέπω το μέλλον αρκετά πιο αισιόδοξα..Σου εύχομαι ότι καλύτερο φιλαράκι...»
(---)

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3^H

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

«Α: έχω πρόβλημα στύσης ψυχολογικό και είμαι στο στάδιο της θεραπείας....υπάρχει κάποιος που το έχει ξεπεράσει να πάρω λίγο θάρρος, η κοπελιά μου με άφησε για αυτό το λόγο και έχω ισοπεδωθεί πείτε μου κάτι να παλέψω, σκέφτομαι να αυτοκτονήσω. ώρες ώρες, περνάω μια κόλαση, είμαι σε απόγνωση

(---)

A: καταρχήν σας ευχαριστώ με κάνετε και ένοιωσα καλύτερα....

με την κοπέλα μου τα χάμε 6 μήνες, αλλά την κούρασα γιατί την έτρεχα σε ψυχολόγους, έκλαψε που χωρίσαμε γιατί είχαμε καλή χημεία και ο λόγος αυτός με έκανε κουρέλι, αισθάνομαι μειωμένος αφού με κατηγορήσει ότι είμαι λειψός δεν μου είπε μια καλή κουβέντακαι είχε ενθουσιαστεί τόσο πολύ μαζί μου στην αρχή.....αν ήμουνα οκ θα ήμασταν μαζί, αλλά δεν μπορούσε να με βοηθήσει, ίσως φοβήθηκε, έτσι και αλλιώς σχέση είχαμε...είναι πολύ επώδυνο να χεις βρει τον άνθρωπό σου και να τον χάνεις έτσι..βασανίζομαι πολύ, πεθαίνω κάθε μέρα γιατί αναγκάζομαι να την βλέπω στην δουλειά αφού εκεί γνωριστήκαμε... δεν μπορώ να την ξεχάσω και έχει βρει άλλον, η ζήλεια με δηλητηριάζει και που να πω τον πόνο μου, σε κανέναν ούτε στον καλύτερο μου φίλο...! Ladose δεν παίρνω για να μη χάσω τη λίμπιντο αν και ο γιατρός μου είπε να παίρνω. παίρνω χάπια, ανδρολογικά όμως, για να μου ανέβει η διάθεση και μόλις χθες πήγα σε ξενοδοχείο, αλλά είχα τόσο άγχος....άρχισε λοιπόν να μετατρέπεται σε σεξουαλική φοβία, αυτό, και ανησυχώ τόσο πολύ για το μέλλον μου, δεν μπορώ να είμαι μόνος, θέλω ένα σύντροφο, να περνάμε καλά και να της δείχνω την αγάπη μου κάθε μέρα, ώρα, και στιγμή..το κακό είναι ότι είμαι πρωτάρης και έχω άγχος επίδοσης, πως θα απαλλαγώ από αυτό το βάρος που κουβαλάω ρε παιδιά, πώς??και είμαι τόσο συμπαθής και χιουμορίστας, αλλά υποκρίνομαι. εσείς μόνο ξέρετε πόσο πονώ μέσα μου, πως πεθαίνω σιγά σιγά κάθε μέρα

(---)

A: το θέμα είναι ρε παιδιά να σπάσω το ρόδι...έτσι μου είπε ο ψυχολόγος αλλά έχω άγχος και με καταστρέφει ...πρέπει να σταθώ στα πόδια μου πάλι αλλά δεν ξέρω αν θα τα καταφέρω....με έχει πάρει από κάτω και νιώθω σε αδιέξοδο....

δεν θέλω να πάρω ψυχοφάρμακα γιατί έχουν επιπτώσεις, νιώθω σαν φυλακισμένος, καταραμένος.....δεν θέλω να μείνω μόνος...θα αγωνιστώ βέβαια αλλά το κακό είναι πως δεν ξέρω πως να το χειριστώ...κάποιες φορές δεν το πιστεύω ότι το χω πάθει αυτό, άλλες φορές λέω θα το ξεπεράσω, τι να πω δεν ξέρω....

A: είμαι πολύ πικραμένος γιατί δεν μπόρεσα να την κάνω να νιώσει αυτό που νιώθει μια γυναίκα σε μια σωστή σχέση...ήταν πολύ ενθουσιασμένη μαζί μου στην αρχή, όπως και γω, και νιώθω τρομερά υπεύθυνος για ότι συνέβη.....αν και κατά βάθος νιώθω τεραστία πίκρα και φοβάμαι να προχωρήσω σε άλλη σχέση, προσπαθώ να γελώ και να περνάω καλά με τους φίλους μου...η μοναξιά που νιώθω μέσα μου είναι μεγάλη...προσπαθώ να το πολεμήσω και να ελπίζω..αν ο αντίπαλος σου είναι ο εαυτός σου, είναι μια αδυσώπητη και πολύ σκληρή μάχη...τώρα βέβαια οι γυναίκες του φόρουμ θα με κοροϊδεύουν αλλά δεν πειράζει έχουν δίκιο....

(---)

A: έχεις δίκιο σε αυτό γιατί όταν είμαι μόνος μου λειτουργώ κανονικότερα....απλά η κοπέλα μου δεν με έκανε να αισθανθώ άνετα μαζί της, και είχα την αίσθηση ότι ήμουν υπό επιτήρηση και υπό μελέτη.....κουράστηκε είπε, μετά βαρέθηκε και με άφησε να αργοπεθαίνω κάθε μέρα.....

(---)

A: με πείραξε το γεγονός ότι αυτή η αίτια είναι πολύ μειωτική για μένα, και δεν μπόρεσα να συμπεριφερθώ όπως ήθελα, γιατί αισθανόμουν ότι φταίω αποκλειστικά, και με πηρέ από

κάτω...το κορίτσι ήταν όμορφο και έκανε υπομονή για 3-4 μήνες...μετά βέβαια ανησύχησε ότι έχω πρόβλημα και την έκανε.....πιστεύω ότι όλες οι κοπέλες έτσι θα λειτουργούσαν....κακά τα ψέματα....με κόμπλαρε και το γεγονός ότι είχε πλούσια ερωτική ζωή, μπήκα στην παγίδα των συγκρίσεων ...άστα.....την αγαπούσα δυστυχώς για μένααλλά κατάλαβα ότι ήταν ανώριμη και ρηχή δεν μπορούσε να σκεφτεί παραπάνω...»

(---)

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 4^H

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ SEX.

«Α: Καλησπέρα σε όλους και όλες δυστυχώς έχω να κάνω σεξ από το 20**, όχι γιατί δεν βρίσκω γυναίκες αλλά γιατί ίσως έχω ψυχολογικό θέμα σε αυτό και θα ήθελα μια μικρή βοήθεια, αν είναι από άτομα που είναι ήδη ψυχολόγοι ακόμα καλύτερα. Η πρώτη φορά που πήγα με γυναίκα ήταν στα 19 μου αλλά τότε δεν μπόρεσα να μπω μέσα της. Φτάσαμε μέχρι το στοματικό σεξ όπου εκεί τέλειωσα, βλακεία μου που δεν μπήκα μέσα της ξέρω, θα έπεσε πολύ κράζιμο από πίσω και σε άλλους για μένα, αλλά τι να κάνουμε τώρα, λίγο ότι μου την έσπασε σε κάποια σημεία + ότι είχα κάποιο άγχος δεν έγινε τελικά. Στο τέλος χωρίσαμε και τσακωθήκαμε οριστικά οπότε ζεκόψαμε.

Μετά από 3-4 χρόνια και με 2 ήδη αποτυχημένες προσπάθειες σε οίκο ανοχής αποφάσισα να ξαναδοκιμάσω το καλοκαίρι του 20**, εκεί είχα μια επιτυχημένη συνένευση η οποία μου ανέβασε την αυτοπεποίθηση και για το υπόλοιπο καλοκαίρι, συνέχιζα να επισκέπτομαι αυτές τις γειτονιές για να κάνω σεξ με διάφορες, πάντα με προφυλακτικό εννοείται σε όλα. Συνολικά πήγα 4 φορές όπου ήταν σερί όλες επιτυχημένες μετά πηρά την κάτω βόλτα έκατσα σε μια ξεπέτα που με άγχωσε και δεν μπόρεσα να έχω στύση, έφυγε από το δωμάτιο και έφυγα και εγώ, δεν επιχείρησα κάτι την ίδια ημέρα παρά μετά από μερικούς μήνες και συγκεκριμένα το 20** όπου και εκεί λόγω άγχους η συνένευση ήταν αποτυχημένη, από τότε δεν ξαναπάτησα μόνο πήγαινα βόλτες και φοβόμουν να μπω μέσα.... έπαιρνα απλά μάτι που λέμε, και γύριζα σπίτι και αισθανόμουν άδειος, η επόμενη απόπειρα μετά από αρκετό άγχος αυτή τη φορά έγινε μετά από αρκετούς μήνες το 20**, όπου και πάλι δεν κατάφερα να κάνω τίποτα.... ξαναδοκίμασα μετά από κάποιους μήνες με τα ίδια αποτελέσματα.... για να μην τα πολυλογώ από το 20** και μετά δεν μπορώ να κάνω τίποτα. Συνολικά από τα 18 μου μέχρι σήμερα όλες οι φορές που έχω περάσει στο δωμάτιο με κάποια ιερόδουλη ήταν καμιά 10αρια, 6 οι αποτυχημένες και 4 οι επιτυχημένες, δεν το μπορώ άλλο αυτό το πράγμα κάτι πρέπει να γίνει.

Οι σχέσεις μου με τις κανονικές γυναίκες (όχι πληρωμένες) δεν είναι άσχημη, δεν βαράω κόμπλεξ μαζί τους... δεν με ενοχλούν εύκολα πράγματα έχω αρκετές φίλες αλλά αυτό το πράγμα με πάει πίσω, πιστεύω άλλη αυτοπεποίθηση έχεις όταν έχεις νορμάλ σεξουαλική ζωή και άλλη όταν δεν έχεις καθόλου... σπίτι ικανοποιούμαι μόνος μου κανονικά όλα αυτά τα χρόνια, αλλά δεν πάει άλλο.... τι να κάνω ? Να βρω μια κοπέλα? και άμα πάει να γίνει κάτι και συμβεί αυτό το πράγμα? θα γίνω ρεζίλι , οι ιερόδουλες είναι ιερόδουλες, φεύγεις και δεν σε ξαναβλέπουν. Άμα δεν σταθεροποιήσω τις σεξουαλικές μου ικανότητες, πως να βρω κανονική κοπέλα?

να πάρω χάπια? για να έχω στύση μόλις φτάσω εκεί?
να μαζέψω κάνα 1000αρι ευρώ και να επιμείνω μέχρι να έχω στύση με πληρωμένες? Άμα μπω καμιά 50αρια φορές δεν θα μπορέσω να κάνω κάτι έστω τις 5-10?
τι διάολο, σε εμένα έτυχε αυτή η αναποδιά?

ευχαριστώ

(---)

Α: Αρχικά δεν με απασχολεί το αν θα τελειώσω γρήγορα αρκεί να μπορέσει να γίνει ε τι να της πω τώρα ρε συ? θα σηκωθεί και θα φύγει η άλλη... θα σκεφτεί ότι είμαι προβληματικός. θα θελα πολύ να το ξανακαταφέρω με κάποια ιερόδουλη... έχω σκεφτεί το σενάριο να μείνω

άπραγος χωρίς αυνανισμό καμιά εβδομάδα και βάλε, και να πάω.

Τα χάπια μπορεί να έχουν παρενέργειες ε? και εγώ φοβάμαι να τα πάρω να σου πω την αλήθεια.

(---)

A: Ευχαριστώ φίλε αλλά δύσκολο να εξωτερικεύσω το πρόβλημα μου. Γιατί η άλλη μπορεί να το πάρει στραβά και μετά να γίνω ρεζίλι, να αρχίσουν να με λένε ανίκανο και δεν ξέρω και εγώ τι άλλο, εδώ είμαστε ανώνυμα για αυτό έγραψα και, όπως καταλάβατε, με απασχολεί χρόνια το πρόβλημα, από το 20** ουσιαστικά δεν έχω σεξουαλική ζωή ενώ άλλοι έχουν. Με τους φίλους (που έχω αρκετούς) δεν το έχω συζητήσει ποτέ και ούτε σκοπεύω, αυτοί έχουν κανονικά γυναίκες ορισμένοι και, άμα ρωτήσουν, τους λέω ότι πάω με καμιά έτσι ξεπέτα και καλά ή σε άλλους έχω πει και για καμιά ιερόδουλη, κανείς δεν έχει καταλάβει ότι έχω θέμα, ίσως κάποιοι άλλοι μεγαλύτεροι γνωστοί άρχισαν να ψυλλιάζονται, πιο περπατημένοι, αλλά και εγώ δεν είμαι βλάκας, τους κατάλαβα και το χειρίστηκα ανάλογα για να προστατέψω τον εαυτό μου. Ούτε γουστάρω να κλαίγομαι, απλά μου έτυχε αυτή η μαλακία να με βασανίσει δεν ξέρω για πόσο καιρό.

(---)

A: Έχω πρόβλημα ναί. Έστω και η ιδέα μου να είναι μου δημιουργεί πρόβλημα και πρέπει να το λύσω. Θέλω να το ξεπεράσω βέβαια αλλά ακόμα και εδώ δεν ήθελα στην αρχή να γράψω, μόνο με τον πατέρα μου το έχω συζητήσει, σχετικά με τις προσπάθειες αν τις κάνω (που στο τέλος για εκεί το βλέπω), προτιμώ να γίνουν με ιερόδουλες γιατί με κανονική γυναίκα θα αρχίσουν τα προβλήματα, θα νομίζει η άλλη ότι δεν την γουστάρω, μπορεί να το πάρει προσωπικά να πετάξει και καμιά κουβέντα και να τσακωθούμε, εκτός του ότι μπορεί μετά να μαθευτεί σε ολόκληρη την παρέα και τότε ποια είναι η δικιά μου θέση? να το πάρω στον χαβαλέ και να το παίζω ότι δεν με πείραζε. Ε, απλά θα φας το χαστούκι και δεν θα μιλήσεις καθόλου.

Ο ειδικός θέλει επισκέψεις και λεφτά (τα όποια προς το παρόν δεν έχω για αυτό και έχω να πάω και καιρό σε ιερόδουλες) οπότε σκέφτηκα να γράψω εδώ, και άμα κάποιος μπορεί να μου πει μερικά πράγματα όπως κάνεις και εσύ, τον ευχαριστώ, άλλωστε και εγώ έχω συμμετάσχει σε φόρουμ σχετικά με τον τομέα μου και έχω βοηθήσει στο επάγγελμα μου κόσμο.

Στο μέλλον όταν με το καλό πιάσω μια δουλειά και το πρόβλημα συνεχίζεται θα το παλέψω μέχρι τέλους και θα διαθέσω χρήματα και σε ειδικούς και σε φάρμακα και σε ιερόδουλες, στην τελική μπορεί να φτάσω και στο σημείο να ξεκινήσω με γυναίκες κανονικές και ας γίνω ρεζίλι, τι να κάνω, παλιά ήμουν κωλόπαιδο, δεν έχω φερθεί και εγώ σωστά, και ίσως τα πληρώνω τώρα, δεν έχω κάνει κακό σε κάποια εννοείται, αλλά έχω μιλήσει άσχημα, έχω χάσει ευκαιρίες, έχω σνομπάρει, δεν το έχω χειριστεί σωστά, για αυτό και τώρα είμαι έτσι ενώ όλοι οι άλλοι έχουν βολευτεί.

(---)

A: Την τελευταία φορά που είχα πάει σε οίκο ανοχής και δεν έγινε η δουλειά, και όταν βγήκα έξω ήρθε η τσατσά, και με πιάνει και μου λέει χωρίς να της πω εγώ τίποτα "Όλα είναι εδώ στο μυαλό.... άμα δεν θες μην πιέζεσαι..." έκανα να της βρίσω και να της πω δεν πιάστηκα, δεν είμαι κάνα παιδί να έρχομαι να μοιράζω 20αρικά, ήθελα να έρθω και ήρθα, πήγε φαίνεται η ιερόδουλη και της τα ξέρασε όλα η μαλάκω. Διακριτικότητα μηδέν. Τέλος πάντων, δεν είπα τίποτα και έφυγα, τι να πω, αυτές είναι και περπατημένες, τέρμα θα σου πει τότε, αφού ήθελες γιατί δεν.

(---)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τέσσερις θεματικές, οι οποίες είναι οι εξής: η αποτυχία στην επίδοση και η σημασία της, το συναισθηματικό επακόλουθο, το ναρκισσιστικό τραύμα και ο ντροπιασμένος εαυτός, και η πάλη για επανόρθωση και ανάκτηση αξιοπρέπειας.

Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΟΣΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

Η αποτυχία σε μια σεξουαλική συνέντευξη αποτελεί συνήθως το κομβικό γεγονός στο οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την ύπαρξη της δυσλειτουργίας. Η «επαρκής» επίδοση, όμως, σε μια σεξουαλική συνέντευξη δεν καθορίζεται από σαφή όρια, αλλά από προσδοκίες, συγκρίσεις, ή κοινωνικές αντιλήψεις. Ακόμα και η ίδια επίδοση μπορεί να θεωρείται ως επιτυχής ή όχι ανάλογα με τις αντιδράσεις/πεποιθήσεις του ζευγαριού. Επίσης, μια αποτυχία δεν σηματοδοτεί απαραίτητα την έναρξη της δυσλειτουργίας, καθώς κανείς δεν μπορεί να έχει πάντα τέλειες επιδόσεις. Παρόλα αυτά, η αποτυχία στις πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες φαίνεται να έχει ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα στις περιπτώσεις που εξετάζονται. Ένα άλλο κοινό σημείο μεταξύ των ατόμων είναι η έμφαση στη μέτρηση της επίδοσης κατά τη σεξουαλική λειτουργία. Η μέτρηση φαίνεται να πραγματοποιείται με στυγνά λογικά κριτήρια, κρίνοντας το αποτέλεσμα ως επιτυχές ή όχι. Η αποτυχία, ιδιαίτερα όταν επαναλαμβάνεται συχνά, έχει μεγάλη σημασία για τα άτομα, καθώς τη συνδέουν άμεσα με την αδυναμία ανταπόκρισης στον ανδρικό ρόλο μέσα σε μια ερωτική σχέση.

Τραύμα

Ένα κοινό σημείο που αναφέρεται από τα άτομα είναι μια τραυματική εμπειρία στην αρχή της σεξουαλικής ζωής. Τα άτομα αναφέρουν μια αποτυχία στην πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία, η οποία φαίνεται να τους ακολουθεί στην μετέπειτα σεξουαλική ζωή τους, παρά κάποιες ενδεχόμενες περιστασιακές βελτιώσεις ή επιδεινώσεις.

1^η περ:

Αυτό είναι κάτι που μου συνέβη κατά την πρώτη μου σεξουαλική εμπειρία στα 18 μου, και συμβαίνει από τότε σχεδόν σε κάθε πρώτη μου φορά με νέα σύντροφο.

2^η περ:

Όταν ήμουν πιτσιρικάς 15 χρονών πήγα μαζί με τα φιλαράκια σε οίκο ανοχής, όπως συνηθιζόταν, για να "σπάσουμε "την παρθενιά μας".. Το πρόβλημα είναι ότι εγώ το μόνο που έσπασα ήταν την ψυχολογία μου, αφού δεν κατάφερα να έχω στύση λόγω υπερβολικού άγχους της "πρώτης φοράς"... Δυστυχώς, λοιπόν, από τότε μου σφήνωσε στο μυαλό αυτή η εμπειρία και όταν ξαναπήγα με σκοπό να το ξεπεράσω κ πάλι δεν τα κατάφερα... Όπως καταλαβαίνετε αυτό συνέβη και στις σχέσεις που είχα...

Σεξουαλική λειτουργία ως μετρήσιμη επίδοση

Ένα άλλο σημαντικό σημείο είναι το ότι τα άτομα δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην επίδοση κατά τη σεξουαλική λειτουργία και όχι στην απόλαυση. Οι σεξουαλικές συνευρέσεις καταγράφονται από τα άτομα ως επιτυχημένες ή αποτυχημένες, ενώ πολλές φορές η θετική διάθεση μετά από μια βελτιωμένη λειτουργία αντανακλά περισσότερο την χαρά για την ίδια την επίδοση και όχι για την απόλαυση.

1^η περ:

Την πρώτη μου φορά, ενώ είχα καλή στύση κατά τα προκαταρκτικά, μόλις έβγαλα το μποξεράκι και ήρθε η ώρα, την έχασα. Αγχώθηκα, ντράπηκα, και τελικά με μια μέτρια στύση κατάφερα τουλάχιστον να διεισδύσω ώστε να σώσω έστω τα προσχήματα.

2^η περ: (μετά από επιτυχία)

έχουμε ήδη καταφέρει να κάνουμε σεξ 4 φορές σε περίπου μια εβδομάδα.. Και μάλιστα την έκανα να "τελειώσει" από 3 φορές κάθε φορά.

Όπως είπες δεν τα πάω κ τέλεια κάθε φορά αλλά σε σχέση με το παρελθόν έχω σπάσει κάθε ρεκόρ... Οπότε είμαι απολυτά ευχαριστημένος...

Η αποτυχία συνδέεται με τη μη επάρκεια στον ανδρικό ρόλο και συνεπάγεται τη διάλυση/μη δημιουργία σχέσεων

Η αποτυχία στη σεξουαλική επίδοση φαίνεται να θεωρείται από τα άτομα ως αδυναμία ανταπόκρισης στον ανδρικό ρόλο μέσα στην ερωτική σχέση. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το ότι τα άτομα θεωρούν ότι είναι απολύτως λογικό να υπάρχει διάλυση της σχέσης τους εξαιτίας της εμφάνισης της δυσλειτουργίας, ενώ πιστεύουν ότι εφόσον δεν απαλλαγούν από αυτή δεν θα είναι ικανοί να συνάψουν μια νέα σχέση και να τη διατηρήσουν.

2^η περ:

Για έναν άντρα η σεξουαλικότητά του είναι η περηφάνια του..Όλο αυτό λοιπόν με έκανε ένα ψυχολογικό ράκος.

Η κοπέλα που ΤΟΣΟ πολύ θέλω μαθαίνει ότι δεν μπορώ να έχω στύση...Αυτό σε μια σχέση ισοδυναμεί με ταφόπλακα..

3^η περ:

είμαι πολύ πικραμένος γιατί δεν μπόρεσα να την κάνω να νιώσει αυτό που νιώθει μια γυναίκα σε μια σωστή σχέση...ήταν πολύ ενθουσιασμένη μαζί μου στην αρχή, όπως και γω, και νιώθω τρομερά υπεύθυνος για ότι συνέβη.

Με πείραζε το γεγονός ότι αυτή η αίτια είναι πολύ μειωτική για μένα, και δεν μπόρεσα να συμπεριφερθώ όπως ήθελα, γιατί αισθανόμουν ότι φταίω αποκλειστικά, και με πηρέ από κάτω...το κορίτσι ήταν όμορφο και έκανε υπομονή για 3-4 μήνες...μετά βέβαια ανησύχησε ότι έχω πρόβλημα και την έκανε.....πιστεύω ότι όλες οι κοπέλες έτσι θα λειτουργούσαν....κακά τα ψέματα....

4^η περ:

τι να κάνω ? Να βρω μια κοπέλα? και άμα πάει να γίνει κάτι και συμβεί αυτό το πράγμα? θα γίνω ρεζίλι , οι ιερόδουλες είναι ιερόδουλες, φεύγεις και δεν σε ξαναβλέπουν. Άμα δεν σταθεροποιήσω τις σεξουαλικές μου ικανότητες, πως να βρω κανονική κοπέλα?

Φυσικά οι παραπάνω αντιλήψεις των ατόμων συνδέονται και με το συναίσθημα της ενοχής, καθώς, εφόσον θεωρούν ότι είναι λογικό η δυσλειτουργία να συνεπάγεται την απόρριψη, δεν μένει παρά να ρίξουν μετέπειτα τις ευθύνες στον εαυτό τους για την εμφάνιση της δυσλειτουργίας.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΟ

Το συναισθηματικό επακόλουθο της αποτυχίας φαίνεται να είναι ιδιαίτερα έντονο και βαρύ. Τα συναισθήματα που εμφανίζονται μετά από μια αποτυχία είναι η λύπη, το άγχος, ο φόβος, η απόγνωση, η ενοχή, η ντροπή και ο εξευτελισμός. Η κατάσταση βιώνεται ως εξαιρετικά οδυνηρή από τα άτομα, τα οποία φαίνεται να κουβαλούν ένα πολύ βαρύ συναισθηματικό φορτίο.

Άγχος/Φόβος

Το αυξημένο άγχος και ο φόβος επανάληψης της αποτυχίας είναι από τα βασικά συναισθήματα που προκαλούνται από τη δυσλειτουργία. Το άγχος εμπλέκεται και στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, ο οποίος ανατροφοδοτεί τη δυσλειτουργία. Κι αυτό γιατί το άγχος επίδοσης είναι από μόνο του ένας παράγοντας που επηρεάζει την επίδοση. Έτσι, μια αποτυχία οδηγεί σε αυξημένο άγχος για την επόμενη φορά συντελώντας σε νέα αποτυχία, κ.ο.κ.

1^η περ:

Αυτό επαναλήφθηκε κ τις επόμενες μέρες, καθώς μου είχε δημιουργηθεί ένα απίστευτο άγχος που οδηγούσε σε έναν φαύλο κύκλο, μιας και πριν ξεκινήσει οτιδήποτε εγώ ήδη σκεφτόμουν ότι "πάλι δε θα τα καταφέρω", κ όντως τελικά κάπως έτσι συνέβαινε.

2^η περ:

Και η αλήθεια ρε παιδιά είναι ότι κι εγώ φοβάμαι.. Τρέμω στην ιδέα ότι κινδυνεύω εξαιτίας μου να χάσω έναν άνθρωπο που είμαι σίγουρος πως αν όλα ήταν οκ θα περνούσα ΣΙΓΟΥΡΑ όλη την υπόλοιπη ζωή μου μαζί της... Μου έχει γίνει στην κυριολεξία EMMONH αυτός ο φόβος και

είμαι 100% σίγουρος πως θα ξανααποτύχω....Κάθε στιγμή της μέρας το μυαλό μου είναι εκεί...Σε αυτόν τον φόβο..Με πιάνει πανικός...

Ενοχή

Ένα άλλο κοινό συναίσθημα που βιώνουν τα άτομα είναι η ενοχή. Τα άτομα κατηγορούν τον εαυτό τους για τη δυσλειτουργία, θεωρώντας ότι η όποια πιθανή απόρριψη τους αξίζει.

Επίσης, υπάρχει περίπτωση να θεωρούν ότι η δυσλειτουργία έχει εμφανιστεί ως τιμωρία για άλλες, άσχετες με τη σεξουαλική λειτουργία, συμπεριφορές.

4^η περ:

τι να κάνω, παλιά ήμουν κωλόπαιδο, δεν έχω φερθεί και εγώ σωστά, και ίσως τα πληρώνω τώρα, δεν έχω κάνει κακό σε κάποια εννοείται, αλλά έχω μιλήσει άσχημα, έχω χάσει ευκαιρίες, έχω σνομπάρει, δεν το έχω χειριστεί σωστά, για αυτό και τώρα είμαι έτσι ενώ όλοι οι άλλοι έχουν βολευτεί.

Απογοήτευση/απόγνωση

Η απογοήτευση και η απόγνωση που νιώθουν τα άτομα είναι αρκετά μεγάλης έντασης. Ο εγκλωβισμός στο φαύλο κύκλο του άγχους και της αποτυχίας είναι δύσκολα αντιμετωπίσιμος, η απόρριψη από τη σύντροφο επίσης, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες γίνονται και αυτοκτονικές σκέψεις.

2^η περ:

Πραγματικά αρχίζω να σκέφτομαι τα χειρότερα, αν χάσω αυτήν την κοπέλα εξαιτίας μου...Αλήθεια ..Ποιο το νόημα να ζει κάνεις όταν δεν μπορεί να ζήσει την ΑΠΟΛΥΤΗ ευτυχία που περνάει μέσα από τα χέρια του, αλλά την αφήνει να φύγει...??Το μόνο που σκέφτομαι είναι ότι είμαι πολύ δειλός για να κάνω κάτι κακό στον εαυτό μου... Συγνώμη αν σας κούρασα αλλά τόσα χρόνια κουβαλάω αυτό το δράμα...

3^η περ:

έχω πρόβλημα στύσης ψυχολογικό και είμαι στο στάδιο της θεραπείας....υπάρχει κάποιος που το έχει ξεπεράσει να πάρω λίγο θάρρος, η κοπελιά μου με άφησε για αυτό το λόγο και έχω ισοπεδωθεί πείτε μου κάτι να παλέψω, σκέφτομαι να αυτοκτονήσω. ώρες ώρες, περνάω μια κόλαση, είμαι σε απόγνωση.

ΤΟ ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ Ο ΝΤΡΟΠΙΑΣΜΕΝΟΣ ΕΑΥΤΟΣ

Ο ντροπιασμένος εαυτός είναι άλλο ένα κοινό σημείο μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν τη δυσλειτουργία. Η εμφάνιση της δυσλειτουργίας και το βίωμα των συνεχών αποτυχιών δημιουργεί ένα ναρκισσιστικό τραύμα στα άτομα, καθώς ο εγωισμός τους έχει πληγωθεί ανεπανόρθωτα. Η ανταπόκριση στα καθήκοντα του ανδρικού ρόλου για τον οποίο εκ γενετής προορίζονταν δεν είναι πλέον εφικτή, και έτσι το άτομα νιώθουν μειωμένα και ανεπαρκή. Η ντροπή, ο εξευτελισμός, και η γελοιοποίηση κάνουν την εμφάνισή τους. Η ανεπαρκής ανταπόκριση στα σεξουαλικά καθήκοντα οδηγεί τα άτομα στο να νιώθουν ότι αυτομάτως χάνουν την αξία τους, εξευτελίζονται, καταβαραθρώνονται στα μάτια των γυναικών, ενώ οι όποιες υπόλοιπες πλευρές της προσωπικότητας ορίζουν την αξία ενός ατόμου επισκιάζονται εξαιτίας της αναπηρίας που αυτό πλέον φέρει.

3^η περ:

με την κοπέλα μου τα χамε 6 μήνες, αλλά την κούρασα γιατί την έτρεχα σε ψυχολόγους, έκλαψε που χωρίσαμε γιατί είχαμε καλή χημεία και ο λόγος αυτός με έκανε κουρέλι, αισθάνομαι μειωμένος αφού με κατηγορήσε ότι είμαι λειψός δεν μου είπε μια καλή κουβέντακαι είχα ενθουσιαστεί τόσο πολύ μαζί μου στην αρχή.....αν ήμουνα οκ θα ήμασταν μαζί, αλλά δεν μπορούσε να με βοηθήσει, ίσως φοβήθηκε, έτσι και αλλιώς σχέση είχαμε...είναι πολύ επώδυνο να χεις βρει τον άνθρωπό σου και να τον χάνεις έτσι..βασανίζομαι πολύ...

Η μοναξιά που νιώθω μέσα μου είναι μεγάλη....προσπαθώ να το πολεμήσω και να ελπίζω..αν ο αντίπαλος σου είναι ο εαυτός σου, είναι μια αδυσώπητη και πολύ σκληρή μάχη...τόρα βέβαια οι γυναίκες του φόρουμ θα με κοροϊδεύουν αλλά δεν πειράζει έχουν δίκιο....

4^η περ:

Αρχικά δεν με απασχολεί το αν θα τελειώσω γρήγορα αρκεί να μπορέσει να γίνει ε τι να της πω τώρα ρε συ? θα σηκωθεί και θα φύγει η άλλη... θα σκεφτεί ότι είμαι προβληματικός.

Αποφυγή νέων σχέσεων εξαιτίας του φόβου της γελοιοποίησης

Πολλές φορές ο φόβος επαναβίωσης του εξευτελισμού οδηγεί σε αποφυγή νέων σχέσεων.

Αυτή η στρατηγική που υιοθετείται κάποιες φορές από τα άτομα είναι ιδιαίτερα δυσλειτουργική, καθώς η αποφυγή των ερωτικών σχέσεων είναι σίγουρο ότι δεν μπορεί να οδηγήσει σε θεραπεία, αλλά αντίθετα, δύναται να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα.

Υπάρχει μάλιστα και η περίπτωση του να παραμένει το άτομο σε μια μη ικανοποιητική σχέση, εξαιτίας του αναμενόμενου εξευτελισμού που θεωρεί ότι θα βιώσει με μια νέα σύντροφο. Επίσης, τα άτομα σκέφτονται και την πιθανότητα αποκάλυψης της δυσλειτουργίας και στον ευρύτερο κοινωνικό κύκλο τους, με αποτέλεσμα να προφυλάσσονται από μια πιθανή γενικευμένη γελοιοποίηση.

2^η περ:

Τα τελευταία 6 χρόνια είχα μια σχέση με μια κοπέλα η οποία πραγματικά με αγαπούσε...Στην αρχή της σχέσης συνέβαινε το κλασικό..Δεν μπορούσα να έχω στύση λόγω του άγχους και έτσι η σχέση μας "πάγωνε"...Μέχρι λοιπόν που πέρασαν 8 μήνες όπου της το αποκάλυψα...Το πρόβλημα όμως συνεχίστηκε εκτός από κάποιες φορές...Παρ όλα αυτά βέβαια, αυτή έμεινε μαζί μου 6 χρόνια... Δυστυχώς όμως εγώ έμεινα μαζί της πιο πολύ επειδή βρήκα μια σχέση που απέκτησα την ηρεμία μου...Γιατί σαν κοπέλα, ενώ την αγαπούσα, είχε αρκετά κακά λόγω χαρακτήρα...Δεν είχε καλές σχέσεις με τους φίλους μου..Και σε μένα επίσης πολλές φορές μιλούσε απότομα και γενικά δεν υπήρχε σεβασμός...Αφού ποτέ δεν βγαίναμε μαζί με τους φίλους μου γιατί ήξερα ότι μπορεί εύκολα να τσακωθεί...Βέβαια, από τη στιγμή που δεν την ικανοποιούσα τόσο, ίσως να τανε και λογικό..Αλλά ήταν έτσι γενικά με όλους και παλιά, οπότε δεν νομίζω...Επιανα λοιπόν πολλές φορές τον εαυτό μου να παραδέχομαι πως είμαι μαζί της

μόνο κ μόνο για αυτό...Για να μην μπαίνω στην διαδικασία να βρω κάτι καλύτερο και να ξαναπεράσω πάλι ότι περνάω στην αρχή κάθε σχέσης..

4^η περ:

Οι σχέσεις μου με τις κανονικές γυναίκες (όχι πληρωμένες) δεν είναι άσχημη, δεν βαράω κόμπλεξ μαζί τους... δεν με ενοχλούν εύκολα πράγματα έχω αρκετές φίλες αλλά αυτό το πράγμα με πάει πίσω, πιστεύω άλλη αυτοπεποίθηση έχεις όταν έχεις νορμάλ σεξουαλική ζωή και άλλη όταν δεν έχεις καθόλου... σίτι ικανοποιούμαι μόνος μου κανονικά όλα αυτά τα χρόνια, αλλά δεν πάει άλλο.... τι να κάνω ? Να βρω μια κοπέλα? και άμα πάει να γίνει κάτι και συμβεί αυτό το πράγμα? θα γίνω ρεζίλι , οι ιερόδουλες είναι ιερόδουλες, φεύγεις και δεν σε ξαναβλέπουν. Άμα δεν σταθεροποιήσω τις σεξουαλικές μου ικανότητες, πως να βρω κανονική κοπέλα?

Σχετικά με τις προσπάθειες αν τις κάνω (που στο τέλος για εκεί το βλέπω), προτιμώ να γίνουν με ιερόδουλες γιατί με κανονική γυναίκα θα αρχίσουν τα προβλήματα, θα νομίζει η άλλη ότι δεν την γουστάρω, μπορεί να το πάρει προσωπικά να πετάξει και καμιά κουβέντα και να τσακωθούμε, εκτός του ότι μπορεί μετά να μαθευτεί σε ολόκληρη την παρέα και τότε ποια είναι η δικιά μου θέση? να το πάρω στον χαβαλέ και να το παίζω ότι δεν με πείραζε. Ε, απλά θα φας το χαστούκι και δεν θα μιλήσεις καθόλου.

Απουσία εξωτερίκευσης στους φίλους εξαιτίας της ντροπής- εξωτερίκευση σε φόρουμ

Αξιοσημείωτο είναι και το ότι, εξαιτίας της ντροπής, τα άτομα δεν εκμυστηρεύονται το πρόβλημά τους ούτε στους φίλους τους. Η ανωνυμία που εξασφαλίζει το φόρουμ είναι ένας βασικός λόγος για τον οποίο γράφουν στο φόρουμ, σε συνδυασμό με την ανάγκη τους να εκφράσουν κάπου το πρόβλημά τους και να αναζητήσουν βοήθεια.

2^η περ:

Περίττο να σας πω πόσο χάλια ψυχολογικά γινόμενουν...Για έναν άντρα η σεξουαλικότητά του είναι η περηφάνια του..Όλο αυτό λοιπόν με έκανε ένα ψυχολογικό ράκος..Και το τραβούσα μόνος μιας και ντρεπόμουν να το πω σε κάποιον κολλητό μου..Ακόμα κ τώρα...

4^η περ:

*Ευχαριστώ φίλε αλλά δύσκολο να εξωτερικεύσω το πρόβλημα μου. Γιατί η άλλη μπορεί να το πάρει στραβά και μετά να γίνω ρεζίλι, να αρχίσουν να με λένε ανίκανο και δεν ξέρω και εγώ τι άλλο, εδώ είμαστε ανώνυμα για αυτό έγραψα και, όπως καταλάβατε, με απασχολεί χρόνια το πρόβλημα, από το 20** ουσιαστικά δεν έχω σεξουαλική ζωή ενώ άλλοι έχουν. Με τους φίλους (που έχω αρκετούς) δεν το έχω συζητήσει ποτέ και ούτε σκοπεύω, αυτοί έχουν κανονικά γυναίκες ορισμένοι και, άμα ρωτήσουν, τους λέω ότι πάω με καμιά έτσι ζεπέτα και καλά ή σε άλλους έχω πει και για καμιά ιερόδουλη, κανείς δεν έχει καταλάβει ότι έχω θέμα, ίσως κάποιοι άλλοι μεγαλύτεροι γνωστοί άρχισαν να ψυλλιάζονται, πιο περπατημένοι, αλλά και εγώ δεν είμαι βλάκας, τους κατάλαβα και το χειρίστηκα ανάλογα για να προστατέψω τον εαυτό μου.*

ΠΑΛΗ ΓΙΑ ΕΠΑΝΟΡΘΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ

Η τελευταία θεματική αφορά την πάλη για επανόρθωση και για την ανάκτηση της αξιοπρέπειας. Τα άτομα βρίσκονται σε μια πάλη με τον ίδιο τους τον εαυτό, προσπαθώντας να επανορθώσουν για τις άσχημες επιδόσεις που τους έφεραν σε αυτή την κατάσταση. Η επιτυχής έκβαση αυτής της ψυχοφθόρας διαδικασίας θα σημάνει την ανάκτηση της χαμένης αξιοπρέπειας και την επανένταξή τους στην ερωτική ζωή από την οποία τους απέκλειε η δυσλειτουργία, καθώς θα μπορούν πλέον να αντικρίζουν το γυναικείο φύλο χωρίς να νιώθουν φόβο ή εξευτελισμό. Αν όμως η πάλη για την επανόρθωση δεν φέρει αποτελέσματα, τότε η αξιοπρέπεια θα παραμείνει χαμένη, κάτι το οποίο ενδεχομένως να έχει ολέθριες συνέπειες στην ερωτική ζωή των ατόμων.

3^η περ:

ανησυχώ τόσο πολύ για το μέλλον μου, δεν μπορώ να είμαι μόνος, θέλω ένα σύντροφο, να περνάμε καλά και να της δείχνω την αγάπη μου κάθε μέρα, ώρα, και στιγμή..το κακό είναι ότι είμαι πρωτάρης και έχω άγχος επίδοσης, πως θα απαλλαγώ από αυτό το βάρος που κουβαλάω ρε παιδιά, πώς?

Το θέμα είναι ρε παιδιά να σπάσω το ρόδι...έτσι μου είπε ο ψυχολόγος αλλά έχω άγχος και με καταστρέφει ...πρέπει να σταθώ στα πόδια μου πάλι αλλά δεν ξέρω αν θα τα καταφέρω....με έχει πάρει από κάτω και νιώθω σε αδιέξοδο.... δεν θέλω να πάρω ψυχοφάρμακα γιατί έχουν επιπτώσεις, νιώθω σαν φυλακισμένος, καταραμένος.....δεν θέλω να μείνω μόνος...θα αγωνιστώ βέβαια αλλά το κακό είναι πως δεν ξέρω πως να το χειριστώ...κάποιες φορές δεν το πιστεύω ότι το χω πάθει αυτό, άλλες φορές λέω θα το ξεπεράσω, τι να πω δεν ξέρω....

Προσπαθώ να το πολεμήσω και να ελπίζω..αν ο αντίπαλος σου είναι ο εαυτός σου, είναι μια αδυσώπητη και πολύ σκληρή μάχη...

Πραγματοποίηση επανόρθωσης

Καταρχήν, η πραγματοποίηση της επανόρθωσης φαίνεται να συνοδεύεται από ιδιαίτερα έντονα θετικά συναισθήματα, αντίστοιχα σε ένταση με τα αρνητικά συναισθήματα κατά την αποτυχία. Επίσης, τα άτομα αναφέρουν ότι η αντιμετώπιση από τη σύντροφο είναι πρωταρχικής σημασίας ζήτημα. Η αποδοχή, η στήριξη, και η κατανόηση από τη σύντροφο διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη μείωση του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων, οδηγώντας σε καλύτερη επίδοση. Επιπροσθέτως, αναφέρεται από τα άτομα το ότι, μέσα σε μια σταθερή ερωτική σχέση, η επανόρθωση είναι περισσότερο εφικτή, καθώς συνήθως υπάρχει στήριξη από τη σύντροφο.

1^η περ:

Πήρα το χάπι το ίδιο απόγευμα, χαπακώθηκα, και το βράδυ ήμουν στις κοπελιάς μου...Κάναμε έρωτα μέχρι το πρωί κ το μόνο που μπόρεσε να ψελλίσει κοιτώντας με στα μάτια με απορία ήταν: "?????" (ενθουσιασμός). Αν δεν κάνω λάθος, χρησιμοποίησα το χάπι άλλη μια ή δυο

φορές. Από εκεί και πέρα ήμουν σίγουρος πια για τον εαυτό μου κ η σεξουαλική μας ζωή απλά πήγαινε όλο και καλύτερα!! Περνούσα υπέροχα, πίστευα ότι αγγίζαμε την τελειότητα.

Η εμπειρία μου έχει δείξει ότι στις μακροχρόνιες σχέσεις που έχω κάνει τα πράγματα πήγαν πάρα πολύ καλά και είχαμε μια πλούσια κ πολύ ικανοποιητική σεξουαλική ζωή. Ωστόσο το πρόβλημα παραμένει όταν συνευρίσκομαι για πρώτη φορά με μια κοπέλα, πράγμα που με στεναχωρεί αφάνταστα.

2^η περ:

Σιγά σιγά, προσπάθεια με την προσπάθεια, τα πάω όλο κ καλύτερα....Το ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟ που με έχει βοηθήσει αφάνταστα είναι η κοπέλα μου και το γεγονός ότι γνωρίζει την κατάσταση...

Αποτυχία επανόρθωσης

Αντίθετα, στις περιπτώσεις σεξουαλικής συνεύρεσης με νέα σύντροφο, η απόρριψη από τη μεριά της είναι περισσότερο συχνή, κάτι που οδηγεί σε μεγαλύτερο άγχος στην επόμενη φορά, οδηγώντας εκ νέου σε φαύλο κύκλο. Η αποτυχία επανόρθωσης μπορεί να οδηγήσει τα άτομα σε αυξημένο άγχος επίδοσης ή αποφυγή νέων σχέσεων, τα οποία μεγιστοποιούνται εφόσον η αποτυχία της επανόρθωσης παγιώνεται.

1^η περ:

Το πρόβλημά μου λοιπόν είναι, ότι έχω πια ένα μόνιμο άγχος, έναν εφιάλτη, ότι στην επόμενη και ίσως σε κάθε νέα μου επαφή με κάποια κοπέλα, θα έχω δύσκολα στύση, μετά θα έρθω γρήγορα σε οργασμό, και τέλος δε θα μπορέσω να επαναλάβω σύντομα. Ακόμα κι αν δε συμβούν και τα 3, φοβάμαι ότι θα συμβούν τα άλλα 2...έχω χάσει πια τις ελπίδες μου να συμβεί μόνο το ένα...

3^η περ:

*αν και κατά βάθος νιώθω τεραστία πίκρα και φοβάμαι να προχωρήσω σε άλλη σχέση,
προσπαθώ να γελώ και να περνάω καλά με τους φίλους μου...η μοναξιά που νιώθω μέσα μου
είναι μεγάλη....προσπαθώ να το πολεμήσω και να ελπίζω..*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο στόχος της έρευνας του δεύτερου μέρους της εργασίας ήταν η διερεύνηση του πώς περιγράφουν οι άνδρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας την ψυχολογική τους κατάσταση και τις ερωτικές τους σχέσεις. Η θεματική ανάλυση ανέδειξε τέσσερις θεματικές, οι οποίες είναι η αποτυχία στην επίδοση και η σημασία της, το συναισθηματικό επακόλουθο, το ναρκισσιστικό τραύμα και ο ντροπιασμένος εαυτός, και η πάλη για επανόρθωση και ανάκτηση αξιοπρέπειας.

Καταρχήν, ένα από τα ευρήματα της έρευνας είναι η ύπαρξη τραύματος κατά τις πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες των ατόμων, καθώς τα άτομα αντιλαμβάνονται τη σεξουαλική τους ζωή ως μια συνέχεια του αρχικού τραύματος. Συνεπώς, αυτό το εύρημα συμφωνεί με την προσέγγιση του Atwood (2006b), ο οποίος θεωρεί ότι κατά την θεραπεία πρέπει να δίνεται βαρύτητα στη διερεύνηση του σεξουαλικού παρελθόντος του ατόμου και στην πιθανή ύπαρξη τραύματος. Ο McCarthy (1990) σημειώνει ότι είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ του καθαυτού τραυματικού γεγονότος, της διαχείρισής του από το άτομο, και του πώς επιδρά το γεγονός στην αυτοεκτίμηση του ατόμου. Η διαχείριση του τραύματος και η επίδραση στην αυτοεκτίμηση προκαλούν συχνά περισσότερο τραύμα από το ίδιο το γεγονός, ενώ θεωρείται ότι η διαφύλαξη του γεγονότος ως «μυστικού» (κάτι που αναφέρεται στις περιπτώσεις του forum) οδηγεί σε ενοχή και αυτοκατηγορία. Η συζήτηση ανάμεσα στο ζευγάρι για το τραυματικό γεγονός είναι κάτι θεμιτό, εφόσον υπάρχει θετικό κίνητρο, γιατί με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στο τραύμα να ενσωματωθεί σε ένα υγιές πλαίσιο, ενώ ενισχύεται η σεξουαλικότητα του ζευγαριού στο παρόν (McCarthy, 2002).

Επίσης, τα άτομα φάνηκε να δίνουν έμφαση στη μέτρηση της επίδοσης κατά τη σεξουαλική λειτουργία. Οι Bhugra και da Silva (1993) θεωρούν ότι ένα εδραιωμένο και ισχυρό σύνολο πεποιθήσεων μέσα σε έναν πολιτισμό μπορεί να δημιουργήσει ανησυχία για

τον ανδρισμό, καταλήγοντας σε εμφάνιση δυσλειτουργίας μέσω της αύξησης του άγχους. Ο Bass (2001) σημειώνει την προσπάθεια που γίνεται από τη «σεξουαλική βιομηχανία τέλειας επίδοσης» για να περιοριστεί η σεξουαλική διαδικασία αυστηρά στην μετρήσιμη επίδοση, ενώ τα φάρμακα αποτελούν τη «λύση» για κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται. Ο Bass θεωρεί ότι πολλά προβλήματα προκύπτουν από την άγνοια για σεξουαλικά θέματα, το άγχος και από την ανικανότητα για ειλικρινή επικοινωνία με τις συντρόφους. Οι McCarthy και Metz (2008) προτείνουν την εγκατάλειψη της προσπάθειας για τέλεια επίδοση και την υιοθέτηση από τους άνδρες μιας οπτικής η οποία αντιλαμβάνεται τη σεξουαλική διαδικασία ως μια ομαδική επίδοση του ζευγαριού. Αναφέρεται ότι οι άνδρες έχουν μάθει να θεωρούν το σεξ ως μια διαδικασία η οποία πρέπει να είναι υπό τον έλεγχό τους, γι αυτό και συχνά νιώθουν ντροπή ακόμα κι όταν ζητούν τη βοήθεια της συντρόφου για να διεγερθούν. Προτείνεται το ότι η σεξουαλική διαδικασία θα πρέπει να κατανοείται ως μια διαδικασία μεταξύ ερωτικών φίλων, μια δια βίου διαδικασία ωρίμανσης με αρκετή ευελιξία, ενώ η μη διείσδυση δεν θα πρέπει να συνοδεύεται από αισθήματα άγχους και απογοήτευσης.

Τα κυρίαρχα συναισθήματα που αναφέρουν τα άτομα στις περιπτώσεις που διερευνήθηκαν είναι το άγχος και ο φόβος, ενώ εμφανίζεται επίσης η ενοχή και η απογοήτευση. Το άγχος επίδοσης συντελεί στην επανεμφάνιση της δυσλειτουργίας, δημιουργώντας περισσότερο αυξημένο άγχος επίδοσης, κ.ο.κ. Ο φαύλος κύκλος που δημιουργείται είναι σε συμφωνία με την προσέγγιση του Moore (2003), ο οποίος αναφέρει και αυτός την ύπαρξη του φαύλου κύκλου. Επίσης, ο Nobre (2000) βρήκε ότι τα δυσλειτουργικά άτομα έκαναν περισσότερες αυτόματες σκέψεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής που αφορούσαν τις απαιτήσεις της σεξουαλικής επίδοσης και όχι το σεξουαλικό ερέθισμα. Το άγχος επίδοσης σχετίζεται και με τον όρο της «θέασης» (spectating), ο οποίος έχει αναφερθεί από τους Masters και Johnson (όπως αναφέρεται στο Beck, 1986), και ουσιαστικά συνίσταται στην υιοθέτηση από το άτομο μιας οπτικής ενός

«τρίτου» ατόμου, το οποίο παρακολουθεί την επίδοση κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Η προκαλούμενη από το άγχος επίδοσης συνεχής καταγραφή του επιπέδου στύσης προκαλεί μείωση των σεξουαλικών αισθημάτων, οδηγώντας στη δυσλειτουργία. Επιπροσθέτως, οι μη ερωτικές σκέψεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διαδικασίας αλλά και η δυσκολία στην επικέντρωση της προσοχής σε ερωτικές σκέψεις φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση περισσότερων σεξουαλικών προβλημάτων (Nelson & Purdon, 2011). Ακόμα, τα άτομα των περιπτώσεων ανέφεραν το αίσθημα της ενοχής. Η δυσλειτουργία μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να κατηγορήσει τον εαυτό του ή τη σύντροφο. Οι Fichten, Spector, και Libman (1988) θεωρούν ότι ίσως τις πρώτες φορές που εμφανίζεται η δυσλειτουργία να γίνεται απόδοση ευθυνών στη σύντροφο, όμως, εξαιτίας της συχνής αποτυχίας ενδεχομένως τα άτομα να αλλάζουν τις αντιλήψεις τους και να κατηγορούν τους εαυτούς τους. Επίσης, στην έρευνά τους βρέθηκε ότι όσο περισσότερο καλύτερη ήταν η συζυγική σχέση τόσο περισσότερο γινόταν απόδοση ευθυνών στον εαυτό και όχι στη σύντροφο.

Ένα από τα σημαντικά ευρήματα της έρευνας είναι η σύνδεση της αποτυχίας στη σεξουαλική επίδοση με την αδυναμία ανταπόκρισης στον ανδρικό ρόλο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αισθημάτων ντροπής και εξευτελισμού. Δημιουργείται ένα ναρκισσιστικό τραύμα, το οποίο συνδέεται με το ότι τα άτομα νιώθουν ότι έχουν χάσει τον ανδρισμό τους. Η ντροπή οδηγεί τα άτομα στο να μην εξωτερικεύουν το πρόβλημά τους, ενώ ο φόβος γελοιοποίησης φαίνεται να προκαλεί την αποφυγή νέων σχέσεων. Ως προς το αίσθημα της ντροπής που αναφέρουν οι άνδρες, τα αποτελέσματα σχετίζονται με την έρευνα του Symonds (2003), ο οποίος διερευνώντας την πρόωρη εκσπερμάτιση, αναφέρει ότι τα άτομα βιώνουν αισθήματα ντροπής ως αποτέλεσμα της διαταραχής. Επίσης, ο Symonds σημειώνει, σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ότι τα άτομα εμφανίζουν μια απροθυμία για την αναζήτηση ερωτικού συντρόφου, ενώ ένας παράγοντας για την απροθυμία αυτή είναι ο φόβος πιθανής γελοιοποίησης. Ο Sotomayor (2005), διερευνώντας και αυτός την πρόωρη

εκπερμάτιση, αναφέρει ότι τα κυρίαρχα συναισθήματα που αναφέρουν τα άτομα είναι η ντροπή, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, και τα αισθήματα κατωτερότητας, εξαιτίας της μη ικανότητάς τους να ικανοποιήσουν τη σύντροφο. Ως προς τη σύνδεση σεξουαλικότητας και ανδρισμού, η Potts (2000) αναφέρει ότι η ανδρική σεξουαλικότητα απεικονίζεται ως κάτι διαφορετικό από τον ίδιο τον άνδρα, το οποίο απαιτεί συνεχή επιτήρηση και έλεγχο. Έτσι, η αδυναμία ελέγχου των σωματικών αντιδράσεων στο σεξουαλικό τομέα από τον άνδρα γίνεται αντιληπτή ως συνολική αποτυχία του εαυτού. Στην έρευνα των Fergus, Gray και Fitch (2002) αναφέρεται ότι η σεξουαλική λειτουργία θεωρούνταν από τα άτομα ως μια συμβολική έκφραση του ανδρισμού, ο οποίος τεκμηριωνόταν από την δημιουργία απογόνων, την παροχή και λήψη ερωτικής ικανοποίησης, την αντικειμενοποίηση των σεξουαλικά επιθυμητών άλλων και από τον ανταγωνισμό μεταξύ των ανδρών. Όμως, οι Sand, Fisher, Rosen, Heiman, και Eardley (2008), στην έρευνά τους, βρήκαν ότι όσοι αντιμετώπιζαν στυτική δυσλειτουργία δεν διέφεραν σε σχέση με τα υγιή άτομα στο πόση σημασία έδιναν σε σεξουαλικά στοιχεία για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους. Επίσης, δεν υπήρχε διαφορά στο πόσο σημαντική θεωρούσαν την ύπαρξη ενεργής σεξουαλικής ζωής, ενώ οι ερευνητές στέκονται κριτικά απέναντι στην πιθανή σχέση των δυσλειτουργιών με την αίσθηση ενός κατεστραμμένου ανδρισμού. Παρόλα αυτά, ο Loe (2001) αναφέρει ότι ο ανδρισμός είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένος με τη στυτική λειτουργία, ενώ σημειώνει ότι φάρμακα όπως το Viagra χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της επιδιόρθωσης μιας βλάβης, έτσι ώστε να αποτρέψουν την «κρίση του ανδρισμού». Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι στην έρευνα των Duany Navarro και Hernández Marín (2012), η οποία έγινε στην Κούβα και αφορούσε τις σχέσεις αλκοολισμού, ανδρισμού, και σεξουαλικής λειτουργίας, οι άνδρες, σε συζήτηση για τη σεξουαλικότητα, ανέφεραν ότι η στυτική δυσλειτουργία θεωρούνταν από αυτούς ως κάτι το τρομερό, για το οποίο θα έπρεπε να ντρέπονταν, ενώ η φυσιολογική λειτουργία θεωρούνταν ως απόδειξη ανδρισμού.

Το τελευταίο εύρημα της έρευνας αφορά την πάλη για επανόρθωση, η έκβαση της οποίας φαίνεται να σχετίζεται και με τις αντιδράσεις των συντρόφων, την απόρριψη δηλαδή ή την αποδοχή. Το παραπάνω εύρημα σχετίζεται με την έρευνα της Conaglen (2008), η οποία αναφέρει ότι πράγματι η δυσλειτουργία προκαλεί μείωση στην εγγύτητα και την οικειότητα που ένιωθαν οι γυναίκες σύντροφοι. Παρόλα αυτά, όμως, υπήρχε και ένα ποσοστό στο οποίο η δυσλειτουργία δημιούργησε περισσότερη οικειότητα, κάτι που αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο της ερωτικής συντρόφου, αλλά και το ότι η δυσλειτουργία δεν συνεπάγεται πάντα την απόρριψη. Επίσης, η σημασία των διαπροσωπικών παραγόντων αναδεικνύεται και από την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του Metz (2005), ο οποίος θεωρεί ότι σε κάθε ζευγάρι η αλληλεπίδραση γίνεται με εντελώς διαφορετικό τρόπο. Συχνά, μια δυσλειτουργία, όπως π.χ. η πρόωγη εκσπερμάτιση, μπορεί να συνοδεύεται από παρερμηνείες και από τους δύο συντρόφους, καθώς ο άνδρας ενδεχομένως να μην δείχνει εμπιστοσύνη στη σύντροφο, καθώς θεωρεί ότι αυτή αναζητά αλλού την ικανοποίηση (αφού αυτός δεν μπορεί να της την προσφέρει). Οι γυναίκες από την πλευρά τους συχνά αντιδρούν με θυμό και απογοήτευση, ενώ πολλές φορές κατηγορούν τον άνδρα ως εγωιστή αδυνατώντας να κατανοήσουν ή και να αναγνωρίσουν τη δύσκολη ψυχολογική του κατάσταση (Sotomayor, 2005). Γενικότερα, το μοίρασμα των σεξουαλικών ανησυχιών των ανδρών με τη σύντροφο θεωρείται απαραίτητο για την βελτίωση της δυσλειτουργίας, ενώ δεν θεωρείται αποτελεσματική η απόκρυψη των σεξουαλικών ανησυχιών εξαιτίας της μη ύπαρξης μακροχρόνιας ερωτικής σχέσης (Bass, 2001).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες στον άνδρα παραμένουν και σήμερα ένα συχνά εμφανιζόμενο πρόβλημα. Μέσα από την εξέταση της επιστημονικής βιβλιογραφίας στο πρώτο μέρος της εργασίας αναδείχθηκε το ότι υπάρχουν αρκετές δυνατότητες και επιλογές θεραπείας. Ο προσδιορισμός των αιτιών στη κάθε περίπτωση, η θεώρηση της δυσλειτουργίας ως ένα ζήτημα που αφορά το ζευγάρι, και η πολυεπίπεδη θεραπευτική αντιμετώπιση προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια στην αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας. Η φαρμακοθεραπεία είναι σε θέση πλέον να προσφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα, αναδείχθηκαν όμως και οι περιορισμοί στην αποτελεσματικότητά της. Η σύνθετη φύση της σεξουαλικής διαδικασίας δεν φαίνεται να επιτρέπει την ύπαρξη ή το σχεδιασμό ενός απόλυτα σχεδιασμένου και ακριβούς θεραπευτικού προγράμματος, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος της μη εξέτασης σημαντικών ανά περίπτωση παραγόντων.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας πραγματοποιήθηκε μελέτη περιπτώσεων σεξουαλικών δυσλειτουργιών που αναφέρονται σε διαδικτυακό φόρουμ μέσω της θεματικής ανάλυσης. Θεωρούμε ότι η μελέτη των προσωπικών βιωμάτων συμβάλλει στην κατανόηση της αλληλουχίας των σκέψεων, των συναισθημάτων, και των αισθήσεων των ατόμων, αλλά και στο πώς όλα αυτά επηρεάζουν την αίσθηση και την εικόνα για τον εαυτό. Επιπλέον, σημεία όπως το πώς επεξεργάζονται οι άντρες που γράφουν στο forum αυτά που τους συμβαίνουν και το πώς βιώνουν την καθημερινότητά τους ως σεξουαλικά άτομα φωτίζονται, κάτι το οποίο μπορεί να βοηθήσει και τα ίδια τα άτομα του forum (ως αυτοβοήθεια), αλλά και τους ειδικούς που εμπλέκονται στην θεραπεία τους. Αναδείχθηκαν σημαντικά ζητήματα όπως η σεξουαλική λειτουργία ως επίδοση, η σημασία της αποτυχίας στην επίδοση, ο ντροπιασμένος εαυτός, και η πάλη για επανόρθωση.

Σε κάθε περίπτωση, η προσέγγισή μας δίνει βαρύτητα στα λεγόμενα των ατόμων που αντιμετωπίζουν σεξουαλική δυσλειτουργία, στην περιγραφή των βιωμάτων τους, στο πώς επικοινωνούν, αλλά και σε αυτά που εκφράζουν μέσα στο φόρουμ, πράγματα τα οποία βοηθούν στην βαθύτερη κατανόηση των δυσλειτουργιών. Ίσως αυτή η πληρέστερη εικόνα που πηγάζει από τα λεγόμενα των ανδρών να φάνει χρήσιμη για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών.

ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ (LINKS)

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ ΤΟΥ ΦΟΡΟΥΜ: <http://www.e-psychology.gr/forum/forum.php>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1 : <http://www.e-psychology.gr/forum/showthread.php?3514>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2: <http://www.e-psychology.gr/forum/showthread.php?13355>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3: <http://www.e-psychology.gr/forum/showthread.php?1266>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 4: <http://www.e-psychology.gr/forum/showthread.php?16229>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aizenberg, D. (2003). Sildenafil for selective serotonin reuptake inhibitor-induced erectile dysfunction in elderly male depressed patients. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 29*(4), 297-303.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Assalian, P. (1988). Clomipramine in the treatment of premature ejaculation. *Journal Of Sex Research, 24*(1-4), 213-215.
- Astbury-Ward, E. (2002). From Kama Sutra to dot.com: the history, myths and management of premature ejaculation. *Sexual & Relationship Therapy, 17*(4), 367-379.
- Atwood, J. (2006a). A combined- constructionist therapeutic approach to couples experiencing erectile dysfunction: Part I. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 28*(4), 393-402.
- Atwood, J. (2006b). A combined-constructionist therapeutic approach to couples experiencing erectile dysfunction: Part II. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 28*(4), 403-418.
- Aubin, S. (2009). Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: A pilot study. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 35*(2), 122-143.
- Barnes, T. (2007). Premature ejaculation: the scope of the problem. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 33*(2), 151-170.
- Bass, B. (2001). The sexual performance perfection industry and the medicalization of male sexuality. *The Family Journal, 9*(3), 337-340.
- Baum, N., & Spieler, B. (2001). Medical management of premature ejaculation. *Medical Aspects Of Human Sexuality, 1*, 15-25.

- Beck, J. (1986). Self-generated distraction in erectile dysfunction: The role of attentional processes. *Advances In Behaviour Research & Therapy*, 8(4), 205-221.
- Betchen, S. (2001). Premature ejaculation as symptomatic of age difference in a husband and wife with underlying power and control conflicts. *Journal Of Sex Education & Therapy*, 26(1), 34-44.
- Bhugra, D., & de Silva, P. (1993). Sexual dysfunction across cultures. *International Review Of Psychiatry*, 5(2-3), 243-252.
- Blanker, M. (2001). Correlates for erectile and ejaculatory dysfunction in older dutch men: A community-based study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 49(4), 436-442.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brown, A. (2000). Ciprofloxacin as cure of premature ejaculation. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 26(4), 351-352.
- Cameron, A. (2005). Sexual and relationship characteristics among an internet-based sample of U.S. men with and without erectile dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 31(3), 229-242.
- Cameron, A. (2007). The effect of male erectile dysfunction on the psychosocial, relationship, and sexual characteristics of heterosexual women in the United States. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 33(2), 135-149.
- Carnes, P. (1998). The case for sexual anorexia: an interim report on 144 patients with sexual disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5(4), 293-309.
- Çayan, S. (2004). The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: Does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions?. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 30(5), 333-341.

- Chevret, M. (2004). Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: Assessment with the Index of Sexual Life (ISL) Questionnaire. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 30*(3), 157-172.
- Ciftci, H. (2010). Enuresis in childhood and premature ejaculation in adult life: An enigmatic similarity. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice, 14*(1), 3-7.
- Coleman, E. (1998). Erectile dysfunction: a review of current medical treatments. *Canadian Journal Of Human Sexuality, 7*(3), 231-244.
- Conaglen, H. (2008). The impact of erectile dysfunction on female partners: a qualitative investigation. *Sexual & Relationship Therapy, 23*(2), 147-156.
- Conaglen, H. (2009). Effect of erectile dysfunction medications on coexisting sexual dysfunctions in couples: Partners' Preference Study. *Sexual & Relationship Therapy, 24*(3/4), 316-332.
- Corretti, G. (2006). Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 32*(2), 183-187.
- de Carufel, F. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 32*(2), 97-114.
- Duany Navarro, A., & Hernández Marín, G. (2012). Alcohol, función sexual y masculinidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 28*(4), 611-619.
- Fergus, K., Gray, R., & Fitch, M. (2002). Sexual dysfunction and the preservation of manhood: Experiences of men with prostate cancer. *Journal Of Health Psychology, 7*(3), 303-316.
- Fichten, C., Spector, I., & Libman, E. (1988). Client attributions for sexual dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 14*(3), 208-224.
- Giuliano, F. (2001). Efficacy results and quality-of-life measures in men receiving

- sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction. *Quality Of Life Research*, 10(4), 359-369.
- Goldstein, I. (2004). Diagnosis of erectile dysfunction. *Sexuality & Disability*, 22(2), 121-130.
- Grenier, G. (2001). Operationalizing premature or rapid ejaculation. *Journal Of Sex Research*, 38(4), 369-378.
- Gruver, G. (1977). Functional male dyspareunia: a case study. *American Journal Of Psychotherapy*, 31(3), 450-455.
- Kaplan, H. (1995). *The sexual desire disorders*. New York: Brunner/Mazel
- Katz, R. (1999). The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 25(4), 293-296.
- La Rocque, C. (2011). An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *Journal Of Sex Research*, 48(4), 397-408.
- Leusink, P. (2006). Treating erectile dysfunction through electronic consultation: A pilot study. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 401-407.
- Loe, M. (2001). Fixing broken masculinity: viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality & Culture*, 5(3), 97-125.
- Markovic, D. (2010). Hypoactive sexual desire disorder: can it be treated by drugs?. *Sexual & Relationship Therapy*, 25(3), 259-263.
- McCabe, M. (2008). Erectile dysfunction and relationships: views of men with erectile dysfunction and their partners. *Sexual & Relationship Therapy*, 23(1), 51-60.
- McCabe, M. (2014). Psychosocial factors associated with male sexual difficulties. *Journal Of Sex Research*, 51(1), 31-42.
- McCarthy, B. (1990). Treating sexual dysfunction associated with prior sexual trauma. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 16(3), 142-146.
- McCarthy, B. (2001). Relapse prevention strategies and techniques with erectile

- dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 1-8.
- McCarthy, B. (2002). Sexual secrets, trauma, and dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 352-360.
- McCarthy, B. (2009). Assessment, treatment, and relapse prevention: Male hypoactive sexual desire disorder. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 35(1), 58-67.
- McCarthy, B., & Metz, M. (2008). The “Good-Enough Sex” model: a case illustration. *Sexual & Relationship Therapy*, 23(3), 227-234.
- Melnik, T. (2005). Psychogenic erectile dysfunction: comparative study of three therapeutic approaches. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 31(3), 243-255.
- Mercado, M. (2008). What's the best drug treatment for premature ejaculation?. *Journal Of Family Practice*, 57(3), 192-194.
- Metz, M. (2000). Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 26(4), 293-320.
- Metz, M. (2004). A Biopsychosocial approach to evaluating and treating premature ejaculation. *Contemporary Sexuality*, 38(5), 11-17.
- Metz, M. (2005). Erectile dysfunction: An integrative, biopsychosocial approach to evaluation, treatment, and relapse prevention. *Contemporary Sexuality*, 39(5), 1-8.
- Montorsi, F. (2006). Medical therapy for premature ejaculation. *Lancet*, 368(9539), 894-896.
- Moore, T. (2003). Erectile dysfunction in early, middle, and late adulthood: symptom patterns and psychosocial correlates. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 29(5), 381-399.
- Mrdjenovich, A. (2004). A biopsychosocial systems approach to premature ejaculation. *Canadian Journal Of Human Sexuality*, 13(1), 45-55.
- Nelson, A., & Purdon, C. (2011). Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Archives Of Sexual Behavior*, 40(2), 395-406.

- Nobre, P. (2000). Erectile dysfunction: an empirical approach based on Beck's cognitive theory. *Sexual & Relationship Therapy*, 15(4), 351-366.
- O'Carroll, R. (1991). Sexual desire disorders: a review of controlled treatment studies. *Journal Of Sex Research*, 28(4), 607-624.
- Pattij, T. (2005). Individual differences in male rat ejaculatory behaviour: searching for models to study ejaculation disorders. *European Journal Of Neuroscience*, 22(3), 724-734.
- Perelman, M. (2001). Integrating sildenafil and sex therapy: unconsummated marriage secondary to erectile dysfunction and retarded ejaculation. *Journal Of Sex Education & Therapy*, 26(1), 13-21.
- Perelman, M. (2002). FSD partner issues: expanding sex therapy with sildenafil. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 195-204.
- Phelps, J. (2004). The PsychoedPlusMed approach to erectile dysfunction treatment: The impact of combining a psychoeducational intervention with sildenafil. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 30(5), 305-314.
- Pollets, D. (1999). Psychological considerations in the assessment of erectile dysfunction. *Sexuality & Disability*, 17(2), 129-145.
- Popovic, M. (2007). Psychosexual treatment of erectile dysfunction in a man who had reluctance to couple therapy: a case report. *Sexual & Relationship Therapy*, 22(3), 363-377.
- Potts, A. (2000). 'The essence of the hard on': Hegemonic masculinity and the cultural construction of 'erectile dysfunction.'. *Men And Masculinities*, 3(1), 85-103.
- Pryor, J. (2002). Pharmacotherapy of erectile dysfunction. *Sexual & Relationship Therapy*, 17(4), 389-400.
- Pryor, J. (2006). Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet*, 368(9539), 929-937.

- Read, J. (2013). Erectile dysfunction and the internet: Drug company manipulation of public and professional opinion. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 541-559.
- Ribner, D. (2010). Male orgasmic disorder: a new look at an old problem. *Sexual & Relationship Therapy*, 25(1), 6-11.
- Rowland, D. (2005). Aging and sexual response in the laboratory in patients with erectile dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 31(5), 399-407.
- Sand, M., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J., & Eardley, I. (2008). Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(3), 583-594.
- Shamloul, R. (2013). Erectile dysfunction. *Lancet*, 381(9861), 153-165.
- Slob, A. (2000). Premature ejaculation treated by local penile anaesthesia in an uncontrolled clinical replication study. *Journal Of Sex Research*, 37(3), 244-247.
- Sotomayor, M. (2005). The Burden of Premature Ejaculation: The Patient's Perspective. *Journal Of Sexual Medicine*, 2(Suppl2), 110-114.
- Steggall, M. (2006). Is ethnicity and religion an aetiological factor in men with rapid ejaculation?. *Sexual & Relationship Therapy*, 21(4), 429-437.
- Steggall, M. (2008). Combination therapy for premature ejaculation: results of a small-scale study. *Sexual & Relationship Therapy*, 23(4), 365-376.
- Strand, J. (2002). Erectile dysfunction and depression: Category or dimension?. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 28(2), 175-181.
- Strassberg, D. (1999). Clomipramine in the treatment of rapid (premature) ejaculation. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 25(2), 89-101.
- Stulhofer, A. (2013). Is responsive sexual desire for partnered sex problematic among men? Insights from a two-country study. *Sexual & Relationship Therapy*, 28(3), 246-258.
- Symonds, T. (2003). How does premature ejaculation impact a man's life?. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 29(5), 361-370.

- Tignol, J. (2006). Social phobia and premature ejaculation: a case–control study. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 23(3), 153-157.
- Triebel, A. (2005). A syndrome of errant sexuality – and the self. *International Forum Of Psychoanalysis*, 14(3/4), 193-200.
- Waldinger, M. (2008). Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 34(1), 1-13.
- Waldinger, M. (2013). Premature ejaculation: from etiology to diagnosis and treatment. In Jannini, E., McMahon, C. & Waldinger, M.(Eds): *Premature Ejaculation: From Etiology to Diagnosis and Treatment (5-24)*. Verlag Italia: Springer.
- Wise, M. (2000). A new treatment for premature ejaculation: case series for a desensitizing band. *Sexual & Relationship Therapy*, 15(4), 345-350.
- Wolters, J., & Hellstrom, W.(2006). Current concepts in ejaculatory dysfunction. *Reviews in Urology*, 8(4), 18-25.