

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ (ΤΕΙ - Α)

ΤΟΜΕΑΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ.

ΤΟΜΕΑΣ: ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ Γ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΤΗΣ Χ.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ», ΕΣΔΥ – ΤΕΙ -Α

Διαταραχή της Στύσης και συσχέτιση με τις Αγχώδεις Διαταραχές

ΥΠΟ

ΑΝΑΡΓΥΡΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2011

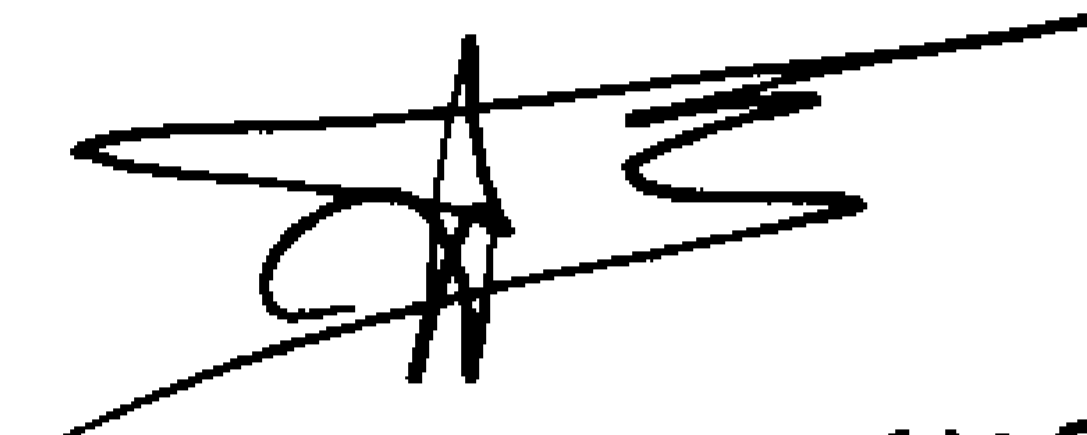
Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην

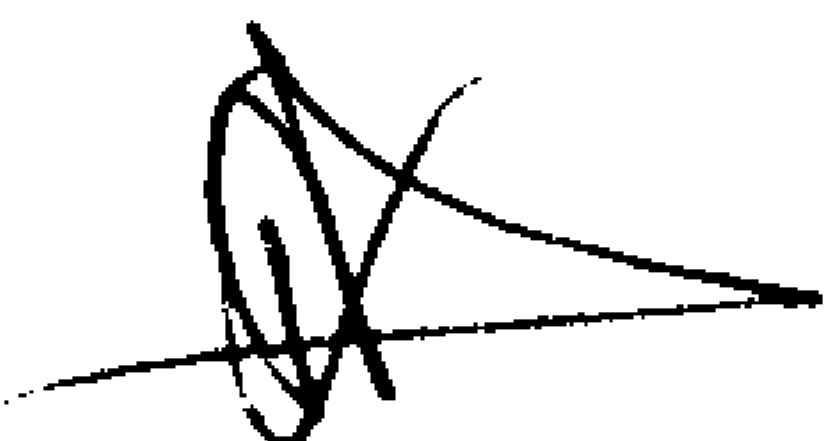
“ ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ”

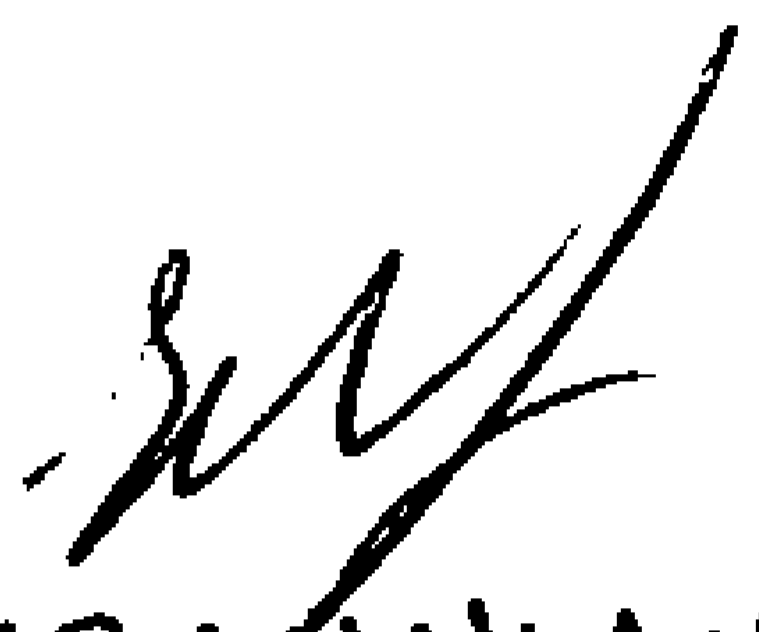
που απονέμει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σε σύμπραξη με το Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής του ΤΕΙ Αθηνών.

Εγκρίθηκε την..... 06/10/2011..... από την εξεταστική επιτροπή:

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ


.....Χ. ΚΟΥΤΡΙΣ.....
.....ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ.....


.....Γ. ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ.....
.....ΕΠ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ.....


.....ΕΛ. ΙΩΑΝΝΙΔΗ.....
.....ΕΠ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ.....

ΒΑΘΜΟΣ:

ΑΡΙΣΤΗ:..... ✓

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

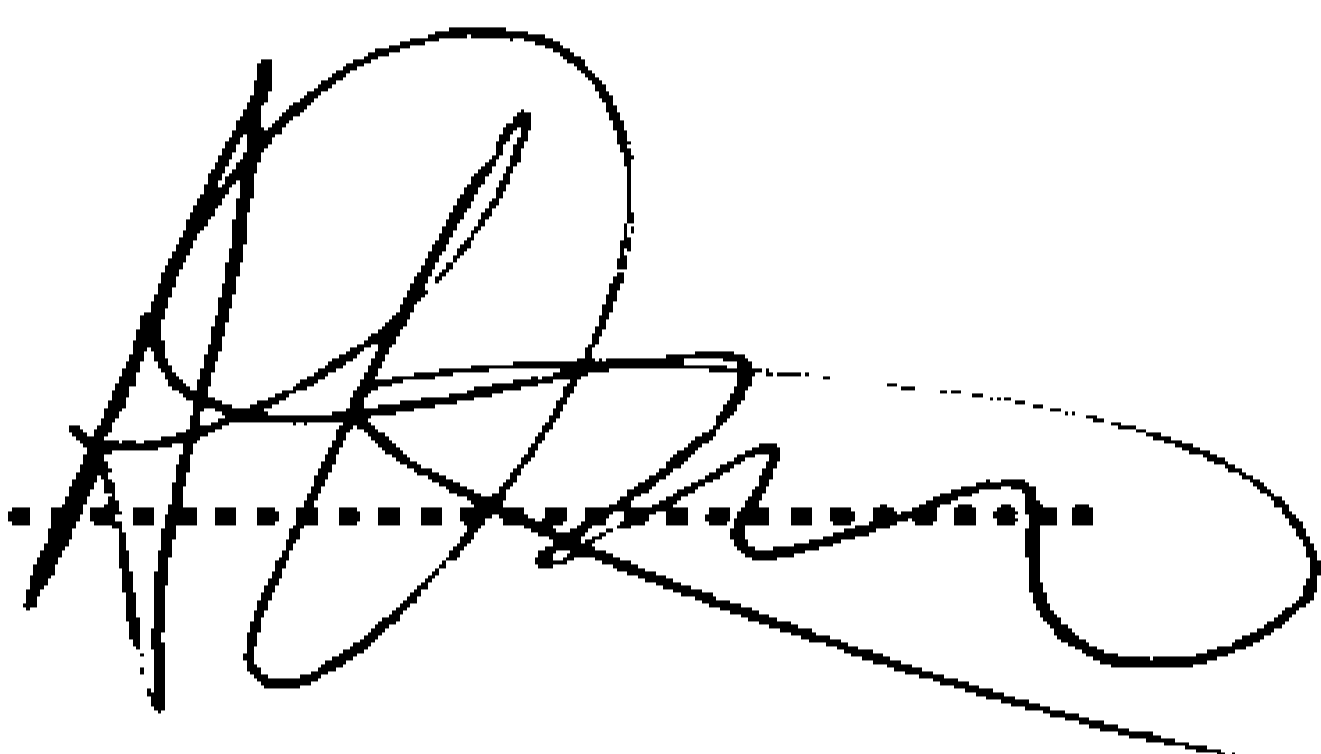
ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

«ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΔΙΚΗΣ ΜΟΥ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΚΑ ΜΟΥ ΛΟΓΙΑ. ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ Η΄ ΜΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΠΗΓΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΩ ΕΧΩ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΟΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΧΩ ΠΑΡΑΘΕΣΕΙ ΤΙΣ ΠΗΓΕΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ»

ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΞΕΩΝ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΝ ΞΕΠΕΡΝΑ ΤΙΣ 50.000 ΛΕΞΕΙΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and flourishes, written over a dotted line.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	9
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1.1 Διαταραχή της Στύσης.....	11
1.1.2 Διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή της Στύσης.....	12
1.1.3 Αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας.....	14
1.1.3.1 Οργανικά αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας.....	14
1.1.3.2 Ψυχογενή αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας.....	15
1.1.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας.....	19
1.2 Αγχώδεις Διαταραχές.....	23
1.2.1 Τα είδη των διαταραχών άγχους.....	24
1.2.1.1 Διαταραχή Πανικού.....	24
1.2.1.2 Αγοραφοβία.....	26
1.2.1.3 Ειδική Φοβία.....	26
1.2.1.4 Κοινωνική Φοβία (Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους).....	27
1.2.1.5 Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή.....	28
1.2.1.6 Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες.....	29
1.2.1.7 Διαταραχή από οξύ στρες.....	31
1.2.1.8 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	32
1.3 Ερευνητικά δεδομένα για τη διερεύνηση της σχέσης της διαταραχής στύσης με τις ανγχώδεις διαταραχές.....	32
1.3.1 Κατάθλιψη και διαταραχή στύσης	36
1.4 Μεθοδολογικά προβλήματα στις μελέτες που σχετίζονται με τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες.....	37

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2	ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	38
	2.1 Γενικός σκοπός.....	38
	2.2 Μεθοδολογία.....	38
	2.2.1 Πληθυσμός.....	38
	2.2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	39
	2.2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	40
	2.2.4 Εκτίμηση Διαταραχής Στύσης.....	40
	2.2.5 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....	41
	2.3 Στατιστική ανάλυση.....	41
3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	42
	3.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	42
	3.2 Διερεύνηση κλινικών χαρακτηριστικών.....	49
	3.2.1 Αιτιολογία στυτικής δυσλειτουργίας.....	49
	3.2.2 Αγχώδεις διαταραχές.....	53
	3.3 Στυτική δυσλειτουργία, οργανικής και ψυχολογικής αιτιολογίας.....	55
	3.4 Ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία και ψυχαναγκαστική διαταραχή.....	59
4	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	61
	4.1 Περίληψη κυρίων ευρημάτων.....	61
	4.2 Συζήτηση κυρίων ευρημάτων.....	62
	4.3 Περιορισμοί μελέτης.....	64
	4.4 Προτάσεις.....	64

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	76

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της διαταραχής της στύσης και των διαταραχών του άγχους σε ενήλικες άνδρες οι οποίοι έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία και προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας για θεραπεία για το χρονικό διάστημα 2002 έως 2009.

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης, μελετήθηκαν 4594 ηλεκτρονικοί φάκελοι ασθενών ηλικίας 18 έως 84 ετών, οι οποίοι προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας, έχοντας στυτική δυσλειτουργία. Στους ασθενείς αυτούς, αρχικά, έγινε διάγνωση οργανικής ή ψυχολογικής αιτιολογίας της Διαταραχής της Στύσης. Στους ασθενείς με Διαταραχή της Στύσης, οφειλόμενη σε ψυχολογικούς παράγοντες, διερευνήθηκε περαιτέρω η ύπαρξη Αγχωδών Διαταραχών. Από τους ασθενείς με Διαταραχή της Στύσης, οφειλόμενη σε Αγχώδεις Διαταραχές, έγινε διάγνωση για το είδος της Αγχώδους Διαταραχής που έπασχαν. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μελέτη των φακέλων του Ιατρικού Προγράμματος για ένα μήνα, δύο φορές εβδομαδιαίως. Μελετήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών με Διαταραχή της Στύσης, διερευνήθηκε η συννοσηρότητα με τις Αγχώδεις Διαταραχές, αξιολογήθηκαν επιπρόσθετα στοιχεία των ασθενών, όπως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς τη φύση της σχέσης της διαταραχής της στύσης και των ανγχωδών διαταραχών.

Τα αποτελέσματα ήταν, σε μεγάλο βαθμό, συμβατά με τα αντίστοιχα προηγούμενων μελετών. Η διαταραχή της στύσης όντως συσχετίζεται με τις ανγχώδεις διαταραχές και μάλιστα σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι διαταραχές της προσωπικότητας. Επίσης, από όλες τις κατηγορίες των διαταραχών του άγχους, η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή έχει την υψηλότερη συσχέτιση με τη διαταραχή της στύσης. Επιπλέον, η διαταραχή της στύσης, οφειλόμενη σε ψυχολογικούς παράγοντες, συσχετίζεται με την ύπαρξη ανγχώδους διαταραχής, ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους παράγοντες (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσέφεραν πληροφορίες σχετικά με την ψυχογενή αιτιολογία της Διαταραχής της Στύσης, προσδιόρισαν την κατηγορία Αγχωδών Διαταραχών με την οποία σχετίζεται περισσότερο η Διαταραχή της Στύσης και αποτέλεσαν μια αρχική προσπάθεια με σκοπό την περαιτέρω ενασχόληση της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας με θέματα που αφορούν την ανθρώπινη σεξουαλική λειτουργία, έχοντας επιπροσθέτως στόχο να συμβάλλουν στο βέλτιστο της θεραπευτικής προσέγγισης με βάση τη θεωρητική τεκμηρίωση.

Λέξεις κλειδιά : σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχή της στύσης, ανγχώδεις διαταραχές, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, θεραπευτικές προσεγγίσεις.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the correlation between Erectile Disorder and Anxiety Disorders in adult men who suffered from erectile dysfunction and visited the Institute of Mental and Sexual Health, for therapy, from 2002 to 2009.

In this study 4594 electronic medical files were examined from patients aged from 18 to 84 who visited the Institute of Mental and Sexual Health suffering from erectile dysfunction. These patients were first diagnosed with organic or psychogenic erectile disorder. The patients with psychogenic erectile disorder were examined to find out if they suffered from Anxiety Disorders. The patients with erectile disorder, due to Anxiety Disorders, were then examined to find out which category of Anxiety Disorder they had. Then, the electronic medical files from the Medical Program were studied, twice a week, monthly. The medical files of the patients with Erectile Disorder were studied, as well as the comorbidity with the Anxiety Disorders and other elements of the patients, such as the age and the education level, so as to enrich the conclusions concerning the correlation between erectile disorder and anxiety disorders.

The results were similar to other previous studies. The Erectile Disorder is correlated with the anxiety disorders in a greater degree, compared to other psychological disorders, such as depression and personality disorders. Furthermore, the obsessive compulsive disorder is more correlated with Erectile Disorder than all the other types of anxiety disorders. Moreover, the erectile disorder, due to psychological factors, is correlated with anxiety disorders regardless of other factors (age, family status, educational level, occupation).

The results of this study offered data concerning the psychogenic reasoning of Erectile Disorder and they identified the category of Anxiety Disorder that is more correlated with Erectile Disorder. They constitute an effort for further study of matters concerning the human sexuality at the field of Greek scientific community, so as to enrich the therapeutic approaches according to theoretical documentation.

Key words: sexual dysfunction, erectile disorder, anxiety disorders, obsessive compulsive disorder, therapeutic approaches.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πρόσφατη ενασχόληση της ευρύτερης διεθνούς επιστημονικής κοινότητας με τη μελέτη και κατανόηση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας την οδήγησε στην περαιτέρω διερεύνηση όχι μόνο της λειτουργίας αλλά και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Hyde & DeLamater 2003, Tomlinson 2005). Είναι γεγονός ότι τις τρεις τελευταίες δεκαετίες η επιστημονική κοινότητα έχει μελετήσει ιδιαίτερα τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες του ανθρώπου, επικεντρώνοντας στη στυτική δυσλειτουργία (Barlow 1986, Zilbergeld 1992, Rosen et al 1997, Heiman 2002, Plaut et al. 2004), ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό την κατανόηση και δημιουργώντας μια πληθώρα θεραπευτικών παρεμβάσεων για το πρόβλημα αυτό. Παρά το γεγονός ότι σε πολλές χώρες του εξωτερικού έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που διερευνούν την ψυχολογική αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας (Bodie et al. 2003, Rosen 2001), στη χώρα μας η έρευνα για το ζήτημα αυτό δεν είναι ανεπτυγμένη (Βαϊδάκης 2005). Η παρούσα εργασία προσπαθεί να καλύψει αυτό το κενό και να αποτελέσει αφετηρία για την πραγματοποίηση και άλλων αντίστοιχων μελετών.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της διαταραχής της στύσης και των διαταραχών του άγχους. Στη συγκεκριμένη έρευνα μελετήθηκαν ασθενείς, άνδρες ηλικίας 18 – 84 ετών, οι οποίοι έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία και προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας για θεραπεία. Η βασική υπόθεση που εξετάστηκε ήταν ότι η διαταραχή της στύσης, οφειλόμενη σε ψυχογενή αίτια, σχετίζεται με την ύπαρξη αγχώδους διαταραχής σε άνδρες ηλικίας 18 – 84 ετών. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσέφεραν πληροφορίες σχετικά με την ψυχογενή αιτιολογία της Διαταραχής της Στύσης, προσδιόρισαν την κατηγορία Αγχωδών Διαταραχών με την οποία σχετίζεται περισσότερο η Διαταραχή της Στύσης, έχοντας επιπροσθέτως στόχο να συμβάλλουν στο βέλτιστο της θεραπευτικής προσέγγισης με βάση την θεωρητική τεκμηρίωση.

Λέξεις κλειδιά : ανθρώπινη σεξουαλικότητα, ψυχογενής διαταραχή στύσης, αγχώδεις διαταραχές, θεραπευτική προσέγγιση

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον κο Κουτή Χαρίλαο για την καταλυτική βοήθειά του στην εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Μέσα από τη δεινή διδακτική του ικανότητα, είχα τη δυνατότητα να αξιοποιήσω στο έπακρο τις γνώσεις που μετέδιδε, κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος και να αποτελέσουν για μένα εφαλτήριο για προβληματισμό και περαιτέρω μελέτη.

Επιπρόσθετα, ευχαριστώ εκ βάθους καρδιάς τον κο Κουλιεράκη Γιώργο, που ήταν ο επιβλέπων καθηγητής της συγκεκριμένης εργασίας, για την καθοδήγηση, το χρόνο που διέθεσε, την αμεσότητα στις απαντήσεις του, τις καίριες και ουσιαστικές παρατηρήσεις του, τη δυνατότητα για ουσιαστικό και εποικοδομητικό διάλογο, την προσήνεια και την ευγένεια του χαρακτήρα του.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον πρόεδρο του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας κο Ασκητή Αθανάσιο για την άδειά του να χρησιμοποιήσω τις ηλεκτρονικές καρτέλες των ασθενών, για την επιστημονική καθοδήγηση του σε καίριες στιγμές της έρευνας καθώς και για την ανεκτίμητη συμβολή του στην ψυχοθεραπευτική μου κατάρτιση .

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Διαταραχή της Στύσης

Τα τελευταία τριάντα χρόνια εντοπίζεται συνεχής ενασχόληση της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας αναφορικά με το θέμα της εξέλιξης και κατανόησης της ανθρώπινης σεξουαλικότητας (Hyde & DeLamater 2003). Ερευνητές, προερχόμενοι από το χώρο της βιολογίας, της ψυχολογίας και της ανθρωπολογίας, ξεκίνησαν να ασχολούνται, πριν τριάντα χρόνια, με τη σύγχρονη εφαρμογή των Δαρβίνιων θεωριών, δίνοντας έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει το ανθρώπινο γονιδίωμα σε συνδυασμό με την επιλογή αλλά και την προσαρμογή του ανθρώπου σε ένα ευρύ φάσμα των δραστηριοτήτων του (Betzig 1986, Betzig et al. 1988, Chagnon & Irons 1979). Η σύγχρονη ενασχόληση της επιστημονικής κοινότητας με την ανθρώπινη σεξουαλική λειτουργία, ως αποτέλεσμα της αντίστοιχης συμπεριφοράς, πηγάζει από τις πρώιμες (προαναφερθείσες) θεωρητικές διαπιστώσεις αλλά κυρίως από την επιρροή των Δαρβίνιων θέσεων στην άνθιση της αναπτυξιακής ψυχολογίας (Symons 1979, Barkow et al. 1992).

Έτσι, η επιστημονική κοινότητα έστρεψε το ενδιαφέρον της στη μελέτη και την περαιτέρω διερεύνηση όχι μόνο της λειτουργίας αλλά και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Thornhill & Gangestad 1996, Hyde & DeLamater 2003, Tomlinson 2005). Η στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες, ως σεξουαλική δυσλειτουργία, μελετάται τόσο σε ερευνητικά πλαίσια όσο και σε επίπεδο κλινικής πρακτικής και αξιολόγησης (Barlow 1986, Rosen et al 1997, Heiman 2002, Plaut et al. 2004, Lenzi et al. 2009).

Η Διαταραχή της Στύσης, κατά το DSM-IV, ανήκει στις Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες του άνδρα και περιλαμβάνεται στην κατηγορία των Διαταραχών της Σεξουαλικής Διέγερσης.

Η Διαταραχή της Στύσης χαρακτηρίζεται από μόνιμη ή παροδική αδυναμία απόκτησης ή διατήρησης στύσης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής (NIH 1993, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

1.1.2 Διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή της Στύσης

Σύμφωνα με το στατιστικό διαγνωστικό εγχειρίδιο ψυχιατρικής DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1994 4th ed.) τα κριτήρια για να δοθεί η διάγνωση της Διαταραχής της Στύσης είναι τα εξής :

- A. Επίμονη ή επανειλημμένη αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης επαρκούς στύσης για την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας.
- B. Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Γ. Η στυτική δυσλειτουργία δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του Άξονα I (εκτός από άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία) και δεν οφείλεται στα άμεσα αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης ή φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Παρά το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός ανδρών είναι πιθανό να αντιμετωπίσει κατά την ενεργό σεξουαλική του ζωή περιστασιακά κάποιο επεισόδιο στυτικής δυσλειτουργίας, η Διαταραχή της Στύσης αφορά τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα επεισόδια στυτικής δυσλειτουργίας είναι επίμονα και επανειλημμένα (Μάνος, 1997).

Η Διαταραχή της Στύσης μπορεί να είναι ισόβιου ή επίκτητου τύπου, γενικευμένου ή εκλεκτικού τύπου, οφειλόμενη σε ψυχολογικούς ή οργανικούς παράγοντες (APA 1994, Rosen 2001). Κατά τη Διαταραχή της Στύσης ισόβιου τύπου, ο άνδρας δεν έχει καταφέρει ποτέ να έχει επαρκή στύση για να ολοκληρώσει τη σεξουαλική επαφή ενώ κατά τον επίκτητο τύπο εμφάνισε σε ένα χρονικό σημείο και μετά τη διαταραχή αυτή. Επιπλέον, η Διαταραχή της Στύσης μπορεί να είναι γενικευμένου τύπου, δηλαδή συμβαίνει με όλους τους ερωτικούς συντρόφους ή εκλεκτικού τύπου όπου συμβαίνει με συγκεκριμένο ερωτικό σύντροφο. Επιπρόσθετα, η διαταραχή μπορεί να οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες, όπως σακχαρώδης διαβήτης, τραυματισμός νωτιαίου μυελού ή σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές (Barlow, 2001).

Τα τελευταία 50 χρόνια, οι μελέτες, που έχουν γίνει γύρω από τη στυτική δυσλειτουργία, συνηγορούν στην άποψη ότι ο άνδρας κατά τη διάρκεια της

σεξουαλικής ζωής του, μπορεί αιφνίδια και αναίτια να εμφανίσει ένα επεισόδιο, παροδικού τύπου, στυτικής δυσλειτουργίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα αποκτήσει μόνιμο πρόβλημα (Fabbri et al. 1997). Πρόκειται για ένα πρόβλημα αρκετά κοινό και, σύμφωνα με μία επιδημιολογικά δεδομένα, στις ΗΠΑ το 1999, το 52% των ανδρών, ηλικίας 40-70 ετών, παρουσίαζε από ελαφριά έως βαριά στυτική δυσλειτουργία (Feldman et al. 1994). Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι η διαταραχή στύσης αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο αφού συναντάται περίπου στο 50% του γενικού ανδρικού πληθυσμού (Fabbri et al. 1997).

Τα αποτελέσματα της Massachusetts Male Aging Study επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι η στυτική δυσλειτουργία έχει υψηλή συσχέτιση με την ύπαρξη αγγειακών παθήσεων στον ασθενή, όπως η υπέρταση, η καρδιακή νόσος και ο σακχαρώδης διαβήτης (Feldman et al. 1994, Araujo et al. 1998). Ωστόσο, η αιτιολογία της νόσου μπορεί να είναι είτε οργανική είτε ψυχολογική, με την στυτική δυσλειτουργία, οργανικής αιτιολογίας να συναντάται στο 65% του πληθυσμού, ενώ το 35% να πάσχει από στυτική δυσλειτουργία, οφειλόμενη σε ψυχολογικούς παράγοντες (Benet & Melman 1995).

Η στυτική δυσλειτουργία συναντάται συχνά σε άνδρες μεγαλύτερους των 70 ετών, με το ποσοστό να ανεβαίνει στο 75 % για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και συνυπάρχει με οργανικές παθήσεις, όπως είναι η υπέρταση, η υπατική ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριοσκλήρωση, η κατάθλιψη (Schiani and Rehman, 1995).

Στην Ελλάδα, από στυτική δυσλειτουργία, πάσχουν ένας στους τρεις άνδρες από 50 ετών 60 ετών και ένας στους 2 πάνω από 60 χρονών (Ασκητής και συν. 2008).

Ως εκ τούτου, η αύξηση του μέσου όρου ζωής του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των ανδρών που πάσχουν από στυτική δυσλειτουργία στο εγγύς μέλλον, καθώς η εμφάνιση της διαταραχής της στύσης έχει υψηλή συσχέτιση με την ηλικία (Feldman et al. 1994, Feldman et al. 2000). Έτσι, ενώ το 1995 το παγκόσμιο ποσοστό των ανδρών, άνω των 65 ετών, που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία ήταν στο 4,2 %, υπολογίζεται ότι, με βάση τη

διαρκή αύξηση του μέσου όρου ζωής του πληθυσμού της γης, το 2025 το ίδιο ποσοστό θα έχει σκαρφαλώσει στο 9,5 % (Aytac et al. 1999, Feldman et al. 2000).

1.1.3 Αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας

Τα αίτια της Διαταραχής της Στύσης ταξινομούνται σε οργανικά, ψυχολογικά και μεικτά, που είναι συνδυασμός οργανικής και ψυχολογικής αιτιολογίας (Barlow, 2001).

Αρχικά, οι μελετητές ενοχοποιούσαν κυρίως ψυχολογικούς παράγοντες για την αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας και παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του ασθενούς (Slag et al. 1983, Morley 1986). Την τελευταία δεκαετία έγινε σαφές ότι είναι πιθανό, κάποιες φορές, η στυτική δυσλειτουργία να έχει και οργανική αιτιολογία (Feldman et al. 1994, Plaud et al. 1996). Καταστάσεις που σχετίζονται με την ανεπαρκή αιμάτωση του πέους (βλάβη στις αρτηρίες, λείες μυϊκές ίνες και ινώδης ιστός έχουν ως αποτέλεσμα τη μεταβολή της ροής του αίματος από και προς το πέος) ενοχοποιούνται ως οι συνήθεις αιτίες της στυτικής δυσλειτουργίας, οργανικής αιτιολογίας (Feldman et al. 1994, Krane et al. 1989). Οι λειτουργίες αυτές συχνά συναντώνται σε χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρική ανεπάρκεια η αρτηριοσκλήρωση και οι αγγειακές παθήσεις (Fabbri et al. 1997).

1.1.3.1 Οργανικά αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας

Τα οργανικά αίτια αφορούν κυρίως άνδρες μέσης και τρίτης ηλικίας (Schiavi and Rehman, 1995). Η οργανικής αιτιολογίας στυτική δυσλειτουργία διακρίνεται σε αγγειακή, που έχει σχέση με παθήσεις όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία και στεφανιαία νόσο, σε νευρογενή, η οποία σχετίζεται με βλάβες του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος. Επιπρόσθετα, διακρίνεται σε ορμονική, που οφείλεται σε θυρεοειδοπάθειες, καθώς και σε διαταραχές παραγωγής της τεστοστερόνης είτε σε αυξημένα επίπεδα μίας άλλης ορμόνης, της προλακτίνης. Οι αιτίες της στυτικής δυσλειτουργίας ορμονικού τύπου μπορεί να είναι ο υπογοναδισμός (χαμηλή τεστοστερόνη), η υπερπρολακτιναιμία ή ο υποθυρεοειδισμός και υπερθυρεοειδισμός (Βαϊδάκης, 2005).

Ακόμη σε ανατομική, όπως για παράδειγμα μεγάλη κάμψη του πέους, συγγενής ή επίκτητη. Τέλος η διαταραχή της στύσης είναι πιθανό να οφείλεται σε φάρμακα (Βαϊδάκης, 2005) και ουσίες, όπως τα Αντιυπερτασικά, Καρδιοτονωτικά, Διουρητικά, Αντιφλεγμονώδη, Αντιεπιληπτικά, Νευροληπτικά, Άτυπα αντιψυχωσικά, Αντικαταθλιπτικά, Ηρεμιστικά (αγχολυτικά, υπνωτικά), Υπναγωγά, Οιστρογόνα, Αντιανδρογόνα, Αντιόξινα ενζυμικά, Κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (βαρβιτουρικά, αντισταμινικά, παραλδεΐδη κ.ά.) ή τα Κυτταροστατικά φάρμακα.

Επιπρόσθετα, η κατάχρηση ορισμένων ουσιών ενοχοποιείται για την πρόκληση στυτικής δυσλειτουργίας, όπως οι Οινοπνευματώδεις (αλκοολική τοξίκωση), η Νικοτίνη (αυξημένη χρήση και κατάχρηση), τα Κανναβινοειδή (χρήση και κατάχρηση), τα Οπιοειδή (χρήση και κατάχρηση) και οι Ψευδαισθησιογόνες ουσίες (Barlow, 2001).

Η στυτική δυσλειτουργία νευρογενούς προέλευσης διακρίνεται σε προκαλούμενη από αίτια κεντρικής και περιφερικής βλάβης του νευρικού συστήματος. Οι κεντρικές βλάβες του νευρικού συστήματος προκαλούνται από νοσήματα όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Parkinson, οι νεοπλασίες, τα εγκεφαλικά επεισόδια και οι κακώσεις και οι εκφυλιστικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης. Οι περιφερικές βλάβες του νευρικού συστήματος αφορούν νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η ουραιμία, η χειρουργική της πυέλου, ο αλκοολισμός, οι τοξικές βλάβες και οι διαφόρου τύπου περιφερικές νευροπάθειες (Ασκητής, 2008).

1.1.3.2 Ψυχογενή αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας

Οι ψυχογενείς παράγοντες εμπλέκονται, συχνά μαζί με οργανικούς παράγοντες, σε ένα μεγάλο αριθμό περιστατικών στυτικής δυσλειτουργίας (Rosen 2001). Οι σχετικές επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν το ρόλο της καταθλιπτικής διάθεσης (Feldman et al. 1994, Araujo et al. 1998), της απώλειας αυτοπεποίθησης (Segraves & Segraves 1991) και άλλων στρεσογόνων ψυχοκοινωνικών γεγονότων που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση της στυτικής δυσλειτουργίας (Barlow 1986, Lizza & Rosen 1999, Hedon 2003, Bodie et al. 2003).

Τα ψυχολογικά αίτια που συνδέονται με τη διαταραχή της στύσης είναι ποικίλα και πολυπαραγοντικά, ως προς τη γενικότερη σεξουαλική ζωή του άνδρα, αλλά και ως προς τον τρόπο έκφρασης και επικοινωνίας, τόσο με τον εαυτό του, όσο και με τη σύντροφό του. Καταρχάς, μπορεί να αναφερθεί το άγχος (αγχώδεις διαταραχές) ως πρωτογενή αιτία απειλής, η συναισθηματική μεταβλητότητα (διπολική και κυρίως καταθλιπτική διαταραχή) αλλά και οι διάφοροι τύποι της διαταραχή της προσωπικότητας (Ασκητής, 2008).

Ο Rosen (2001), σε μελέτη του, προσπαθεί να προσδιορίσει τα διαγνωστικά κριτήρια για τον ορισμό της διαταραχής της στύσης, καθώς και να προτείνει θεραπευτικούς χειρισμούς. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, η διεθνής επιστημονική κοινότητα, που μελετά τη σεξουαλική ανικανότητα, αποδέχεται και υιοθέτησε τον εξής ορισμό : η ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία ορίζεται ως η επίμονη αδυναμία κατάκτησης ή διατήρησης ικανοποιητικής στύσης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, οφειλόμενη κυρίως ή αποκλειστικά σε ψυχολογικούς ή διαπροσωπικούς παράγοντες (Rosen 2001).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία είναι μια διάγνωση η οποία χρησιμοποιείται με βάση συγκεκριμένα κριτήρια κι όχι όταν η διαταραχή του ασθενούς είναι μη προσδιορίσιμη (Lizza & Rosen 1999, Rosen 2001). Επιπλέον, ο Rosen (2001) προτείνει για τον προσδιορισμό της διαταραχής της στύσης ότι αφού, στην ψυχογενή στυτική δυσλειτουργία, συγκεκριμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κυριαρχούν στην εμφάνιση της διαταραχής ή αποτελούν την αιτία της, οι ασθενείς που εμφανίζουν ταυτόχρονα οργανικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, που πυροδοτούν την εμφάνιση της διαταραχής, πρέπει να παίρνουν τη μεικτή μορφή της διάγνωσης, δηλαδή ύπαρξη ψυχογενών και οργανικών αιτίων).

Η ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία μπορεί να συνυπάρχει μαζί με άλλες σεξουαλικές δυσλειτουργίες, όπως μειωμένη σεξουαλική επιθυμία (Segraves & Segraves 1991, O'Carroll 1991, Rosen 2001) καθώς και με άλλες σημαντικές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι ανγχώδεις διαταραχές (Feldman et al. 1994, Ackerman & Carey 1995, DiBartolo & Barlow 1996, Araujo et al. 1998, Hedon, 2003).

Οι σχετικές επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν την επικράτηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας (της οφειλόμενης σε ψυχολογικούς παράγοντες). Έτσι, στην ευρέως γνωστή έρευνα της Μασσαχουσέτης (Massachusetts Male Aging Study) η στυτική δυσλειτουργία συσχετίστηκε θετικά με καταθλιπτικά συμπτώματα, αίσθημα απαισιοδοξίας ή αρνητισμού ως προς τη ζωή, με βάση αυτοαναφορές των ίδιων των ασθενών (Feldman et al. 1994).

Παρόμοια ευρήματα συναντάμε και σε μια άλλη σημαντική μελέτη (Laumann et al. 1999), σύμφωνα με την οποία η στυτική δυσλειτουργία συσχετίστηκε θετικά με αυτοαναφορές για την ύπαρξη στρες και ιστορικού σεξουαλικής βίας. Στην ίδια μελέτη καταδεικνύεται η θετική σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (όπως για παράδειγμα η μείωση των εσόδων του ασθενούς την τελευταία πενταετία) με την ύπαρξη στυτικής δυσλειτουργίας.

Επιπλέον, έχει μελετηθεί ο μηχανισμός με τον οποίο το άγχος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής στύσης. Έτσι, φαίνεται ότι το άγχος του σεξουαλικού ρόλου οδηγεί τον άνδρα στη συνεχή αναζήτηση της προσπάθειας για μια καλύτερη σεξουαλική επαφή μετά από μια αποτυχία. Ο άνδρας αναρωτιέται αν θα τα καταφέρει την επόμενη φορά και κάθε προσπάθεια ξεκινάει με τη σκέψη της αποτυχίας της προηγούμενης σεξουαλικής επαφής. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μέσα στον οποίο πολλές φορές εγκλωβίζεται. Ως συνέπεια, το άγχος της σεξουαλικής επίδοσης όχι μόνο διατηρείται αλλά μεγεθύνεται. Με τον τρόπο αυτό, συντηρείται και η σεξουαλική δυσλειτουργία που κάνει τον άνδρα να αισθάνεται διαρκώς αναποτελεσματικός και ανήμπορος (Βαϊδάκης, 2005). Η στυτική διαταραχή μπορεί να εμφανίσει κυκλικότητα ή εκλεκτικότητα αντίστοιχα με την ψυχική εικόνα που βιώνει ο άνδρας για τη συγκεκριμένη γυναίκα στη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής τους, π.χ. με μια γυναίκα δυσλειτουργεί ενώ με μια άλλη λειτουργεί επιτυχώς (Μάνος, 1997).

Ένας παράγοντας στη σεξουαλική ζωή του άνδρα που φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη σεξουαλικότητά του είναι η αυνανιστική συνήθεια, που ως έξη, αναπτύσσει ψυχοπαθολογικού τύπου συμπεριφορές και καθλώνει τον άνδρα σε σεξουαλικό «αυτισμό», οδηγώντας τον πολλές φορές σε φοβία ως προς τη

σεξουαλική επαφή. Στην ενήλικη περίοδο θεωρείται ότι κλέβει την παράσταση από τη σεξουαλική ζωή που οφείλει να ανοίξει ο άνδρας, διεκδικώντας αυτή την ηδονή με μία άλλη σύντροφο. Ο αυνανισμός υπάρχει και ως συμπεριφορά μέσα στις συγκρουσιακές σχέσεις των δύο συντρόφων, προκαλώντας τη σεξουαλική ψυχρότητα μεταξύ τους, με αραίωση των ερωτικών επαφών, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος και φοβία διεκδίκησης. Ο αυνανισμός σε αρκετές περιπτώσεις δηλώνει υπάρχουσα ψυχική διαταραχή, όπως αυτή της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής (Ασκητής, 2008).

Επιπλέον, η χρήση του προφυλακτικού, κυρίως στο νεαρό άνδρα, φαίνεται να είναι ένας ακόμη παράγοντας, που μπορεί να συσχετιστεί με την απώλεια της στύσης, εκφράζοντας την αγωνία του στο ότι εάν χρησιμοποιήσει το προφυλακτικό, θα χαθεί η στύση του, λόγω μειωμένης αίσθησης της ηδονής κατά την προσπάθεια διείσδυσης στον κόλπο της συντρόφου (Βαϊδάκης, 2005).

Άλλες σεξουαλικές δυσλειτουργίες που συνδέονται με τη στυτική δυσλειτουργία είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση και η ανεσταλμένη εκσπερμάτιση. Παράλληλα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ένας άνδρας που εμφανίζει στυτική δυσλειτουργία είναι πιθανό να εμφανίσει, απόρροια αυτής της διαταραχής, και πρόωρη εκσπερμάτιση. Αυτό συμβαίνει επειδή ο άνδρας, αντιλαμβανόμενος πως η στύση του δεν θα έχει διάρκεια και ικανοποιητική σκληρότητα ώστε να μπορέσει να καταφέρει σεξουαλική επαφή με τη σύντροφό του, κυριαρχείται από έντονο άγχος ή ακόμη και από πανικό, φτάνοντας έτσι στην ανταντακλαστική-αναπόφευκτη πρόωρη εκσπερμάτιση. Επίσης, σε ένα ποσοστό των ανδρών με στυτικό πρόβλημα η εκσπερμάτιση φαίνεται να αναστέλλεται ως μη δυνάμενη να έρθει, μπροστά σε μια στύση που χάνεται και έτσι δεν επιτρέπει η απώλεια αυτή, τη διείσδυση στον κόλπο που φυσιολογικά φέρνει την εκσπερμάτιση. Ακόμη, δεν είναι λίγες οι φορές που το δίπολο διαταραχή της στύσης και πρόωρη εκσπερμάτιση συνυπάρχουν ταυτόχρονα, δηλαδή ένας άνδρας με όχι πλήρη στύση μπορεί να έχει και πρόωρη εκσπερμάτιση, αυξάνοντας το άγχος, το φόβο, αλλά και την απογοήτευσή του για τη σεξουαλική του δυσλειτουργία (Barlow, 2001).

1.1.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διαταραχή της στύσης περιλαμβάνουν τις ψυχολογικές θεραπείες, τη φαρμακευτική αγωγή και τις χειρουργικές επεμβάσεις (Βαϊδάκης, 2005).

Οι ψυχολογικές θεραπείες συμβάλλουν στην ψυχολογική στήριξη του άνδρα ασθενή, ενδυναμώνοντάς την αυτοπεποίθησή του. Οι θεραπείες αυτές απευθύνονται στον άνδρα, που κυριαρχείται από ψυχολογικού τύπου παθολογία, αλλά και στη σχέση με τη σύντροφό του, ως θεραπεία ζεύγους, με κριτήριο το ίδιο το σεξουαλικό πρόβλημα που συσχετίζεται με την επικοινωνία και την ψυχική επαφή αφού η σεξουαλική ζωή του ζευγαριού που διαταράσσεται, παρασύρει και άλλους βασικούς παράγοντες της σχέσης (Barlow, 2001).

Στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση της στυτικής διαταραχής, είναι σημαντικό ο άντρας να επεξεργαστεί και να μην προσδιορίζεται μέσα από τα δυσάρεστα συναισθήματα που απορρέουν από τις πιθανές αποτυχίες στην προσπάθεια απόκτησης ή και διατήρησης της στύσης, αφού πολλές φορές «πλήττει» η αυτοπεποίθησή του. Παράλληλα, εκπαιδεύεται στο πώς να διαχειρίζεται το άγχος του αν θα λειτουργήσει σωστά σε μια επόμενη επαφή, για να απεγκλωβιστεί από το φαύλο κύκλο δυσλειτουργικών σκέψεων και αρνητικών συναισθημάτων, που συντηρούν το φαύλο κύκλο του προβλήματος (Ασκητής, 2008).

Ο κλινικός ψυχολόγος, έχοντας πάρει ένα πλήρες ιστορικό από τον ασθενή με τη στυτική δυσλειτουργία, προτείνει ανάλογα με την περίπτωση ατομική ψυχοθεραπεία ή θεραπεία ζεύγους ή έναν συνδυασμό και τον δύο. Η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι ψυχαναλυτικής, γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης κ.ο.κ (Μάνος, 1997).

Η ψυχαναλυτική θεωρία πιστεύει ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία έχει τις ρίζες της στις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και στις ενδοψυχικές συγκρούσεις. Πρόκειται για την ανάπτυξη αισθημάτων ανεπάρκειας, τη δημιουργία ενός τιμωρητικού εγώ, συγκρούσεις ανάμεσα σε αισθήματα στοργής και τις σεξουαλικές «βρώμικες» επιθυμίες προς τη γυναίκες, θυμός και ηθικές αναστολές. Η

θεραπεία στοχεύει στη διευκρίνιση και συνειδητοποίηση αυτών των απωθημένων εμπειριών. Όταν οι παράλογοι φόβοι βγουν στην επιφάνεια και γίνουν κατανοητά, τα συμπτώματα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μειώνονται (Γκρίνσον, 2009).

Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία πρεσβεύει ότι λανθασμένες σκέψεις και δυσλειτουργικές συμπεριφορές σχετίζονται με την ανάπτυξη διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας. Στη διαταραχή της στύσης για παράδειγμα ο άνδρας μπορεί να έχει από εφηβική ηλικία υπερβολικές απαιτήσεις ως προς τη σεξουαλική του απόδοση, το μέγεθος των γεννητικών του οργάνων, την σεξουαλική ικανοποίηση της γυναίκας ή να είχε κάποιες δυσάρεστες εμπειρίες σχετικά με το σεξ και εγκλωβίστηκε σε ένα διαρκές άγχος. Η θεραπεία περιλαμβάνει ασκήσεις χαλάρωσης και διαχείρισης του άγχους αλλά και συνειδητοποίηση και τροποποίηση των δυσλειτουργικών, μη ρεαλιστικών αντιλήψεων και πεποιθήσεων γύρω από το σεξ (Barlow, 2001).

Εκτός από την ατομική ψυχοθεραπεία, υπάρχουν ασκήσεις οι οποίες εφαρμόζονται στη σεξοθεραπεία από το ζευγάρι. Η θεραπεία του σεξ ξεκίνησε από τους William M. Masters και Virginia E. Johnson, των οποίων η προσέγγιση βασίζεται σε τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς. Κατά τις ασκήσεις αυτές ο άνδρας είναι καταρχήν ελεύθερος από απαιτήσεις για σεξουαλική απόδοση, δεν κάνει διείσδυση με το πέος στον κόλπο και σταδιακά επιτυγχάνεται ολοκληρωμένη ερωτική επαφή. Οι ασκήσεις αυτές περιλαμβάνουν ερεθισμό του πέους από τη σύντροφο με αυνανισμό ή στοματικό σεξ μέχρι την επίτευξη στύσης και τη συνειδητοποίηση του άνδρα ότι μπορεί να καταφέρει να έχει στύση. Οι ασκήσεις του πρώτου σταδίου ονομάζονται «εστίαση στις αισθήσεις» (sensate focus) και στόχος είναι η απόκτηση της ικανότητας για συνειδητοποίηση των αισθήσεων του ίδιου του άνδρα και της συντρόφου του. Κατά το αρχικό στάδιο των τεχνικών ο ένας σύντροφος αγγίζει και χαϊδεύει τον άλλον σε όλες τις περιοχές του σώματος εκτός των γεννητικών οργάνων και του στήθους. Στη συνέχεια κατά το επόμενο επίπεδο των ασκήσεων γίνεται σταδιακά διείσδυση του πέους στον κόλπο μέχρι ο άνδρας να αισθανθεί ότι έχει καταφέρει να απαλλαχτεί από το άγχος απόδοσης για σεξουαλική επαφή και να μπορεί να έχει πλέον μια ικανοποιητική συνουσία. Η παραπάνω θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ αποτελεσματική, φτάνοντας στο 80% περίπου επιτυχίας στη θεραπεία της σεξουαλικής αυτής δυσλειτουργίας (Kaplan, 1988).

Στη σεξουαλική διαταραχή, η ψυχολογική κατάσταση τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας, φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά, αλλά και να την επηρεάζει αυτή η ίδια η σεξουαλική δυσλειτουργία, αναπτύσσοντας ένα φαύλο κύκλο στη ζωή του ζεύγους. Οι ψυχολογικές θεραπείες απαιτούν χρόνο, πίστη και συνέπεια στο πρόγραμμα αυτών των θεραπευτικών προσεγγίσεων, τόσο στην ατομική, όσο και στη σχέση των δύο συντρόφων, αυξάνοντας το βαθμό της επικοινωνίας που έχει διαταραχθεί, τη σεξουαλική προσέγγιση και την ίδια τη συναισθηματική ενίσχυση, με αποτελέσματα που είναι αρκετά ικανοποιητικά, ξεπερνώντας το 80% της θεραπευτικής προσδοκίας (Μάνος, 1997).

Όσον αφορά τη φαρμακευτική παρέμβαση, υπάρχουν ουσίες με τη μορφή δισκίου ή ένεσης που βοηθούν τον ασθενή να αποκτήσει και να διατηρήσει στύση ικανή για σεξουαλική επαφή, απαλλάσσοντάς τον από το άγχος επίδοσης. Η φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιείται ευρέως στις ημέρες μας, προσφέροντας ικανοποιητική και γρήγορη λύση ως προς το αποτέλεσμα και την επαναφορά της σεξουαλικής ζωής στον άνδρα, αλλά και στη γυναίκα, αφού το φάρμακο δίνει λύση στη στυτική διαταραχή του άνδρα και κατ' επέκταση στη σεξουαλική ικανοποίηση της γυναίκας. Είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι θεραπευτικές προσπάθειες έχουν στραφεί πολύ στις φαρμακευτικές αγωγές, που είναι εύκολες στις χρήσεις τους και θεαματικές στην αποτελεσματικότητά τους. Πράγματι, το 1998 η εμφάνιση της ουσίας σιλденаφίλης (Viagra) στο χώρο της θεραπείας της στυτικής δυσλειτουργίας έφερε μεγάλη επανάσταση στον τομέα αυτό. Η σιλденаφίλη, η οποία είναι αναστολέας της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5, δρα προκαλώντας χάλαση του λείου μυϊκού ιστού του πέους και αύξηση της αιματικής ροής σε αυτό. Η σιλденаφίλη έφερε μεγάλη εξέλιξη στη θεραπευτική προσέγγιση ελευθερώνοντας τον ασθενή από την ανησυχία και το άγχος της επίδοσης κατά τη σεξουαλική επαφή. Τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευτεί πολλές μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της σιλденаφίλη αλλά και τη θετική της δράση σε διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα αφού συμβάλλει θετικά στην αιματική ροή του ανθρώπινου οργανισμού. Το 2003 κυκλοφόρησαν οι ουσίες βαρδεναφίλη (Levitra) και ταδαλαφίλη (Cialis) οι οποίες είχαν ως βασικό χαρακτηριστικό τη μεγάλη διάρκεια δράσης (36 ώρες περίπου). Οι ουσίες αυτές ενισχύουν τη λειτουργία του αγγειακού μηχανισμού της στύσης και προϋποθέτουν την ύπαρξη σεξουαλικής επιθυμίας και των αντίστοιχων ερεθισμάτων διέγερσης (Βαϊδάκης, 2005).

Οι ενδοπεϊκές ενέσεις χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν βοηθήθηκε από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Οι ουσίες που περιέχονται στις ενέσεις είναι έτοιμα σκευάσματα προσταγλαδίνης E1 ή μίγματα ουσιών, συνήθως παπαβερίνης, προσταγλαδίνης και φαιτολαμίνης. Ο ουρολόγος ανδρολόγος βοηθάει τον ασθενή να εκπαιδευτεί κατάλληλα ώστε να μπορεί μόνος του να κάνει την ένεση. Τα πλεονεκτήματα των ενδοπεϊκών ενέσεων είναι ότι έχουν μεγάλο ποσοστό αποτελεσματικότητας και ότι ο άνδρας μπορεί να μάθει να κάνει μόνος του την ένεση μετά από κατάλληλη εκπαίδευση. Από την άλλη πλευρά, τα μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ο πόνος και οι εκχυμώσεις που μπορεί να παρατηρηθούν (Ασκητής, 2008).

Τέλος, οι χειρουργικές παρεμβάσεις δίνουν λύσεις σε πολυπλοκότερες και πιο δύσκολες περιπτώσεις στυτικής διαταραχής. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν οργανικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιολογικές παθήσεις που επιφέρουν βαρύτερες βλάβες βιολογικού τύπου στην ποιότητα της στυτικής λειτουργίας. Σύγχρονες ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις επιτυγχάνουν την επίλυση αυτών των σοβαρών στυτικών προβλημάτων (Μάνος, 1997).

Η κυριότερη χειρουργική μέθοδος αντιμετώπισης της στυτικής δυσλειτουργίας είναι η τοποθέτηση πεϊκής πρόθεσης. Κατά την επέμβαση αυτή, η οποία πραγματοποιείται από ειδικό γιατρό ουρολόγο ανδρολόγο, τοποθετείται στο πέος ένας μηχανισμός που αποτελείται από μια υδραυλική διάταξη που περιλαμβάνει δύο κυλίνδρους, μία δεξαμενή και μια αντλία. Η δεξαμενή που περιέχει υγρό τοποθετείται δίπλα από την ουροδόχο κύστη ενώ η αντλία τοποθετείται στο όσχεο. Ο ασθενής όταν επιθυμεί να έχει στύση πιέζει την αντλία και το υγρό μεταφέρεται στους κυλίνδρους που μεγαλώνουν και προκαλείται στύση. Μετά τον οργασμό ο άνδρας πιέζει την αντλία, το υγρό μεταφέρεται στη δεξαμενή και το πέος επιστρέφει σε χάλαση (Barlow, 2001).

1.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που εκδηλώνεται με φόβο, ένταση, ανησυχία ή ακόμη και τρόμο, σαν απάντηση σε ένα αίσθημα κινδύνου ή απειλής. Η πηγή του κινδύνου μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος πολλές φορές συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα. Τα συνηθέστερα είναι η ταχυκαρδία, η καρδιακή αρρυθμία, η εφίδρωση, το τρέμουλο, η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμονής και πλακώματος στο στήθος, οι πεπτικές διαταραχές, η ξηροστομία, η κεφαλαλγία, η ναυτία, το αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχουν και άλλα δυσάρεστα συναισθήματα, όπως ο θυμός και η θλίψη (Μάνος, 1997).

Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό συναντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. αναμονή σημαντικών συναντήσεων, παραμονές εξετάσεων κτλ). Στη βιβλιογραφία γίνεται συχνά διάκριση μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού άγχους. Το φυσιολογικό άγχος είναι μια υγιής, αναμενόμενη αντίδραση που εκδηλώνεται σε περιπτώσεις ανησυχίας ή σε στιγμές πραγματικού κινδύνου ή απειλής. Αυτού του είδους το άγχος είναι κάτι σαν «καμπανάκι» που προετοιμάζει για έναν πιθανό επερχόμενο κίνδυνο. Ένας μέτριος βαθμός άγχους βέβαια φαίνεται να συμβάλλει θετικά στην απόδοση του ατόμου σε δύσκολες στιγμές και αποτελεί δημιουργικό και κινητήριο παράγοντα για τη ζωή (Χριστοδούλου et al, 2004).

Το παθολογικό άγχος παρουσιάζεται σε καταστάσεις όπου δεν υφίσταται πραγματικός κίνδυνος ή συνεχίζει να υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την απουσία του παράγοντα ο οποίος το προκάλεσε. Το παθολογικό άγχος δεν είναι μια φυσιολογική, αναμενόμενη απάντηση του οργανισμού στις καθημερινές δυσκολίες και το στρες. Η ένταση και η συχνότητα εμφάνισής του είναι μεγαλύτερη του φυσιολογικού άγχους. Επιπρόσθετα, συνοδεύεται πολλές φορές από σωματικές ενοχλήσεις, όπως εφίδρωση, ταχυπαλμία, πονοκέφαλος, τρέμουλο, πόνος ή πλάκωμα στο στήθος, δύσπνοια, τάση για λιποθυμία, ξηροστομία, αίσθημα ζάλης και ναυτίας καθώς και από δυσάρεστα συναισθήματα, όπως αναστάτωση, ανησυχία, πανικός, υπερένταση, αγωνία, δυσφορία και στενοχώρια. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η

εμφάνιση των σωματικών ενοχλήσεων δημιουργούν στο άτομο την εντύπωση ότι η σωματική και η ψυχική του υγεία κινδυνεύουν και κυριαρχούν σκέψεις ότι θα λιποθυμήσει, θα χάσει τον έλεγχο της λογικής και ότι θα πεθάνει. Ως αποτέλεσμα το άγχος διατηρείται και πολλές φορές ενισχύεται. Πρόκειται δηλαδή για ένα φαύλο κύκλο συνέχειας και ενίσχυσης του άγχους (Βάρβογλη, 2006).

Το παθολογικό άγχος αρκετά συχνά δημιουργεί στο άτομο προβλήματα στην καθημερινή του λειτουργικότητα, στις επαγγελματικές του δραστηριότητες και στις διαπροσωπικές του σχέσεις με συνέπεια να εμποδίζεται η συναισθηματική του ηρεμία και μπορεί να εμφανιστεί κάποιο είδος αγχώδους διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι ψυχικές νόσοι οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονα, χρόνια συμπτώματα άγχους τα οποία προκαλούν σοβαρές διαταραχές στη διάθεση, τη σκέψη, τη συμπεριφορά καθώς και στις βιολογικές λειτουργίες του ατόμου. (Pervin & John, 2001).

1.2.1 Τα είδη των διαταραχών άγχους

Οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν, κατά το DSM-IV, τη Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία, τη Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία, την Ειδική Φοβία, την Κοινωνική Φοβία, την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, τη Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, την Αγχώδη Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες, την Αγχώδη Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και την Αγχώδη Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (APA, 1994).

1.2.1.1 Διαταραχή Πανικού

Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής Πανικού είναι οι επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες Προσβολές Πανικού, που συνοδεύονται για τουλάχιστον ένα μήνα ή περισσότερο από επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως του ξανα συμβεί κάποια Προσβολή Πανικού. Επιπλέον, συνυπάρχει ανησυχία και στενοχώρια για τις επιπτώσεις ή τις συνέπειες των επεισοδίων πανικού (π.χ. μήπως πεθάνει από έμφραγμα, μήπως τρελαθεί) ή από σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς που

σχετίζεται με τις προσβολές (π.χ. παραίτηση από τη δουλειά του) (Καλπάκογλου, 1998).

Οι Προσβολές Πανικού χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα συμπτώματα : το άτομο έχει αίσθημα παλμών, αίσθημα ότι η καρδιά πάει να σπάσει ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση, τρέμουλα ή έντονος τρόμος, αίσθημα δύσπνοιας ή πλακώματος στο στήθος, αίσθημα πνιγμονής, πόνος ή δυσφορία στο στήθος, ναυτία ή επιγαστρία δυσφορία, αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας, αποπραγματοποίηση (αίσθημα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (αίσθημα απομάκρυνσης και αποστασιοποίησης από τον εαυτό), φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι τρελαίνεται, φόβος ότι θα πεθάνει, παραισθησίες (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα), ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης (DSM-IV, 1994)

Οι Προσβολές Πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται σε λίγα λεπτά και διαρκούν συνήθως 5' έως 30'. Οι ασθενείς είναι πιθανό να νιώθουν ότι διαρκούν περισσότερο εκλαμβάνοντας ηπιότερα συνεχιζόμενα συμπτώματα ως πανικό ή μην αναγνωρίζοντας τις υποτροπές του πανικού. Η συχνότητα και η βαρύτητα των Προσβολών Πανικού ποικίλλει. Άλλα άτομα έχουν πανικούς μια φορά την εβδομάδα για μήνες, άλλα έχουν καθημερινά για κάποιες ημέρες και μετά δεν έχουν καθόλου ή έχουν αραιούς πανικούς για μήνες (Βάρβογλη, 2006).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι Προσβολές Πανικού της Διαταραχής Πανικού «μιμούνται» πολλές οργανικές διαταραχές, οπότε οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και κάνουν πολυάριθμες εξετάσεις έως ότου επιτέλους η ιδέα ότι πρόκειται για Διαταραχή Πανικού έρθει στο μυαλό του γιατρού ή του ασθενή. Τα άτομα που έχουν Διαταραχή Πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή με όλη την αίσθηση της φοβερής δυσφορίας, ανημπόριας και απώλειας του ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη αγοραφοβίας (Μάνος, 1997).

1.2.1.2 Αγοραφοβία

Η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε μία διαταραχή συναντιέται μόνη της. Γι' αυτό και η αγοραφοβία αναφέρεται στα ψυχιατρικά διαγνωστικά εγχειρίδια ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες μαζί με τη διαταραχή πανικού. Δεχόμαστε ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι επιπλοκή της διαταραχής πανικού. Δηλαδή το άτομο, πρώτα υφίσταται μία ή περισσότερες προσβολές πανικού (επεισόδια κρίσης πανικού) και μετά αναπτύσσει το φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής). Στη συνέχεια αρχίζει να αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Παρά το γεγονός ότι πολλές φορές τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή στην αγορά γενικότερα (από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος είναι να βρίσκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειας τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Με αυτόν τον τρόπο, αρχίζουν να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, την εκκλησία, τα θέατρα, τους κινηματογράφους κτλ.) και τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση που τους κάνει να αισθάνονται ασφάλεια. Ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με την πάροδο του χρόνου, με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου άλλου ατόμου (Καλπάκογλου, 1994).

1.2.1.3 Ειδική Φοβία

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ειδικής Φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων. Η ειδική φοβία συναντάται με ποικίλες μορφές, όπως φοβία για τα ζώα (π.χ. σκύλοι, άλογα), το φυσικό περιβάλλον (π.χ. ύψη, καταιγίδες, νερό), το αίμα, την ένεση και τα τραύματα. Επίσης η ειδική φοβία μπορεί να αφορά διάφορους τύπους καταστάσεων (π.χ. δημόσιες συγκοινωνίες, όπως λεωφορεία, τούνελ, γέφυρες, ανελκυστήρες,

πτήσεις με αεροπλάνα, οδήγηση αυτοκινήτου, ασανσέρ, κλειστά μέρη) και άλλες περιπτώσεις (π.χ. φοβική αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό ή να κολλήσει μια ασθένεια, αποφυγή δυνατών ήχων κ.ά.) (APA, 1994).

Το άτομο εστιάζει το φόβο σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή την κατάσταση (π.χ. να πέσει το αεροπλάνο, να τον δαγκώσει το σκυλί, να τον χτυπήσουν ή να χτυπήσει άλλα αυτοκίνητα ενώ οδηγεί) είτε στην πιθανότητα να χάσει το άτομο τον έλεγχο του, να πανικοβληθεί ή να λιποθυμήσει κατά την έκθεση στη φοβική κατάσταση (π.χ. να λιποθυμήσει στη θέα αίματος, να ζαλιστεί και να πέσει από ένα ψηλό μέρος, να χάσει τον έλεγχό του). (Μάνος, 1997)

Το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την έκθεση του στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο κοντά, στο χώρο ή στο χρόνο, είναι το φοβικό ερέθισμα και όσο πιο δύσκολη είναι η διαφυγή απ' αυτό. Μερικές φορές το φοβικό άτομο μπορεί να παρουσιάσει ένα επεισόδιο προσβολής πανικού, το οποίο είναι πιθανό να μεγεθύνει την υπάρχουσα φοβία (Βάρβογλη, 2006).

1.2.1.4 Κοινωνική Φοβία

Το βασικό χαρακτηριστικό της Κοινωνικής Φοβίας (ή διαταραχή κοινωνικού άγχους) είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης και αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (APA, 1994).

Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές έχει σχέση με την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξονυχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν είναι άγνωστοι (για αυτό και η διαταραχή αυτή ονομάζεται επίσης και διαταραχή κοινωνικού άγχους). Έτσι το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα δουν ότι έχει άγχος ή θα το κρίνουν ως αδύνατο, «τρελό» ή ανόητο. Εάν το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του είναι μήπως οι άλλοι δουν ότι τρέμουν τα χέρια του ή η φωνή του, μήπως λιποθυμήσει ή μήπως πανικοβληθεί αν φοβάται να

συνομιλήσει με άλλους. Επίσης, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι δεν θα μπορέσει να μιλήσει αν φοβάται να φάει, να πιεί ή να γράψει δημόσια ή μπορεί να είναι ότι θα βρεθεί σε δύσκολη θέση καθώς οι άλλοι θα δουν τα χέρια του να τρέμουν κ.ο.κ. Συμπτώματα άγχους και μάλιστα σωματικά (π.χ. αίσθημα παλμών, τρόμος, εφίδρωση, γαστρεντερική δυσφορία, διάρροια, μυϊκή τάση, κοκκίνισμα κτλ.) είναι σχεδόν πάντα παρόντα και σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο φθάνει σε πανικό. Συχνό είναι το έντονο άγχος αναμονής όπως π.χ. πριν από ένα προγραμματισμένο κοινωνικό ή δημόσιο γεγονός (Barlow, 2001).

1.2.1.5 Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή

Η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (ΨΚΔ) χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ψυχαναγκασμών ή και καταναγκασμών που προκαλούν στο άτομο έντονη ενόχληση και μείωση της λειτουργικότητάς του. Ο βαθμός της σοβαρότητας της διαταραχής αυτής ποικίλει. Πράγματι, μπορεί να είναι ελαφριάς μορφής, όπου π.χ. το άτομο πλένει λίγες φορές τα χέρια του την ημέρα, αλλά και σοβαρής μορφής, όπου το άτομο αφιερώνει πολλές ώρες την ημέρα στο πλύσιμο των χεριών, με συνέπεια να υφίσταται έκπτωση της λειτουργικότητάς του σε τομείς όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις και η εργασία (Χριστοδούλου et al. 2004).

Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες τις οποίες το άτομο βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία. Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), αμφιβολίας (π.χ. αν τραυμάτισε κάποιον σε τροχαίο ατύχημα ή αν κλείδωσε την πόρτα), τάξης και τακτοποίησης (π.χ. έντονη δυσφορία αν κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του ή σεξουαλικές εικόνες και φαντασιώσεις (π.χ. επαναλαμβανόμενες πορνογραφικές εικόνες). Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη που ονομάζεται καταναγκασμός (Hoffman, 2009).

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να εκτελέσει. Αν προσπαθήσει να τις αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος ως απάντηση σε ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Έτσι, π.χ. άτομα με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης μπορεί να προκαλέσουν σκάσιμο σχεδόν στα χέρια τους με το επανειλημμένο πλύσιμο μέχρι να ανακουφίσουν το άγχος των ψυχαναγκασμών τους. Άλλα άτομα με ψυχαναγκασμούς αμφιβολίας για το αν κλείδωσαν την πόρτα μπορεί να ελέγχουν την κλειδαριά ξανά και ξανά, άλλα άτομα δημιουργούν ειδική τελετουργία ντυσίματος με ειδικούς κανόνες που αν δεν τηρηθούν αυστηρά φοβούνται ότι θα πάθει κάτι κακό κάποιος από την οικογένειά τους κ.ο.κ. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι αυτοί του πλυσίματος και καθαρισμού, μετρήματος, ελέγχου, αναζήτησης, διαβεβαιώσεων και καθησυχασμού, επανάληψης πράξεων, τακτοποίησης και τάξης. Ο βαθμός της εναισθησίας του ατόμου για τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς του ποικίλλει, αλλά σε κάποια στιγμή το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι υπερβολικοί ή παράλογοι (Μάνος, 1997).

Και για την αιτιολογία της ΨΚΔ έχουν προταθεί πολλές θεωρίες - γενετικές, ψυχοδυναμικές, μαθησιακές (συμπεριφορικές), νευροβιολογικές, χωρίς καμιά από μόνη της να είναι αρκετή να την ερμηνεύσει. Και πάλι το πιθανότερο είναι ότι μόνο κάποιος συνδυασμός ερμηνειών θα μπορέσει να καλύψει όλα τα φαινόμενα της ΨΚΔ. Μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει μεγαλύτερη συχνότητα ΨΚΔ στους μονοζυγώτες απ' ό,τι στους διζυγώτες. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της ΨΚΔ είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ΨΚΔ ή ατόμων με Διαταραχή Tourette, απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Groothoest et al., 2005).

1.2.1.6 Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει

το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η αναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταραίζουν το άτομο, συνοδευόμενες από ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης, αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας (APA, 1994).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει το σοβαρό τραυματισμό ή το θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου. Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η ΔΜΨΣ είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί) (Barlow, 2001).

Συχνά τα άτομα με ΔΜΨΣ έχουν και άλλα ψυχολογικά συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως κ.ο.κ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (π.χ. ότι μόνο ο ίδιος επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, επιθετικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σύνοδες διαταραχές, όπως διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή,

κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σωματοποιητική διαταραχή και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες. Επιπλοκές της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, η αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγιο ή απώλεια της εργασίας (Μάνος, 1997).

Οποσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη ΔΜΨΣ είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς, όμως, δεν παθαίνουν τη διαταραχή όλα τα άτομα που βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Ως τέτοιοι θεωρούνται η ηλικία του ατόμου (τα παιδιά π.χ. είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό, εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΨΣ). Έτσι, η αγχώδης αυτή διαταραχή μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο παράγοντα προδιάθεσης, εφόσον το τραυματικό γεγονός είναι πολύ έντονου βαθμού (Χριστοδούλου et al 2004).

1.2.1.7 Διαταραχή από οξύ στρες

Η διαταραχή από οξύ στρες συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και που συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα (όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία), από έντονο άγχος και από αναβίωση του γεγονότος. Η διαταραχή αυτή διαρκεί το λιγότερο δύο ημέρες και το περισσότερο τέσσερις εβδομάδες και παρουσιάζεται μέσα σε τέσσερις περίπου εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός. Συχνά σε άτομα με διαταραχή από οξύ στρες υπάρχουν ως συνοδά συμπτώματα απελπισία και αναξιότητα ή αισθήματα ενοχής και παράλογης υπευθυνότητας. Ακόμη τα άτομα αυτά μπορεί να παραμελήσουν εντελώς τον εαυτό τους ή να παρουσιάσουν παρορμητική ή ριψοκίνδυνη συμπεριφορά. Σε περίπτωση όπου τα συμπτώματα επιμένουν περισσότερο από ένα μήνα η διάγνωση αλλάζει σε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (APA, 1994).

1.2.1.8 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις φοβίες, τη διαταραχή Πανικού ή την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (APA, 1994).

Οι ασθενείς με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής, όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους, τα προβλήματα του αυτοκινήτου κτλ. Παιδιά με τη διαταραχή αυτή ανησυχούν πολύ για τις ικανότητες τους και για το πώς τα πάνε στο σχολείο ή στα σπορ. Ακόμη, είναι πιθανό να ανησυχούν για φυσικές καταστροφές ή για τον πυρηνικό πόλεμο και να εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς επιδοκμασία και ενθάρρυνση (Μάνος, 1997).

Άλλα συμπτώματα άγχους που μπορούν να εμφανιστούν είναι μυϊκή τάση, τρόμος, αίσθημα εσωτερικής ανησυχίας ή εσωτερικού τρόμου, μυϊκές συσπάσεις, πόνοι και μυϊκή ευαισθησία. Επίσης μερικά άτομα μπορεί να έχουν κρύα χέρια, ξηροστομία, εφίδρωση, ναυτία ή διάρροια, συχνουρία, δυσκολία στην κατάποση ή ένα αίσθημα κόμπου στο λαιμό. Συνοδές ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται συχνά είναι οι διαταραχές της διάθεσης και κυρίως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή η δυσθυμική διαταραχή, άλλες αγχώδεις διαταραχές, όπως η διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία, η ειδική φοβία και οι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, όπως κατάχρηση ή εξάρτηση από αλκοόλ (Barlow, 2001).

1.3 Ερευνητικά δεδομένα για τη διερεύνηση της σχέσης της διαταραχής στύσης με τις αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος φαίνεται ότι διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στις πρώιμες θεωρητικές προσεγγίσεις και διατυπώσεις αναφορικά με τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες και γρήγορα αποτέλεσε τη βάση των αιτιολογικών θέσεων της θεραπείας των σεξουαλικών δυσλειτουργιών που θεμελιώθηκαν από τους Masters και Johnson (1970) αλλά και από την Helen Kaplan (1974). Η τελευταία, μάλιστα,

υποστήριξε ότι το άγχος, που σχετίζεται με τη σεξουαλική πράξη, είναι μια συνήθης ένδειξη μέσω της οποίας πολλές μορφές της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας σχετίζονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Ο ρόλος του άγχους, ως σημαντικού αιτιολογικού παράγοντα, στην πρόκληση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας έχει καταδειχθεί από πλείστες κλινικές μελέτες (π.χ. Van Minnen & Kampman, 2000, Kockott et al., 1980, Munjach et al., 1981). Μια ενδιαφέρουσα ανασκόπηση από τους Norton και Jehu (1984) κατέδειξε υψηλά επίπεδα άγχους σε άτομα που έχουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Derogatis & Meyer, 1979, Kockott et al., 1980, Munjach et al., 1978, Munjach et al., 1981) που ποικίλλουν σε αριθμό και είδος. Άλλες έρευνες εντοπίζουν και καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, σχετιζόμενου με σεξουαλική επίδοση αλλά δεν εντοπίζουν διαφορές ανάμεσα σε γενικευμένο άγχος και σεξουαλική δυσλειτουργία (Kockott et al., 1980, Kaplan, 1988, Van Minnen & Kampman, 2000).

Σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση των Althof και των συνεργατών του (2005) αναφέρεται ότι το άγχος που σχετίζεται με την σεξουαλική επίδοση (sexual anxiety) μπορεί να είναι είτε συνειδητό είτε ασυνείδητο στο άτομο που το βιώνει. Συγκεκριμένα, οι μελετητές αναφέρουν ότι το άγχος που σχετίζεται με την σεξουαλική επίδοση έχει να κάνει κυρίως με φόβο αποτυχημένης επίδοσης (άγχος ως προς την επίδοση). Επιπλέον, συνοψίζοντας τα αποτελέσματα άλλων μελετών, οι ερευνητές καταλήγουν στο γεγονός ότι η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργικούς ή δυσλειτουργικούς μηχανισμούς άμυνας, σε ξαφνικά και οξεία επεισόδια άγχους, σε έντονο αίσθημα φόβου, σε απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας ή σε σταδιακή μείωση της σεξουαλικής αφύπνισης, καθώς και σε αποφευκτικές συμπεριφορές κυρίως όταν το άτομο νιώθει να μην είναι σε θέση να ελέγξει αυτό που του συμβαίνει.

Έτσι, οι περισσότερες μελέτες που ασχολούνται με την ψυχολογική αιτιολογία της διαταραχής στύσης φαίνεται όχι μόνο να τονίζουν τον προεξέχοντα ρόλο που διαδραματίζει το άγχος στη συγκεκριμένη διαταραχή αλλά καταγράφουν ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποια μορφή σεξουαλικής δυσλειτουργίας βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους που συνηγορούν στο σημαντικό ρόλο που κατέχει το άγχος στην υποκειμενική εμπειρία που βιώνει το άτομο με σεξουαλική διαταραχή (Fabbri et al., 1997, Althof et al., 2005).

Για παράδειγμα, σε μια έρευνα των Mallis και των συνεργατών του (2002) οι ασθενείς, που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία, συμπλήρωσαν δύο ερωτηματολόγια, ένα για το άγχος (το άγχος ως σχετιζόμενο με μια κατάσταση-στρες ή ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου) (State-Trait-Anxiety-Index STAI) και ένα για την αξιολόγηση της στυτικής δυσλειτουργίας (International Index of Erectile Function Questionnaire IIEF). Βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των ανδρών που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία βίωνε υψηλά επίπεδα άγχους, αλλά το άγχος, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με τη διαταραχή στύσης. Οι μελετητές κατέληξαν στη διαπίστωση ότι το άγχος, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, μπορεί να λειτουργήσει είτε σαν αιτιολογικός είτε σαν εκλυτικός παράγοντας για τη διαταραχή της στύσης.

Σε μια άλλη μελέτη που διενεργήθηκε (Mas et al., 2002), με τη χρήση των ίδιων κλιμάκων αξιολόγησης του άγχους και της στυτικής δυσλειτουργίας, οι μελετητές ασχολήθηκαν με την επιρροή που ασκούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στη στυτική ανταπόκριση μετά από ενδοπεϊκή ένεση σε 78 ασθενείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι συμβατά με τα προηγούμενα, αφού το άγχος, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, φάνηκε να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της αποτελεσματικότητας της ένεσης.

Επιπλέον, ο Munlack με τους συνεργάτες του (1981) μελέτησαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ασθενών με διαταραχή στύσης τα οποία συνέκριναν με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μιας ομάδας ψυχιατρικών ασθενών και μιας ομάδας ελέγχου. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι ασθενείς με διαταραχή στύσης είχαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ενώ τα επίπεδα άγχους τους ήταν περισσότερο υψηλά σε συγκεκριμένες υποκατηγορίες.

Μερικά χρόνια πριν, οι ίδιοι ερευνητές (Munjack et al., 1978) μελέτησαν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ασθενών με διαταραχή εκσπερμάτισης τα οποία συνέκριναν με αυτά μιας ομάδας ελέγχου. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με πρόωρη και με ανεσταλμένη εκσπερμάτιση βρέθηκαν να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Από την άλλη πλευρά, οι Kockott και συνεργάτες (1980), μελετώντας τις ψυχοφυσιολογικές παραμέτρους σε 42 ασθενείς, με διαταραχή στύσης και σε 24

άτομα, που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου, κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ερωτικής ταινίας, παρατήρησαν ότι στους ασθενείς, που είχαν ήδη διαγνωστεί με ψυχογενή στυτική δυσλειτουργία, όλο οι ψυχοφυσιολογικοί παράμετροι ήταν σε χαμηλότερο επίπεδο (σε σχέση με τους αντίστοιχους της ομάδας ελέγχου), γεγονός το οποίο απέδωσαν στο ότι το άγχος πιθανά λειτουργεί αποφασιστικά στη διαδικασία διέγερσης των γεννητικών οργάνων.

Από τα είδη των διαταραχών του άγχους οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει αφορούν τη διερεύνηση της σχέσης της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής (ΨΚΔ) με τη στυτική δυσλειτουργία. Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία ο αριθμός των μελετών αυτών φαίνεται να είναι περιορισμένος. Αρκετές από τις μελέτες (Freund & Steketee, 1989, Monteiro et al., 1987, Rasmussen & Tsuang, 1986, Staebler et al., 1993) υποδεικνύουν ότι σχεδόν 1 στους 2 άνδρες με ΨΚΔ αναφέρει σεξουαλικές δυσλειτουργίες και ακόμα ότι το 60 % με 73% των ανδρών αυτών αναφέρουν να είναι δυσαρεστημένοι με τη σεξουαλική τους ζωή (Althof et al., 2005). Ακόμα, η στυτική δυσλειτουργία φαίνεται να συσχετίζεται συχνότερα με την ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής σε σχέση με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές (Staebler et al., 1993, Althof et al., 2005).

Ενώ οι Van Minnen και Kampman (2000) υποστήριζαν ότι η ΨΚΔ εμφανίζεται ως αντίδραση σε οξείς σεξουαλικές συγκρούσεις που βιώνουν οι ίδιοι οι ασθενείς ή μέλη της οικογένειας καταγωγής τους, ο Staebler με τους συνεργάτες του (1993) δεν επιβεβαίωσαν κάτι τέτοιο καθώς δεν εντόπισαν διαφορές στο σεξουαλικό ιστορικό των ασθενών με ΨΚΔ και ασθενών με διαταραχή πανικού ή κατάθλιψη.

Κάποιες άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι η ΨΚΔ μπορεί να αποτελεί ένα συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Για παράδειγμα, οι Rasmussen και Tsuang (1986) κατέγραψαν ότι το 32% των ασθενών που έπασχαν από ΨΚΔ είχαν σεξουαλικές ενορμήσεις οι οποίες ήταν αντικρουόμενες με τις ηθικές αξίες τους. Σε μια παρόμοια έρευνα, το 36% του δείγματος των ασθενών είχαν σεξουαλικές εμμονές (Freund & Steketee, 1989).

Τελικά, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στο άγχος και τη σεξουαλική δυσλειτουργία καταδεικνύουν ότι το άγχος δεν είναι απαραίτητα αρνητικός ή διασπαστικός παράγοντας στη σεξουαλική λειτουργία

(Althof et al., 2005). Ακόμα, τα αποτελέσματα των σχετικών μελετών φανερώνουν ότι η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο άγχος και τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι πολύπλοκη, καθώς εμπλέκονται πολλοί παράγοντες που διαταράσσουν την σεξουαλική αφύπνιση και λειτουργία. Επιπλέον, σ' αυτή τη σχέση πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα επίπεδα και η φύση του άγχους που βιώνει το άτομο, καθώς και το ιστορικό του που παίζει πολύ καθοριστικής σημασίας ρόλο (Van Minnen & Kamrman, 2000). Έτσι, αν και η μεγάλη πλειοψηφία των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί αποδεικνύουν τη θετική συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στο άγχος και στη στυτική δυσλειτουργία, ωστόσο από αυτή δεν φαίνεται να προκύπτει άμεση αιτιότητα στη σχέση των δύο μεταβλητών (Althof et al., 2005).

1.3.1 Κατάθλιψη και διαταραχή της στύσης

Οι μελέτες αναφορικά με τη διερεύνηση της σχέσης που έχει η κατάθλιψη με τις σεξουαλικές διαταραχές έχουν επικεντρωθεί τα τελευταία χρόνια κυρίως στη μελέτη της ανδρικής στυτικής δυσλειτουργίας σε συνάρτηση με την κατάθλιψη, καθώς φαίνεται ότι οι συγκεκριμένες διαταραχές συσχετίζονται (Althof et al., 2005).

Ενδεικτικά, σε μια σημαντική έρευνα (Massachusetts Male Aging Study) προέκυψε ότι η κατάθλιψη και ο θυμός συσχετίζονται με την στυτική δυσλειτουργία (Eldman et al., 1994) και ακόμα ότι σχεδόν όλοι οι άνδρες με συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής νοσούσαν, σε κάποιο βαθμό, από στυτική δυσλειτουργία (Araujo et al., 1998).

Επιπλέον, ο Shabsigh και οι συνεργάτες του (1998) μελέτησαν 120 άνδρες που επισκέφτηκαν μια ουρολογική κλινική με αφορμή στυτική δυσλειτουργία ή καλοήγη υπερπλασία του προστάτη ή με αφορμή και τα δύο. Η κατάθλιψη στους άνδρες που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία αφορούσε αλλά και σε αυτούς που έπασχαν και από τις 2 νόσους (στυτική δυσλειτουργία και καλοήγη υπερπλασία του προστάτη) αφορούσε 1 στους 2 άνδρες.

Οι Strand και συνεργάτες (2002) σε μια μελέτη τους αξιολόγησαν τους ασθενείς εξειδικευμένης κλινικής σεξουαλικών δυσλειτουργιών όσον αφορά την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία καθορίζονταν είτε με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV είτε με βάση ένα ερωτηματολόγιο (Brief Symptom Inventory).

Χρησιμοποιώντας τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, τα καταθλιπτικά συμπτώματα αφορούσαν ένα μικρό ποσοστό των ανδρών (12%), ενώ αξιοσημείωτη είναι η αναφορά των ερευνητών στην ύπαρξη στρες στους ασθενείς που πάσχουν από στυτική δυσλειτουργία.

Τελικά, καθίσταται ευρέως αποδεκτή η άποψη ότι η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη στυτική δυσλειτουργία είναι αμφίδρομη και εξαρτώμενη από πολλούς παράγοντες, στους οποίους εμπλέκονται και οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Ferguson, 2001).

1.4 Μεθοδολογικά προβλήματα στις μελέτες που σχετίζονται με τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Τα αποτελέσματα των μελετών για τη θεραπεία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών θέτουν κάποιες σημαντικές προκλήσεις. Ο Spence (1991) εντοπίζει αδυναμίες στην έκβαση των σχετικών μελετών. Οι μελέτες αυτές συνήθως έχουν μικρό δείγμα, στις περισσότερες το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού, δεν δίνουν ξεκάθαρους ορισμούς των διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούν, με αποτέλεσμα να μην επιτρέπεται η περαιτέρω χρήση και αναπαραγωγή των αποτελεσμάτων και δεν περιγράφουν επαρκώς τη θεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποίησαν στη μελέτη.

Οι Heiman και Meston (1997) πάνε ένα βήμα παρακάτω την κριτική του Spence αναφέροντας ότι οι περισσότερες έρευνες δεν χρησιμοποιούσαν, μέχρι πολύ πρόσφατα, σταθμισμένα εργαλεία για την αξιολόγηση των μεταβλητών και της υπό εξέταση σχέσης, αλλά βασίζονταν σε αυτοαναφορές (self report) των ασθενών που υστερούν σε αξιοπιστία αφού πρόκειται περί αναφορών των ίδιων των ασθενών οι οποίες δεν υπόκεινται στην κρίση του κλινικού ερευνητή ή θεραπευτή (Heiman & Meston, 1997).

Έτσι, παρά τις προαναφερθείσες δυσκολίες και εμπόδια, τα αποτελέσματα και πορίσματα της ερευνητικής δραστηριότητας των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στόχο έχουν την ολοένα αυξανόμενη εμπάθυνση και κατανόηση όλων των εμπλεκόμενων

παραγόντων, με μακροπρόθεσμο σκοπό, τη συνεχή βελτίωση και προώθηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων των σεξουαλικών δυσλειτουργιών.

Τελικά, παρά το γεγονός ότι σε πολλές χώρες του εξωτερικού έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που διερευνούν την ψυχολογική αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας (Bodie et al. 2003, Rosen 2001), στη χώρα μας η έρευνα για το ζήτημα αυτό δεν είναι ανεπτυγμένη (Βαϊδάκης 2005). Η παρούσα εργασία προσπαθεί να καλύψει αυτό το κενό και να αποτελέσει αφετηρία για την πραγματοποίηση και άλλων αντίστοιχων μελετών.

2. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Γενικός σκοπός

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει να διερευνήσει την ενδεχόμενη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη διαταραχή της στύσης και στις διαταραχές του άγχους σε ενήλικες άνδρες οι οποίοι έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία και προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας για θεραπεία.

Η βασική υπόθεση που εξετάστηκε ήταν ότι η διαταραχή της στύσης, οφειλόμενη σε ψυχογενή αίτια, σχετίζεται με την ύπαρξη αγχώδους διαταραχής σε άνδρες ηλικίας 18 – 84 ετών. Ειδικότερα, η μελέτη αναζητά να προσδιορίσει ποιες κατηγορίες από τις αγχώδεις διαταραχές συσχετίζονται με τη διαταραχή στύσης.

2.2 Μεθοδολογία

2.2.1 Πληθυσμός

Τον πληθυσμό της συγκεκριμένης έρευνας αποτέλεσαν 4.594 άνδρες ασθενείς με Διαταραχή της Στύσης, οι οποίοι προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας στο χρονικό διάστημα 2002 έως 2009.

Το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας είναι ένα ιδιωτικό ιατρικό ινστιτούτο που ασχολείται με την έρευνα και τη θεραπεία διαταραχών της ψυχικής και σεξουαλικής υγείας. Διαθέτει ψυχιατρικό – ψυχολογικό τμήμα με υπεύθυνο τον κο Ασκητή Αθανάσιο, ο οποίος είναι νευρολόγος – ψυχίατρος και οργανικό τμήμα με υπεύθυνο τον κο Ρόκκα Κωνσταντίνο ο οποίος είναι ουρολόγος – ανδρολόγος. Στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας γίνεται διάγνωση και θεραπεία ανδρικών και γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών οργανικής και ψυχολογικής αιτιολογίας.

2.2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ανάλυσης αρχείων. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν ιατρικοί φάκελοι των συγκεκριμένων ασθενών, οι οποίοι έχουν ηλεκτρονική μορφή και περιλαμβάνονται στο Ιατρικό Πρόγραμμα του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας. Το περιεχόμενο των ιατρικών φακέλων είναι απόρρητο και έχει πρόσβαση σε αυτό μόνο ο θεράπων ιατρός ή ψυχολόγος.

Κάθε ηλεκτρονικός φάκελος περιλαμβάνει στοιχεία όπως το ονοματεπώνυμο, την ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διανομής, τον τόπο γέννησης, την ημερομηνία εξέτασης και τη διάγνωση της ασθένειας (βλέπε Παράρτημα). Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης αντλήθηκαν από τους ηλεκτρονικούς φακέλους των ασθενών συγκεκριμένες πληροφορίες, που είναι οι εξής: η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση και η διάγνωση της παρούσας ψυχολογικής διαταραχής.

Πιο αναλυτικά, μελετήθηκαν 4594 ηλεκτρονικοί φάκελοι ασθενών ηλικίας 18 έως 84 ετών οι οποίοι προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας από το 2002 έως το 2009 έχοντας στυτική δυσλειτουργία. Στους ασθενείς αυτούς έγινε αρχικά διάγνωση, οργανικής ή ψυχολογικής αιτιολογίας, της στυτικής δυσλειτουργίας. Στους ασθενείς με διαταραχή της στύσης, οφειλόμενη σε ψυχολογικούς παράγοντες, διαγνώστηκε περαιτέρω η ύπαρξη αγχώδων διαταραχών. Από τους ασθενείς με διαταραχή της στύσης, οφειλόμενη σε αγχώδεις διαταραχές, έγινε διάγνωση για το είδος της αγχώδους διαταραχής που έπασχαν.

2.2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Αρχικά, ζητήθηκε άδεια και χορηγήθηκε βεβαίωση από τον πρόεδρο του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας (κο Ασκητή Αθανάσιο) για πρόσβαση στους φακέλους των ασθενών, την οποία ακολούθησε η χορήγηση αντίστοιχης βεβαίωσης.

Στην συνέχεια, ο βασικός ερευνητής (Ανάργυρος Θεοδωρόπουλος) μελετούσε τους φακέλους του Ιατρικού Προγράμματος για ένα μήνα, δύο φορές εβδομαδιαίως. Τα δεδομένα που συλλέχτηκαν ήταν η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και η διάγνωση της ασθένειας.

2.2.4 Εκτίμηση της Διαταραχής της Στύσης

Η διάγνωση της διαταραχής της στύσης οργανικής αιτιολογίας γίνεται από γιατρό ουρολόγο ανδρολόγο. Οι οργανικές εξετάσεις αφορούν τον έλεγχο της αιματικής ροής του πέους κατά τη δημιουργία της στύσης. Συγκεκριμένα, ο ουρολόγος – ανδρολόγος προκαλεί στον ασθενή φαρμακευτική διέγερση της στύσης χορηγώντας του 20mg προσταγλαδίνης E1. Στη συνέχεια εντοπίζονται οι εις βάθος πεικές αρτηρίες, χρησιμοποιώντας έναν έγχρωμο υπερηχοτομογράφο και γίνεται μέτρηση της ταχύτητας της αιματικής ροής σε διάφορες χρονικές στιγμές. Έχοντας αξιολογήσει την αιματική ροή και τη λειτουργία του φλεβοαποφρακτικού μηχανισμού, ο ουρολόγος-ανδρολόγος μπορεί να εκτιμήσει την αιμοδυναμική της στύσης και να δώσει τη διάγνωση της διαταραχής της στύσης οργανικής αιτιολογίας. Αν σε έναν ασθενή που έχει στυτική δυσλειτουργία δεν εντοπιστεί κάποιος οργανικός αιτιολογικός παράγοντας τότε δίνεται η διάγνωση της διαταραχής της στύσης ψυχογενούς αιτιολογίας. Στη συνέχεια στον ασθενή, μετά από ψυχιατρική εκτίμηση από ψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο, δίνεται πιο εξειδικευμένη διάγνωση της διαταραχής της στύσης, όπως οφειλόμενη σε διαταραχές της διάθεσης ή σε αγχώδη διαταραχή.

2.2.5 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Επίσης, επειδή για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε, ως βάση συλλογής δεδομένων, η ηλεκτρονική καρτέλα ασθενούς του Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας, από εκεί αντλήθηκαν ορισμένα στοιχεία που αποτέλεσαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά της μελέτης, τα οποία είναι τα εξής :

- η ηλικία
- η οικογενειακή κατάσταση
- το εκπαιδευτικό επίπεδο
- η εργασιακή κατάσταση

2.3 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία βασίστηκε στα στοιχεία 4594 ανδρών. Περιγραφικά στατιστικά παρατίθενται για τα δημογραφικά αλλά και τα κλινικά χαρακτηριστικά (διάγνωση) των ατόμων. Σε κάθε περίπτωση, οι πίνακες συχνοτήτων δίνονται στις κατηγορικές μεταβλητές, ενώ τα μέτρα θέσης (μέση τιμή) και διασποράς (μεταβλητότητα, εύρος) παρατίθενται στην περίπτωση των μετρικών μεταβλητών. Αντίστοιχα διαγράμματα ακολουθούν τα εκάστοτε μέτρα που διευκολύνουν εποπτικά την παρουσίαση των διαφορών.

Επιπλέον, μελετώνται πιθανές διαφορές μεταξύ των ατόμων με οργανικό και ψυχολογικό παράγοντα, αναφορικά με τα διαθέσιμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Δεδομένης της υψηλής συχνότητας της Ψυχαναγκαστικής διαταραχής (ΨΔ), μελετώνται στη συνέχεια πιθανές διαφορές μεταξύ των ατόμων με διάγνωση ΨΔ (αφορά μόνο τα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται σε ψυχολογικό παράγοντα) αναφορικά με τα διαθέσιμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στις αναλύσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t-test και Pearson's Chi square. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $\alpha=0.05\%$, ενώ όλη η στατιστική ανάλυση έγινε στο στατιστικό πακέτο SPSS 18 (2009).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος

Το δείγμα των ανδρών που μελετήθηκε αποτελούνταν από 4594 άνδρες, ηλικίας από 18 έως 82 ετών (Πίνακας 1). Οι άνδρες αυτοί, είχαν ως αίτημα τη στυτική δυσλειτουργία και προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας το διάστημα μεταξύ 2002-2009.

Πίνακας 1: Ηλικία

Ηλικία	έτη
Μέση τιμή	42,76
Διάμεσος	41,00
Τυπική απόκλιση	12,4
Ελάχιστη τιμή	18
Μέγιστη τιμή	82

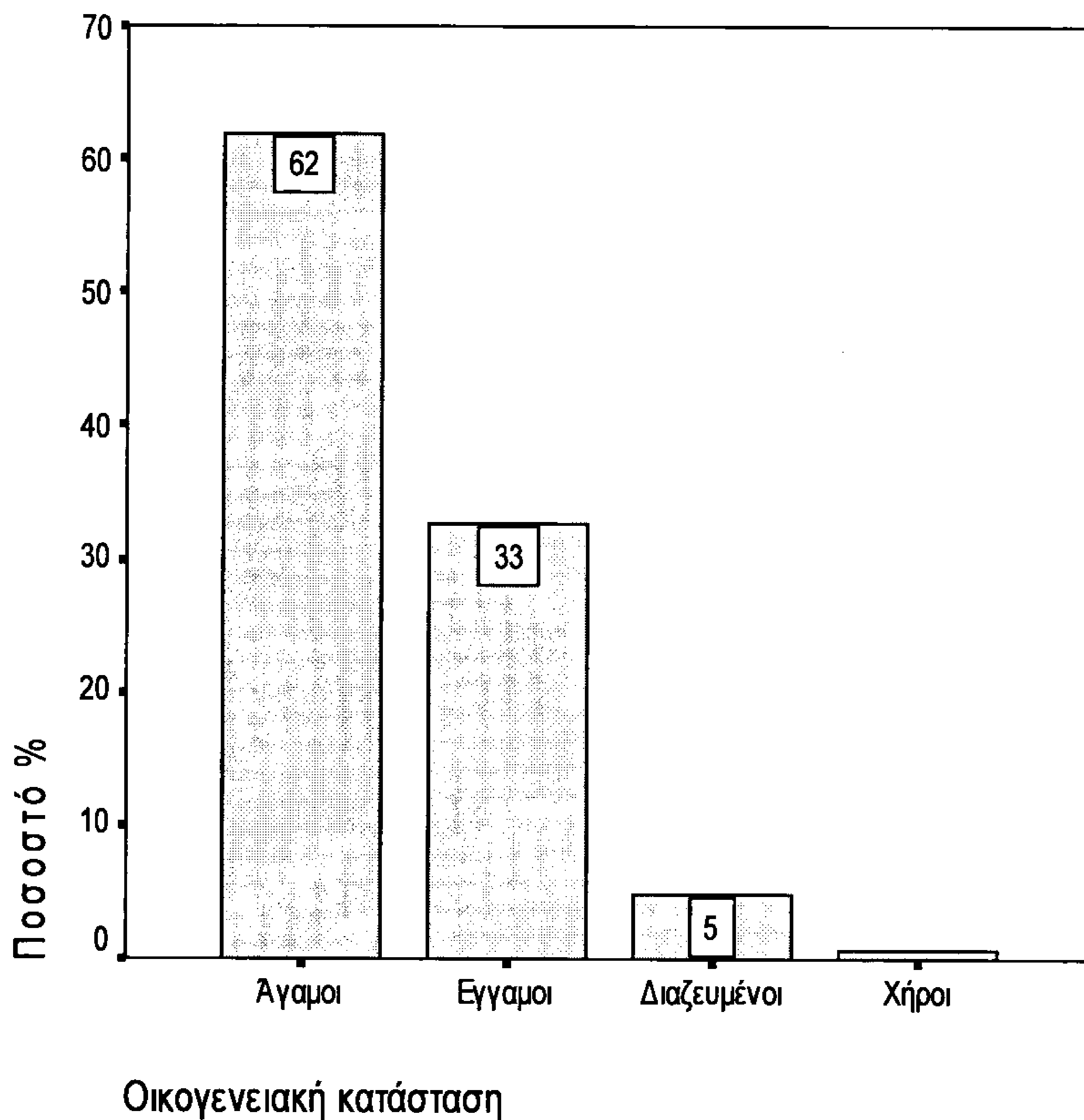
Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών είναι άγαμοι (62%). – (Πίνακας 2 και Διάγραμμα 2).

Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	N	%
Άγαμοι	2847	62,0
Έγγαμοι	1500	32,7
Διαζευμένοι	220	4,8
Χήροι	27	0,6
Σύνολο	4594	100,0

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2, η πλειοψηφία των ανδρών (62%) ήταν ανύπαντροι, ενώ στον Πίνακα 2, βλέπουμε ότι ένας στους τρεις ήταν έγγαμος.

Διάγραμμα 2: Οικογενειακή κατάσταση



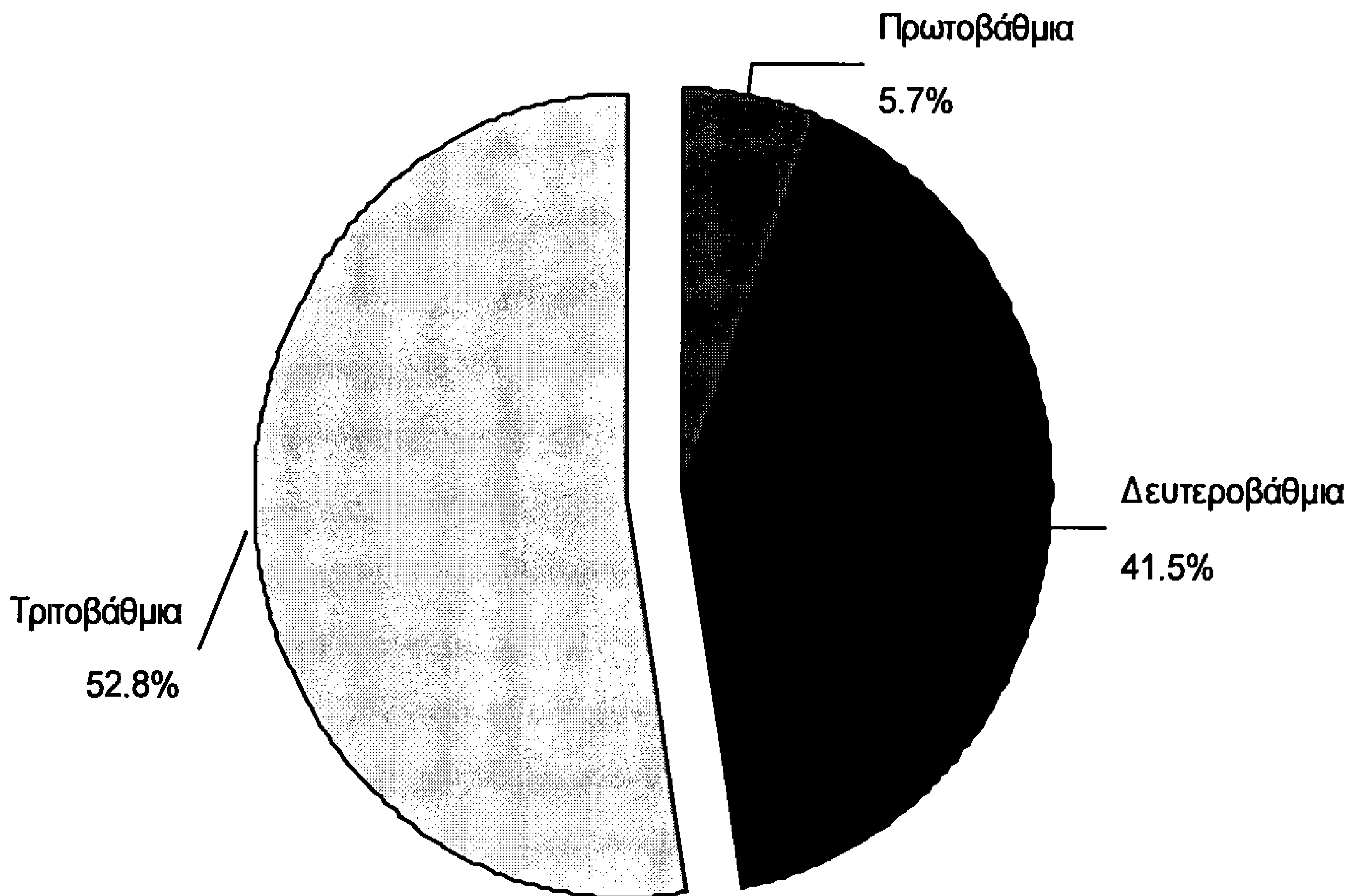
Ως προς το μορφωτικό/εκπαιδευτικό επίπεδο, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, οι περισσότεροι άνδρες ήταν είτε απόφοιτοι Λυκείου, είτε απόφοιτοι Ανώτατης σχολής.

Πίνακας 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο

Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N	%
Αναλφάβητος	6	0,1
Δημοτικό (δεν ολοκλήρωσε)	6	0,1
Δημοτικό (απόφοιτος)	250	5,4
Γυμνάσιο (δεν ολοκλήρωσε)	11	0,2
Γυμνάσιο (απόφοιτος)	404	8,8
Λύκειο (δεν ολοκλήρωσε)	68	1,5
Λύκειο (απόφοιτος)	1424	31,0
Ανώτερη σχολή (δεν ολοκλήρωσε)	188	4,1
Ανώτερη σχολή (απόφοιτος)	539	11,7
Ανώτατη σχολή (δεν ολοκλήρωσε)	380	8,3
Ανώτατη σχολή (απόφοιτος)	1318	28,7
Σύνολο	4594	100,0

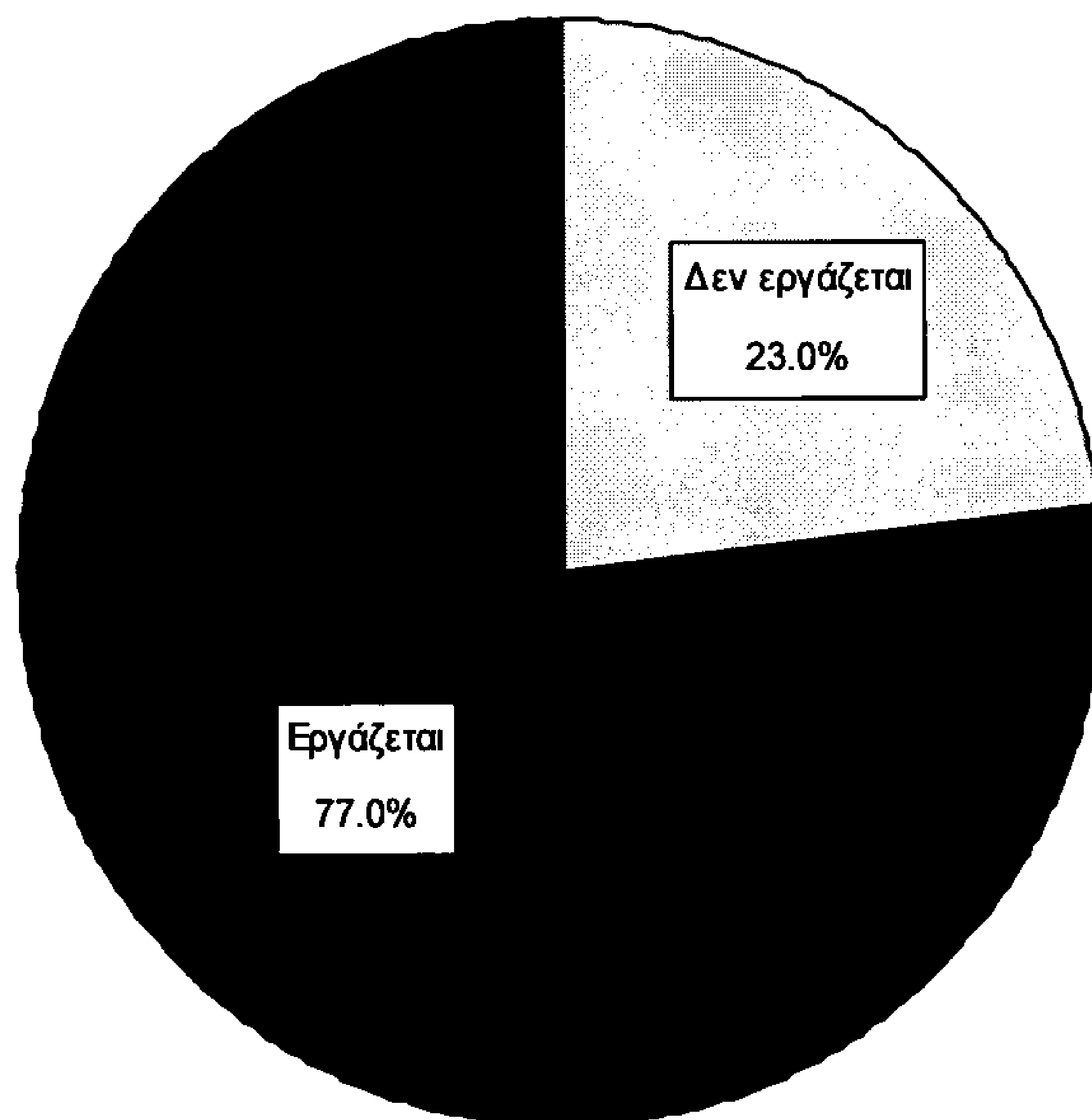
Στο Διάγραμμα 3, βλέπουμε ότι παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι ή συμμετέχοντες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ανώτερης ή ανώτατης σχολής), καθώς είτε αποφοίτησαν είτε δεν ολοκλήρωσαν τις σπουδές τους.

Διάγραμμα 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο



Επιπλέον, αναφορικά με την εργασιακή τους κατάσταση, στο διάγραμμα 4^α φαίνεται ότι, προκύπτει ότι 3 στους 4 άνδρες είναι εργαζόμενοι, ενώ 1 στους 4 δεν εργάζεται.

Διάγραμμα 4α: Εργασιακή κατάσταση κατά την επίσκεψη



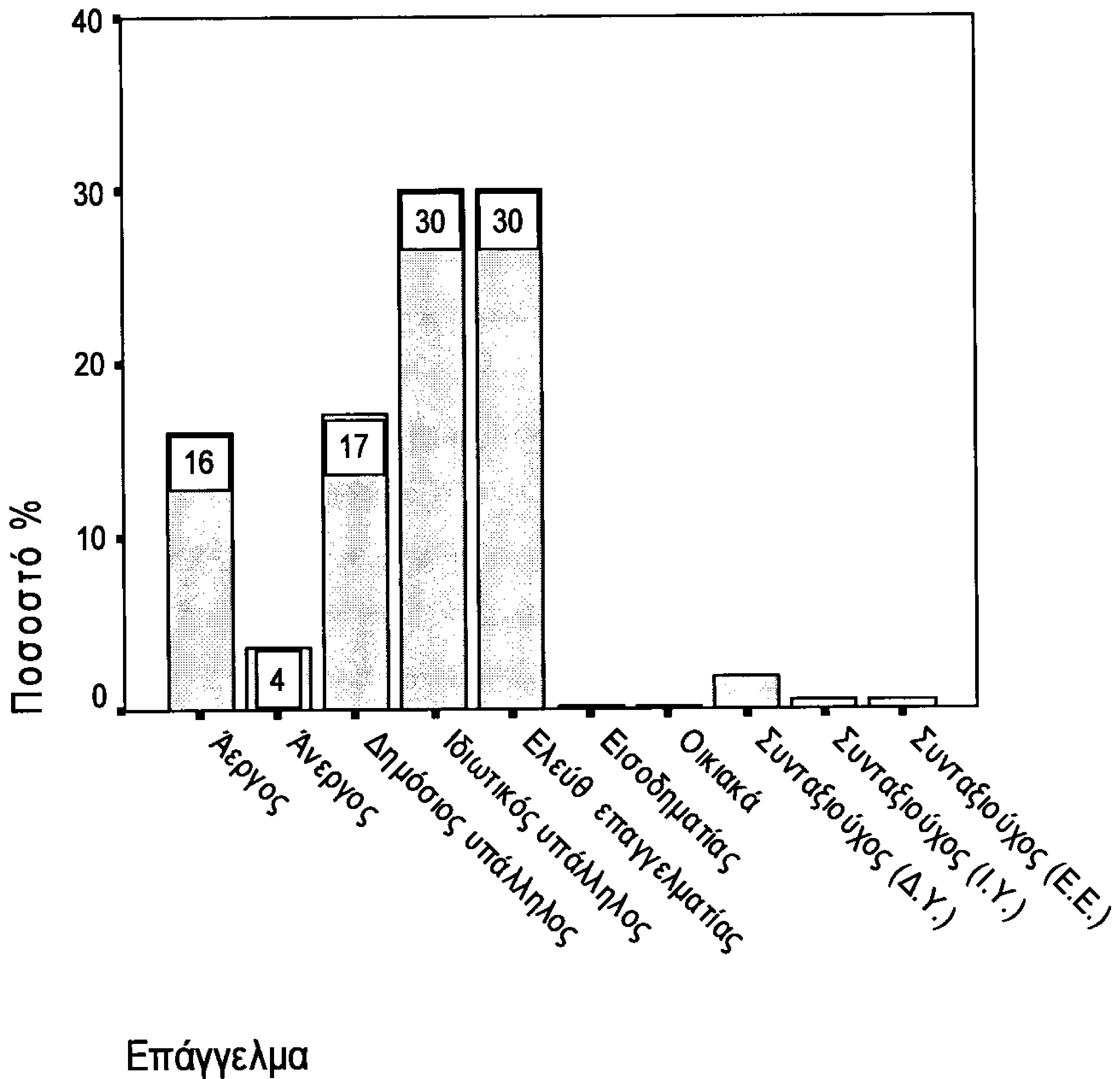
Συγκεκριμένα, ο πίνακας 4 δείχνει ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά των εργαζομένων απαντώνται στους ελεύθερους επαγγελματίες και ιδιωτικούς υπαλλήλους.

Πίνακας 4β: Εργασιακή κατάσταση

Εργασιακή κατάσταση	N	%
Άεργος	740	16.1
Άνεργος	166	3.6
Δημόσιος υπάλληλος	781	17.0
Ιδιωτικός υπάλληλος	1378	30.0
Ελεύθερος επαγγελματίας	1378	30.0
Εισοδηματίας	7	.2
Οικιακά	4	.1
Συνταξιούχος (Δ.Υ.)	90	2.0
Συνταξιούχος (Ι.Υ.)	27	.6
Συνταξιούχος (Ε.Ε.)	23	.5
Σύνολο	4594	100,0

Στο Διάγραμμα 4γ φαίνεται ότι το 23% που αντιστοιχεί στους ανθρώπους που δεν εργάζονται, αφορά τους άνδρες εκείνους που δήλωσαν «άνεργοι» (3,6%), «άεργοι» (16,1%), «συνταξιούχοι» (3,1%), «εισοδηματίες» (0,2%) και να ασχολούνται με τα «οικιακά» (0,1%).

Διάγραμμα 4γ: Εργασιακή κατάσταση



3.2 Διερεύνηση κλινικών χαρακτηριστικών

3.2.1 Αιτιολογία στυτικής δυσλειτουργίας

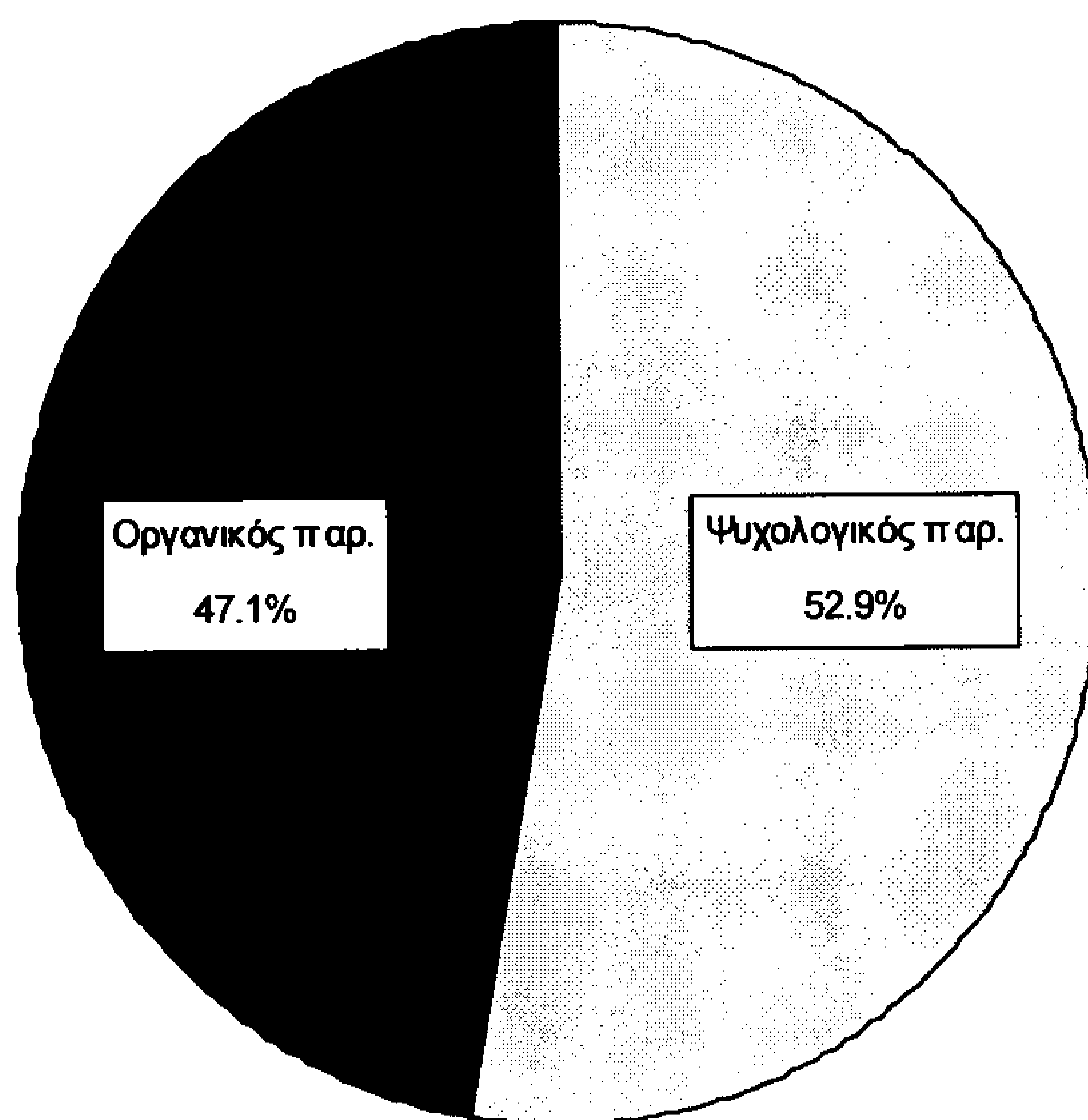
Από τους άνδρες που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία και εξετάστηκαν, το πρόβλημα, που εστιάζεται κατά κύριο λόγο στον Οργανικό παράγοντα, αφορά το 47,1% των ανδρών (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Οργανικός ή ψυχολογικός παράγοντας

Αίτιο σεξουαλικής διαταραχής	N	%
Ψυχολογικός παράγοντας	2430	52.9
Οργανικός παράγοντας	2164	47.1
Σύνολο	4594	100.0

Στο Διάγραμμα 5 φαίνεται ότι ο ψυχολογικός παράγοντας αφορά 1 στους 2 άνδρες με στυτική δυσλειτουργία (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Οργανικός ή ψυχολογικός παράγοντας



Αναφορικά με τον ψυχολογικό παράγοντα, οι διαγνώσεις που καταγράφονται είναι: Αγχώδεις Διαταραχές, Διαταραχές Προσωπικότητας, Σωματόμορφες Διαταραχές, Διαταραχές Διάθεσης, Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές, Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, I και η γενική κατηγορία Λοιπά: [Παραφιλία και Υποτονική επιθυμία].

Στη συνέχεια, στον πίνακα 6, παρατίθενται οι συχνότητες για κάθε ομάδα διαταραχών, το ποσοστό επί των ατόμων στα οποία διαγνώστηκε ψυχολογικός παράγοντας αλλά και το ποσοστό επί του συνόλου των ανδρών.

Πίνακας 6: Διαγνώσεις

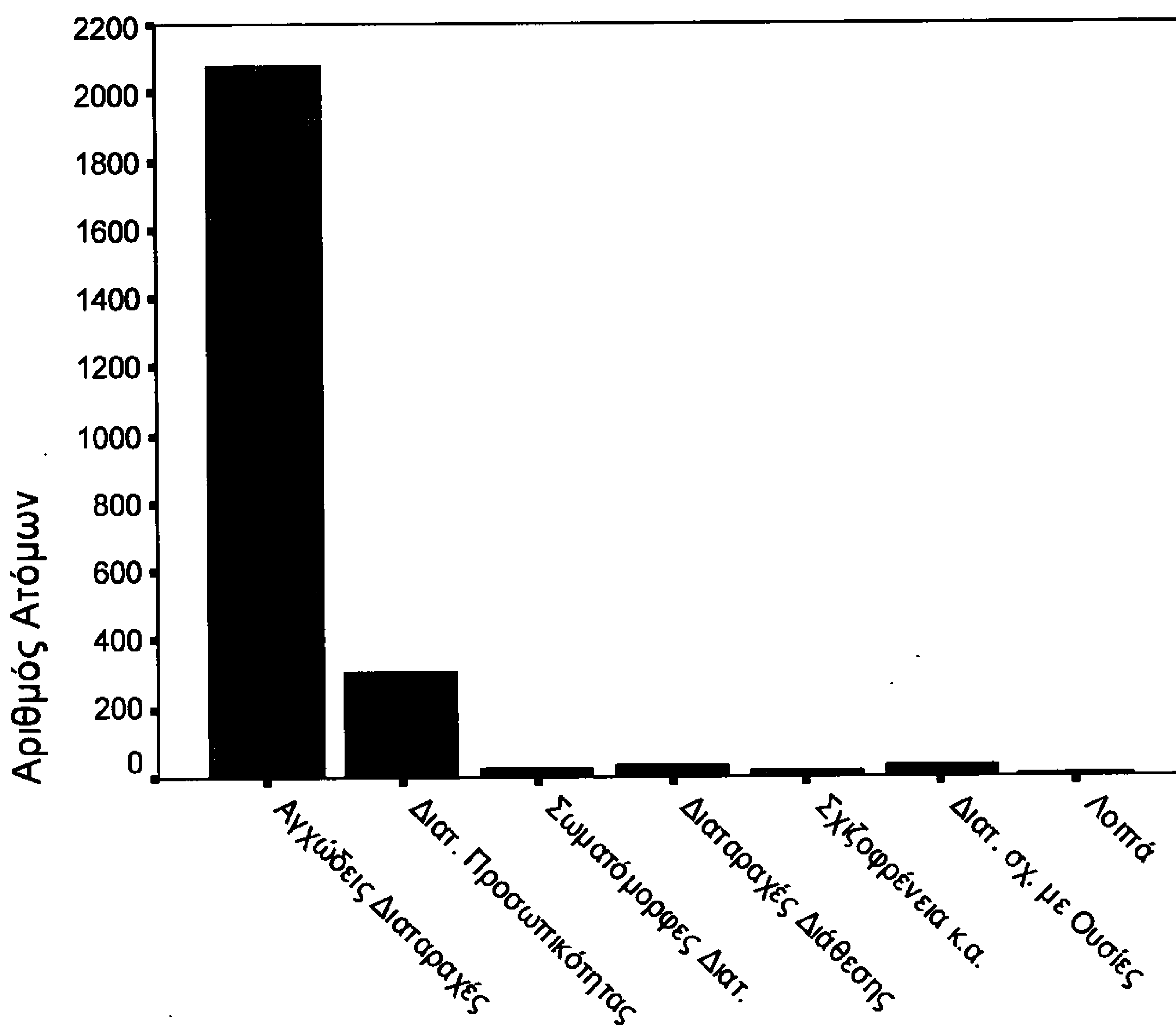
Διαγνώσεις	N	% ατόμων με Ψ.Π.	% του συνόλου
Αγχώδεις διαταραχές	2074	85,3	45,1
Διαταραχές προσωπικότητας	304	12,5	6,6
Σωματόμορφες διαταραχές	50	2,1	1,1
Διαταραχές Διάθεσης	90	3,7	2,0
Σχιζοφρένεια και άλλες διαταραχές	43	1,8	0,9
Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες	47	1,9	1
Λοιπά *	140	5,8	3,0

* Παραφιλία και Υποτονική επιθυμία

Όπως είναι εμφανές στο Διάγραμμα 6, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων, στα οποία η δυσλειτουργία αποδόθηκε σε ψυχολογικό παράγοντα, διαγνώστηκε με *αγχώδη διαταραχή* (85%). Μάλιστα το ποσοστό αυτό διαφέρει σε βαθμό στατιστικά σημαντικό από το 50% (z-test: $-z=10,9$, $pvalue<0,0001$).

Για το λόγο αυτό προχωρούμε σε περαιτέρω μελέτη των αγχωδών διαταραχών.

Διάγραμμα 6: Διαγνώσεις



3.2.2 Αγχώδεις διαταραχές

Η πλειοψηφία των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές διαγνωστήκαν με Ψυχαναγκαστική διαταραχή (Ψ.Δ.).

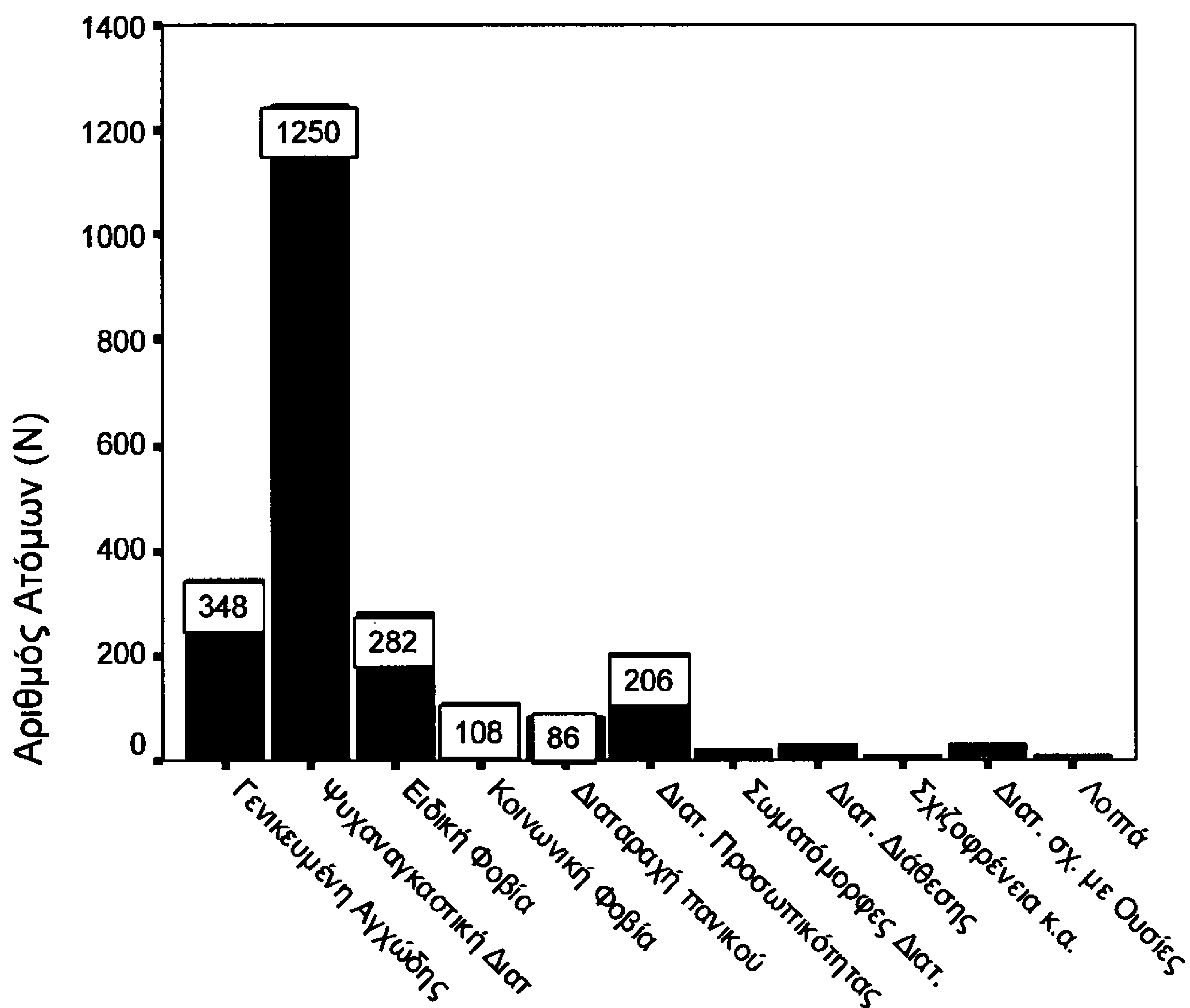
Συγκεκριμένα, στον Πίνακα 7 φαίνεται ότι 1250 άτομα είχαν τη διάγνωση αυτή, οι οποίοι αποτελούν α) το 27,2% επί του γενικού συνόλου, β) το 51,4% επί των ατόμων με ψυχολογικό παράγοντα (Ψ.Π.) και γ) το 60,3% των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές. Σημαντικά ποσοστά παρουσιάζουν επίσης η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και η Ειδική Φοβία (17% και 14% περίπου αντίστοιχα επί του συνόλου των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές).

Πίνακας 7: Αγχώδεις διαταραχές

Διαγνώσεις	N	% του συνόλου	% ατόμων με Ψ.Π.	% ατόμων με Α.Δ.
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	348	7.6	14.3	16.8
Ψυχαναγκαστική Διαταραχή	1250	27.2	51.4	60.3
Ειδική Φοβία	282	6.1	11.6	13.6
Κοινωνική Φοβία	108	2.4	4.4	5.2
Διαταραχή πανικού	86	1.9	3.5	4.1
Σύνολο (Α.Δ.)	2074	45.1	85.3	100.0
Σύνολο (δεν αφορά)	2520	54.9	14.7	
Δεν εμφάνιζαν Αγχώδη Διαταραχή	356	7.7	100.0	
Γενικό σύνολο ατόμων	4594	100.0		

Προκειμένου να αντιπαραθέσουμε την Ψυχαναγκαστική διαταραχή με τις υπόλοιπες διαγνώσεις, έτσι όπως περιγράφονται στον πίνακα 6, προσαρμόζουμε το Διάγραμμα 6 έτσι ώστε να αναφέρονται οι επιμέρους διαταραχές, στο Διάγραμμα 8 που ακολουθεί.

Διάγραμμα 8: Διαγνώσεις (β)



Στο διάγραμμα 8, βλέπουμε την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή να έχει αισθητή διαφορά σε σχέση με τις υπόλοιπες διαγνώσεις, με ποσοστό 27,2% επί του συνόλου.

3.3 Στυτική δυσλειτουργία, οργανικής και ψυχολογικής αιτιολογίας

Στη συνέχεια μελετάμε πιθανές διαφορές μεταξύ των ατόμων με οργανικό και ψυχολογικό παράγοντα αναφορικά με τα διαθέσιμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στους Πίνακες 8 έως 11 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις του παράγοντα στον οποίο αποδίδεται η δυσλειτουργία, σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, συνοδευόμενες από τον αντίστοιχο έλεγχο χ^2 . Συγκεκριμένα:

Αναφορικά με την ηλικία οι δύο ομάδες (άτομα που η δυσλειτουργία αποδίδεται σε οργανικό παράγοντα και άτομα στα οποία αποδίδεται σε ψυχολογικό παράγοντα), δεν διέφεραν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (*t-test*: μέση ηλικία 42,5 έναντι 43, $t=-1.4$, $\beta.ε.=4592$, $p\ value=0.166$).

Οικογενειακή κατάσταση: Στον Πίνακα 8 φαίνεται ότι ανάμεσα στα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άγαμα άτομα (57%). Αντίθετα, αναφορικά με τον οργανικό παράγοντα το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στους διαζευγμένους (64%). Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p<0,0001$).

Πίνακας 8: Παράγοντας και Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Αίτιο σεξ/κης διαταραχής				Σύνολο	
	Ψυχολογικός παράγοντας		Οργανικός παράγοντας			
	N	%	N	%	N	%
Άγαμοι	1630	57.3%	1217	42.7%	2847	100.0%
Έγγαμοι	707	47.1%	793	52.9%	1500	100.0%
Διαζευμένοι	80	36.4%	140	63.6%	220	100.0%
Χήροι	13	48.1%	14	51.9%	27	100.0%
Σύνολο	2430	52.9%	2164	47.1%	4594	100.0%

$\chi^2=66,1$, $\beta.ε.=3$, $pvalue<0,0001$

Εκπαίδευση: Στον Πίνακα 9 φαίνεται ότι ανάμεσα στα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση (55%). Αντίθετα, αναφορικά με τον οργανικό παράγοντα το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άτομα με πρωτοβάθμια εκπαίδευση (51.1%). Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,012$).

Πίνακας 9: Παράγοντας και εκπαίδευση

Εκπαίδευση	Αίτιο σεξ/κης διαταραχής				Σύνολο	
	Ψυχολογικός παράγοντας		Οργανικός παράγοντας			
	N	%	N	%	N	%
Έως και πρωτοβάθμια	128	48.9%	134	51.1%	262	100.0%
Έως και δευτεροβάθμια	970	50.9%	937	49.1%	1907	100.0%
Έως και τριτοβάθμια	1332	54.9%	1093	45.1%	2425	100.0%
Σύνολο	2430	52.9%	2164	47.1%	4594	100.0%

$\chi^2=8,9, \beta.ε.=2, pvalue=0,012$

Επάγγελμα: Στον Πίνακα 10, βλέπουμε ότι ανάμεσα στα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άτομα που δεν εργάζονταν κατά την επίσκεψή τους (69%). Αντίθετα, αναφορικά με τον οργανικό παράγοντα το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άτομα που εργάζονται (51.8%). Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0<0,0001$).

Πίνακας 10: Παράγοντας και εργασιακή δραστηριότητα κατά την επίσκεψη

Εργασιακή δραστηριότητα κατά την επίσκεψη	Αίτιο σεξ/κης διαταραχής				Σύνολο	
	Ψυχολογικός παράγοντας		Οργανικός παράγοντας			
	N	%	N	%	N	%
Δεν εργάζεται	726	68.7%	331	31.3%	1057	100.0%
Εργάζεται	1704	48.2%	1833	51.8%	3537	100.0%
Σύνολο	2430	52.9%	2164	47.1%	4594	100.0%

$\chi^2=137,4$, β.ε.=1, pvalue<0,0001

Αναλυτικότερα, το ποσοστό των ανέργων / ανενεργών στους οποίους αποδόθηκε ψυχολογικός παράγοντας ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο αναφορικά με τον οργανικό παράγοντα (27 έναντι 11%). Αντίθετη ήταν η τάση σε όλες τις άλλες επαγγελματικές κατηγορίες, σύμφωνα με τον Πίνακα 11 (το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό, $p < 0,0001$).

Πίνακας 11: Παράγοντας και επάγγελμα

Επάγγελμα	Αίτιο σεξ/κης διαταραχής				Σύνολο	
	Ψυχολογικός παράγοντας		Οργανικός παράγοντας			
	N	%	N	%	N	%
Άεργος/Άνεργος	659	27.1%	247	11.4%	906	19.7%
Δημόσιος/Ιδιωτικός υπάλληλος	1023	42.1%	1136	52.5%	2159	47.0%
Ελεύθερος επαγγελματίας	681	28.0%	697	32.2%	1378	30.0%
Εισοδηματίας/Οικιακά	5	.2%	6	.3%	11	.2%
Συνταξιούχος	62	2.6%	78	3.6%	140	3.0%
Σύνολο	2430	100.0%	2164	100.0%	4594	100.0

$\chi^2=180,7, \beta.ε.=4, pvalue < 0,0001$

3.4 Ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία και ψυχαναγκαστική διαταραχή

Δεδομένης της υψηλής συχνότητας της Ψυχαναγκαστικής διαταραχής (ΨΔ), μελετάμε στη συνέχεια πιθανές διαφορές μεταξύ των ατόμων με διάγνωση ΨΔ (αφορά μόνο τα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται σε ψυχολογικό παράγοντα) αναφορικά με τα διαθέσιμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στους Πίνακες 12 έως 14 της ύπαρξης ή μη διάγνωσης ΨΔ σε σχέση με τα δημογραφικά, συνοδεύόμενες από τον αντίστοιχο έλεγχο χ^2 . Συγκεκριμένα:

Αναφορικά με την ηλικία οι δύο ομάδες (άτομα με διάγνωση ΨΝ και άτομα χωρίς), διέφεραν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (t-test: 41,3 έναντι 45,2, $t=-6,84$, $\beta.ε.=2072$, $p\ value<0.0001$) με τα άτομα που διαγνώστηκαν με ΨΔ να είναι κατά μέσο όρο 4 έτη νεότερα.

Οικογενειακή κατάσταση: Στον Πίνακα 12, φαίνεται ότι το ποσοστό των άγαμων ήταν υψηλότερο ανάμεσα στα άτομα με ΨΔ (71.6%) έναντι του αντίστοιχου χωρίς τέτοια διάγνωση (64%). Αντίστροφα ήταν τα αποτελέσματα για έγγαμους/διαζευμένους και χήρους. Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,002$).

Πίνακας 12: ΨΔ και οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Διάγνωση Ψυχαναγκαστικής διαταραχής				Σύνολο	
	Όχι		Ναι			
	N	%	N	%	N	%
Άγαμοι	527	64.0%	895	71.6%	1422	68.6%
Έγγαμοι	267	32.4%	311	24.9%	578	27.9%
Διαζευμένοι	25	3.0%	38	3.0%	63	3.0%
Χήροι	5	.6%	6	.5%	11	.5%
Σύνολο	824	100.0%	1250	100.0%	2074	100.0%

$\chi^2=14,5$, $\beta.ε.=3$, $pvalue=0,002$

Εκπαίδευση: Στον πίνακα 13, φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν διπλάσιο ανάμεσα στα άτομα διάγνωσης ΨΔ (67%) έναντι του αντίστοιχου χωρίς τέτοια διάγνωση (33%). Αντίστροφα ήταν τα αποτελέσματα τα άτομα με πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό (Πίνακας 13, $p=0,001$).

Πίνακας 13: ΨΔ και εκπαίδευση

Εκπαίδευση	Διάγνωση Ψυχαναγκαστικής διαταραχής				Σύνολο	
	Όχι		Ναι			
	N	%	N	%	N	%
Έως και πρωτοβάθμια	56	51.4%	53	48.6%	109	100.0%
Έως και δευτεροβάθμια	395	47.4%	438	52.6%	833	100.0%
Έως και τριτοβάθμια	373	33.0%	759	67.0%	1132	100.0%
Σύνολο	824	100.0%	1250	100.0%	2074	100.0%

$$\chi^2=48.5 \text{ β.ε.}=2, \text{ pvalue}<0,001$$

Επάγγελμα: Το αν εργαζόταν τα άτομα ή όχι δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ύπαρξη ή όχι. Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό (Πίνακας 14, $p=0,001$).

Πίνακας 14: ΨΔ και εργασιακή δραστηριότητα κατά την επίσκεψη

Εργασιακή δραστηριότητα κατά την επίσκεψη	Διάγνωση Ψυχαναγκαστικής διαταραχής				Σύνολο	
	Όχι		Ναι			
	N	%	N	%	N	%
Δεν εργάζεται	247	37.9%	404	62.1%	651	100.0%
Εργάζεται	577	40.5%	846	59.5%	1423	100.0%
Σύνολο	824	100.0%	1250	100.0%	2074	100.0%

$$\chi^2=1,27, \text{ β.ε.}=1, \text{ pvalue}=0,260$$

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Περίληψη κυρίων ευρημάτων

Η εργασία αυτή είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης της διαταραχής της στύσης και των διαταραχών του άγχους σε ενήλικες άνδρες, ηλικίας 18 έως 84 ετών, οι οποίοι έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία και προσήλθαν στο Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας για θεραπεία στο χρονικό διάστημα 2002 έως 2009. Ελέγχθηκε η βασική υπόθεση ότι η διαταραχή της στύσης, οφειλόμενη σε ψυχογενή αίτια, σχετίζεται με την ύπαρξη αγχώδους διαταραχής σε άνδρες ηλικίας 18 – 84 ετών. Τα ευρήματα έδειξαν να επιβεβαιώνουν τη βασική μας υπόθεση.

Συγκεκριμένα, ως προς τη διερεύνηση των κλινικών χαρακτηριστικών και την αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας, φαίνεται ότι από τους άνδρες που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία και εξετάστηκαν, το πρόβλημα, που εστιάζεται κατά κύριο λόγο στον οργανικό παράγοντα, αφορά το 47,1% των ανδρών, ενώ ο ψυχολογικός παράγοντας αφορά το 52,9% των ανδρών με στυτική δυσλειτουργία

Επιπλέον, οι άνδρες που διαγνώστηκαν να πάσχουν από στυτική δυσλειτουργία, ψυχολογικής αιτιολογίας, βρέθηκε να αντιμετωπίζουν τις εξής ψυχιατρικές διαταραχές : Αγχώδεις Διαταραχές, Διαταραχές Προσωπικότητας, Σωματόμορφες Διαταραχές, Διαταραχές Διάθεσης, Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές, Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, Παραφιλία και Υποτονική επιθυμία]. Από αυτές, στη μελέτη βρέθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων, στα οποία η διαταραχή της στύσης αποδόθηκε σε ψυχολογικό παράγοντα, πάσχει από αγχώδη διαταραχή (85,3%).

Στη συνέχεια, εξετάστηκε ποιο από τα είδη των διαταραχών άγχους έχει την υψηλότερη συχνότητα στους άνδρες με διαταραχή στύσης ψυχολογικής αιτιολογίας. Έτσι, βρέθηκε ότι πλειοψηφία των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές έπασχαν από Ψυχαναγκαστική διαταραχή. Συγκεκριμένα, 1250 άτομα είχαν τη διάγνωση αυτή, οι οποίοι αποτελούν το 27,2% επί του γενικού συνόλου, το 51,4% επί των ατόμων με διαταραχή στύσης ψυχολογικής αιτιολογίας και το 60,3% των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές.

Επίσης, αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ανδρών, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ανάμεσα στα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άγαμα άτομα (57%). Αντίθετα, αναφορικά με τον οργανικό παράγοντα το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στους διαζευγμένους (64%). Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p < 0,0001$).

Επιπρόσθετα, αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ανδρών που συμμετείχαν στη μελέτη, φαίνεται ότι ανάμεσα στα άτομα στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση (55%). Αντίθετα, αναφορικά με τον οργανικό παράγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άτομα με πρωτοβάθμια εκπαίδευση (51.1%). Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p = 0,012$).

Ακόμη, αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση των ανδρών που συμμετείχαν στη μελέτη, προκύπτει ότι ανάμεσα στα άτομα, στα οποία η δυσλειτουργία αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στα άτομα που δεν εργάζονταν κατά την επίσκεψή τους (69%).

Επίσης, αναφορικά με την ηλικία οι δύο ομάδες (άτομα με διάγνωση Ψυχαναγκαστική διαταραχή και άτομα χωρίς), διέφεραν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με τα άτομα που διαγνώστηκαν με Ψυχαναγκαστική διαταραχή να είναι κατά μέσο όρο 4 έτη νεότερα.

4.2 Συζήτηση κυρίων ευρημάτων

Η βασική υπόθεση της εργασίας αυτής αφορούσε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στη διαταραχή της στύσης και στις διαταραχές του άγχους σε ενήλικες άνδρες, ηλικίας 18 έως 84 ετών. Τα ευρήματα φαίνεται να συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών.

Έτσι, οι περισσότερες μελέτες που ασχολούνται με την ψυχολογική αιτιολογία της διαταραχής στύσης φαίνεται όχι μόνο να τονίζουν τον προεξέχοντα ρόλο που διαδραματίζει το άγχος στη συγκεκριμένη διαταραχή αλλά να καταγράφουν ότι τα

άτομα που πάσχουν από κάποια μορφή σεξουαλικής δυσλειτουργίας βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους που συνηγορούν στο σημαντικό ρόλο που κατέχει το άγχος στην υποκειμενική εμπειρία που βιώνει το άτομα με σεξουαλική διαταραχή (Fabbri et al., 1997, Althof et al., 2005).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι συμβατά με τα προηγούμενα, αφού η διαταραχή της στύσης όντως συσχετίζεται με τις αγχώδεις διαταραχές και μάλιστα σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι διαταραχές της προσωπικότητας. Οι Mas και συνεργάτες (2002) έδειξαν ότι το άγχος, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, φάνηκε να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της εμφάνισης διαταραχής στύσης.

Ο ρόλος του άγχους, ως σημαντικού αιτιολογικού παράγοντα, στην πρόκληση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας έχει καταδειχθεί από πλείστες κλινικές μελέτες (π.χ. Van Minnen & Kampman, 2000, Kockott et al., 1980, Munjach et al., 1981). Μια ενδιαφέρουσα ανασκόπηση από τους Norton και Jehu (1984) κατέδειξε υψηλά επίπεδα άγχους σε άτομα που έχουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Derogatis & Meyer, 1979, Kockott et al., 1980, Munjach et al., 1978, Munjach et al., 1981) που ποικίλλουν σε αριθμό και είδος. Άλλες έρευνες εντοπίζουν και καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, σχετιζόμενου με σεξουαλική επίδοση αλλά δεν εντοπίζουν διαφορές ανάμεσα σε γενικευμένο άγχος και σεξουαλική δυσλειτουργία (Kockott et al., 1980, Kaplan, 1988, Van Minnen & Kampman, 2000).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι από όλες τις κατηγορίες των διαταραχών του άγχους, η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή έχει την υψηλότερη συσχέτιση με τη διαταραχή της στύσης. Κάτι τέτοιο φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα άλλων μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία.

Συγκεκριμένα, αρκετές από αυτές τις μελέτες (Freund & Steketee, 1989, Monteiro et al., 1987, Rasmussen & Tsuang, 1986, Staebler et al., 1993) υποδεικνύουν ότι σχεδόν 1 στους 2 άνδρες με Ψυχαναγκαστική Διαταραχή αναφέρει σεξουαλικές δυσλειτουργίες και ακόμα ότι το 60 % με 73% των ανδρών αυτών αναφέρουν να είναι δυσαρεστημένοι με τη σεξουαλική τους ζωή (Althof et al., 2005). Ακόμα, στις μελέτες των Staebler και των συνεργατών (1993) καθώς και των Althof και συνεργάτες (2005), προκύπτει ότι η σττυτική δυσλειτουργία φαίνεται να

συσχετίζεται συχνότερα με την ψυχαναγκαστική διαταραχή σε σχέση με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές. Ωστόσο, ο Staebler με τους συνεργάτες του σε μια μελέτη τους το 1993 δεν επιβεβαίωσαν κάτι τέτοιο, καθώς δεν εντόπισαν διαφορές στο σεξουαλικό ιστορικό των ασθενών με ΨΚΔ και ασθενών με διαταραχή πανικού ή κατάθλιψη.

4.3 Περιορισμοί μελέτης

Απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση των ευρημάτων που αναδείχθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι η συνεκτίμηση των περιορισμών που τέθηκαν. Αυτοί οι περιορισμοί αφορούν το στοιχείο της μελέτης και του δείγματος.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτουν από τα δεδομένα που συλλέχτηκαν αποκλειστικά και μόνο από το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας. Τα δεδομένα αυτά προέρχονται από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (2002-2009), το οποίο και όρισαν οι ερευνητές εξαρχής και αφορούν στοιχεία από το ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό των ατόμων που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία και επισκέφτηκαν το ινστιτούτο για θεραπεία. Δεδομένης της έλλειψης προηγούμενων παρόμοιων μελετών στον Ελλαδικό χώρο, η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί από τις πρώτες απόπειρες διερεύνησης της σχέσης της στυτικής δυσλειτουργίας με τις συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή.

4.3 Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσέφεραν πληροφορίες σχετικά με την ψυχογενή αιτιολογία της Διαταραχής της Στύσης, προσδιόρισαν την κατηγορία Αγχωδών Διαταραχών με την οποία σχετίζεται περισσότερο η Διαταραχή της Στύσης και, δεδομένων των περιορισμών που η μεθοδολογία της επιβάλλει, αποτέλεσαν μια αρχική προσπάθεια με σκοπό την περαιτέρω ενασχόληση της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας με θέματα που αφορούν την ανθρώπινη σεξουαλική

λειτουργία, έχοντας επιπροσθέτως στόχο να συμβάλλουν στο βέλτιστο της θεραπευτικής προσέγγισης με βάση τη θεωρητική τεκμηρίωση.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, σκόπιμο θα ήταν οι θεραπευτικές ψυχολογικές προσεγγίσεις να προσανατολιστούν στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του άγχους των ατόμων που πάσχουν από διαταραχή στύσης.

Επιπλέον, καθίσταται σαφές ότι η ερευνητική δραστηριότητα στον ελλαδικό χώρο έχει να προσανατολιστεί περισσότερο προς τον κλινικό έλεγχο των ήδη διατυπωμένων θεωρητικών προσεγγίσεων των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, με σκοπό τη βελτίωση της θεραπευτικής προσέγγισης των αγχωδών διαταραχών στους ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackerman, M.D. & Carey, M.P. (1995). *Psychology's role in the assessment of erectile dysfunction: Historical precedents, current knowledge, and methods*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 63, No.6, pp. 862-876.

Althof, S.E. & Seftel, A.D. (1995). *The evaluation and management of erectile dysfunction*. Psychiatric Clinics of North America, Vol.18, pp. 171-192.

Althof, S.E. et al. (2005). *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. The Journal of Sexual Medicine, Vol. 2, No. 6, pp. 793-800.

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Araujo, A.B. et al. (1998). *The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study*. Psychosomatic Medicine, Vol. 60, No. 4, pp. 458-465.

Aversa, A. & Isidori, A. (1997). *Erectile dysfunction: an overview*. Human Reproduction Update, Vol. 3, No. 5 pp. 455-466.

Aytac, I.A., McKinlay, J. B. and Krane, R.J. (1999). *The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences*. BJU International, Vol. 84, pp. 50-56.

Ballenger, J. & Tylee, A. (2003). *Anxiety*. London : Mosby.

Barkow, J.H., Cosmides, L. and Tooby, J., eds (1992). *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*, Oxford University Press.

Barlow, DH. (1986). *Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 54, pp. 140-148.

Barlow, D. (1986). *Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 54, No. 2, pp. 140-148.

Barlow, D. (2001). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά : Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, α και β τόμος*, Αθήνα : εκδόσεις Έλλην.

Benet, A.E. & Melman, A. (1995). *The epidemiology of erectile dysfunction*. Urologic Clinics of North America, Vol. 22, pp. 699-709.

Benson, G.S. & Boileau, M.A. 1996. *The penis: Sexual function and dysfunction*. In: Gillenwater, J.Y, Grayhack, J.T., Howards, S.S., Duckett, J.S. (Eds). Adult and Pediatric Urology, 3rd edn, The CV Mosby Company: Saint Louis, pp 1960-1968.

Betzig, L., Borgerhoff-Mulder, M. and Turke, P., eds (1988). *Human Reproductive Behavior: A Darwinian Perspective*, Cambridge University Press.

Betzig, L.L. (1986). *Despotism and Differential Reproduction: A Darwinian View of History*, Aldine de Gruyter.

Bodie J., A., Beeman W., W., Monga M. (2003). *Psychogenic erectile Dysfunction*. The International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 33 (3), pp. 273-293.

Chagnon, N. & Irons, W., eds (1979). *Evolutionary Biology and Human Social Behavior: An Anthropological Perspective*, Duxbury Press.

Comer, J. (2002). *Abnormal Psychology*, 3rd edition. New York : Worth Publishers.

Daly, M. & Wilson, M. (1988) *Homicide*. Aldine de Gruyter.

Derogatis, L.R. & Meyer, J.K. (1979). *A Psychological Profile of the Sexual Dysfunctions*. Archives of Sexual Behavior, Vol.8, pp. 201-223.

Di Bartolo, P.M & Barlow, D.H. (1996). *Perfectionism, marital satisfaction, and contributing factors to sexual dysfunction in men with erectile disorder and their spouses*. Archives of sexual behavior Vol. 25, No. 6, pp. 581-8.

Fabbri, A., Aversa, A., Isidori, A. (1997). *Erectile dysfunction: an overview*. Human Reproduction Update, Vol. 3, No. 5, pp. 455–466.

Feldman H. A., Johannes C. B., Derby C. A., Kleinman K. P., Mohr B. A., Araujo A. B. and McKinlay J. B. (2000). *Erectile Dysfunction and Coronary Risk Factors: Prospective Results from the Massachusetts Male Aging Study*. Preventive Medicine, Vol. 30, pp. 328–338.

Feldman, H.A. et al (1994). *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. The Journal of Urology, Vol. 151, No. 1, pp. 54-61.

Ferguson, J.M. (2001). *The effects of Antidepressants on sexual Functioning in Depressed Patients : a Review*. Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 62, No. 3, pp. 22-34.

Freund, B. & Steketee, G. (1989). *Sexual History, Attitudes and Functioning of Obsessive-Compulsive Patients*. Journal of Sex and Marital Therapy, Vol. 15, pp. 31 – 41.

Gabbard, G. Atkinson, S. (1996). *Synopsis of treatment of Psychiatric Disorders*, 2nd ed. London : American Psychiatric Press.

Gelder, M., Lopez – Ibor, J., & Andreasen N. (2007). *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Τόμος I και II. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Groothest, D.S. Van Cath, D.C., Beekman, A.T., Boomsma, D.I (2005). *Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review*. Twin Research and Human Genetics, Vol. 8, No. 5, pp. 450-458.

Hales, R. Yudofsky, S. (2003). *The Harvard guide to Psychiatry Textbook of Clinical Psychiatry*, 4th ed. New York : American psychiatric Publishing.

Heiman, J. & Meston, C. (1997). *Empirically Validated Treatment for Sexual Dysfunction*. Annual Review of Sex Research, Vol. 8, pp. 148-194.

Heiman, J. (2002). *Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments*. The Journal of Sex Research, Vol. 39, pp. 73-78.

Hoffman, N. (2009). *Όταν το άγχος και οι ψυχαναγκασμοί περιορίζουν τη ζωή*. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.

Hyde, J. & DeLamater, J. (2003). *Understanding Human sexuality*. New York : McGraw Hill.

Jenike, M. et al. (1998). *Obsessive - Compulsive Disorders*. 3rd edition. USA : Mosby.

Kaplan, H. S. (1974). *The New Sex Therapy*. New York : Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. (1988). *Anxiety and Sexual Dysfunction*. The Journal of clinical Psychiatry, Vol. 49, pp. 21-25.

Kaplan, H. Sadock, B. & Sadock, V. (2007) *Synopsis of Psychiatry-Behavioural sciences/ Clinical psychiatry*, 10th ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins.

Kockott, G. et al. (1980). *Symptomatology and Psychological Aspects of Male Sexual Inadequacy : Results of an experimental Study*. Archives of Sexual Behavior, Vol. 9, pp. 457-475.

Krane R. J., Goldstein I. Tejada I. S. (1989). *Impotence*. New England : Journal of Medicine, Vol. 321, pp. 1648-59.

Laumann, E.O et al. (1999). *The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey*. International journal of impotence research, Vol. 11, Vol. 1, pp. 60-4.

Lenzi, A. et al. (2009). *Stress, sexual dysfunctions, and male infertility*. Department of Medical Physiopathology, 1st University of Rome La Sapienza, Rome, Italy.

Lizza E. F. & Rosen R. C. (1999). *Definition and classification of erectile dysfunction: Report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research*. International Journal of Impotence Research, Vol. 11, pp. 141-143.

Lue, T.F. (1992). *Physiology of erection and pathophysiology of impotence*. In: Walsh, P.C., Retik, A.B., Stamey, T.A., Vaughan, E.D. (Eds). Campbell's Urology 6th edn, W.B. Saunders: Philadelphia, pp 720±721.

Mallis, D., Moysdis, K., Hatzichristou, D. (2002). *Expressions of Anxiety in Patients with Erectile Dysfunction*. International Journal of Impotence Research, Vol. 14, No. 3, p. 87.

Mas, et al. (2002). *The Influence of Personality Traits on the Erectile Response to Intracavernosal PGEI Injections*. International Journal of Impotence Research, Vol. 14 No. 3, p. 3.

Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston : Little, Brown.

Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1995). *Human Sexuality*. New York : Longman.

Maurice, W. and Guze, S. (2004). *Sexual dysfunction and associated psychiatry disorder*. Department of Psychiatry, Washington University school of Medicine, St. Louis, Mo. USA.

McCabe, M. (2005). *The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women*. International Journal of Stress Management. Vol 12, No. 4, 379-388.

Miller, D. & Green.B. (2002). *The psychology of Sexual Health*. London : Blackwell Sience.

Monteiro, W.O., Noshirvani, H.F., Mark, I.M. & Lelliot, P.T. (1987). *Anorgasmia from Clomipramine in Obsessive-Compulsive Disorder – A controlled Trial*. British Journal of Psychiatry, Vol. 151, pp. 107-112.

Morley J. (1986). *Impotence*. American Journal of Medicine. Vol. 80, pp. 897-905.

NIH (1993) *Consensus Statement on Impotence*. International Journal of Impotence Research, Vol. 5, pp. 181-199.

Norton, G.R. & Jehu, D. (1984). *The role of Anxiety in Sexual Dysfunction : A Review*. Archives of Sexual Behavior, Vol. 13, pp. 165-183.

O'Carroll, R. (1991). *Sexual desire disorders: A review of controlled treatment studies*. The Journal of Sex Research, Vol. 28, pp. 607-624.

Paredes, R.G., Baum, M.J. (1997). *Role of the medial preoptic area/ anterior hypothalamus in the control of masculine sexual behavior*. Annual Review of Sex Research, Vol.8, pp. 68-101.

Pervin, L. and John, O. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας, Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα : Εκδόσεις Τυπωθήτω

Plaud, J., Dubber,t P. M., Holm, J. et al. (1996). *Erectile dysfunction in men with chronic medical illness*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry., Vol. 27, pp. 11-9.

Plaut, S et al. (2004). *Sexual Dysfunctions*. London : Health Press.

Rasmussen, S.A. & Tsuang, M.T. (1986). *Clinical Characteristics and Family History in DSM-III Obsessive Compulsive Disorder*. The American Journal of Psychiatry, Vol. 19, pp. 147-153.

Rosen, R. C. (2001). *Psychogenic Erectile Dysfunction: Classification and Management*. Urologic Clinics of North America, Vol. 28, No. 2, pp. 269-278.

Rosen, R. C. et al (1997). *The International Index of Erectile Function : A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction*. Urology, Vol. 49, No. 6, pp. 822-830.

Schiavi, R.C. & Rehman, J. (1995). *Sexuality and aging*. Urologic Clinic of North America, Vol. 22, pp. 711-726.

Segraves, K.B. & Segraves, R.T. (1991). *Hypoactive sexual desire. Prevalence and comorbidity in 906 subjects*. Journal of Sex & Marital Therapy, Vol. 17, pp. 55-58.

Shabsigh, R et al. (1998). *Increased incidence of Depressive Symptoms in Men with Erectile Dysfunction*. Urology, Vol. 2, pp. 848-852.

Slag M., Morley J.E., Elso M.K. et al. (1983). *Impotence in medical clinic out patients*. Jama, Vol. 249, pp. 1736-40.

Spence, S.H. (1991). *Psychosexual Therapy. A cognitive-behavioral Approach*. Chapman and Hall, London.

SPSS (2009), Release Version 18.0.0 SPSS, Inc., 2009, Chicago, IL, www.spss.com

Stabler, C.R., Pollard, C.A., Merkel, W.T. (1993). *Sexual History and Quality of Current Relationships in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder : a Comparison with two other Psychiatric Samples*. Journal of Sex and Marital Therapy, Vol. 19, pp. 147-153.

Strand, J., Wise, T., Fagan, P., Schmidt, C.W. (2002). *Erectile Dysfunction and Depression: Category or Dimension?* Journal of Sex and Marital Therapy, Vol. 28, pp. 175-181.

Symons, D. (1979) *The Evolution of Human Sexuality*, Oxford University Press.

Thornhill R. & Gangestad S. W. (1996). *The evolution of human sexuality*. Trends in ecology & evolution, Vol. 11, Vol. 2, pp. 98-102.

Tomlinson, J., (2005). *ABC of sexual health*, 2nd ed. USA : Blackwell.

Van Minnen, A. & Kampman, M. (2000). *The Interaction Between Anxiety and Sexual Functioning : a Controlled Study of Sexual Functioning in Woman with Anxiety Disorders*. Sexual and Relationship Therapy. Vol. 15, pp. 47-57.

Wessely, S. et al. (1998). *Chronic Fatigue and its syndromes*. New York : Oxford University Press.

Westheimer, R. and Lopater, S. (2005) *Human Sexuality- a psychosocial perspective*, 2nd edition. Philadelphia : Lippincott Williams&Wilkins.

Zilbergeld, B. (1992) . *The new male sexuality*. New York : Bantam books.

Ασκητής, Θ. και Συνεργάτες. *Σεξουαλική Υγεία*. Αθήνα : Εκδόσεις Λιβάνης.

Βαϊδάκης, Ν. (2005). *Η Σεξουαλική Συμπεριφορά του Ανθρώπου*. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Βάρβογλη, Λ. (2006). *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη.

Γκρίνσον, Ρ. (2009). Η τεχνική της ψυχανάλυσης : Θεωρία και Πράξη. Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη.

Καλπάκογλου, Θ. (1998). *Άγχος και Πανικός*, 3^η έκδοση. Αθήνα : Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.

Σολδάτος, Κ. και Λύκουρας, Λ. (2006). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Α και Β τόμος, Αθήνα : Εκδόσεις Βήτα.

Χριστοδούλου, Γ. και Συνεργάτες (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα : Εκδόσεις Βήτα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρουσίαση ιατρικής ηλεκτρονικής καρτέλας ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο

Ημερομηνία Γέννησης

Διεύθυνση κατοικίας

Πόλη

Τηλέφωνο σπιτιού

Τηλέφωνο κατοικίας

Όνομα Πατέρα

Όνομα μητέρας

Οικογενειακή Κατάσταση

Συστήσας

Θεραπευτής

Επάγγελμα

Μορφωτικό επίπεδο

Συνοδός

Σύντροφος

Αδέρφια

Παιδιά

Ημερομηνία έναρξης

Ημερομηνία λήξης

Διάγνωση