



info MEDICINA SEXUALITĂȚII



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



A XIV-a Conferință Națională de Medicină Sexualității cu Participare Internațională

BUCUREȘTI

25-26 Octombrie 2014
Hotel Capital Plaza

www.amsr.ro

Președintele Conferinței:
Psiholog Diana Lucia Vasile

SPONSORI



PARTENERI MEDIA



PaginaMedicala.ro

Dragii noștri,

Pentru că “toamna se numără bobocii”, am hotărât să ne vedem anul acesta în toamnă, în București, pe 25 și 26 octombrie, la centrul de conferințe al hotelului Capital Plaza.

AMSR s-a desfășurat aici și acum doi ani și sperăm ca această întâlnire să fie, din nou, un prilej de sărbătoare.

Pentru că este o sărbătoare pentru noi să ne revedem, medici și psihologi, uniți în familia AMSR. Să ne întâlnim, să schimbăm opinii, să împărtășim experiențele noi și nu numai. Și dacă profesorul Calomfirescu caracterizează de fiecare dată conferința noastră prin două- trei cuvinte, eu am să folosesc numai unul: *Tinerete*.

Tineretea comitetului director, a președintelui, vicepreședintelui și secretarului asociației.

Tineretea tuturor celor care, de 14 ani, sunt uniți de pasiune, idei noi și dorința de a se perfecționa într-un domeniu medicina sexualității-mereu tânăr.

Mulțumesc tuturor celor care au făcut posibilă desfășurarea evenimentului, precum și participanților care, cu sufletul mereu tânăr, ne vor fi alături la cea de-a XIV-a Conferință Națională a AMSR.



Cătălin Belinski
Președinte A.M.S.R.

CUPRINS

Editorial.....	pag	3
Comitetul A.M.S.R.....	pag	5
Program A.M.S.R. XIV	pag	6
Detalii organizatorice	pag	9
Cuvântul președintelui	pag	10
În Memoriam Florin Tudose	pag	11
Guest speaker	pag	12
Sâmbătă, 25 octombrie	pag	13
Duminică, 26 octombrie	pag	18
Articol A.M.S.R.	pag	28

COLEGIUL DE REDACȚIE

Editor Șef

Simona Fica

Redactori Adjuncți

Voichița Mogoș; Nicolae Calomfirescu

Membri

Vasile Coca; Augustin Cambosie;

Ioan Coman; Dan Gaiță; Maria Moța;

Cătălina Poiană; Florin Tudose

Secretariat Tehnic

Camelia Lățea

office@amsr.ro

NOUA Viagra®:

- Oferă un mod mai discret de administrare, fără apă¹.
- Tratează disfuncția erektilă la fel de eficient ca și până acum¹.

www.suntbarbat.ro

Discreția care întărește relația

Acum se dizolvă. În doar câteva secunde¹,².



Referințe:

1. Viagra® - Rezumatul Caracteristicilor Produsului, august 2014
2. J.P.W. Heaton et al., European Urology Supplements 1 (2002) 33-37

Viagra® comprimate filmate, comprimate orodispersibile

COMPOZIȚIE CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ: Un comprimat conține citrat de sildenafil echivalent cu sildenafil 25, 50 sau 100 mg. **Indicații terapeutice:** VIAGRA este indicată la bărbați adulți cu disfuncție erektilă. **Doze și mod de administrare:** Doza recomandată este de 50 mg sildenafil administrată cu aproximativ o oră înainte de activitatea sexuală. În funcție de eficacitate și tolerabilitate, doza poate fi crescută la 100 mg sildenafil sau poate fi scăzută la 25 mg sildenafil. Doza maximă recomandată este de 100 mg sildenafil. Frecvența maximă de administrare recomandată este o dată pe zi. Dacă VIAGRA te administrată în timpul mesei, indicându-se efectuarea ei într-un timp scurt înainte de masă, atunci când se autoadministrează în scopul de a îmbunătăți calitatea relației. VIAGRA nu este indicată la persoane cu vârstă sub 18 ani. **Contraindicații:** Hipersemitabilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Este contraindicată administrarea concomitentă a sildenafilului cu donoxidil sau donoxidil cu nitrizi (cum este nitroglicerina) sau cu orice formă de nitrizi. VIAGRA este contraindicată la pacienți la care s-a instalat sindromul vederii la un ochi datorită nevropatiei optice arteriole ischemice, non-arteriole. În cazurile de insuficiență hepatică severă, hipotensiune arterială, stenozarea arterială < 90/50 mmHg, antecedente personale recente de accident vascular cerebral sau de infarct miocardic, boli ereditare degenerative cunoscute ale retinei (cum este retinita pigmentată). Nu trebuie administrată la bărbați la care activitatea sexuală nu este indicată (de exemplu pacienți cu infarct miocardic sever, insuficiență cardiacă severă, insuficiență hepatică (de exemplu ciroză), stenoză aortică, cardiomiopatie hipertrifunică obstructivă, stenoză aortică mitrală, factori preexistenti de risc cardiovascular, defectul anatomic al penisului, afecțiuni predispozante la priapism, tulburări vizuale). **Tratamentul cu bicanatol** este interzis în timpul tratamentului cu VIAGRA. **Interacțiuni cu alte produse medicinale:** Nu se recomandă interacții cu alte tratamente pentru disfuncția erektilă, nu se recomandă administrarea concomitentă a sildenafilului cu nitroglicerina și cu orice formă de nitrizi. **Interacțiuni cu alte produse medicinale:** Nu se recomandă interacții cu alte tratamente pentru disfuncția erektilă, nu se recomandă administrarea concomitentă a sildenafilului cu nitroglicerina și cu orice formă de nitrizi. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** VIAGRA nu este indicată pentru utilizare la femei. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje:** Pacienții trebuie să fie atenți la reacțiile care pot să apară după administrarea VIAGRA, înainte de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** Cel mai frecvent raportat reacție adversă în studiile clinice la pacienți care au primit sildenafil au fost cefaleea, hiperemia facială, dispnee, turburențe vizuale, congestia nazală, amețeli, și disparemia vizuală ale culorilor. **Supradozaj:** În caz de supradozaj, trebuie adoptate măsurile standard de susținere, în funcție de caz. Dacă reacții nu creează siguranță-ul sildenafilului. **Excipienți:** Pentru comprimamentele filmate: lizina, excipienți sunt umiditatea, nucleul celulozic, hidroxiacetat de calciu, amidon, croscarmelolan, sodic, stearat de magneziu. Filmul hiperoscumbil: dioxid de titan (E 171), leucina monohidrat, zinc oxid, lac de aluminiu indigo carmin (E 132), auzalodol, metilceluloză, propilenolol, polivinil acetat, polivinil, aroma conține malto-dextrină, oxidant, aroma naturală conține malto-dextrină, glicerol (E 422), propilfenilglicol (E 1520), aroma de lămâie conține malto-dextrină, alfa-fosforic (E 339). **Precauții speciale pentru păstrare:** Comprimatele filmate se păstrează la temperaturi sub 30°C. Comprimatele orodispersibile nu necesită condiții de temperatură speciale de păstrare. A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de umiditate. **Data revizuirii textului:** august 2014. **Data ultimei reevaluări:** 14.08.2008. Acest medicament se eliberează numai cu prescripție medicală (P-RF). Pentru informații complete de prescriere consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat exclusiv profesionalilor din domeniul medical.



Pfizer România S.R.L., Willbrook Platinum Business Center Șos. București-Ploiești nr. 172-176, Clădirea B, etaj 5, sector 1, cod 013686, București. Tel: +40-21-207.28.00; Fax: +40-21-207.28.01



Comitetul A.M.S.R 2014 – 2018

PREȘEDINTE

BELINSKI CĂTĂLIN *Medic primar urolog*

Competență ecografie
FECSM
(Fellow of European Board of Sexual Medicine)
drbelinski@yahoo.com



VICEPREȘEDINTE

MIHALCA RADU *Medic specialist endocrinologie*

Doctorand
Androlog - Certificat EAA
radu.mihalca@andrologie.ro

MEMBRI

STOIAN DANA *Medic primar endocrinolog*

Doctor în științe medicale
Sexolog
CCD, FECSM, Health Coach
office@centruldr.ro

COCA VASILE *Medicină internă*

Competență ecografie
Master of science in sexology
Licențiat andrologie
cocavasile@gmail.com

SECRETAR

CALOMFIRESCU ADRIAN *Psiholog clinician*

Psihoterapeut
ECPS (European Certified Psycho-Sexologist)
adrian.calomfirescu@yahoo.com

SECRETAR TEHNIC

LĂȚEA CAMELIA office@amsr.ro

021 252 65 53, 0735 530 180

COMITET DE ORGANIZARE

Președinte: Belinski Cătălin

Membri: Calomfirescu Adrian

Mihalca Radu

Stoian Dana

Prodan Mirela

Vesa Elena

Secretariat: Lățea Camelia

COMITET ȘTIINȚIFIC

Președinte: Vasile Lucia Diana

Calomfirescu Nicolae

Cambosie Augustin

Coca Vasile

Coman Ioan

Fica Simona

Poiană Cătălina

Tudose Florin

Voinescu Valentin

Program științific

Sâmbătă, 25 octombrie 2014

Saturday, 25th of October 2014

- 08.00 – 17.00 **Secretariat, expoziție medicală**
- 09.00 – 09.30 **Deschiderea oficială a A.M.S.R XIV**
- 09.30 – 10.00 **Conferința Președintei**
Moderator: Belinski Catalin
Prezintă: Conf. Dr. Psiholog Vasile Lucia Diana – “Rană, agresiune și vindecare”
- 10.00 – 11.00 **Conferințe**
Moderator: Belinski Cătălin
- 10.00 – 10.30 Coca Vasile – “Beneficiile pleiotrope ale inhibitorilor de fosfodiesterază 5”
- 10.30 – 11.00 Stanca Ionuț – “Corelații ale disfuncției erectile cu boala cardiacă ischemică”
- 11.00 – 11.20 **Pauză**
- 11.20 – 12.00 **Conferința ESSM – editia a X-a**
Moderator: Calomfirescu Adrian
Prezintă: Woet Gianotten (Olanda) – “Cancer și sexualitate”
- 12.00 – 12.30 Belinski Cătălin – ”Importanța dialogului cu pacientul în identificarea disfuncției erectile”
- 12.30 – 13.00 Geavlete Bogdan – ”Alegerea tratamentului disfuncției erectile – preferința pacientului”
- 13.00 – 13.30 **Prânz**
- 13.30 - 16.30 **Conferințe**
Moderator: Stoian Dana, Patrichi Bogdan
- 13.30 – 14.00 Calomfirescu Nicolae – “Dorința sexuală diminuată (D.S.D.) – abordare în echipă”
- 14.00 – 14.30 Stoian Dana – “Controversele terapiei de substituție cu testosteron la bărbatul adult”
- 14.30 – 15.00 Patrichi Bogdan – “Efectele antipsihoticelor asupra prolactinei”
- 15.00 – 15.30 Belinski Cătălin – “Disfuncția erectilă: Ce avem nou în abordarea unei vechi probleme”
- 15.30 – 16.00 Calomfirescu Nicolae – “Ejacularea precoce: impact psiho-social și abordări terapeutice”
- 16.00 – 16.30 **Pauză**
Moderator: Vasile Diana, Clatici Victor
- 16.30 – 17.00 Adamescu Eduard – “Disfuncția erectilă și diabetul”
- 17.00 – 18.00 **Atelier interactiv**
 Petrescu Cristian – “Abordarea completă a intimității: planul biologic și planul emoțional”
- 18.00 – 18.30 Clatici Victor Gabriel – “Infecția cu HPV la bărbați: efecte asupra sexualității”
- 18.30 – 19.0 **Conferință**
 Draghici Rozeta – “ Sexualitatea la vârstnic”
- 19.00 – 19.30 **Simpozion satelit Pfizer – “Fenomenul Viagra”**
Moderator: Calomfirescu Nicolae
Prezintă: Belinski Cătălin, Calomfirescu Adrian

Duminică, 26 Octombrie 2014

Sunday, 26th of October 2014

- 08.30 – 16.30 Secretariat, expoziție medicală**
- 08.30 – 09.00 Adunarea Generală A.M.S.R XIV**
- 09.00 – 10.00 Comunicări**
Moderatori: Mihalca Radu, Calomfirescu Nicolae
Prezintă: Coca Vasile
- “Disfuncția erectilă asociată steatozei hepatice reprezintă împreună un predictor mai semnificativ pentru riscul vascular decât fiecare din ele în parte”
 - “Administrarea în cură cronică a iPDES5 în paralel cu îmbunătățirea stilului de viață la obezii tineri cu disfuncție erectilă ameliorează vasodilatația mediată de flux”
 - “Experiența cu TESTIM® în sindromul metabolic cu testosteron total seric normal”
 - “Problemele infertilității masculine tardive” – Calomfirescu Nicolae
 - “Bolile cu transmitere sexuală versus tulburări de dinamică sexuală la femeie” – Brînzan Daniela
 - “Disfuncția erectilă la pacient cu hipogonadism secundar prin tumora testiculară bilaterală metacronă operată” – Belinski Cătălin
- 10.00 – 10.30 Conferință**
 Vasile Diana, Tănase Mânzat Maria – “Recuperarea sexualității din Umbra proprie”
- 10.30 – 11.00 Pauză**
- 11.00 – 12.00 Atelier interactiv**
 Cambosie Augustin – “Vârstele sexualității”
- 12.00 – 12.30 Conferință**
 Mogoș Simona – “Patologia oncologică și disfuncțiile sexuale masculine”
- 12.30 – 13.00 Conferință**
 Rada Cornelia – “Surse de informare privind sănătatea sexuală - reproductivă în România”
- 13.00 – 13.30 Prânz**
- 13.30 – 17.00 Conferințe**
Moderatori: Voinescu Valentin, Calomfirescu Nicolae
- 13.30 – 14.00** Calomfirescu Adrian – “Gândurile clientului”
- 14.00 – 14.30** Voinescu Valentin – “Protezele peniene AMS Spectra®, AMS Ambicor® și AMS 700®: Experiența noastră”
- 14.30 – 15.00** Lupu Sorin – “Reabilitarea peniană după prostatectomie”
- 15.00 – 15.30** Mihalca Radu – “Hormonii reproductivi masculini: mai mult decât sex”
- 15.30 – 16.00** Manu-Marin Andrei – “Tratamentul cu toxina botulinică în incontinența urinară. Protocol de studiu pilot și prezentare de cazuri”
- 16.00 – 16.30 Pauză**
- 16.30 – 17.00 Conferință**
 Neicuțescu Cosmin – “Impactul tratamentului BPH asupra vieții sexuale a bărbatului”
- 17.30 – 18.00 Sesiune interactivă, cazuri clinice dificile, abordare mixtă.**
Participă: Cambosie Augustin, Vasile Diana, Belinski Cătălin
 Calomfirescu Nicolae, Mihalca Radu
- 18.00 – 18.30 Închiderea lucrărilor A.M.S.R XIV**

Când un pacient se prezintă cu...

- Simptome moderate de HBP
- PSA $\geq 1,5$ ng/ml
- VP ≥ 30 ml



+ tamsulosin

Avodart plus tamsulosin – o dată pe zi¹

Apariția evenimentelor adverse asociate grupului cu tratament combinat (dutasteridă+tamsulosin), a fost semnificativ mai mare față de grupul tratat doar cu dutasteridă sau doar cu tamsulosin. Ratele de retragere din cauza evenimentelor adverse asociate medicamentului au fost similare în toate grupurile de tratament.³

Pentru informații și detalii suplimentare vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului din interiorul revistei.

Evenimentele adverse trebuie raportate la biroul local GSK și la ANMDM.

Acest medicament se eliberează numai pe bază de prescripție medicală P-RF.

Referințe:

1. Barkin J et al. *Canadian J Urol* 2008; **15**: 4353–4358.
2. AVODART, rezumatul caracteristicilor produsului, octombrie 2013.
3. Roehrborn CG et al. *Eur Urol* 2010; **57**: 123–131.



GSK SRL
Opera Center One
Str. Costache Negri Nr. 1-5, et. 5 și 6 (Zona 1), Sector 5.
Cod 050552, București, România.
Tel: + 4021 302 8 208
Fax: + 4021 302 8 209
www.gsk.ro, medical.ro@gsk.com,
farmacovigilenta.romania@gsk.com, www.sanatate.gsk.ro

DETALII ORGANIZATORICE

Primirea participanților

Cea de-a XIV-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu participare internațională se desfășoară în București, Hotel Capital Plaza, în perioada 25-26 octombrie 2014.

Limba oficială

Limba oficială este româna. Conferințele ESSM, ale Societăților afiliate la ESSM și Conferințele invitate vor fi susținute în limba engleză.

Înregistrarea participanților

Toate materialele Conferinței se găsesc la Secretariatul Conferinței.

Programul Secretariatului:

- Sâmbătă, 25 octombrie, orele 08.00-17.00
- Duminică, 26 octombrie, orele 08.00-16.30

Expoziția medicală

Pe durata Conferinței se va desfășura expoziția medicală pe care vă invităm să o vizitați:

- Sâmbătă, 25 octombrie, orele 08.00-17.00
- Duminică, 26 octombrie, orele 08.00-16.30

Detalii tehnice pentru vorbitori

Pentru lucrările care necesită proiecție, autorii sunt rugați să contacteze secretariatul tehnic cu cel puțin 1 oră înaintea începerii sesiunii sau în pauze.

Taxe de participare (on site)

Membri A.M.S.R.:	500 RON
Medici/ Psihologi:	600 RON
Medici generaliști:	500 RON
Rezidenți:	250 RON
Studenti:	250 RON
Medici seniori	200 RON

Taxa de participare se poate plăti la Secretariatul Conferinței și include: accesul la toate sesiunile și la expoziția medicală, materialele Conferinței, inclusiv volumul de Rezumate, diploma de participare, accesul la cine, prânzuri și pauzele de cafea. Pentru înscrierile pe parcursul Conferinței, Comitetul de Organizare nu poate garanta primirea tuturor materialelor Conferinței.

Înscrierile ca membru A.M.S.R.

Se pot face la Secretariatul Conferinței pe toată durata evenimentului prin completarea formularului de înscriere și plata cotizației pe 2014. Vă rugăm să contactați Secretariatul Conferinței pentru mai multe informații și detalii.

Logistică și cazare

Integratorul de servicii al Comitetului de Organizare este SC VANTOUR EXIM SRL. Pentru informații legate de cazare, vă rugăm să contactați agentul Vantour la Secretariatul Conferinței.



Cuvânt înainte

Dragi colegi,

Mă bucur și mă simt onorată să am ocazia să mă adresez dumneavoastră, celor interesați de evenimentele științifice organizate de Asociația de Medicina Sexualității din România, în calitate de președintă a celei de a XIV-a Conferință Națională de Medicina Sexualității. După 7 ani de participare la conferințele AMSR, în care am întâlnit profesioniști

care contribuie la creșterea calității vieții celor care se confruntă cu suferința fizică și psihică, poziția de președintă, pe lângă onorantă, este și plină de responsabilitate.

M-am alăturat echipei AMSR cu încredere în capacitatea celor două profesii, cea de medic și cea de psiholog, de a crea punți de colaborare între specialiști, dar și între specialiști și oamenii care au nevoie de un plus de bine în viața lor. Această încredere a crescut cu fiecare eveniment la care am participat, cu fiecare discuție avută cu colegii din AMSR, cu fiecare nouă clarificare asupra funcționării și dezvoltării umane. Calitatea acestora mă face să continui colaborarea și eforturile de a dezvolta aria comună de interes: sănătatea sexuală.

Anul acesta conferința oferă noi oportunități de progres științific și uman prin prelegerile, mesele rotunde, atelierile interactive, posterele cu lucrări științifice și simpozioanele satelit susținute de profesioniști din medicină și psihologie. Unii dintre aceștia sunt bine cunoscuți publicului stabil al conferinței, însă ne bucurăm să avem și profesioniști noi. Aceștia din urmă le spunem un cald „Bine ați venit!” și îi invităm să ni se alăture și la întâlnirile științifice viitoare. Progresul pe care îl vizăm este cu atât mai necesar cu cât numărul colaborărilor internaționale a crescut, posibilitățile de cercetare sunt mai numeroase, există mai multe și mai variate instituții care susțin cercetarea, învățământul și aplicațiile practice. Astfel, există condiții prielnice ca cele două domenii științifice să evolueze și să genereze, împreună, dar și separat, creșterea nivelului calității vieții.

Vă urez tuturor o conferință plină de rezultate rodnice și succes în proiectele profesionale și personale!

Diana Lucia Vasile
Președinta Conferinței



In Memoriam **Prof. Dr. Florin Tudose**

Prof. dr. Florin Tudose, unul dintre cei mai cunoscuți psihiatri români, a încetat din viață la 12 octombrie, în urma unui infarct. Florin Tudose a fost șeful secției de psihiatria a Spitalului Universitar din București. În 1980 a înființat primul centru de sănătate mintală din România, împreună cu prof. dr. Constantin Gorgos. În 1999 a devenit profesor universitar, predând cursuri de psihiatrie, psihopatologie și psihologie clinică. A fost autor sau coautor a peste 30 de cărți de specialitate și 200 de articole științifice. Dintre lucrările publicate amintim:

- „Vademecum în psihiatrie” (1985),
- „Orizonturile psihologiei medicale” (2003),
- „Sindroame rătăcitoare” (2005),
- „Psihiatrie în practica medicală” (2007),
- „Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi” (2011),
- „Psihiatria medicului de familie” (2013),
- „Psihopolitica” (2014).

Prof. Dr. Florin Tudose a fost membru activ al A.M.S.R și Președintele Conferinței Naționale a A.M.S.R. Din 2009, desfășurată la Brăila.



ESSM SPEAKER

Woet Gianotten

Woet Gianotten is a Dutch MD-psychologist who started his medical career as a tropical doctor in West and East Africa.

After that, he changed to contraception and sexology. He is emeritus lecturer in Medical Sexology in Utrecht and Rotterdam (the Netherlands).

For more than 35 years, he has been involved in the various complexities of sexuality and intimacy in people and couples with chronic disease, physical impairment, cancer and ageing.

Currently, he is a consultant in oncosexology and physical rehabilitation sexology.

He is one of the founders and board members of the International Society for Sexuality and Cancer.

Until 2013 he was a member of the Executive Committee of WAS, the World Association for Sexual Health. As a member of the Education Committee of the European Society of Sexual Medicine, a major part of his time is devoted to teaching about the various aspects of sexuality in relation to disease.

Cancer and Sexuality

Cancer and its treatment tend to destroy many aspects of the sexual function, sexual identity and sexual relationship. In spite of that, sexuality and intimacy are not discussed in cancer patients. Most patients and their partners are scared to talk. Most oncology professionals are scared to discuss sex and most sexology professionals are scared to deal with cancer.

And so, the silence goes on!

The result is sadness, diminished pleasure and a diminished quality of life.

Besides, the patient and couple lack the health benefits of sexual expression (no oxytocin effects, no mood enhancement, no muscle relaxation, no increased pain threshold and no neuroregeneration).

On the other hand, when sexuality is properly addressed, the professional relationship with the patient will improve, as well as the adherence (i.e. following the therapeutic recommendations).

This presentation will mention briefly the sexual consequences of cancer and its treatment and some solutions. However, to really tackle this problem, the most important seems to gradually motivate the oncology professionals to pay attention to sexuality and intimacy. I'll try to give some directions on how to do so.

No approach in oncology care deserves the term holistic as long as sexuality and intimacy have not been addressed.

Rană, agresiune și vindecare

Conf. Univ. Dr. Diana Vasile, Psiholog clinician și psihoterapeut principal, Universitatea Hyperion, ianavlucia@gmail.com

Cele trei cuvinte exprimate în titlul prezentării se află în centrul profesiei de medic și psihoterapeut. De aceea, este necesară o constantă preocupare de a fi înțelese cât mai profund în dinamica lor. Prezentarea aceasta este centrată pe teoria profesorului și psihoterapeutului german Franz Ruppert referitoare la traumatizarea psihică și efectele ei în planul întregii dezvoltări umane, adică psiho-corporale, precum și aplicațiile sale în dezvoltarea și terapia tulburărilor psihosexuale. Teoria se referă la existența a trei tipuri de structuri psihice ce apar în urma traumatizării psihice, adică prin supunerea psihicului la diverse forme de agresiune, directă sau indirectă, dorită sau nedorită: structuri sănătoase, structuri supraviețuitoare și structuri traumatizate.

În cazul fiecăruia dintre cele două studii de caz sunt descrise aceste structuri și manifestările acestora, precum și modul unic de îmbinare a lor. Structurile traumatizate cuprind sentimentele de neputință, teamă de moarte, durere fizică și psihică, furie pură. Structurile supraviețuitoare cuprind gânduri autoculpabilizatoare, de obținere a forței și puterii prin acțiuni de tip efort intelectual, fizic, balansul între căutarea și evitarea relațiilor, inclusiv a celor medicale, dificultăți psihosomatice, dependențe de muncă sau sport, autoagresiuni și hetero-agresiuni etc. Structurile sănătoase caută rezolvarea dificultăților, rezolvarea conflictelor, acceptă experiențele traumatizante, învață, se dezvoltă etc.

Sunt prezentate și câteva maniere de abordare a relațiilor cu aceste persoane de către medici și psihologi, printre care: acceptarea efectelor vizibile și mai puțin vizibile ale rănilor, gestionarea manifestărilor agresive, stimularea prin cuvinte și atitudini ale părților sănătoase.

Beneficiile pleiotrope ale inhibitorilor de fosfodiesterază 5

Coca Vasile, Spital Județean Urgență - Cl. Endocrinologică, Cab. Andrologie & Medicina Sexualității, U.M.F. "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România.

BACKGROUND: Inhibitorii de fosfodiesterază 5 (iPDE5), care au primit avize favorabile de eliberare pe piața farmaceutică în perioada 1998 – 2003 (Sildenafil®, Vardenafil®, Tadalafil™), s-au dovedit, în timp, molecule valoroase terapeutic în variate alte tulburări clinice, în afara celor cărora, inițial, le-au fost destinate: 1.Disfuncția erectilă; 2.Ejacularea precoce; 3.Hipertensiunea pulmonară esențială.

OBIECTIVE: Scopul prezentării de față este de a evidenția o serie de efecte adiacente ale iPDE5, datorate unor mecanisme distincte și care, pe de o parte, le cresc valoarea curativă, iar pe de alta, demitizează o serie de riscuri relevate speculativ după lansarea acestor substanțe.

METODĂ: Documentarea a presupus identificarea unei bibliografii, care a cuprins 61 de articole din literatura perioadei 1996 – 2012, furnizate de 4 website-uri de specialitate (eMed, Medscape, FDA și NRH). O singură citare a fost mai veche (1979), reprezentând însă sursa pentru un instrument (Hamilton Rating Scale for Depression) folosit în evaluarea depresiei. Au fost analizate efectele extra-sexuale și extra-(circulator)pulmonare relevate de meta-analize, trialuri clinice randomizate și review-uri.

REZULTATE: În urma analizei datelor furnizate de literatură, au fost sistematizate beneficiile pleiotrope, specifice sau de clasă, ale celor trei iPDE5 în: boli cardiace, ischemie periferică, risc protrombotic, boli eso-gastrice, disfuncția β-insulară, boli neurologice, afectări psiho-comportamentale,



sindromul uretral din hipertrofia de prostată. Mecanismele moleculare ale farmacodinamicii iPDE5 includ, prin menținerea concentrației de cGMP datorită inhibării PDE5, o activare mai susținută a proteinkinazei G (PKG). Aceasta, la rândul ei, menține restricționarea Ca^{2+} în reticulul endoplasmatic, deschide canalele K_{ATP} mitocondriale, controlează canalele ionice membranare (Ca și K) și inhibă activarea RhoA-Rho kinazică din celulele diverselor țesuturi ale organelor și funcțiilor beneficiare. Ca atare, tratamentul DE asociată (secundară) unor factori de risc clinici, se poate adresa benefic și acestora din urmă.

CONCLUZII: În opinia mea, pleiotropismul pozitiv al iPDE5 le asigură o mai largă eficacitate și siguranță în utilizare și o mai bună adresabilitate a pacienților, contribuind implicit la creșterea calității vieții bărbaților cu DE de vârste și comorbidități variate.

Corelații ale disfuncției erectile cu boala cardiacă ischemică

Dr. Stanca Ionuț, medic primar cardiolog, Spitalul Universitar de Urgență Elias

Disfuncția erectilă este o afecțiune la fel de frecventă ca boala cardiacă ischemică și se estimează că reprezintă prima manifestare de afecțiune cardiovasculară la peste 30% din pacienți, astfel disfuncția erectilă fiind un predictor pentru apariția bolii cardiovasculare. Această legătură se explică prin faptul că disfuncția erectilă, pe lângă componenta psihogenă, este o boală vasculară, datorită afectării aterosclerotice. Studii noi au observat că magnitudinea leziunilor ateromatoase coronariene se asociază invers proporțional cu funcționalitatea sexuală.

Riscul de boală coronariană este de 40-50 ori mai mare la pacienții cu tulburări de dinamică sexuală, iar disfuncția erectilă precede cu aproximativ 3-5 ani boala cardiovasculară, reprezentând un semnal de alarmă puternic, care trebuie să aducă pacientul la un doctor cardiolog. Factorii de risc pentru disfuncția erectilă sunt aceiași ca și pentru bolile cardiovasculare (obezitatea, sedentarismul, hipertensiunea, diabetul etc), astfel încât corectarea acestor factori duce atât la corectarea disfuncției erectile, cât și la prevenția bolii coronariene.

De asemenea, disfuncția erectilă este un factor de predicție și pentru boala vasculară periferică, astfel că nu trebuie considerată ca o boală benignă a organelor genitale masculine, ci ca un marker al bolii vasculare sistemice. Ateroscleroza arterelor iliace duce la scăderea fluxului sangvin la nivelul organelor genitale și, implicit, la disfuncție erectilă.

Legătura dintre disfuncția erectilă și ateroscleroză este reprezentată de scăderea oxidului nitric – NO, care are efect dilatator. Factorii de risc asociați cu această boală (diabetul, hipertensiunea arterială, tabagismul și dislipidemia) determină stres oxidativ și lezează celulele endoteliale, cu secreția unei cantități scăzute de NO și astfel cantități insuficiente de guanozin trifosfat se transformă în guanozin monofosfat. Rezultatul final este creșterea cantității de calciu intracelular, ceea ce determină vasoconstricție în corpii cavernoși, cu scăderea fluxului penian.

Un alt aspect important este reprezentat de faptul că prezența bolii cardiovasculare nu reprezintă contraindicație pentru o viață sexuală normală, atât timp cât pacienții sunt tratați corespunzător. Se știe că betablocantele și statinele folosite ca tratament la pacienții cu boală cardiacă pot agrava disfuncția erectilă. Pentru disfuncția erectilă se folosesc medicamente de tipul inhibitorilor de 5 fosfodiesterază, cu efect vasodilatator și cu efect de furt coronarian.

În concluzie, disfuncția endotelială este factorul subiacent comun în disfuncția erectilă și în boala cardiacă ischemică. Atunci când ne aflăm în fața unui pacient tânăr cu disfuncție erectilă și factori de risc cardiovascular, trebuie să luăm măsuri agresive de prevenție și tratament, pentru a evita complicațiile cardiovasculare.

Controversele terapiei de substituție cu testosteron la bărbatul adult

*S.L. Dr Stoian Dana, MD, PhD, CCD, FECSM, Departament Obstetrică Ginecologie
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, România*

Sindromul deficitului parțial de testosteron, cu debut la viața adultă, este o certitudine etiopatogenetică la bărbați.

Prevalența, momentul apariției și factorii precipitanți sunt cunoscuți. Până în cursul acestui an, tratamentul de substituție era recomandat cu lejeritate la acești pacienți.

Numeroase studii negative au apărut odată cu ianuarie 2014, referitoare la asocierea negativă a terapiei substitutive cu testosteron și infarctul miocardic: dublarea riscului în primele 90 de zile de la administrare la bărbații sub 65 de ani, cu istoric cardiovascular pozitiv, respectiv la toți bărbații de peste 65 de ani, indiferent de istoricul cardiovascular.

Reacțiile ulterioare au fost controversate. În egală măsură, schimbarea stilului de viață, scăderea ponderală, efectuarea efortului fizic intensiv și reglarea periodicității vieții sexuale determină normalizarea testosteronemiei endogene.

Se pune întrebarea: ce alegem noi, ca și clinicieni: nicio atitudine, terapie de substituție sau schimbarea stilului de viață?

Efectele antipsihoticelor asupra prolactinei

Dr. Bogdan Patrichi, Șef de Lucrări – UMF "Carol Davila", Medic Primar Psihiatre, Doctor în Științe Medicale, Șef Secție IX Clinic Psihiatrie – Spital "Al. Obregia"

Anomaliile neuroendocrine și, în special, hiperprolactinemia sunt frecvent întâlnite la pacienții cu schizofrenie tratați cu antipsihotice, contribuind la riscul apariției unor complicații medicale precum ginecomastia, galactoreea, amenoreea, disfuncțiile sexuale, tumorile mamare, osteoporoza și afecțiunile prostatei. Prin proprietatea de antagonism dopaminergic, unele antipsihotice determină creșterea secreției de prolactină, perturbând astfel funcționarea axei hipotalamo-hipofizo-gonadale. Acest efect advers este direct proporțional cu capacitatea de antagonizare a receptorilor D2 situați la nivelul sistemului nervos central. Chestionarea directă în privința efectelor adverse este mai utilă decât măsurarea prolactinemiei fără a lua în considerare tabloul clinic, deoarece prolactinemia nu se corelează întotdeauna cu manifestările sale clinice. Pentru a preveni sau trata cât mai precoce efectele adverse cauzate de hiperprolactinemie, pacienții cu schizofrenie tratați cu antipsihotice trebuie monitorizați de rutină, atât anterior inițierii medicației psihotrope, cât și pe parcursul tratamentului.



Disfuncția erectilă și diabetul

Eduard Adamescu, Spitalul Clinic "N. Malaxa"

Tulburările de dinamică sexuală sunt comune la bărbații cu diabet zaharat.

Ele sunt determinate în special de lipsa unui control glicemic corect pe termen lung care conduce la apariția complicațiilor nervoase și vasculare.

Apariția acestor tulburări poate fi legată și de alte afecțiuni existente frecvent la persoanele cu diabet, cum ar fi hipertensiunea arterială și boala cardiacă ischemică.

Tratamentul depinde de cauze, care pot fi psihologice sau fizice, legate sau nu de diabet.

Abordarea completă a intimității: planul biologic și planul emoțional

Psih. Cristian Petrescu, Psihoterapeut de familie principal, Spitalul Socola, Iași

Accepțiunea contemporană despre definirea vieții de cuplu a suferit (datorită influențelor sociale) o trecere vizibilă de la "relația disciplinată" la "relația performantă". Au scăzut în prezent accentul și atenția pentru dragoste, afect, iubire, armonie relațională (acestea aparțin relației disciplinate, care are reguli, valori, principii, ierarhie, granițe) și interesul s-a mutat către erotism, sexualitate, instinct, relație fizică și potrivire sexuală, varietate sexuală, satisfacție fiziologică, senzații, plăcere (aspecte care aparțin mai mult "competiției" și "performanței").

În mod practic, în ședințele de psihoterapie, se împarte relația de cuplu după trei aspecte, corespunzătoare unor funcții ale cuplului:

1. Funcția de securitate a cuplului, unde vom aborda concret încrederea partenerilor, protejarea relației în fața altora, spațiul personal și sinceritatea
2. Funcția economică, în care vom analiza împreună modalități de a lua decizii pentru aspectele economice și financiare ale unei relații, implicarea în efort a partenerilor și distribuirea beneficiilor, a confortului și relaxării (economie însemnând și timp, energie, efort nu doar la bani)
3. Funcția biologică – aici vorbim despre sex și sexualitate, relaționare în cadrul intimității, mituri și credințe ce afectează viața sexuală în cuplu

Aceste aspecte sunt analizate în ședințele de psihoterapie și apoi puse în lumină acțiunile ce au loc zi de zi în viața de cuplu, prin calcularea timpilor de a fi "separat", "împreună cu" și "pentru celălalt".

Cuplul modern are o disfuncție a acestor perioade, care ajunge să dezechilibreze relația, iar psihoterapia previne și ajută eficient.

HPV infection in men – the effects on sexuality

Victor Gabriel Clatici, University of Medicine and Pharmacy „Carol Davilla” Bucharest, Romania
Ana Maria Veronica Draganita, Dermatology Unit - Colentina Clinical Hospital, Bucharest, Romania

Human papillomavirus (HPV) infection is an extremely prevalent sexually transmitted infection that is typically acquired soon after the onset of sexual activity.

The burden of HPV-related malignant and nonmalignant disease is high in men and women. High-risk or oncogenic types of HPV cause cervical, vaginal, and vulvar cancer in women and anal and genital cancer in men.

Human papillomavirus (HPV) is commonly found in the genital tract of men and women with or without any clinical lesion and Human papillomavirus (HPV) infection is estimated to be the most common sexually transmitted infection.

Genital warts (a specific location of HPV infection) are associated with psychosocial stigma, depression, and lower quality of life.

In addition to the disease burden associated with HPV infection in men—anogenital cancer, oral cancer, RRP, and genital warts—another major clinical consequence of male HPV infection is the potential to infect women, where it may lead to substantial morbidity and mortality.

The authors present an up-to-date on epidemiology and risk factors for HPV infection in men and highlight the impact on sexuality of HPV infection.

Sexualitatea la vârstnic

Dr. Rozeta Drăghici, Psiholog clinician și psihoterapeut principal,
Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie “Ana Aslan” București

Sexualitatea la vârstnic este o culminare a tuturor proceselor de dezvoltare pe care persoana le-a trăit până atunci. Cele mai multe schimbări se petrec subtil și persoana continuă să se vadă pe sine însăși ca fiind aceeași care a fost întotdeauna.

Conform Teoriei Activității, cu cât persoana este mai activă și are mai multe roluri, cu atât îi crește satisfacția de viață și cu atât va trăi mai mult. Multe persoane vârstnice cred că activitatea este cheia îmbătrânirii frumoase.

Teza de bază a Teoriei Continuității spune că fiecare persoană gestionează perioada vârstei a treia în manieră similară cu cea în care a gestionat perioadele anterioare de viață. Se pare că cel mai important semn de satisfacție nu este numărul absolut de roluri sau activități, ci cât de aproape este nivelul de activitate de nivelul pe care îl dorește individul.

Cele două teorii par să fie adevărate mai ales în ce privește sexualitatea. Dacă persoana a dezvoltat o integritate a eului, atunci are o șansă mai mare de a accepta sexualitatea și de a simți că deține controlul. Satisfacția în viața sexuală de până la vârsta a treia este cel mai bun predictor al satisfacției sexuale la vârsta a treia .

Activitatea sexuală la persoanele mai în vârstă continuă să fie o expresie sexuală satisfăcătoare și se leagă mai direct de motivația, nevoile și satisfacția partenerilor. Studiile de caz pot arăta perspective diferite asupra exprimării sexualității. De fapt vârstnicii spun de multe ori că activitatea lor sexuală nu descrește, ci evoluează.

Disfuncția erectilă asociată steatozei hepatice reprezintă împreună un predictor mai semnificativ pentru riscul vascular decât fiecare din ele în parte

Coca V, Spitalul Județean de Urgență;

Deák E, Institutul Inimii;

Coman I, Spitalul Municipal general, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România;

Georgescu C, Spitalul Județean de Urgență.

BACKGROUND: Disfuncția erectilă (DE) sau steatoza hepatică (SH) sunt dovedite ca semnificativ predictibile pentru riscul vascular (RV) la vârsta mijlocie (Chew et al. 2008; Lizardi-Cervera and col. 2009). Nu există, însă, date despre intensitatea predicției coexistenței ambelor stări patologice pentru RV.

OBIECTIVE: Să evaluăm semnificația predictibilității comorbidității SH și DE pentru RV comparativ și a aceleia pentru fiecare dintre ele în parte.

METODĂ: Dintr-o cohortă studiată cu cca. zece ani înainte (vezi conferințele AMSR din 2006 și 2009) am reselectat și regrupat 180 cazuri astfel: gr. A = DE + SH; gr. B = DE; gr. C = SH; gr. D = obezitate simplă (OB); gr. E = hiperlipoproteinemie izolată (HLP) (fiecare grup = 36 persoane). Participanții au fost inițial (V1, 2002 - 2003) indemni pentru hipertensiune arterială (HTA), grosimea intimei-medii crescută (GIM↑) la artera carotidă și boală coronariană (BC). Prevalența acestora a fost evaluată în grupurile actuale (V2; 2014), gr. A fiind apoi comparat cu fiecare din celelalte.

REZULTATE: Vârsta medie: V1 = 52.36 ± 5.78 (43 – 60 ani); V2 = 62.08 ± 6.2 (53 – 68 ani). Semnificația comparației prevalenței parametrilor clinici la V2: Gr. A vs. Gr. B: HTA: $P < 0.05$; GIM↑: $P < 0.001$; BC: $P < 0.05$. Gr. A vs. Gr. C: HTA: $P < 0.05$; GIM↑: $P < 0.001$; BC: $P < 0.001$. Gr. A vs. Gr. D: HTA: $P < 0.001$; GIM↑: $P < 0.001$; BC: $P < 0.001$. Gr. A vs. Gr. E: HTA: $P < 0.01$; GIM↑: $P < 0.02$; BC: $P < 0.1$.

CONCLUZIE: Comorbiditatea SH-DE la vârsta medie reprezintă o predicție pentru RV mai semnificativă decât fiecare din ele separat, mai importantă decât cea indusă de OB simplă și comparabilă cu cea conferită de HLP.

Administrarea în cură cronică a iPDE5 în paralel cu îmbunătățirea stilului de viață la obezii tineri cu disfuncție erectilă ameliorează vasodilatația mediată de flux

Coca V, SJU - Cl. Endocrinologie, Cab. Andrologie & Medicina Sexualității – Cluj-Napoca, România

Deák E, Institutul Inimii „Niculae Stăncioiu” – Cluj-Napoca, România

Popițan M, Centrul de Diabet și Nutriție – Bistrița, România

Gribowski M, Centrul Medical „Regina Maria”, Cab. Diabet – Cluj-Napoca, România

Coman I, Spital Municipal, Secția Urologie – Cluj-Napoca, România

BACKGROUND: Vasodilatația mediată de flux (VMF) la artera brahială este metoda standard de diagnostic non-invaziv a disfuncției endoteliale (DEnd). Patogeneza disfuncției erectile (DE) la obezii include preponderent DEnd. Ameliorarea DEnd numai după optimizarea stilului de viață sau doar după iPDE5 nu este însă incontestabilă în literatură (Keogh et al. 2007, Robinson et al. 2006).

OBIECTIVE: Evaluarea VMF după concomitența optimizării stilului de viață cu administrarea iPDE5 la obezii tineri cu DE.

REZULTATE: 168 de tineri obezii cu DE (IMC = 30.0 – 39.9 kg/m²; Vârstă = 28 – 40 ani [36.72 ± 3.07]) și DEnd (dilatarea indusă de flux la artera brahială în status postischemic < 10%) au fost repartizați în: gr. A = stil de viață optimizat și iPDE5 în cură cronică; gr. B = stil de viață optimizat; gr. C = iPDE5 în cură cronică; gr. D = necontrolați therapeutic. În fiecare grup n = 42 cazuri. iPDE5: sildenafil 50 mg/tb. de minim trei ori/săptăm., timp de 8 săptămâni, sau tadalafil 10 mg/tb./3 zile regulat, timp de 8 săptămâni. Greutatea, Funcția Erectilă (scorul IIEF-5) și VMF ale primelor trei grupuri s-au comparat cu gr. D.

REZULTATE: Greutate: Gr. A vs. gr. D = P < 0.001; Gr. B și gr. C vs. gr. D = P < 0.01. Scorul IIEF-5: Gr. A vs. gr. D = P < 0.001; Gr. B vs. gr. D = P < 0.5; Gr. C vs. gr. D = P < 0.05; VMF: Gr. A vs. gr. D = P < 0.001; Gr. B și gr. C vs. gr. D = P < 0.8. comparând gr. A cu gr. D și aplicând regresia nelineară s-a găsit o diferență semnificativă: r = -0.81, P < 0.0001.

CONCLUZII: Optimizarea stilului de viață și cura cronică de iPDE5 ameliorează VMF la obezii tineri cu DE, dar numai dacă ambele sunt urmate concomitent.



Experiența cu **TESTIM®** în sindromul metabolic cu testosteron total seric normal

(Activitatea Cabinetului de Andrologie și Medicina Sexualității a Cl. Endocrinologie Cluj-Napoca)

Coca V, SJU Cluj-Napoca - Cl. Endocrinologică

Bala C, SJU Cluj-Napoca - Centrul de Diabet

Coca MC, SJU Cluj-Napoca - Laborator Clinic Central

Culda L, Cabinete de M.F; Cluj-Napoca, România

Mureșan I, Cabinete de M.F; Cluj-Napoca, România

Georgescu C, JU Cluj-Napoca - Cl. Endocrinologică

BACKGROUND: Obezitatea abdominală (OBA) este expresia insulinorezistenței (IR) și a sindromului metabolic (SMet), OBA fiind frecvent corelată invers cu testosteronemia totală la bărbatul de vârstă mijlocie. Administrarea cronică de testosteron (T) poate ameliora circumferința abdominală (CA) prin scăderea adipozității periviscerale.

OBIECTIVE: Dezvoltarea experienței privind eficacitatea și tolerabilitatea preparatului TESTIM® (testosteron gel) la bărbații cu sindrom metabolic și testosteronemie normală, comparativ cu pacienți similari, ne-utilizatori de substituție testosteronică.

METODĂ: La 19 bărbați de vârstă mijlocie (44.26 ± 4.5 ani: 35.6 – 49.3 ani) și SMet (IDF, 2005) (Gr. A), s-au urmărit CA, glicemia a jeun (Gly), trigliceridemia (TG), HDLc-mia, valorile TAS și TAD precum și T, FSH serice și de hematocrit (HT), înainte (V1) și după 2 luni de Testim® (V2). Rezultatele s-au comparat cu evoluția unui grup martor (20 persoane; Gr. B) cu SMet și vârsta de 42.7 ± 6.3 ani. Ambele grupuri au primit indicații similare de dietă și mișcare fizică. T (V1) a fost: Gr. A = 4.05 ± 1.77 ng/ml, Gr. B = 3.9 ± 1.4 ng/ml (VN = 2.25 – 9,72 ng/ml, CMIA, MedLife).

REZULTATE: Au fost semnificative pentru CA: Gr. A, V1 vs V2: $P < 0.02$; Gr. A(V2) vs. Gr. B(V2): $P < 0.05$, și pentru TAS: Gr. A, V1 vs V2: $P < 0.05$; Gr. A(V2) vs. Gr. B(V2): $P < 0.05$. T la V2 a fost la Gr. A = 5.47 ± 1.15 ng/ml (vs. V1, $P < 0.5$) și Gr. B = 3.98 ± 1.23 ng/ml ($P < 0.05$). HT $\geq 50\%$: Gr. A = 1 (5.26%), Gr. B = 0. FSH a rămas nemodificat la V2 vs. V1 la ambele grupuri.

CONCLUZII: În SMet, TESTIM® contribuie semnificativ la reducerea CA și ameliorează HTA reducând TAS. TESTIM® nu alterează testosteronemia, nu crește semnificativ HT și nu modifică nivelul FSH.

Infertilitatea tardivă

Dr. N.Calomfirescu

Definiția OMS cu privire la cuplul infertil este clară și datează din secolul trecut.

Uneori, cuplurile nu se gândesc la copilul lor decât târziu sau la o nevoie.

Vă prezint un caz constrâns tare de nevoie:

- El – 48 ani, cancer prostatic
- Ea – 39 ani, nu a fost supusă niciodată unui control de specialitate.

Problema: ne gândim la un copil al nostru și ne grăbim.

Din fericire pentru cuplu, el are o spermogramă normală, ceea ce creează premiza unui FIU reușit, la care ea nici nu s-a gândit.

Bolile cu transmitere sexuală versus tulburări de dinamică sexuală la femeie – Alternative Terapeutice

Dr. Daniela Brînzan, Dr. Lucian Păiușan

Bolile cu transmitere sexuală – BTS - reprezintă entitatea patologică cu cea mai mare adresabilitate către cabinetul ginecologic. Tulburările de dinamică sexuală frecvent întâlnite la femeile cu BTS sunt dispareunia și, secundar acesteia, vaginismul și anorgasmia. Aceste tulburări de dinamică sexuală se pot permanentiza, prin reactivări secundare, fără a exista neapărat modificări organice locale care să le motiveze. Se poate astfel ajunge la afectarea severă a bunăstării, atât a femeii cât și a cuplului, putând în timp să se ajungă la o adevărată problemă socială.

Studiul a fost realizat pe un grup de 50 paciente selectate într-un an în cabinetul nostru. Metodele de diagnostic utilizate au fost anamneza, examenul clinic, testul Babeș-Papanicolau, examenul bacteriologic al secreției endocervicale și testele serologice. Cel mai frecvent au fost diagnosticate infecțiile cu *Candida albicans* și infecțiile bacteriene (*Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* și *Streptococ agalactiae* hemolitic de grup B. Mai rar, au fost incriminate infecțiile virale (Herpes simplex) sau parazitare (*Trichomonas vaginalis*)

Tratamentul efectuat a avut în vedere măsuri generale pentru ambii parteneri (repaus sexual, educarea comportamentului igienic, reechilibrare psihică și consilierea pacientei pentru profilaxia dispareuniei secundare BTS) și măsuri specifice (tratamentul general și local specific agentului etiologic, laseroterapie focalizată). De remarcat este faptul că asocierea terapiei laser în tratamentul BTS a adus îmbunătățiri semnificative atât în ameliorarea simptomatologiei locale mai ales în cazul formelor „zgomotoase” de BTS (infecțiile candidozice, trichomoniazice, herpetice) dar și în ameliorarea proceselor inflamatorii ale organelor genitale interne secundare BTS (infecții chlamidene, cu *Gardnerella*, cu *Streptococ beta hemolitic*) și respective în fertilitatea cuplului, dar mai ales a adus îmbunătățiri în disfuncțiile sexuale asociate BTS. Am avut doar un singur caz care a necesitat consiliere la psiholog datorită perpetuării dispareuniei prin reactivări secundare datorită unor probleme personale.

Disfuncția erectilă la pacient cu hipogonadism secundar prin tumoră testiculară bilaterală metacronă operată

C.Belinski, A.Manu, C.Neicutescu, N.Calomfirescu

Prezentare de caz a unui pacient de 41 de ani, cu tumoră testiculară stângă operată în urmă cu 9 ani, diagnosticat cu tumoră testiculară dreaptă. Se practică orhidectomie dreaptă pe cale inghinală cu vibdecare “per primam”. Revine la 3 luni cu DE și hipogonadism secundar. Tratament de specialitate conform ghidurilor, cu evoluție favorabilă în final.



Recuperarea sexualității din Umbra proprie

Lect. univ.dr. Maria Tanase Mânzat,

Psihoterapeut analist principal, Universitatea Hyperion, marion_arpt@yahoo.com

Conf. Univ. Dr. Diana Vasile,

Psiholog clinician și psihoterapeut principal, Universitatea Hyperion, dianavlucia@gmail.com

Umbra este ființa inferioară și întunecată din noi înșine, tot ceea ce noi nu punem conștient în joc, ceea ce nu ne place și nu vrem să fim, tot ceea ce am învățat prin experiența familială și socială nemijlocită că nu este bine să fim. Confruntarea și asumarea fațetelor Umbrei determină însă trăirea întregirii psihicului, scopul principal al dezvoltării personale fiind întregirea ființei psihice, lărgirea sferei conștienței. Cu atât mai mult cu cât prin „întunecată” se înțelege atât ceva negativ, cât și ceva ce nu este încă luminat de conștiență, dar care nu este negativ în sine. În cultura noastră (și nu numai), sexualitatea, fie în întregul său, fie fațete ale sale, este unul dintre conținuturile principale ale Umbrei.

Acceptarea și recuperarea conștientă a acestor conținuturi implică maturizarea psihică, îmbogățirea și întregirea vieții.

Vom prezenta demersul de recuperare a anumitor conținuturi ale Umbrei și efectele acestei recuperări în viața personală prin procesul psihoterapeutic de tip analitic, jungian.

Patologia oncologică și disfuncțiile sexuale masculine

Simona Juliette Mogoș, Dorina Gagiu, Voichița Mogoș, Universitatea de Medicina și Farmacie „Gr. T. Popa”, Clinica de Endocrinologie, Spitalul „Sf. Spiridon”, Iași

Cancerul de prostata este principala malignitate a bărbaților. După crio-chirurgie rata DE este de 56.2%. În funcție de calitatea PR nivelul disfuncției erectile oscilează între 11-87 % . Terapia radicală a cancerului de prostată determină efecte diferite asupra funcției erectile în raport cu posibilitatea conservării unei bandelete nervoase (47 %) sau sacrificării ambelor bandelete (78%). DE post PR implică fibroza musculaturii netede peniene. Inhibitorii PDE5 trebuie instituiți cât mai devreme în terapie în cazurile în care au fost crutate pachetele nervoase în timpul intervenției(PR), întrucât previn și protejează atât endoteliul vascular cât și musculatura penianș. Consilierea psihologică și sexuală joacă un rol important în terapia postoperatorie. Vârsta, FE preoperator, comorbiditățile, extinderea cancerului (pachete nervoase-unilateral vs bilateral), tehnicile chirurgicale (deschisă, laparoscopică, și robot-asistată RP) și factorul uman sunt elementele cheie care contribuie semnificativ la recuperarea FE. Disfuncția erectilă iatrogenă secundară iradierii pentru cancerul de prostată oscilează între 7-72 % pentru iradierea externă și 5-51 % pentru brachiterapie.

Pacientii cu cancer au nivele scăzute ale testosteronului bioactiv. Prevalența hipogonadismului dovedit clinic și biologic este neașteptat de mare. Determinarea FT, BAT indică o prevalență de 78%și 66%, față de dozarea TT când prevalența este de 48%.

Aspectele cheie ale adolescentului și tânărului adult (masculinitatea, funcția sexuală, fertilitatea) sunt puternic afectate în cancerul testicular. Astfel, monitorizarea supraviețuitorilor devine imperativă indiferent de statutul conjugal, opțiunea pacienților pentru implant testicular având ca punct de plecare dorința de a se simți din nou „întregi și normali”.

Surse de informare privind sănătatea sexual-reproductivă în România

Conf. Univ. Dr. Cornelia Rada, Psihosociolog, Institutul de Antropologie „Francisc I. Rainer” Academia Română, comellarada@yahoo.com

Cornelia Rada, psihosociolog, doctor în medicină, este cercetător științific la Institutul de Antropologie „Francisc I. Rainer”, Academia Română, Departamentul biomedical. Totodată este psiholog clinician, psihoterapeut în practică privată și a acumulat experiență în ample cercetări privind violența domestică, sănătatea sexual-reproductivă, familia etc.

Vârsta la care se primesc primele informații, precum și sursele de informare privind sănătatea sexual-reproductivă (SSR) au un rol important în formarea conceptelor de sex, sexualitate, gen și a comportamentului sexual sănătos.

În perioada 2011-2012, 1215 de respondenți distribuiți omogen în funcție de sex, nivel de educație și grupe de vârstă (18-74 ani) din mediul urban și rural au răspuns la un chestionar cu 96 de itemi despre familie și sănătatea sexual reproductivă. Acest articol se referă la sursele de informare privind SSR.

Media de vârstă la care s-au primit primele informații în materie de sex a fost de 15,39 ani și a corelat cu media de vârstă la poluție la bărbați (14,25 ani) și menarhă la femei (13,56 ani) ($p < 0.001$). Cele mai puține informații s-au primit de la școală, doctori, personalul sanitar și cele mai multe s-au primit de la prieteni. Peste 1/4 dintre subiecți s-au informat prin ziare, radio, TV, internet. Aproape 3/4 dintre subiecți au comunicat „puțin” sau „aproape deloc” cu părinții pe tema SSR, subiectul preferat fiind poluția, menstruația și prevenirea sarcinilor. Subiecții din mediul urban, cu nivel instructiv ridicat și tinerii au primit informații la vârste mai mici și în măsură mai mare de la surse pertinente cum sunt medicii. Bărbații tind în măsură mai mare să se informeze de la prieteni, în comparație cu femeile, care au primit informații în măsură mai mare de la medici, personalul sanitar ($p < 0.001$).

Deși după 1989 s-au făcut pași importanți privind emanciparea și educația sexuală, totuși sunt probleme care mai persistă, cum ar fi lipsa comunicării cu părinții și școala, sursele de informare neautorizate. Cum niciodată nu vor fi suficienți bani pentru programele de sănătate publică, ar trebui ca acestea să fie focalizate cu precădere pe populațiile vulnerabile.

Gândurile clientului

Calomfirescu Adrian, Psihoterapeut, psiholog clinician și ECPS (European Certified Psycho-Sexologist – ESSM/EFS), adrian.calomfirescu@yahoo.com

Fiecare pacient sau client care calcă pragul cabinetului de consultație vine împreună cu un tablou complex psihosocial. Acest aspect este deseori trecut cu vederea, dar poate influența foarte mult tratamentul, răspunsul la tratament și șansa de abandon al tratamentului. Gândurile, credințele și convingerile sociale sunt pilonii principali care influențează comportamentul față de o problemă de dinamică sexuală și față de un tratament. Totodată, o problemă afectează pe plan cognitiv și comportamental și partenerul de cuplu.

Este prezentat un studiu efectuat de Prof. Pedro Nobre, Univ. Porto, pe populația portugheză și populația americană referitor la emoții, convingeri și gânduri, accentuând diferența dintre cele 2 culturi. Rezultatul acestui studiu fiind propunerea unei scheme cognitive, ceea ce poate prelungi patologia.

Scopul este o mai bună înțelegere a persoanei, dar și a partenerului, care se prezintă în fața noastră în cadrul consultației cu o problemă de dinamică sexuală de cuplu.

Protezele peniene AMS Spectra[®], AMS Ambicor[®] și AMS 700[®]: Experiența noastră

V. Voinescu, A.H. Ateia, M. Hurduc, M. Vizireanu Medas, Spitalul Clinic Sf. Maria, București, Spitalul Life Memorial Hospital, București

Introducere. Protezele peniene sunt indicate în disfuncțiile erectile atunci când opțiunile conservatoare de tratament nu sunt eficiente, în boala Peyronie cu încurbare severă a penisului însoțită de disfuncție erectilă sau în cazul reconstrucției peniene.

Obiective. Prezentarea experienței noastre privind folosirea protezelor peniene **AMS Spectra[®], AMS Ambicor[®] și AMS 700[®]** la pacienții (p) cu disfuncții erectile persistente sub tratament conservator și p cu încurbări peniene severe datorate bolii Peyronie, însoțite de disfuncție erectilă.

Pacienți și metodă. În perioada septembrie 2011- ianuarie 2014 am implantat 15 proteze peniene: 11 AMS Spectra[®], 2 AMS Ambicor[®] și 2 AMS 700[®]. Indicațiile pentru implant au fost: disfuncții erectile (având drept cauză diabetul la 4p, priapismul la 2p, fractură de bazin la 1p și nedeterminată la 3p), **încurbare peniană severă datorată bolii Peyronie cu disfuncție erectilă (2p) și înlocuirea unei proteze peniene implantate anterior (3p)**. Alegerea tipului de proteză s-a făcut în funcție de posibilitatea de manevrare a protezei după implantare de către p, precum și de costul acesteia. Am folosit tehnicile de implantare și îngrijire posoperatorie recomandate pentru fiecare tip de proteză în parte. Nu au fost complicații intraoperatorii.

Rezultate: Toți p și-au început viața sexuală după 6 săptămâni și sunt urmăriți periodic la 3 luni. Nu au fost complicații postoperatorii pe perioada de urmarire cuprinsă între 3-30 luni. Atât p cât și partenerele lor sunt satisfăcuți de rezultatul obținut după implantarea protezei peniene.

Concluzii: Cele trei tipuri de proteze peniene AMS Spectra[®], AMS Ambicor[®] și AMS 700[®] reprezintă o paletă de opțiuni din care pacientul cu indicație de implant penian poate să aleagă, împreună cu medicul său, implantul penian adecvat capacităților fizice și posibilităților financiare, pentru a avea o viață sexuală satisfăcătoare.

Scopul este o mai bună înțelegere a persoanei, dar și a partenerului, care se prezintă în fața noastră în cadrul consultației cu o problemă de dinamică sexuală de cuplu.

Conceptul de reabilitare peniană în medicina modernă

Dr. Sorin Lupu, medic primar urolog, doctor în științe medicale, FECSM

Conceptul de reabilitare peniană este unul destul de recent în medicina sexualității și se referă la totalitatea metodelor terapeutice necesare readucerii penisului la o stare normală de sănătate tisulară și funcționalitate după ce acestea au fost afectate de o intervenție chirurgicală, traumatism sau radioterapie. Acest concept se bazează pe ideea că intervenția de reabilitare corectă și precoce după evenimentul cauzator poate conserva tesutul erectil și poate crește speranța de recuperare a funcției erectile. Reabilitarea peniană precoce poate utiliza oricare dintre tratamentele proerectile: administrare de inhibitori de fosfodiesterază 5, injecții intracavernoase, terapie transuretrală sau folosirea dispozitivelor de tip vacuum-constrictor.

Reabilitarea peniană este utilizată în special în recuperarea sexuală a pacienților diagnosticați cu cancer de prostată la care se efectuează prostatectomie radicală. Conceptul este unul de actualitate și din ce în ce mai discutat și perfecționat, în contextul creșterii alarmante a incidenței cancerului de prostată la bărbați din ce în ce mai tineri și activi sexual. Prostatectomia radicală deschisă, laparoscopică sau robotică, are ca efect secundar principal afectarea funcției erectile, dar și scurtarea penisului, reducerea libidoului, tulburări de orgasm sau pierderea de urină în momentul orgasmului (climacturie).

Se poate spune că natura amenințătoare de viață a cancerului de prostată poate conduce la ideea că funcția sexuală își pierde importanța pentru pacient și partenera acestuia, dar se pare ca acest aspect este valabil doar în perioada inițială a afecțiunii, când prioritățile se schimbă. Însă, în special în cazul pacienților tineri, după intervenția chirurgicală, care, în numeroase situații este curativă, componenta sexuală începe să recapete importanța, reabilitarea peniană devenind astfel un concept cheie, care este considerat a fi obligatoriu de discutat preoperator cu pacientul și partenera acestuia.

Leziuni ale structurilor nervoase cavernoase parasimpatice și a celor vasculare implicate în funcționalitatea peniană normală, se pot produce prin traumatisme, intervenții chirurgicale în sfera pelvină pentru patologie oncologică (prostatectomie radicală, cistectomie radicală, amputație abdominoperineală de rect) sau radioterapie. În toate aceste situații, afectarea structurilor nervoase locale determină apariția fenomenului de neuropraxie, ce se dezvoltă în câteva zile, cu reducerea consecutivă a erecțiilor spontane. În consecință, hipoxia de la nivelul corpilor cavernoși determină creșterea marcată a concentrațiilor locale de TGF β 1, endotelină 1 și reducerea celor de prostaglandină E1, cu acumularea în final de cantități mari de colagen, declanșarea apoptozei celulelor musculare cavernoase, apariția fibrozei și a disfuncției de tip venoocluziv. Ca urmare a acestor modificări, intervenția ulterioară sau tardivă de restaurare a funcției erectile este sortită eșecului deoarece substratul anatomic al erecției este practic distrus.

Trebuie menționat faptul că în aceste situații funcția erectilă este discutată într-un context oncologic, în care componenta emoțională este foarte puternică, iar funcția sexuală a acestor pacienți este dependentă și de numeroși alți factori, în special statusul sexual înainte de evenimentul declanșator, dar și afecțiunile asociate. În consecință, rezultatele studiilor pe acest subiect sunt contradictorii. Cu toate acestea, dovezile sunt din ce în ce mai clare în a susține reabilitarea peniană și inițierea precoce a acesteia, rezultatele fiind net superioare situațiilor în care nu se apelează la acest tip de reabilitare sau aceasta se face tardiv, considerându-se ca opțiunea de “a aștepta și a vedea” nu este cea câștigătoare în ceea ce privește sănătatea peniană.

Hormonii reproductivi masculini: mai mult decât sex

Radu Mihalca, Simona Fica, UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență Elias București

Testosteronul, Dihidrotestosteronul și Estradiolul, sunt responsabili atât la nivelul sistemului nervos central cât și la nivel periferic de funcția reproductivă masculină. De asemenea, numeroase evidente susțin efectele pleiotropice ale acestora la nivelul rezervelor energetice ale organismului și al sistemului cardiovascular. Bărbații obezi prezintă frecvent niveluri scăzute de Testosteron și Dihidrotestosteron și nivel crescut de Estradiol datorat activității crescute a enzimelor aromataze. În timp ce efectul central al Estradiolului poate fi interpretat negativ datorită inducerii unei ulterioare scăderi a Testosteronului, la nivel periferic Estradiolul poate fi asociat cu o reducere a statusului pro-inflamator și, implicit, a riscului cardiovascular. Chirurgia bariatrică poate servi drept model fiziopatologic în înțelegerea efectelor non-reproductive ale hormonilor steroidieni sexuali.

Tratamentul cu toxina Botulinică în incontinența urinară. Protocol de studiu pilot și prezentare de cazuri

*A.V. Manu-Marin, Evomed
R. Borcaias, Spitalul Th. Burghel
C. Belinski, Spitalul D. Gerota*

Sindromul de vezică hiperactivă se caracterizează prin senzația de imperiozitate micțională, cu sau fără incontinență, fiind adesea însoțită de micțiuni frecvente (>8 micțiuni în 24 ore) și nocturie (trezirea de cel puțin o dată pe noapte pentru a urina), în absența unei patologii infecțioase cauzatoare sau a altor condiții patologice. Când simptomatologia este cauzată de contracțiile involuntare ale muschiiului detrusor, vezica hiperactivă este numită detrusor hiperactiv. Aceste contracții pot fi înregistrate la examenul urodinamic numit cistometrie.

Conform standardizării terminologiei pentru aparatul urinar inferior, a Societății Internaționale de Continență (ICS) [1] sunt acceptați termenii de Hiperactivitate neurogenă a detrusorului (HND) – având ca problemă de fond o disfuncție neurologică relevantă pentru contextul patologic și Hiperactivitate idiopatică a detrusorului (HID), situație în care pentru hiperactivitatea detrusoriană nu este decelată cauza.

Toxina botulinică este o neurotoxina, ce inhibă eliberarea de acetilcolină la nivelul joncțiunii colinergice presinaptice, inducând astfel relaxarea musculară. Efectele clinice sunt reversibile și dependente de doză, făcând din aceasta o metodă terapeutică utilă în diferite scenarii clinice, în S.U.A fiind pentru prima oară aprobată de Food and Drug Administration (FDA) în 1989 pentru tratamentul strabismului și a blefarospasmului, consecutiv primind aprobare mondială pentru tratamentul distoniei cervicale și a spasmului facial.

În urologie, toxina botulinică tip A a fost folosită de peste 20 de ani, pentru tratarea dissinergiei vezico-sfincteriene la pacienții cu leziuni ale măduvei spinării. Bucurându-se de acest succes, a urmat folosirea în hiperactivitatea de detrusor neurogenă în anul 1999, ulterior în ianuarie 2013, FDA aprobă folosirea toxinei botulinice tip A [<http://www.allergan.com/products/urologics/index.htm>] pentru tratamentul sindromului de vezică hiperactivă. [<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm336101.htm>]

Toxina botulinică este produsă de Clostridium botulinum; dintre cele 7 subtipuri existente, subtipul A are cea mai lungă durată de acțiune, fiind astfel cel mai important din punct de vedere clinic. Toxina botulinică de tip A este disponibilă sub forma a trei preparate comerciale – Botox®, Dysport® și Xeomin®. Cu toate că toxina este aceeași, în preparatele comerciale amintite ea are

un invelis proteic diferit, potența fiecărui preparat comercial fiind astfel diferită. Această potență este de regulă exprimată în unități (U), dozele nefiind însă intersanjabile. Cea mai mare parte a informației existente cu privire la aplicațiile toxinei botulinice în urologie provine din studii ce au folosit subtipul A sau onatoxina botulinică.

Scopul acestui studiu este de a determina eficacitatea și profilul de siguranță a unei singure doze de 500/750 unități (U) de toxină botulinică tip A (Dysport), administrată prin injecție intradetrusoriană în 15/30 locuri, la subiecți cu Hiperactivitate a Detrusorului, în cazul pacienților ce nu au prezentat răspuns terapeutic sau nu au indicație de medicație anticolinergică.

Obiectivul principal al studiului îl reprezintă reducerea/eliminarea numărului de episoade de incontinență urinară. Ca obiective secundare vor fi urmărite scăderea frecvenței micțiunilor, îmbunătățirea calității vieții, creșterea volumelor medii eliminate per micțiune. Se vor urmări de asemenea reacțiile adverse atât ale procedurii de injecție cât și ale terapiei, sângerări, infecții urinare, zile de spitalizare. În studiu vor fi incluși pacienți cu incontinență urinară prin imperiozitate (cel puțin 1 episod pe zi) cauzată de hiperactivitatea detrusoriană (diagnosticată cu ajutorul studiilor urodinamice, decelând existența contracțiilor hiperactive ale detrusorului, care generează incontinența prin imperiozitate), la care tratamentul cu antimuscarinice nu a fost eficient (pacienți care au urmat cel puțin 4 săptămâni de tratament și la care terapia nu a avut niciun efect asupra episoadelor de incontinență) sau la care efectele adverse ale acestei terapii a dus la o slabă complianță a pacienților la tratament. La includerea în studiu, pacienții vor semna un formular de consimțământ informat, evaluarea inițială cuprinzând completarea calendarului micțional, completarea unui chestionar privind calitatea vieții, sumar de urină și urocultura, ultrasonografia reno-vezicală, rezidiul post-micțional, uroflowmetria, investigațiile urodinamice. Evaluarea post-procedurală a subiecților se va realiza la 1, 3, 6, 9 și 12 luni, prin completarea calendarului micțional, sumar de urină și urocultura, măsurarea volumului rezidual post-micțiune, completarea chestionarului privind calitatea vieții. Cistometria de umplere și studiul urodinamic vor fi efectuate numai după 3 luni. Se va urmări de asemenea și apariția efectelor adverse atât în timpul procedurii, cât și post-procedural.

Cel mai frecvent întâlnit dintre efectele adverse ale injectării de toxina botulinică tip A intravezical, la nivelul detrusorului este reprezentat de creșterea rezidiului vezical post-micțional (RVP), ce poate necesita cateterizarea intermitentă curată (CIC). Mai pot fi menționate din rezultatele trialurilor clinice internaționale, ca și efecte adverse, infecțiile de tract urinar și hematuria ușoară, retenția acută de urină (RAU). Efectele adverse sistemice legate de injectarea toxinei botulinice în detrusor sunt considerate excepționale.

Impactul tratamentului BPH asupra vieții sexuale a bărbatului

Dr Cosmin Neicuțescu

Hipertrofia benignă de prostată (BPH) este o patologie frecvent întâlnită la bărbatul de peste 50 ani și care poate determina simptome de tract urinar inferior (LUTS). Disfuncția sexuală masculină este de asemenea o condiție medicală ce apare în relație cu înaintarea în vârstă. Studii epidemiologice au arătat o relație între BPH/LUTS și disfuncția erectilă a bărbatului vârstnic. Cele două condiții patologice pot avea un impact negativ important asupra calității vieții bărbatului. Există patru teorii fiziopatologice ce pot explica această asociere. Medicamente ca alfablocanți sau inhibitori de 5 alfareductază folosite în tratamentul BPH pot să influențeze pozitiv sau negativ diverse aspecte legate de viața sexuală a bărbatului. Consilierea pacientului cu BPH în vederea tratamentului va trebui obligatoriu să fie precedată și de o investigație a vieții sexuale a bărbatului.



Când dogma întâlnește laicul în intimitate – controverse și consensuri interioare

Psih. Carmen Ragea, Ma, Psihoterapeut specialist, Cabinet Logos,

ragea_carmen@yahoo.com

Lucrarea de față se dorește a fi o concluzie personală bazată pe experiența terapeutică din practica privată. Aceasta prezintă o perspectivă asupra uneia dintre cauzele tuburărilor afective, manifestate prin depresie sau anxietate, la clienții al căror sistem de valori este supus propriilor îndoieli.

O nevoie umană de bază ce derivă din nevoia fundamentală de supraviețuire și atașament este intimitatea. Persoanele devenite adulte care au fost private în copilărie de o relație de atașament securizant cu mama au dificultăți în dezvoltarea intimității. Ca manifestare matură, intimitatea este o nevoie biologică de apropiere, de contact cu o altă ființă umană, un proces dinamic și interactiv.

Intimitatea sexuală este facilitată de o iubire matură ce presupune încredere, cunoașterea profundă a celuilalt, respect, acceptarea unicității partenerului și onestitate.

Dogmaticii își refuză intimitatea sexuală până la momentul căsătoriei, devotamentul pentru religie fiind exprimat prin respingerea valorilor trecătoare ale laicilor. Se consideră a fi „ei” și „lumea”-societatea, o amăgire schimbătoare. Stăpânirea de sine, înnăbușirea nevoii biologice de contact este transformată în virtute. Abstenența conturează principiile de viață și definește persoana. Învățătura întemeiată pe dogme, pe cugetări și axiome sfinte, pe adevăruri revelate, neclintite și eterne creează adeptului un puternic sentiment de siguranță, deoarece i se trasează o cale, un fundament al practicii de viață. Până la căsătorie, relația intimă se rezumă la o corespondență biunivocă între persoană și divinitate.

Însă natura adamică, coruptă de păcat, ne-a fost transmisă tuturor. Ea este cea care tinde să aducă obiecții dogmei când întâlnește laicul. Sentimentele de vinovăție, rușine și frică interferează cu nevoia fundamentală de contact intim, stimulând ambivalența individului și având ca rezultat final depresia însoțită de tabloul componentelor psihologice și somatice personalizate.

Abordarea medicală și terapeutică a pacientului necesită luarea în considerare a valorilor sale morale și religioase ca sursă de suferință și resursă de vindecare.

Himalaya[®]
HERBAL HEALTHCARE



Tentex[®] Royal

supliment alimentar
împotriva disfuncției erectile

pentru o
viață sexuală
împlinită!

Combate disfuncția erectilă
de etiologie diversă

Formulă fitofarmaceutică complexă

Îmbunătățește performanțele
sexuale masculine, fără reacții adverse

Distribuit în România: **Prisum International SRL**, Telverde: 0800.800.520, E-mail: office@prisum.ro
www.himalayaherbals.ro

