

American Cancer Society,
Poradnia Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
oraz Fundacja TAM I Z POWROTEM

przedstawiają:

SEKSUALNOŚĆ MĘŻCZYZNY W CHOROBI NOWOTWOROWEJ

Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek

3
BEZPŁATNY



Patronat honorowy: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

razem zwyciężymy raka!



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

Kierując się poczuciem odpowiedzialności i chęcią rozwoju metod wspierania chorych na nowotwory i ich rodzin, środowiska medycznego, wolontariuszy, a także będąc świadomymi potrzeby współdziałania – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Fundacja „Tam i z powrotem” rozpoczęły w 2014 roku realizację Programu Edukacji Onkologicznej.

Program jest kontynuacją oraz rozwinięciem o nowe zagadnienia, grupy docelowej i szkolenia, z sukcesem prowadzonej przez Fundację „Tam i z powrotem” od ponad dwóch lat akcji wydawniczej „Razem zwyciężymy raka!”.

Program Edukacji Onkologicznej ma na celu upowszechnianie i propagowanie wiedzy o nowotworach, edukację osób zdrowych i osób z grupy podwyższonego ryzyka, osób chorych na nowotwory, ich rodzin i bliskich, a także wsparcie fachową wiedzą pracowników medycznych oraz wolontariuszy.

Do współpracy przy realizacji programu zaproszeni zostali Partnerzy oraz Sponsorzy, bez których wsparcia nie byłaby możliwa kontynuacja założeń programowych.

W tym miejscu chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania programu oraz jego rozwoju.

Wszystkich realizatorów zaangażowanych w działania związane z programem oraz więcej informacji znajdziecie Państwo na stronie

www.programedukacijonkologicznej.pl

Patronaty:



Dziękujemy, że jesteście z nami!



**Drogi Czytelniku, Ty też możesz wesprzeć nasz
Program Edukacji Onkologicznej!**

**Wpłaty można dokonać przez naszą stronę
www.tamizpowrotem.org lub korzystając z przekazu pocztowego
zamieszczonego w niniejszym poradniku.**

**Więcej informacji o formach wsparcia znajdziesz
na naszej stronie internetowej oraz stronie Programu.
Z góry dziękujemy za okazaną pomoc!**

Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski
Konsultacja psychoonkologiczna: dr n. med. Mariola Kosowicz
Tłumaczenie: Agata Przybyła
Redakcja: Katarzyna Kowalska, Ewa Podymiński

Poradnik jest tłumaczeniem wydanego przez American Cancer Society
Sexuality and Cancer: Male
ACS nie ponosi odpowiedzialności za tłumaczenie.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części
lub całości informacji, zdjęć i innych treści zawartych w publikacji
w jakiegokolwiek formie bez pisemnej zgody wydawcy zabronione.
Niniejsza publikacja podlega ochronie na mocy prawa autorskiego.

PRIMOPRO 2014

ISBN: 978-83-63398-05-7

Drodzy czytelnicy,

Każda choroba, szczególnie choroba przewlekła, wymaga od chorego i jego rodziny ogromnej siły i determinacji w zmaganiu się z problemami dnia codziennego. Choroba przewlekła to ciągły proces zdarzeń, które konfrontują człowieka z jego możliwościami i ograniczeniami. W takich okolicznościach, pacjenci i ich bliscy potrzebują skutecznego wsparcia i pomocy w zrozumieniu problemów, które z perspektywy choroby nierzadko wyglądają na problemy nie do rozwiązania. Nie ma jednej dobrej wskazówki dla wszystkich. Mając jednak dostęp do informacji i do mądrych rad, można odnaleźć własny, niepowtarzalny sposób, dzięki któremu droga do zdrowia stanie się łatwiejsza.

Dlatego też z uznaniem odnoszę się do działalności wydawniczej Fundacji Tam i z powrotem. Niesienie pomocy, a przede wszystkim działania zwiększające świadomość, tak bardzo potrzebną, w procesie leczenia choroby nowotworowej, są warte zauważenia i wsparcia.

Prezentowane publikacje są bardzo cenną pomocą dla osób chorych, ich rodzin i przyjaciół. Wsparcie najbliższych jest siłą, której choremu nie zastąpi nawet najlepszy proces leczenia.

Gratuluje wszystkim autorom, osobom zaangażowanym w ten projekt. Dziękuję za chęć dzielenia się swoją wiedzą i możliwościami z osobami potrzebującymi. Tylko „Razem zwyciężymy raka!”

Anna Komorowska
Żona Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego

FUNDACJA TAM I Z POWROTEM

Fundacja powstała z potrzeby wspomoczenia chorych na nowotwory pacjentów polskich szpitali. W Radzie Fundacji zasiadają wybitni onkolodzy oraz osoby pragnące poświęcić swój czas i energię realizacji działań statutowych Fundacji.

Jednym z głównych zadań Fundacji jest prowadzenie szeroko pojętej działalności informacyjno-promocyjnej. Działalność ta ma na celu podniesienie w polskim społeczeństwie świadomości i wiedzy na temat chorób nowotworowych, sposobów ich leczenia i profilaktyki.

Jesteśmy organizatorem akcji wydawniczej, której celem jest dostarczenie zainteresowanym – chorym i ich rodzinom – rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiałym i przystępnym sposób. Wydawane w ramach akcji poradniki są bezpłatnie dystrybuowane w ośrodkach onkologicznych, szpitalach, przychodniach czy w fundacjach i stowarzyszeniach w całej Polsce. Poradniki można również bezpłatnie pobrać w formie elektronicznej. Dzięki wsparciu darczyńców, Fundacja do tej pory wydała i dostarczyła zainteresowanym blisko 500 tysięcy egzemplarzy poradników. Za interesowanie przerosło wszelkie oczekiwania. Taki odbiór pokazuje również, jak bardzo ważne jest wsparcie przez sponsorów i partnerów.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) objęło akcję wydawniczą Honorowym Patronatem. Wsparcie tej inicjatywy przez wybitnych specjalistów zrzeszonych w PTOK jest ogromnym wyróżnieniem i stanowi potwierdzenie rzetelności oraz wiarygodności poradników.

W ramach akcji prowadzone są dwie serie wydawnicze, w ramach których zostały wydane następujące pozycje:

Seria wydawnicza „Razem zwyciężymy raka!”

1. **Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.**
2. **Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów.**
3. **Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek.**
4. **Pomoc socjalna – przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.**
5. **Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej.**
6. **Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.**
7. **Żywnie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.**
8. **Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową.**
9. **Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.**
10. **Mój rodzic ma nowotwór. Poradnik dla nastolatków.**
11. **Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.**
12. **Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.**

Seria wydawnicza „Co warto wiedzieć”:

Co warto wiedzieć. Rak skóry, czerniak i znamiona skóry.

Co warto wiedzieć. Rak płuca.

Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory.

Poradniki są dostępne na stronie internetowej Fundacji oraz Programu Edukacji Onkologicznej:
www.tamizpowrotem.org, www.programedukacjonkologicznej.pl.

www.tamizpowrotem.org

Na stronie uzyskasz również informacje o organizacjach niosących pomoc pacjentom z chorobami nowotworowymi i ich rodzinom, a także znajdziesz wiele informacji dotyczących samej choroby.

Programy i projekty realizowane przez naszą Fundację są w pełni finansowane dzięki wsparciu darczyńców. Każdy sposób wsparcia jest dla nas ogromnym wyróżnieniem i stanowi podstawę naszej działalności.

Możesz nam pomóc i Ty!

Więcej informacji o formach wsparcia znajdziesz na stronie **www.tamizpowrotem.org**

Drodzy Lekarze! Jeżeli mają Państwo życzenie zgłosić uwagi lub napisać autorski tekst do kolejnego poradnika, serdecznie zapraszamy do kontaktu pod adresem e-mail:

biuro@tamizpowrotem.org

Skontaktuj się z nami:

- jeśli jesteś zainteresowany współpracą z Fundacją:
biuro@tamizpowrotem.org
- jeśli jesteś zainteresowany otrzymaniem i/lub dystrybucją poradników:
wydawnictwo@tamizpowrotem.org

Jesteśmy też na Facebook'u i Twitterze!

www.twitter.com/FundacjaTizP

www.facebook.com/FundacjaTamizPowrotem

Jeśli chcesz nam pomóc w poradniku znajdziesz przygotowany przekaz pocztowy. Wystarczy wyciąć, uzupełnić o wybraną kwotę, dokonać wpłaty na pocztę lub w oddziale wybranego banku i gotowe!

Dziękujemy, że jesteście z nami!

Celem niniejszego poradnika jest ułatwienie dostępu do informacji o zagadnieniach związanych z chorobą nowotworową. Jakkolwiek Fundacja Tam i z powrotem informuje, iż wszelkie zawarte w poradniku treści mają charakter wyłącznie informacyjny. Zawsze w pierwszej kolejności należy kierować się zaleceniami lekarza prowadzącego. Treści zawarte w poradniku nie mogą być traktowane jako konsultacje czy porady. Osoby korzystające z niniejszego opracowania powinny zawsze skonsultować prezentowane tu informacje z lekarzem. Zarówno Fundacja, ani pracownicy i założyciele nie biorą na siebie odpowiedzialności za niewłaściwe zrozumienie ani wykorzystanie zawartych tu informacji. Pomimo, iż Fundacja dba o rzetelność redakcyjną i merytoryczną zawartych informacji, jakiegokolwiek ryzyko korzystania z poradnika i zamieszczonych tu informacji ponoszą wyłącznie osoby z niego korzystające.

SPIS TREŚCI

Wstęp	8
1. Co znaczy „normalne życie seksualne”?	9
1.1. Na czym polega pobudzenie?	10
1.2. Jak działa ciało mężczyzny?	11
2. Sprawność seksualna w trakcie leczenia nowotworu i po jego zakończeniu	13
3. Zaburzenia seksualne u mężczyzn spowodowane leczeniem choroby nowotworowej	14
3.1. Brak pożądania	14
3.2. Zaburzenia erekcji	14
3.3. Przedwczesny wytrysk	14
3.4. Ból.....	15
3.5. Zaburzenia erekcji po leczeniu chirurgicznym.....	15
3.6. Zaburzenia erekcji po radioterapii	17
3.7. Zaburzenia libido i erekcji po chemioterapii.....	17
3.8. Terapia hormonalna	18
3.9. W jakim stopniu terapia hormonalna wpływa na psychikę?	19
3.10. Psychiczne podstawy zaburzeń erekcji.....	19
3.11. Wpływ leczenia choroby nowotworowej na ejakulację	19
3.12. Wpływ zabiegu operacyjnego na ejakulację.....	20
3.13. Wpływ pozostałych metod leczenia na ejakulację	21
4. Metody leczenia zaburzeń seksualnych	21
4.1. Jak radzić sobie z przejściowymi dysfunkcjami seksualnymi?	23
4.2. Metody diagnozowania przyczyn zaburzeń seksualnych, które wydają się nieodwracalne	23
4.3. Kiedy warto skonsultować się z seksuologiem?	24
4.4. Czy środkami farmakologicznymi można wyleczyć zaburzenia seksualne?	24
4.5. Czy terapia hormonalna może przywrócić prawidłowe funkcje seksualne?	25
4.6. Czy można skutecznie leczyć zaburzenia erekcji, jeśli pod czas zabiegu doszło do uszkodzenia nerwów lub został zablokowany dopływ krwi do penisa?	25
4.7. Wstrzyknięcia do ciał jamistych prącia	26
4.8. Czopki aplikowane bezpośrednio do cewki moczowej	26
4.9. Aparaty próżniowe	26
4.10. Protezowanie członka	27

4.11. Protezy hydrauliczne.....	27
4.12. Czy istnieje sposób na przywrócenie intensywnych orgazmów?.....	27
4.13. Czy istnieje sposób na przywrócenie intensywnych orgazmów?.....	28
5. Ważne zagadnienia dotyczące leczenia niektórych rodzajów nowotworów	29
5.1. Urostomia i kolostomia.....	29
5.2. Laryngektomia.....	30
5.3. Leczenie nowotworów okolicy twarzy.....	31
5.4. Amputacja kończyny	31
5.5. Utrata jednego lub obu jąder	31
5.6. Penektomia.....	32
6. Jak sprawić by życie erotyczne nie ustało?	33
6.1. Jak radzić sobie ze zmianami w wyglądzie?	34
6.2. Zmiana negatywnego nastawienia.....	35
6.3. Jak zaakceptować zmiany w wyglądzie po chemioterapii?	35
6.4. Pokonać depresję	36
6.5. Jak radzić sobie z żalem i poczuciem straty?	36
6.6. Jak odbudować poczucie własnej wartości?	36
6.7. Dobra komunikacja	37
7. Jak pokonać obawy związane z seksem?	37
7.1. Powrót do aktywności seksualnej.....	38
7.2. Jak sprawić, aby stosunek seksualny był bardziej komfortowy?	39
7.3. Jak ponownie rozbudzić w sobie zainteresowanie seksem?	40
7.4. Kiedy choroba nowotworowa dotyka mężczyznę, który nie jest w stałym związku	40
7.5. Kiedy zacząć rozmawiać o chorobie?	41
7.6. A jeśli zostaną odrzucony?	42
7.7. Jak zadbać o życie towarzyskie?.....	43
8. Miły na temat chorób nowotworowych.....	44
9. Profesjonalna pomoc.....	48

Kiedy rozpoznano u Ciebie nowotwór, najważniejszą sprawą stało się najprawdopodobniej to, jak ją pokonać. Jednak wraz z rozpoczęciem leczenia zaczęły pojawiać się inne pytania: Na ile życie może być normalne, jeśli uda się pokonać chorobę? Co z seksem? Seksualność stanowi ważny aspekt życia. Emocje związane z aktywnością seksualną wpływają na naszą radość życia, na to, jak siebie postrzegamy, i na nasze związki. Pomimo to pacjenci i lekarze zazwyczaj pomijają kwestię, jak leczenie choroby nowotworowej wpływa na seksualność pacjenta.

Poradnik zawiera informacje, które przyniosą odpowiedzi na pytania Twoje i Twojej partnerki dotyczące wpływu choroby nowotworowej na funkcje seksualne. Nie znajdziesz tu zapewne odpowiedzi na wszystkie pytania, mamy jednak nadzieję, że zawarte tu informacje umożliwią Tobie i Twojej partnerce otwartą rozmowę o Waszym życiu erotycznym.

Poradnik porusza takie zagadnienia dotyczące chorób nowotworowych i sfery życia erotycznego, które mogą wywoływać u Ciebie i Twojej partnerki najczęstsze obawy.

Pamiętaj, że niezależnie od tego, jak leczenie wpłynie na Twoją seksualność, czułość i bliskość między Wami zawsze będą możliwe. Może Cię to zdziwi, szczególnie jeśli ostatnio czułeś się źle lub już od jakiegoś czasu nie jesteś aktywny seksualnie, jednak to prawda: wrażliwość na dotyk się nie zmienia.

Na początek porozmawiaj na tematy związane z seksualnością z Twoim lekarzem prowadzącym lub innym pracownikiem placówki, w której się leczysz. Masz prawo wiedzieć, jak leczenie wpłynie na odżywianie, możliwość powrotu do pracy, czy będziesz odczuwał ból. Masz także prawo do informacji na temat potencjalnych zmian w Twoim życiu erotycznym.

Prawdopodobnie nie odpowiemy na wszystkie Twoje pytania, dlatego na końcu poradnika zamieściliśmy listę placówek i organizacji, w których możesz uzyskać dodatkowe informacje.

Mamy nadzieję, że poradnik pomoże Tobie i bliskiej Ci osobie wspólnie stawić czoło chorobie i zachować dotychczasową bliskość.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 1 pt. „Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji
www.tamizpowrotem.org lub
www.programedukacjonkologicznej.pl

1. Co znaczy „normalne życie seksualne”

Ludzie różnią się znacząco w swoich poglądach na temat seksu i w swoich zachowaniach seksualnych. Dlatego nie da się określić, które zachowania seksualne są „normalne”, a które nie. Niektóre pary lubią współżyć codziennie. Innym wystarczy kontakt seksualny raz w miesiącu. Dla wielu osób seks oralny stanowi naturalny element współżycia, dla innych jest on perwersją.

Dla Ciebie i Twojej partnerki normalne jest to, co sprawia Wam przyjemność.

Porozumienie partnerów jest niezbędne do tego, aby życie erotyczne było satysfakcjonujące.

Zdarza się, i jest to całkiem normalne, że niektórzy ludzie leczeni z powodu choroby nowotworowej tracą zainteresowanie seksem. Niepokój i wątpliwości w tej nietatwej przecież sytuacji sprawiają, że nie czujesz się najlepiej. Kiedy koncentrujesz się na odzyskaniu zdrowia, zainteresowanie seksem schodzi na dalszy plan. Jednak kiedy uda Ci się odzyskać równowagę psychiczną, zainteresowanie seksem może powrócić.

To naturalne, że ludzie interesują się seksem przez całe życie. Jest to o tyle istotne, że większość chorób nowotworowych częściej dotyka osoby dojrzałe, szczególnie pięćdziesięciolatków lub osoby starsze. Wielu ludzi uważa, że seks jest przywilejem osób młodych. Przyjmuje się, że ludzie starsi tracą zaintereso-

wanie seksem lub że nie są w stanie „stanąć na wysokości zadania”. Tego rodzaju poglądy niewiele mają jednak wspólnego z prawdą. Mężczyźni i kobiety mogą pozostać aktywni seksualnie do końca życia. Nikt nie powinien czuć się winny, dlatego że „w takim wieku” nadal interesuje się seksem.

Obraz seksualności, jaki przedstawiają media, często nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości. A właśnie media kształtują nasze poglądy na temat tego, co jest „normalne” w sferze seksualności. Poczynając od lat sześćdziesiątych, książki, telewizja, kino i czasopisma zasypują nas treściami erotycznymi. Z jednej strony pozwoliło to na większą otwartość w tej dziedzinie, z drugiej jednak strony media zaczęły promować nierealistyczne standardy dotyczące „dobrego seksu”. Mężczyźni uwierzyli, że powinni mieć natychmiastowe erekcje, kobiety zaczęły czuć się gorsze, jeśli nie miały przynajmniej jednego orgazmu podczas stosunku. Jeśli czujesz, że nie spełniasz tych oczekiwań, pamiętaj, że jedyną prawdziwą miarą Twojej wartości jako kochanka jest przyjemność, jaką Ty i Twoja partnerka osiągniecie podczas zbliżenia seksualnego.

Prawdą jest, że reakcje i funkcje seksualne mogą się zmieniać wraz z wiekiem. Na przykład ponad połowa mężczyzn powyżej czterdziestego roku życia ma przynajmniej sporadyczne problemy z erekcją. U niektórych z tych mężczyzn zaburzenia erekcji są poważne. Niekiedy mają one podłoże psychiczne i wynikają z problemów w związkach, a czasami są one związane z kondycją fizyczną.

Obecnie stosuje się różnego rodzaju leki, a także inne metody terapii, które mogą pomóc mężczyznom i ich partnerkom

poradzić sobie z większością dysfunkcji seksualnych. Jeśli więc będziesz chciał prowadzić aktywne życie seksualne, prawdopodobnie okaże się to możliwe. Jeśli jesteś w stałym związku, pomyśl i o tym, że Twoje problemy seksualne mają wpływ również na Twoją partnerkę. Dlatego najlepiej rozwiązywać je wspólnie.

Seksualność wypływa z naszej potrzeby bliskości, dotyku, zabawy, troski i przyjemności. Nawet kiedy seks staje się trudny, podczas ciężkiej lub terminalnej choroby, fizyczny wyraz troski pozostaje ważnym aspektem okazywania sobie bliskości.

1.1. Na czym polega pobudzenie?

Zarówno u mężczyzny, jak i u kobiety pobudzenie seksualne składa się z czterech faz:

- **pożądania,**
- **podniecenia,**
- **orgazmu,**
- **odprężenia.**

Kolejność, w jakiej następują poszczególne fazy, jest zawsze taka sama, jednak proces pobudzenia może zostać zatrzymany na każdym etapie. Nie musisz osiągnąć orgazmu za każdym razem, kiedy odczuwasz pożądanie.

Pożądanie pojawia się, kiedy myślisz o seksie lub kiedy czujesz do kogoś ciąg seksualny. Może wiązać się również z frustracją wynikającą z braku seksu. Pożądanie seksualne jest normalnym elementem życia i towarzyszy nam od okresu dojrzewania.

Podniecenie, które u mężczyzny wiąże się z wystąpieniem erekcji. Ciało staje się bardziej wrażliwe na dotyk i pieśczoły. Podniecenie może pojawić się

podczas fantazjowania seksualnego, na skutek bodźców wzrokowych, zapachowych czy też pobudzenia zmysłu smaku. Podczas fazy podniecenia serce zaczyna bić szybciej, wzrasta ciśnienie tętnicze krwi, oddech staje się głębszy, krew napływa do ciał jamistych penisa, powodując erekcję, a skóra w okolicy genitaliów staje się zaczerwieniona.

U kobiety podczas podniecenia dochodzi do przekrwienia warg sromowych, techtaczki i pochwy, czemu towarzyszy zwilżenie jej ścian (lubrykacja). Pochwa powiększa się wzdłuż i wszerz.

Orgazm to faza szczytowania seksualnego. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn towarzyszy mu wszechogarniające uczucie przyjemności. Przez ciało przechodzi fala niekontrolowanych skurczów mięśni. U mężczyzn skurcze te powodują ejakulację, czyli wytrysk nasienia.

Odprężenie pojawia się w ciągu kilku minut po szczytowaniu. To powrót ciała do stanu sprzed fazy podniecenia. Bicie serca i oddech stają się wolniejsze. Krew odpływa z genitaliów. Podniecenie psychiczne ustaje.

Odprężenie następuje również wtedy, kiedy pomimo podniecenia nie dochodzi do orgazmu, ale proces ten przebiega wtedy znacznie wolniej. I choć nie jest to szkodliwe dla zdrowia, nieosiągnięcie orgazmu może wywołać frustrację. U niektórych mężczyzn i kobiet wystąpić może niewielki ból, który ustępuje po odpłynięciu krwi z okolic genitalnych.

Po osiągnięciu orgazmu u mężczyzny następuje okres refrakcji: przez jakiś czas nie

jest on fizycznie zdolny do osiągnięcia gotowości seksualnej. Czas refrakcji wydłuża się wraz z wiekiem. Mężczyzna siedemdziesięcioletni musi poczekać nawet kilka dni, aż będzie gotowy do kolejnego zbliżenia. U kobiet stan refrakcji nie występuje. Wiele kobiet może osiągać orgazm jeden po drugim.

1.2. Jak działa ciało mężczyzny

Testosteron to podstawowy męski hormon. Jest odpowiedzialny za rozwój narządów płciowych, zdolność do osiągnięcia erekcji i reakcje seksualne. Odpowiada również za drugorzędne cechy płciowe, takie jak niski głos czy zarost na twarzy. Największa ilość tego hormonu produkowana jest w jądrach. Gruczoły nadnerczowe, które są położone zaotrzewnowo, na górnych biegunach obu nerek, produkują mniejsze ilości testosteronu, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

Podwzgórze, czyli część podkorowa mózgowia, kontroluje ilość wytwarzanego hormonu. Obniżenie stężenia testosteronu we krwi powoduje unieruchomienie mechanizmu zwiększenia wydzielania hormonu – sygnał o zmniejszonym stężeniu testosteronu dociera do podwzgórza i jest przekazywany do przysadki mózgowej, która uwalnia hormony pobudzające wytwarzanie testosteronu w jądrach.

Stężenie testosteronu we krwi jest cechą indywidualną każdego mężczyzny i u większości z nich jest ono wyższe niż to konieczne. Niski poziom testosteronu u mężczyzny może powodować zaburzenia erekcji lub osłabienie pożądania seksualnego. U zdrowych mężczyzn problemy hormonalne występują rzad-

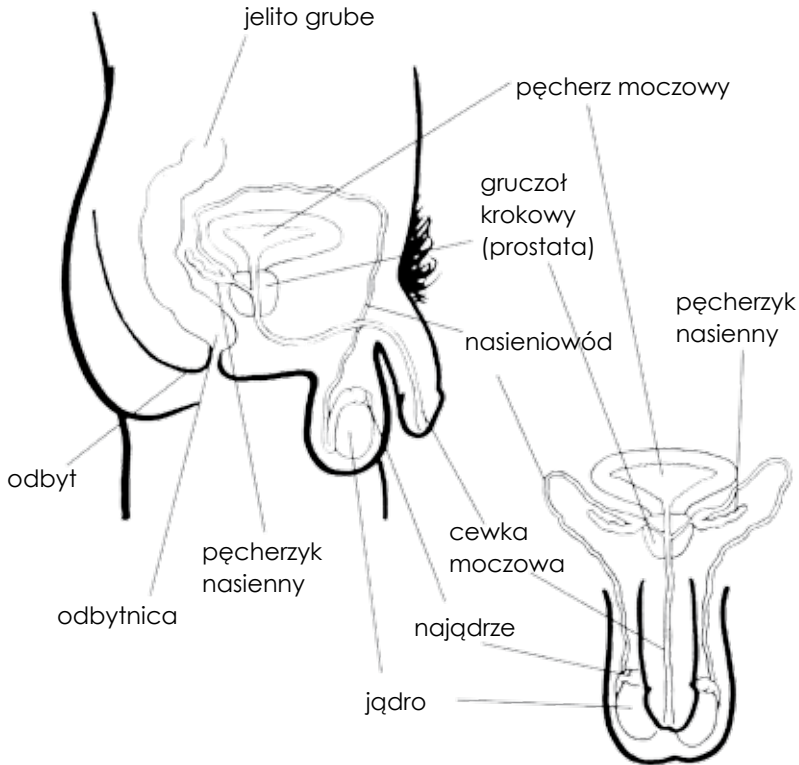
ko. Zaburzenia erekcji mają najczęściej podłoże psychiczne, często pojawiają się także na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów miednicy.

Do wzwodu dochodzi, kiedy z mózgu zostaje wysłany sygnał, przekazywany dalej rdzeniem kręgowym do nerwów, które biegną do miednicy. Pęczki nerwów umieszczone bocznie od prostaty są odpowiedzialne za erekcję.

Po otrzymaniu sygnału naczynia jamiste w prąciu rozluźniają się i tętnice (naczynia krwionośne), które doprowadzają krew do członka, rozszerzają się. Podczas poszerzania ścian naczyń krew płynie do penisa z prędkością pięćdziesięciokrotnie większą niż normalnie. Krew wypełnia cięta jamiste prącia. Żyły, które normalnie odprowadzają krew z członka, kurczą się, aby zatrzymać krew. Zwiększa się ciśnienie krwi wewnątrz penisa i dochodzi do erekcji.

Nerwy odpowiedzialne za napływanie krwi do członka umiejscowione są w innym miejscu niż te, które odpowiadają za odczuwanie przyjemności podczas stymulacji członka (na przykład dłoń). Dlatego nawet w sytuacji uszkodzenia wspomnianych nerwów lub zablokowania naczyń krwionośnych, co uniemożliwia mężczyźnie osiągnięcie erekcji, prawie zawsze będzie on w stanie odczuwać przyjemność na skutek dotyku i nadal może mieć orgazm.

W orgazmie mężczyzny wyróżniamy dwa etapy. Pierwsza faza to emisja, podczas której dochodzi do skurczów prostaty, nasieniowodów i cewki moczowej (przewodu biegnącego wzdłuż penisa). Każda z wymienionych struktur przyczynia się do pro-



dukcji nasienia, które składa się z płynu nasiennego i plemników. Plemniki produkowane są w jądrach. Prostata i nasieniowody wydzielają płyn nasienny – półprzezroczystą, bogatą w białko substancję, umożliwiającą żywotność plemników.

W czasie emisji skurcze mięśni wokół nasieniowodów, prostaty i odbytnicy powodują przemieszczanie plemników i płynów nasiennych do cewki moczowej. W ten sposób w cewce powstaje nasienie (sperma). Następnie przewód między cewką a pęcherzem zamyka się, uniemożliwiając cofnięcie się nasienia. Mężczyzna czuje, że za moment będzie szczytował.

Drugi etap to ejakulacja, która jest kontrolowana przez te same nerwy, które odpowiadają za odczuwanie przyjemności podczas stymulacji członka dłonią. Wywołują one również skurcze u nasady członka, kierując nasienie przez cewkę moczową i żołądek do ujścia cewki, gdzie następuje wytrysk. Sygnały informujące o zbliżającym się wytrysku przesyłane są do mózgu mężczyzny. Następuje orgazm (szczytowanie).

2. Sprawność seksualna w trakcie leczenia nowotworu i po jego zakończeniu

Poniżej znajdują się porady, które będą pomocne tym, którzy chcą kontynuować współżycie seksualne podczas leczenia choroby nowotworowej lub po jego zakończeniu.

1. Zbierz jak najwięcej informacji na temat wpływu leczenia na Twoje życie erotyczne.

Porozmawiaj z lekarzem, pielęgniarką lub innym członkiem personelu medycznego odpowiedzialnym za Twoje leczenie. Wiedza na temat potencjalnych skutków leczenia pozwoli Ci przygotować się na to, co Cię czeka, i nauczyć się radzić sobie z problemem.

2. Pamiętaj, że niezależnie od metody leczenia zastosowanej w Twoim przypadku nadal będziesz zdolny do odczuwania przyjemności podczas stymulacji dotykaniem.

Niektóre metody leczenia mogą powodować u mężczyzny zaburzenia erekcji. Rzadko dochodzi jednak do uszkodzenia nerwów i mięśni odpowiedzialnych za zdolność do odczuwania przyjemności podczas pieszczot i za możliwość osiągnięcia orgazmu (wyjątek stanowią metody, które powodują uszkodzenie mózgu lub rdzenia kręgowego). Większość mężczyzn, którzy cierpią z powodu zaburzeń erekcji lub zaburzeń ejakulacji, nadal mogą osiągać orgazm poprzez właściwą stymulację. Odczuwanie przyjemności i zaspokojenie seksualne są możliwe, nawet jeśli niektóre zachowania seksualne musiały ulec zmianie.

3. Bądź otwarty na różne rodzaje doznań.

Niektóre pary mają bardzo ograniczone wyobrażenie na temat tego, co jest normalne w sferze seksualnej. Brak możliwości osiągnięcia satysfakcji seksualnej przez partnerów powoduje uczucie zawodu. U ludzi poddawanych przeciwnowotworowemu leczeniu pożycie seksualne niekiedy staje się niemożliwe.

Warto poznać nowe sposoby czerpania, a także dawania przyjemności seksualnej. Wraz z partnerką możecie starać się osiągnąć orgazm przez wzajemne pieszczoty i dotykanie. Może wystarczy Wam przytulanie. Nadal możesz odczuwać przyjemność z masturbacji. Szukaj sposobów okazywania troski i nowych dróg prowadzących do przyjemności, jeśli Twoja seksualność musiała ulec zmianie.

Porozumienie stanowi kluczową sprawę, jeśli Twoje dotychczasowe życie seksualne na skutek leczenia musi ulec zmianie.

4. Staraj się rozmawiać na temat seksu ze swoją partnerką i z lekarzem.

Milczenie stanowi największą przeszkodę w utrzymaniu zdrowia seksualnego. Jeśli wstyd powstrzymuje Cię przed zapytaniem lekarza, czy możesz uprawiać seks, nigdy się nie dowiesz prawdy. Niekiedy lekarze lub pielęgniarki nie poruszają tego tematu, oczekując, że Ty pierwszy o to zapytasz. Porozmawiaj z lekarzem o swoim życiu erotycznym i opowiedz partnerce o tym, czego się dowiedziałeś. W przeciwnym razie Twoja partnerka może się obawiać, że seks będzie groźny dla Twojego zdrowia. Jeśli czujesz się osłabiony i zmęczony

i chcesz, aby to partnerka była bardziej aktywna podczas zbliżenia seksualnego, powiedz jej o tym. Jeśli któraś część Twojego ciała jest wrażliwsza na ból, możesz pokazać partnerce, jak powinna Cię dotykać, żeby nie sprawiać Ci bólu, a pozwolić Ci odczuć przyjemność.

3. Zaburzenia seksualne u mężczyzn spowodowane leczeniem choroby nowotworowej

3.1. Brak pożądania

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni podczas leczenia przeciwnowotworowego tracą – przynajmniej na jakiś czas – zainteresowanie seksem. Początkowo obawa o życie jest tak obezwładniająca, że potrzeby seksualne schodzą na dalszy plan. To zupełnie normalne.

Po rozpoczęciu leczenia zainteresowanie seksem może pozostać niewielkie. Spadek libido może być skutkiem odczuwania niepokoju i depresji lub być spowodowany złym stanem fizycznym (np. nudnościami czy bólem), a także być efektem zaburzenia normalnej gospodarki hormonalnej w następstwie leczenia.

Konflikty między partnerami mogą sprawić, że jedno z nich lub oboje stracą ochotę na seks. Każda negatywna emocja lub myśl, która uniemożliwia

mężczyźnie osiągnięcie stanu podniecenia, również może doprowadzić do zaburzeń erekcji. Mężczyźni najczęściej obawiają się, że nie osiągną erekcji i nie będą mogli zaspokoić seksualnie partnerki. Wiele osób leczonych z powodu choroby nowotworowej obawia się, że partner nie zaakceptuje zmian zachodzących w ich ciele lub będzie czuł się zniechęcony przez samo słowo „nowotwór”.

Każda z faz, które składają się na pobudzenie seksualne u mężczyzny, jest tylko w pewnym stopniu zależna od pozostałych. Dlatego, pomimo wystąpienia niepożądanych skutków leczenia, mężczyzna nadal jest w stanie odczuwać pożądanie i szczytować, nawet bez erekcji. Niektórzy mężczyźni mogą osiągać orgazm, nawet jeśli nie dochodzi do ejakulacji.

3.2. Zaburzenia erekcji

Leczenie nowotworu może spowodować zaburzenia erekcji na skutek uszkodzenia mięśni i naczyń miednicy lub zaburzenia gospodarki hormonalnej. Czasami niepożądane następstwa leczenia są nieuniknione, a priorytetem jest przecież pokonanie nowotworu. Po zakończeniu leczenia można jednak spróbować leczyć zaburzenia erekcji różnymi metodami.

3.3. Przedwczesny wytrysk

Przedwczesny wytrysk oznacza, że mężczyzna szczytuje zbyt szybko. Mężczyźni, u których występują zaburzenia erekcji, zazwyczaj tracą kontrolę nad możliwością opóźnienia orgazmu, więc ejakulują zbyt szybko. Przedwczesny wytrysk jest częstym problemem nawet u zdrowych mężczyzn. Można temu zaradzić, stosu-

Porozumienie stanowi kluczową sprawę, jeśli Twoje dotychczasowe życie seksualne na skutek leczenia musi ulec zmianie.

Mężczyźni najczęściej obawiają się, że nie osiągną erekcji i nie będą mogli zaspokoić seksualnie partnerki.

jąc ćwiczenia mające na celu spowolnienie podniecenia. Na rynku dostępne są także leki antydepresyjne, których przyjmowanie powoduje opóźnienie orgazmu. Może to pomóc mężczyznom, u których dochodzi do przedwczesnego wytrysku.

U niektórych mężczyzn występuje obniżenie intensywności orgazmów. Nieco mniej intensywne orgazmy są normalną konsekwencją starzenia się, jednak mężczyźni leczeni z powodu nowotworu, u których wystąpiły zaburzenia ejakulacji, mogą dotkliwiej odczuwać obniżenie intensywności orgazmów.

3.4. Ból

Mężczyźni odczuwają czasami ból w okolicy narządów płciowych podczas seksu. Podrażnienie gruczołu krokowego lub cewki moczowej na skutek leczenia może przyczynić się do wystąpienia bolesnych ejakulacji. Ból prącia podczas erekcji występuje rzadziej, ale u mężczyzn powyżej czterdziestego roku życia może pojawić się skrzywienie penisa i ból podczas erekcji. Jednak to zaburzenie, choroba Peyroniego, występuje rzadko u pacjentów leczonych z powodu nowotworu. Jeśli odczuwasz ból w okolicy narządów płciowych, natychmiast poinformuj o tym swojego lekarza.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 9 pt. „Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin”, który został wyda-

ny w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub www.programedukacijonkologicznej.pl

3.5. Zaburzenia erekcji po leczeniu chirurgicznym

Niektóre chirurgiczne metody leczenia chorych na nowotwory mogą spowodować zaburzenia erekcji. Do tych metod należą:

- prostatektomia radykalna (całkowite usunięcie prostaty) – to podstawowy zabieg chirurgiczny w wypadku nowotworu gruczołu krokowego, polegający na usunięciu całego gruczołu wraz z tkankami go otaczającymi (wraz z pęcherzykami nasiennymi);
- cystektomia radykalna – zabieg operacyjny wykonywany u chorych z naciekającym nowotworem pęcherza moczowego, polegający na całkowitym usunięciu pęcherza moczowego, połączony u mężczyzn z wycięciem gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych;
- resekcja brzuszno-kroczoza – metoda stosowana u chorych z nowotworem jelita grubego, polegająca na usunięciu jelita grubego wraz z odbytnicą, zawsze wymagająca wyłonienia u pacjenta kolostomii (wyprowadzenia światła jelita na zewnątrz);
- wytrzewienie miednicy – metoda polegająca na usunięciu pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i odbytni-

cy, która wymaga wytonienia u pacjenta urostomii i kolostomii.

W trakcie wszystkich wyżej wymienionych zabiegów operacyjnych może dojść do uszkodzenia nerwów odpowiedzialnych za dopływ krwi do ciał jamistych prącia. Skutki uszkodzenia tych nerwów można porównać do naderwania kabla aparatu telefonicznego: sygnał do rozpoczęcia erekcji jest albo osłabiony, albo całkowicie zanika. Pęczki nerwów po obu stronach prostaty znajdują się blisko odbytnicy. Podczas zabiegu operacyjnego lekarz może nie być w stanie ich zauważyć i je uszkodzić.

Istnieją metody chirurgicznego leczenia nowotworów, które pozwalają na usunięcie gruczołu krokowego bez uszkodzenia nerwów znajdujących się wokół niego. Niektórzy chirurdzy starają się zlokalizować nerwy odpowiedzialne za zdolność do erekcji za pomocą łagodnego strumienia elektrycznego. W wypadku pacjentów, u których wielkość i umiejscowienie guza pozwalają na przeprowadzenie zabiegu oszczędzającego nerwy, możliwość wyleczenia zaburzeń erekcji jest większa. Metody oszczędzające nerwy stosuje się czasami w wypadku zabiegów prostatektomii radykalnej, cystektomii lub resekcji brzuszno-kroczonej.

Niektóre zaburzenia erekcji pojawiające się po zabiegach operacyjnych mogą powstawać na skutek ograniczenia dopływu krwi do penisa. Chirurg musi zamknąć niektóre z małych tętnic doprowadzających krew do dwóch głównych naczyń krwionośnych odpowiedzialnych za erekcję. Dopływ krwi zostaje wskutek tego spowolniony.

Zazwyczaj taki zabieg operacyjny powoduje u mężczyzny niepełną erekcję. Ciała jamiste w jego penisie wypełniają się krwią, kiedy odczuwa on podniecenie, ale erekcja jest zbyt słaba, aby mogło dojść do penetracji. Jednak wrażliwość skóry i zdolność do odczuwania orgazmu się nie zmieniają.

Niektórzy mężczyźni mogą odzyskać pełną zdolność do erekcji, jednakże proces ten może zająć około roku. Nie wiadomo, dlaczego u niektórych mężczyzn zaburzenia erekcji ustają, a u pozostałych nie. Mężczyźni, u których nerwy po obu stronach gruczołu krokowego zostały oszczędzone, mają z pewnością większą szansę na odzyskanie zdolności do erekcji. Proces gojenia i rozwój nowych naczyń krwionośnych także może pomóc w wyleczeniu tego zaburzenia.

Niektóre chirurgiczne metody leczenia mogą powodować większe problemy seksualne. Brak jednak danych dotyczących pacjentów, którym udało się odzyskać pełną zdolność do erekcji po zabiegu wytrzewienia miednicy (usunięciu wszystkich organów w obrębie miednicy). Wytrzewienie miednicy wykonuje się stosunkowo rzadko, dlatego też nie ma danych statystycznych na ten temat. Co najmniej 15 procent mężczyzn, którzy przeszli zabieg cystektomii czy prostatektomii odzyskało zdolność do pełnej erekcji. Według chirurgów lepsze rezultaty leczenia zaburzeń erekcji zaobserwowano u pacjentów, u których przeprowadzono zabiegi oszczędzające nerwy. Po zabiegu resekcji brzuszno-kroczonej przypadki odzyskania zdolności do erekcji są częstsze.

Generalnie, młodszy mężczyźni mają większe szanse na odzyskanie pełnej

zdolności do erekcji. U mężczyzn poniżej sześćdziesiątego roku życia, a szczególnie u tych poniżej pięćdziesiątego roku życia, szanse na wyleczenie zaburzeń erekcji są większe niż u starszych mężczyzn.

Mężczyźni, u których nie występowały żadne zaburzenia erekcji przed leczeniem nowotworu, mają większe szanse na powrót do normalnej aktywności seksualnej niż ci, u których problemy z erekcją pojawiały się już wcześniej.

3.6. Zaburzenia erekcji po radioterapii

Napromienianie stosuje się zazwyczaj w leczeniu nowotworu gruczołu krokowego, pęcherza moczowego i jelita grubego. Może ono doprowadzić do zaburzeń erekcji. Im wyższa dawka napromieniowania i większy obszar miednicy, który został poddany napromienianiu, tym większe ryzyko wystąpienia zaburzeń erekcji.

Zaburzenia erekcji, które mogą pojawić się w wyniku napromieniania, mają związek z możliwością uszkodzenia tętnic doprowadzających krew do ciał jamistych prącia. Podczas procesu gojenia może dojść do bliznowacenia – ściany naczyń krwionośnych tracą elastyczność, w związku z czym nie mogą się rozszerzać na tyle, aby zmieścić napływającą krew i pozwolić na pełną erekcję. Napromienianie może również przyspieszyć miażdżycę (arteriosklerozę), zwężanie lub nawet zablokowanie tętnic miednicy.

Według dostępnych danych, u 20–30 procent mężczyzn, którzy poddani zostali napromienianiu, obserwuje się występowanie zaburzeń erekcji. Zaburzenia te pojawiają się powoli w ciągu pierwszego roku po radioterapii.

Niektórym mężczyznom udaje się odzyskać zdolność do erekcji, inni tracą zdolność do pełnej erekcji. U pacjentów z wysokim ciśnieniem krwi zaburzenia erekcji wydają się być częstsze, może dlatego, że tętnice były uszkodzone jeszcze przed napromienianiem. Napromienianie okolicy miednicy u niewielkiej grupy mężczyzn powoduje obniżenie ilości produkowanego testosteronu. Może to tego dojść albo na skutek przypadkowego uszkodzenia jąder podczas naświetlania, albo ze względu na ogólny stres związany z leczeniem. Jeśli mężczyzna zaobserwuje u siebie zaburzenia erekcji albo spadek libido po zakończeniu leczenia, powinien zdecydować się na badanie stężenia testosteronu we krwi. Ponieważ stężenie testosteronu zazwyczaj wzrasta w ciągu sześciu miesięcy od zakończenia radioterapii, nie ma potrzeby przyjmowania hormonów. Pacjenci leczeni w związku z nowotworem gruczołu krokowego nie powinni decydować się na hormonoterapię, gdyż może ona sprzyjać rozwojowi nowotworu.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 11 pt. „Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub www.programedukacijonkologicznej.pl

3.7. Zaburzenia libido i erekcji po chemioterapii

Większość mężczyzn, u których zastosowano chemioterapię, zachowuje zdolność do erekcji. U niektórych pacjentów bezpośrednio po chemioterapii mogą wystąpić zaburzenia wzwodu

prącia i spadek libido, które zazwyczaj ustępują w ciągu dwóch tygodni od jej zakończenia.

Obniżenie libido i zaburzenia erekcji po chemioterapii są związane ze zmniejszeniem ilości wytwarzanego testosteronu. Niektóre leki przeciwwymiotne stosowane w leczeniu działań niepożądanych chemioterapii również mogą zaburzyć równowagę hormonalną u mężczyzny, powinna się ona jednak unormować po zakończeniu leczenia.

Niektóre leki podawane podczas chemioterapii (na przykład cisplatyna lub winkrystyna) mogą trwale uszkodzić część układu nerwowego. Może się zdarzyć, że podczas przyjmowania tych leków dojdzie do uszkodzenia nerwów odpowiadających za wywoływanie erekcji. Nie ma naukowo potwierdzonych dowodów na występowanie takich przypadków.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 6 pt. „Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub www.programedukacjonkologicznej.pl

3.8. Terapia hormonalna

Terapia hormonalna jest leczeniem pierwszego wyboru w wypadku mężczyzny, u których nowotwór gruczołu krokowego rozprzestrzenił się poza obszar prostaty. Istnieje kilka postaci leczenia hormonalnego:

- leczenie polegające na wyeliminowaniu źródła testosteronu (wycięcie jąder);

- leczenie polegające na zahamowaniu wytwarzania testosteronu przez jądra w następstwie zmniejszenia wydzielania hormonów pobudzających w przysadce;
- leczenie polegające na podawaniu antyandrogenów, czyli leków blokujących receptory androgenowe (hamowanie oddziaływania androgenów krążących we krwi na ich receptory znajdujące się w komórkach gruczołu krokowego prawidłowych i zmienionych nowotworowo);
- leczenie polegające na połączeniu wymienionych metod (hormonoterapia skojarzona).

Celem hormonoterapii jest zahamowanie lub zablokowanie dostępu androgenów do komórek prostaty, co spowalnia rozwój nowotworu. Zrezygnowano z wcześniej stosowanej metody polegającej na podawaniu doustnie estrogenu. Wpływ na zdolność do czynności seksualnych jest podobny w wypadku wszystkich wyżej wymienionych metod. Jedną z najczęstszych dolegliwości pojawiających się w następstwie terapii hormonalnej jest obniżenie libido, ale mogą pojawić się także zaburzenia erekcji czy zaburzenia orgazmu. Hormonoterapia może powodować niewielkie zmiany w wyglądzie, jednak u większości pacjentów zmiany te są niewidoczne. U części mężczyzn terapia hormonalna nie wpływa na obniżenie libido, ale powoduje u nich zaburzenia erekcji lub niemożność osiągnięcia orgazmu. Wpływ terapii hormonalnej na zdolność do osiągania erekcji nie został jeszcze dobrze zbadany i pozostaje nieprzewidywalny.

Niektórzy mężczyźni odczuwają pożądanie, mają pełną zdolność do osiągnięcia

erekcji i osiągnięcia orgazmu nawet bez testosteronu. U innych mężczyzn funkcje seksualne pozostają prawidłowe przez kilka lat, potem powoli tracą oni zainteresowanie seksem. Motywacją do zachowania aktywności seksualnej może mieć tutaj kluczowe znaczenie.

3.9. W jakim stopniu terapia hormonalna wpływa na psychikę?

Mężczyźni, którym chirurgicznie usunięto jądra lub u których zastosowano hormonoterapię, czują się mniej mężczyźni. Obawiają się, że ich wygląd i osobowość nabiorą cech kobiecych. Obawy te są jednak bezpodstawne, ponieważ na męskość składa się wiele czynników i nie zależy ona od poziomu hormonów. Terapia hormonalna stosowana przy leczeniu nowotworu prostaty może skutkować obniżeniem libido. Jednakże nie może wpływać na zachowania seksualne: u mężczyzn heteroseksualnego na przykład nie pojawi się nagle pociąg do mężczyzny.

3.10. Psychiczne podstawy zaburzeń erekcji

Niepokój związany z postrzeganiem siebie i napięcie wynikające z potrzeby udowodnienia swojej potencji, możliwości seksualnych czasami mogą powodować zaburzenia erekcji. Zamiast pozwolić sobie na chwilę zapomnienia i dać ponieść się emocjom, mężczyzna zbyt często koncentruje się na udowodnianiu swoich umiejętności seksualnych. Obawa przed porażką może stać się samospelniającą się przepowiednią. Często szuka się przyczyny zaburzeń erekcji w kondycji fizycznej, pomijając sferę psychiczną. Mężczyzna może osiągnąć erekcję, kiedy jest rozluźniony.

Znaczące sukcesy w leczeniu zaburzeń

erekcji mających źródło w psychice osiąga się, stosując terapię seksuologiczną. Leczenie takie powinno zostać poprzedzone serią wywiadów, specjalistycznych testów i badań medycznych.

3.11. Wpływ leczenia choroby nowotworowej na ejakulację

Do zaburzeń ejakulacji, które mogą wystąpić jako skutek uboczny leczenia choroby nowotworowej, dochodzi

Na męskość składa się wiele czynników i nie zależy ona od poziomu hormonów.

w efekcie uszkodzenia pęczków włókien nerwowych, umiejscowionych po obu stronach gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i zwieracza pęcherza. Może dojść do ustania produkcji spermy. Mimo to mężczyzna nadal może doświadczać orgazmu, nawet przy braku wytrysku lub niewielkiej ilości nasienia. Niektórzy mężczyźni utrzymują, że orgazm bez ejakulacji nie różni się od orgazmu, podczas którego dochodzi do wytrysku nasienia. Wielu twierdzi natomiast, że orgazm jest wtedy mniej intensywny i krótszy. Mężczyźni obawiają się negatywnej reakcji swoich partnerek na brak ejakulacji. Obawy te nie są jednak uzasadnione, ponieważ partnerki zwykle nie odczuwają wytrysku nasienia aż tak intensywnie.

Niektórzy mężczyźni obawiają się przede wszystkim tego, że ich doznania podczas orgazmów staną się mniej intensywnie. Inni natomiast głównie tego, że zaburzenia ejakulacji pozbawią ich szansy na spłodzenie potomka.

3.12. Wpływ zabiegu operacyjnego na ejakulację

Chirurgicznymi metodami leczenia chorób nowotworowych, które mogą powodować zaburzenia ejakulacji, są:

- **prostatektomia radykalna,**
- **cystektomia radykalna.**

U mężczyzny, który przeszedł jeden z tych zabiegów, ustaje produkcja nasienia. Po tych zabiegach mężczyzna nie będzie ejakulował podczas orgazmów.

Inne zabiegi mogą spowodować wystąpienie wytrysku wstecznego. Polega on na tym, że w momencie szczytowania sperma nie wydostaje się na zewnątrz organizmu, lecz trafia poprzez krótki odcinek cewki moczowej do pęcherza moczowego. Powodem jest niewłaściwie działający zwieracz pęcherza, który nie ulega skurczowi w czasie wytrysku. Nasienie zostaje przepchnięte wstecznie do pęcherza, zamiast zostać wydalone na zewnątrz prącia poprzez wytrysk. Nasienie opuszcza pęcherz zmieszane z moczem.

Kolejnym zabiegiem, który może wywołać patologię wytrysku, jest resekcja przecewkowa. Polega ona na wprowadzeniu do cewki moczowej narzędzia endoskopowego zaopatrzonego w pętlę elektryczną i układ optyczny, który umożliwia precyzyjne usunięcie tkanki przerostowego gruczołu krokowego. Podczas tego zabiegu może dojść do uszkodzenia zwieracza pęcherza moczowego. Zabieg ten przeprowadza się w wypadku łagodnego przerostu prostaty.

Dwa zabiegi operacyjne, które mogą spowodować zaburzenia ejakulacji na skutek uszkodzenia nerwów odpowie-

dzialnych za emisję, czyli produkcję płynu nasiennego, to:

- resekcja brzuszno-kroczoowa, która jest stosowana w leczeniu nowotworów jelita grubego;
- limfadenektomia zaotrzewnowa, która polega na chirurgicznym usunięciu węzłów chłonnych i jest stosowana u pacjentów z nowotworem jądra.

Niektóre nerwy odpowiedzialne za ejakulację znajdują się w okolicy jelita grubego i mogą ulec uszkodzeniu podczas zabiegu resekcji brzuszno-kroczowej. Limfadenektomia może uszkodzić nerwy, które umiejscowione są wyżej wokół naczyń krwionośnych.

Działania niepożądane, które mogą wystąpić po przeprowadzeniu tych zabiegów, są podobne. Informacje na temat dysfunkcji seksualnych po zabiegu limfadenektomii zaotrzewnowej są łatwiej dostępne. Czasami zabieg ten może spowodować wytrysk wsteczny, najczęściej jednak uniemożliwia ejakulację. W takim wypadku gruczoł krokowy i nasieniowody nie mogą się skurczyć, aby doszło do wymieszania nasienia z komórkami spermy. W obu wypadkach pacjent nie może osiągnąć wytrysku. Różnica pomiędzy brakiem wytrysku a wytryskiem wstecznym jest istotna, jeśli mężczyzna planuje potomstwo. W wypadku wytrysku wstecznego plemniki można odzyskać, ponieważ znajdują się w moczu mężczyzny.

Zdarza się, że nerwy uszkodzone podczas zabiegu limfadenektomii zaotrzewnowej zaczynają działać. Po upływie od roku do trzech lat może pojawić się ponownie wytrysk nasienia. Nowotwory jądra występują najczęściej u młodych mężczyzn, którzy zazwyczaj chcą mieć dzieci, i w związku z tym stosuje się techniki

oszczędzające nerwy, które sprawiają, że po zabiegu ejakulacja przebiega normalnie.

Czasami w celu ułatwienia zapłodnienia stosuje się leki, które mogą tymczasowo przywrócić zdolność do ejakulacji. Jeśli plemniki nie mogą zostać odzyskane z moczu lub nasienia mężczyzny, specjaliści od leczenia bezpłodności mogą pomóc w ich odzyskaniu bezpośrednio z jąder za pomocą niezbyt inwazyjnego zabiegu operacyjnego, a następnie użyć ich do zapłodnienia komórki jajowej kobiety. Limfadenektomia zaotrzewnowa nie powoduje zaburzeń erekcji oraz niemożności osiągnięcia orgazmu. Może jednak przyczynić się do zmniejszenia ich intensywności.

3.13. Wpływ pozostałych metod leczenia na ejakulację

Niektóre metody leczenia nowotworów obniżają ilość produkowanego nasienia. Po naświetlaniach gruczołu krokowego niektórzy mężczyźni są w stanie osiągnąć jedynie bardzo skąpy wytrysk nasienia. Pod koniec radioterapii pacjenci odczuwają ostry ból podczas ejakulacji. Ból ten związany jest z podrażnieniem cewki moczowej i powinien ustąpić w ciągu kilku tygodni od zakończenia leczenia.

Mężczyźni, u których zastosowano hormonoterapię nowotworu gruczołu krokowego, również produkują mniej nasienia niż wcześniej.

Chemioterapia rzadko wpływa na ejakulację. W chemioterapii stosuje się kilka leków, które mogą spowodować wytrysk wsteczny, który jest efektem uszkodzenia nerwów odpowiedzialnych za emisję (np. winkrystyna).

Tabela umieszczona na stronie 22 przedstawia zestawienie wybranych metod le-

Wiele zaburzeń seksualnych, które występują u mężczyzn bezpośrednio po zakończeniu leczenia nowotworu, ma charakter przejściowy.

czenia nowotworów i działań niepożądanych, które mogą one powodować.

4. Metody leczenia zaburzeń seksualnych

Niezwykle istotną kwestią dla mężczyzn doświadczających zaburzeń seksualnych powstałych w następstwie leczenia choroby nowotworowej jest możliwość ich wyleczenia.

Wiele zaburzeń seksualnych będących skutkiem leczenia nowotworów ma charakter przejściowy. Na przykład ból pojawiający się podczas erekcji lub ejakulacji bezpośrednio po zakończeniu radioterapii lub operacji prawdopodobnie ustąpi. Stres towarzyszący leczeniu, który przyczynia się do obniżenia na kilka tygodni poziomu hormonów i skutkuje spadkiem pożądania lub wystąpieniem zaburzeń erekcji, zapewne także ustąpi. Wraz z upływem czasu, kiedy mężczyzna poczuje, że mimo komplikacji kontroluje swoje ciało i życie, zwiększy się także jego poczucie wartości, a życie erotyczne wróci do normy.

Niestety niektóre metody leczenia nowotworów mogą prowadzić do nieodwracalnych zaburzeń seksualnych u mężczyzn. Problemy są trudne do przewidzenia i specyficzne dla konkretnych osób. Część mężczyzn po radykalnej prostatektomii zachowa zdolność do osiągnięcia erekcji. Lekarz

Tabela: Zaburzenia seksualne u mężczyzn w następstwie leczenia nowotworu

Leczenie	Brak orgazmu	Brak wytrysku	Mniejsza intensywność orgazmów	Bezpłodność
Chemioterapia	Rzadko	Rzadko	Rzadko	Często
Radioterapia miednicy	Rzadko	Rzadko	Czasami	Często
Limfadenektomia zaotrzewnowa	Rzadko	Często	Czasami	Często *
Resekcja brzuszno-kroczo- wa	Rzadko	Często	Czasami	Zawsze
Prostatektomia radykalna	Rzadko	Zawsze	Często	Zawsze
Cystektomia radykalna	Rzadko	Zawsze	Często	Zawsze
Całkowite wytrzewienie miednicy	Rzadko	Zawsze	Czasami	Brak danych
Penektomia częściowa	Rzadko	Nigdy	Rzadko	Nigdy
Penektomia całkowita	Czasami	Nigdy	Czasami	Zazwyczaj*
Orchitektomia (usunięcie jednego jądra)	Nigdy	Nigdy	Nigdy	Rzadko **
Orchitektomia (usunięcie obu jąder)	Czasami	Czasami	Czasami	Zawsze
Terapia hormonalna przy leczeniu nowotworu prostaty	Czasami	Czasami	Czasami	Zawsze

* Sztuczne zapłodnienie kobiety nasieniem mężczyzny jest możliwe.

** Bezpłodny tylko, jeśli pozostałe jądro jest uszkodzone.

zapewne będzie w stanie zdiagnozować przyczynę problemów natury seksualnej i określić szanse na wyleczenie. Jeśli jakiś problem uporczywie się powtarza (np. przy każdym zbliżeniu seksualnym), może to świadczyć o podłożu organicznym i o tym, że zmiana jest nieodwracalna. W innych wypadkach przyczyny zaburzeń erekcji mogą mieć źródło w psychice i być przejściowe.

Warto zadać sobie kilka pytań, które ułatwią rozpoznanie problemu:

- Jeśli masz problemy z osiągnięciem i utrzymaniem erekcji, czy zdarza się to za każdym razem, kiedy uprawiasz seks?
- Czy łatwiej jest Ci osiągnąć erekcję, kiedy jesteś zrelaksowany, kiedy się masturbujesz lub kiedy nagle zobaczysz kogoś atrakcyjnego?
- Jeśli masz kilka partnerek – czy łatwość, z jaką osiągasz wzwód, zależy od tego, z którą partnerką właśnie jesteś?

4.1. Jak radzić sobie z przejściowymi dysfunkcjami seksualnymi

Wiek i problemy zdrowotne powodują, że podniecenie nie wywołuje natychmiastowej erekcji. Możliwe, że potrzebujesz więcej czasu i intensywniejszych pieszczot okolic narządów płciowych, aby osiągnąć wzwód.

Jeśli masz problemy z osiągnięciem orgazmu podczas stosunku, być może powinieneś pomyśleć o zmianie sposobu stymulacji. Pomyśl na przykład o zakupie wibratora – może on dostarczyć bardzo intensywnych doznań. Spróbuj fantazjować lub oglądać magazyny o treści erotycznej. Im bardziej będziesz podniecony, tym łatwiej osiągniesz orgazm.

U niektórych mężczyzn do pierwszego orgazmu po zakończeniu leczenia dochodzi podczas snów erotycznych. Jeśli i Tobie się to przydarzyło, oznacza to, że Twoje funkcje seksualne są prawidłowe. Ponieważ wzwody nocne są spontaniczne i nie zależą od nastroju lub stanu umysłu, pozwalają sprawdzić, jaką erekcję mężczyzna jest w stanie osiągnąć. Jeśli występują u Ciebie spontaniczne wzwody podczas snu, to wszystko zależy od Ciebie i od tego, czy będziesz potrafił wykorzystać na jawie swój potencjał.

4.2. Metody diagnozowania przyczyn zaburzeń seksualnych, które wydają się nieodwracalne

Po zakończeniu leczenia daj sobie kilka miesięcy na powrót do formy. Wypróbuj także metody, które pomagają radzić sobie z dysfunkcjami seksualnymi. Jeśli mimo to problemy się utrzymują, możesz poddać się badaniom w celu ustalenia przyczyny zaburzenia. Być może trzeba będzie skonsultować się z kilkoma lekarzami, którzy pomogą postawić diagnozę i zaproponują właściwą metodę leczenia.

Jedno z takich badań przeprowadza się podczas snu, w laboratorium, gdzie przez kilka nocy bada się wzwody nocne. Analizowane są fale mózgowo i oddech w czasie snu, aby sprawdzić, czy funkcje fizjologiczne są prawidłowe. Na trzonie i na żołądździ penisa umieszcza się elastyczne pętle podłączone do urządzenia rejestrującego zmiany zachodzące w objętości penisa podczas snu. Jeśli Twoje wzwody nocne są sztywne i trwałe, świadczy to o psychogennym tle zaburzeń. Jeśli erekcje są słabe albo nie występują

w ogóle, być może potrzebne jest leczenie lub zabieg chirurgiczny, aby rozwiązać problem.

Ponieważ badania przeprowadzane w laboratoriach snu są kosztowne, większość lekarzy stosuje inne metody badania wzvodów nocnych. Pacjenci otrzymują elektroniczne monitory, które zakładają na członek podczas snu. To miarodajne testy. Nieco mniej dokładne badanie polega na wykorzystaniu plastikowych pasków (czujników do pomiaru napięcia), które umieszcza się wokół prącia na czas snu. Jeśli dochodzi do wzvodu nocnego, czujniki ulegają zerwaniu. Pomaga to zbadać zmiany zachodzące podczas erekcji. Jeszcze inne badanie – przeprowadzane w gabinecie lekarskim – polega na mierzeniu pulsu i ciśnienia krwi w prąciu. Podczas takiego badania sprawdza się, czy przyczyna zaburzeń erekcji nie jest związana z nieprawidłowym obiegiem krwi. Wiele badań polega na wstrzykiwaniu do penisa leków wywołujących erekcję. Można wówczas przeprowadzić obrazowe badania (np. z wykorzystaniem ultradźwięków). Bada się także odruchy nerwów w okolicach narządów płciowych. Powszechnie stosuje się oznaczanie poziomu dwóch hormonów: testosteronu i prolaktyny, ściśle powiązanych z funkcjami seksualnymi u mężczyzny.

4.3. Kiedy warto skonsultować się z seksuologiem?

Każde zaburzenie seksualne na tle psychogennym może być leczone przez seksuologa. W wypadku mężczyzn najczęstsze zaburzenia spowodowane stresem to:

- spadek libido,
- niemożność osiągnięcia wzvodu

- o podłożu innym niż organiczne,
- problemy z osiągnięciem orgazmu,
- przedwczesny wytrysk.

Nawet jeśli dysfunkcje seksualne występujące u mężczyzn mają podłoże organiczne, terapia u seksuologa może okazać się pomocna. Odmienne mogą być jedynie cele, które będziemy chcieli osiągnąć podczas leczenia. Na przykład zamiast oczekiwać, że odzyskamy zdolność do pełnej erekcji, możemy poznać nowe sposoby osiągania satysfakcji seksualnej. Seksuolog może również pomóc Tobie i Twojej partnerce w podjęciu decyzji, jaką metodę leczenia zaburzeń erekcji wybrać (patrz rozdział „Profesjonalna pomoc”).

4.4. Czy środkami farmakologicznymi można wyleczyć zaburzenia seksualne?

Na rynku dostępne są różne leki na potencję. Zapytaj lekarza, jaki lek jest dla Ciebie odpowiedni. Leki te pomagają w osiągnięciu i utrzymaniu wzvodu podczas zbliżenia seksualnego, wywołując większy napływ krwi do prącia. Około połowie mężczyzn cierpiących na impotencję z powodów medycznych raczej niż psychologicznych leki te mogą pomóc. Badania wstępne pokazują, że podawanie tych leków pacjentom, u których doszło do uszkodzenia nerwów podczas leczenia nowotworu gruczołu krokowego, a w następstwie do impotencji, nie daje oczekiwanych rezultatów. Leków na potencję nie powinni przyjmować pacjenci z niewydolnością serca, nadciśnieniem oraz regularnie zażywający nitroglicerynę.

Pozostałe leki na potencję są wciąż na etapie badań klinicznych. Warto zapytać lekarza o inne, nowe leki lub metody leczenia zaburzeń erekcji.

Pamiętaj, aby podczas konsultacji poinformować swojego lekarza prowadzącego o wszystkich lekach, które przyjmujesz, nawet o tych, które bierzesz rzadko.

4.5. Czy terapia hormonalna może przywrócić prawidłowe funkcje seksualne?

W rzadkich wypadkach, kiedy u pacjenta doszło do zaburzenia gospodarki hormonalnej, terapia hormonalna może pomóc w leczeniu problemów związanych z obniżonym libido lub niemożnością osiągnięcia wzwodu. Jednak trzeba tutaj zachować ostrożność, ponieważ u większości mężczyzn, nawet po pięćdziesiątym lub sześćdziesiątym roku życia, poziom testosteronu jest prawidłowy i stosowanie terapii hormonalnej w takich wypadkach nie tylko nie wyleczy zaburzenia seksualnego, ale może mieć poważne skutki uboczne.

Ponadto nadmiar testosteronu może się przyczynić do rozwoju i rozprzestrzenienia się utajonego (niewykrytego) nowotworu gruczołu krokowego. Mężczyźni, u których wystąpiły choroby gruczołu krokowego o charakterze nienowotworowym, nie powinni decydować się na terapię hormonalną, nawet jeśli poziom testosteronu jest u nich niski.

Testosteron jest dobrym – aczkolwiek przejściowym – rozwiązaniem, pomagającym przywrócić libido i erekcję u mężczyzn, których jądra zostały uszkodzone na skutek dużej dawki naświetlania lub chemioterapii. Tylko niektórzy mężczyźni naprawdę potrzebują podawania dodatkowych hormonów.

4.6. Czy można skutecznie leczyć zaburzenia erekcji, jeśli podczas zabiegu doszło do uszkodzenia nerwów lub został zablokowany dopływ krwi do penisa?

Jeśli zaburzenia erekcji są wyłącznie wynikiem ograniczenia drożności tętnicy (utrudnienia dopływu krwi), co ogranicza powstanie erekcji prącia, leczy się je za pomocą nowoczesnych zabiegów operacyjnych. Na przykład wykonuje się arteriografię naczyń tętnicznych, aby zlokalizować miejsca ograniczonego dopływu krwi oraz określić, które naczynie nadaje się, aby wykonać zespolenie omijające. Zabiegi tego typu nie przynoszą oczekiwanych rezultatów u wszystkich mężczyzn – jedynie około 25 procent mężczyzn obserwuje poprawę potencji po wykonaniu zabiegu.

Podczas pierwszych trzech – dwunastu miesięcy od przeprowadzenia zabiegu radykalnej prostatektomii większość mężczyzn nie jest w stanie osiągnąć spontanicznej erekcji. W tym okresie pacjenci przechodzą leczenie farmakologiczne lub stosowane są inne metody mające na celu przywrócenie potencji. Wpływ, jaki zabieg radykalnej prostatektomii może mieć na zdolność do osiągania wzwodu prącia, zależy w dużej mierze od wieku mężczyzny oraz tego, czy w wyniku zabiegu nie zostały uszkodzone nerwy. Prawie wszyscy pacjenci, u których przeprowadzono zabieg radykalnej prostatektomii, powinni spodziewać się zaburzeń erekcji, ale u młodszych mężczyzn dysfunkcje seksualne powinny ustąpić. Niektórzy specjaliści radzą stosować leki na potencję zaraz po zabiegu.

Po zabiegu radykalnej prostatektomii około 65–90 procent mężczyzn stanie się, w zależności od wieku, impotentami.

Jeśli podczas zabiegu operacyjnego nie zostaną usunięte nerwy umiejscow-

wione po bokach prostaty, w grupie mężczyzn przed sześćdziesiątym rokiem życia impotencja wystąpi tylko u 25–30 procent z nich. Wskaźnik występowania impotencji jest wyższy u mężczyzn po siedemdziesiątym roku życia, nawet jeśli nerwy zostały zachowane. Po zabiegu pacjent jest zdolny do odczuwania przyjemności podczas orgazmu, mimo że nie dochodzi do wytrysku nasienia.

Prowadzi się obecnie badania nad możliwością przeszczepiania nerwów w celu przywrócenia zdolności do osiągania erekcji. Potrzeba jednak więcej czasu, aby określić przydatność tych metod. Techniki chirurgiczne wciąż się ulepszają, np. wykorzystuje się stymulację nerwów w celu oszczędzenia nerwów odpowiadających za erekcję. Zabiegi chirurgiczne mające na celu usunięcie uszkodzonych żył, przez które krew odpływała w zbyt dużej ilości z prącia w stanie erekcji, jak dotąd nie kończyły się powodzeniem. Być może już niedługo będzie można leczyć impotencję, przeszczepiając do penisa nerwy z innych części ciała, na razie jednak ta metoda jest jeszcze na etapie badań.

Jak dotąd, leczenie impotencji pochodzenia naczyniowego, polegającej na upośledzeniu dopływu lub odpływu krwi z członka w czasie wzwodu, za pomocą zabiegów chirurgicznych nie przyniosło zadowalających wyników. Istnieją trzy rodzaje zabiegów nieinwazyjnych, które przeprowadza się powszechnie: wstrzyknięcia do ciał jamistych prącia, aplikowanie czopków do pęcherza moczowego i stosowanie aparatów próżniowych.

4.7. Wstrzyknięcia do ciał jamistych prącia

Wielu urologów uczy mężczyzn z zaburzeniami erekcji wykonywania wstrzyknięć

do ciał jamistych prącia środków rozszerzających naczynia. Zabieg wstrzyknięcia w skórę prącia za pomocą bardzo małej igły powinien być wykonywany kilkanaście minut przed zbliżeniem. Połączenie podniecenia seksualnego i działania leku pomaga w osiągnięciu szywniejszego i trwalszego wzwodu. U niektórych mężczyzn działaniem niepożądanym po zastosowaniu tej metody może być przedłużona erekcja. Jeśli ten problem wystąpi, należy natychmiast udać się do lekarza. Metoda ta może również prowadzić do zwłóknienia ciał jamistych. Najczęściej nie jest to widoczne, może jednak doprowadzić do skrzywienia penisa podczas wzwodu. W skrajnych wypadkach jedynym sposobem na usunięcie tego problemu jest chirurgia rekonstrukcyjna prącia.

4.8. Czopki aplikowane bezpośrednio do cewki moczowej

Lek może być podawany w postaci małego czopka wkładanego za pomocą aplikatora do ujścia zewnętrznego cewki moczowej na końcu żołądźki prącia. Po rozpuszczeniu lek wchłania się przez cewkę moczową do mięśni gładkich ciał jamistych prącia. Chociaż metoda ta jest wygodniejsza niż wstrzyknięcia, bywa jednak mniej skuteczna. Może powodować podobne skutki uboczne.

4.9. Aparaty próżniowe

Terapia z użyciem aparatów próżniowych jest metodą bezpieczniejszą niż wstrzyknięcie. Jednak i ta metoda może spowodować dysfunkcje seksualne.

Mężczyzna umieszcza wiotki członek w plastikowym walcu. Po zamkniętej stronie cylindra znajduje się mechanizm wywołujący ujemne ciśnienie wewnątrz aparatu. Istotnym elementem urządze-

nia jest elastyczny pierścień, który umożliwia odpływ krwi z ciał jamistych. Erekcję prącia uzyskuje się dzięki ujemnemu ciśnieniu, które ściąga krew do ciał jamistych. Kiedy członek staje się sztywny, mężczyzna wyjmuje go z walca i zsuwa pierścień na nasadę penisa, aby utrzymać erekcję. Pierścień może pozostawać na członku nie dłużej niż 30 minut. Niektórzy mężczyźni używają aparatu próżniowego przed rozpoczęciem pieszczot, jednakże efekty są bardziej zadawalające, kiedy członek znajduje się w stanie niepełnego wzwodu podczas gry wstępnej. Dzięki temu urządzeniu mężczyzna może uzyskać sztywną i trwałą erekcję, ale jednym ze skutków ubocznych może być skręcenie prącia u nasady, co ogranicza wybór pozycji seksualnych. Prawidłowe stosowanie urządzenia wymaga praktyki. Urządzenia próżniowe dostępne są w aptekach bez recepty. Aparaty próżniowe, wstrzyknięcia do ciał jamistych i czopki podawane do pęcherza moczowego przynoszą zadawalające efekty w 60–70 procentach przypadków. Jeśli lekarz zaleci terapię próżniową lub wstrzyknięcia, warto zasięgnąć porady u psychoterapeuty, który pomoże wybrać metodę zapewniającą komfort podczas aktywności seksualnej.

4.10. Protezowanie członka

Protezowanie członka było pierwszym zabiegiem, który przyniósł zadawalające efekty w leczeniu zaburzeń erekcji o podłożu organicznym. W ciągu ostatnich dwudziestu lat przeprowadzono wiele takich zabiegów i nadal stanowią one jedną z najskuteczniejszych metod leczenia zaburzeń czynności prącia.

Obecnie używa się dwóch rodzajów protez: półsztywnych i hydraulicznych.

4.11. Protezy półsztywne

Zbudowane są z metalowego rdzenia, na przykład srebrnego, a z zewnątrz otoczone są obojętnym dla organizmu tworzywem sztucznym. Umieszcza się je w ciałach jamistych prącia.

Cechą tych protez jest to, że uniemożliwiają pełne zgięcie, co powoduje, że członek ciągle znajduje się w półwzwodzie. Ponieważ protezy umieszcza się nad cewką moczową, nie przeszkadza to w oddawaniu moczu.

Członek można zgiąć na dół lub do góry, aby uniknąć niezręcznych sytuacji. Nie jest to ani komfortowe psychicznie, ani wygodne w życiu codziennym. Z tego względu ten rodzaj protezy odradza się młodym mężczyznom, którzy mieszkają z dziećmi, aktywnie spędzają czas, pływają i uprawiając sport, lub opalają się nago. Dla większego komfortu można też nosić specjalną bieliznę dla sportowców, która ma bardziej zabudowany przód. Dużą zaletą tych protez penisa jest to, że są tańsze niż protezy hydrauliczne oraz bardzo wytrzymałe mechanicznie.

4.12. Protezy hydrauliczne

Protezy hydrauliczne charakteryzują się tym, że ich sztywność można swobodnie regulować, używając specjalnej pompki. Trzyczęściowa proteza składa się z dwóch zbiorników usztywniających wszczepianych w ciała jamiste (występują symetrycznie po obu stronach prącia), zbiornika z płynem, który będzie pompowany do usztywniających zbiorników w ciałach jamistych (zbiornik wszczepia się w okolicy nadpęcherzowej) oraz pompki przepychającej płyn ze zbiornika

w okolicy pęcherza do zbiorników usztywniających w ciałach jamistych (pompkę umieszcza się w mosznie).

Tuż przed zbliżeniem usztywnia się członek, naciskając kilkakrotnie pompkę umieszczoną pod moszną. Płyn wypełnia zbiorniki i penis nabrzmiewa jak podczas naturalnej erekcji, kiedy napływa do niego krew. Po zakończeniu aktywności seksualnej należy nacisnąć zapadkę na dole pompki, aby opróżnić zbiorniki. Płyn odpływa, a członek staje się wiotki.

Ogromną zaletą tego typu protez jest to, że zarówno w czasie spoczynku, jak i erekcji członek wygląda naturalnie. W związku z tym, że są one bardziej fizjologiczne, preferują je zarówno chorzy, jak i lekarze.

Na rynku są już dostępne protezy dwuczęściowe, które stanowią kompromis pomiędzy protezami półusztynnymi a protezami trzyczęściowymi. Różnica w budowie w stosunku do protezy trzyczęściowej jest taka, że nie wszczepia się zbiornika z płynem w okolicy pęcherza – jego funkcję przejmuje zbiornik pompki.

Protezowanie członka zaleca się pacjentom o słabym zdrowiu, gdyż ryzyko późniejszych powikłań jest niewielkie, a sam zabieg chirurgiczny nie jest zbyt inwazyjny. Ta metoda leczenia nie jest zalecana u pacjentów, u których następowały nawroty choroby nowotworowej pęcherza moczowego, ponieważ półusztynne pręty mogą przeszkadzać podczas cystoskopii. Mężczyznom uprawiającym sport poleca się protezy hydrauliczne, ponieważ są wygodniejsze.

Skutkiem ubocznym protezowania pręcia może być infekcja. Bardziej skomplikowane protezy mogą ulegać uszkodzeniu, co wymaga przeprowadzenia ponownej operacji. Zanim zdecydujesz

się na tę metodę, porozmawiaj z urologiem o potencjalnych działaniach niepożądanych, mogących wystąpić na skutek implementacji protezy.

Mężczyźni żonaci lub pozostający w stałych związkach powinni decyzję o implementacji protezy podjąć wspólnie z partnerką. Partnerka powinna rozumieć działanie protezy i mieć szansę na rozmowę o swoich obawach z chirurgiem. Musisz mieć świadomość, że każda proteza to tylko mechaniczne urządzenie do usztywniania pręcia. Implementacja protezy nie rozwiąże innych Twoich problemów, takich jak: spadek libido, brak wrażliwości skóry członka, zaburzenia osiągnięcia orgazmu. Proteza nie sprawi, że Twoje życie erotyczne od razu będzie wspaniałe.

Partnerzy powinni szczerze ze sobą porozmawiać po pierwszym stosunku po implementacji protezy. Może będzie trzeba spróbować innych sposobów stymulacji lub innych pozycji seksualnych. Upewnij się przed zbliżeniem, że naprawdę jesteś podniecony i nie decydujesz się na seks tylko dlatego, że Twój penis jest w stanie wzwodu. Parom, które prowadziły aktywne życie seksualne pomimo występowania zaburzeń erekcji u mężczyzny, łatwiej przyzwyczaić się do protez.

4.13. Czy istnieje sposób na przywrócenie intensywnych orgazmów?

U niektórych mężczyzn leczonych z powodu nowotworu zmniejsza się intensywność orgazmów. Niekiedy zaburzenie to związane jest z wiekiem pacjenta. U starszych mężczyzn skurcze podczas szczytowania nie są już tak silne jak wcześniej. Poważniejsze problemy z orgazmem najczęściej pojawiają

się przy zaburzeniach erekcji, a ich przyczyną może być uszkodzenie systemu nerwowego lub stany niepokoju. W takim wypadku wyleczenie zaburzeń erekcji może zagwarantować przywrócenie intensywności orgazmów. Mężczyźni, u których występuje zaburzenie ejakulacji podczas orgazmu po zakończeniu leczenia nowotworu, również skarżą się na mniej intensywne orgazmy.

Istnieje niewiele leków, które mogą pomóc rozwiązać ten problem, a działanie tych dostępnych na rynku jest krótkotrwałe i mogą one powodować poważne powikłania. Jedynym rozsądnym rozwiązaniem jest dążenie do osiągnięcia jak najsilniejszego pobudzenia podczas seksu. Oddaj się całej przyjemności, fantazuj, wydłuż grę wstępną. Jeśli czujesz zbliżający się orgazm, poproś partnerkę, aby pieściła Cię wolniej. Pozwól, by Twoje podniecenie nieco opadło, a następnie rozpocznij pieszczoty od nowa. Powtórz to kilkakrotnie przed orgazmem.

Możesz wykorzystać to ćwiczenie również podczas masturbacji. Kiedy jesteś już bardzo podniecony, zwolnij, nawet jeśli erekcja ustąpi. Zrób tak kilkakrotnie, zanim dojdzie do orgazmu, a na koniec postaraj się, aby Twoja erekcja była tak pełna jak to tylko możliwe. Niektórzy mężczyźni potrafią osiągać wytrysk nasienia, kiedy członek jest wiotki, jednak najintensywniejsze orgazmy mężczyźni przeżywają, gdy erekcja jest pełna.

5. Ważne zagadnienia dotyczące leczenia niektórych rodzajów nowotworów

5.1. Urostomia i kolostomia

Po pierwsze, upewnij się, że sprzęt urostomijny przylega szczelnie. Przed

stosunkiem opróżnij worek urostomijny i sprawdź przylepiec – zmniejszysz w ten sposób ryzyko wycieku moczu. Jeśli jednak do niego dojdzie podczas zbliżenia, weźcie prysznic, a następnie spróbujcie od nowa. Warto powstrzymać się wcześniej od spożywania niektórych potraw (np. szparagów), które powodują intensywny zapach moczu. U niektórych pacjentów wytwarza się obecnie przetoki zapewniające utrzymanie moczu, co wiąże się z wytworzeniem szczelnego zbiornika na mocz. U pacjentów z przetoką definitywną fragment jelita jest wycinany, a końce zostają zespolone w celu zapewnienia normalnej czynności jelitowej. Z usuniętego fragmentu konstruuje się zbiornik i stomię. Zbiornik połączony jest z moczowodem, dzięki czemu treść jelitowa nie dostaje się do nerek.

Estetyczne okrycia i torebki na sprzęt urostomijny sprawią, że będzie on wyglądał subtelniej. Sklepy medyczne oferują cały szereg produktów i akcesoriów, które mogą podnieść jakość życia pacjentów, u których wyłoniono stomię. Innym rozwiązaniem jest założenie spe-

Urostomia nie wpłynie na Twoje życie seksualne, jeśli będziesz przestrzegać kilku zasad.

cialnego nakrycia podczas zbliżenia.

W wypadku systemu dwuczęściowego – złożonego z worka i płytki – należy odwrócić worek, aby leżał na płycie. Podczas seksu wsuń worek pod pas. Ponieważ płytka pozostaje na skórze przez kilka dni, wymienia się tylko worki, jeśli zajdzie potrzeba. Wtedy zaworek do od-

puszczania moczu znajduje się z boku. Jeśli nosisz elastyczny pas podtrzymujący, wetknij podczas seksu pusty worek za pas. Kolejnym sposobem na unieruchomienie worka jest przyklejenie go do skóry. Może włożenie podkoszulka, który przykryje sprzęt urostomijny, sprawi, że poczujesz się bardziej komfortowo.

Wybieraj pozycje seksualne, dbając o to, aby nie naciskać na sprzęt urostomijny i nie ocierać się o niego. Jeśli jesteś pacjentem, u którego wykonano stomię, ale lubisz pozycje, w których znajdujesz się pod partnerką, umieść matę poduszkę nad płytką urostomijną – wtedy partnerka nie będzie opierała się na sprzęcie. Powyższe porady odnoszą się również do osób, u których zrobiono kolostomię. Kolostomia nie jest wykorzystywana przez cały czas, więc łatwiej Ci będzie zaplanować czynność seksualną. Pacjenci, u których wyłoniono kolostomię, mogą podczas seksu zakładać małe nakładki do jej zabezpieczenia, które stosuje się, gdy oddawanie stolca jest uregulowane, a także podczas wykonywania irygacji. Warto pamiętać, aby w dni, kiedy planujesz seks, unikać potraw, które mogą wywoływać gazy.

Niektórym ludziom sprawia przyjemność dotykanie stomii. I nie ma w tym nic dziwnego czy nienormalnego. Trzeba jednak pamiętać, że stomia jest delikatna i może łatwo dojść do jej podrażnienia, jeśli pieczyta jest zbyt intensywna. Nie wolno umieszczać żadnych przedmiotów w stomii i należy postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.

5.2. Laryngektomia

Laryngektomia to zabieg laryngologiczny polegający na wycięciu krtani, którego konsekwencją jest brak emisji

głosu i trwałe oddzielenie drogi oddechowej od pokarmowej. Przed zabiegiem choremu wykonuje się tracheotomię (nacięcie), a następnie przez otwór w tchawicy wprowadza rurkę (intubację). Zabieg polega na odcięciu krtani od góry u nasady języka i gardła oraz od dołu od tchawicy. Podczas laryngektomii całkowitej usuwa się także kość gnykową z przestrzenią przednagłośniową. Pozostały kikut tchawicy na stałe zszywa się ze skórą szyi, tworząc przetokę zwaną tracheostomią. Powietrze dostające się do płuc nie jest już ogrzewane, oczyszczane i nawilżane. Nakrycie na tracheostomii pozwala ukryć wydzielinę z drzewa tchawiczo-oskrzelowego.

Chusteczka, krawat lub golf pomogą ukryć stomię i wyglądać atrakcyjnie. W trakcie zbliżenia zakryta stomia będzie wyglądać bardziej atrakcyjnie niż odkryta. Na początku podczas seksu partnerka może być zaskoczona tym, że wydychane powietrze wydostaje się w innym miejscu niż normalnie. Możesz zniwelować przykry zapach wydobywający się ze stomii, unikając czosnku lub innych pikantnych przypraw. Pomocna może być także woda kolońska lub płyn po goleniu.

Czasami brak możliwości werbalnego porozumiewania się wpływa na pogorszenie się komunikacji między partnerami. Jeśli nauczyłeś się wytwarzania głosu i mowy zastępczej, komunikacja podczas aktywności seksualnej nie będzie stanowić problemu. Możesz korzystać z odpowiednich aparatów elektronicznych wzmacniających mowę przetykową. Jednak te rozwiązania nie pozwolą Ci szeptać do ucha partnerki.

Jeśli korzystasz ze specjalnego aparatu, porozumiewanie przy jego pomocy podczas seksu może być problematyczne

i rozpraszające. Język ciała i kierowanie ręką partnera mogą okazać się bardzo dobrą formą komunikacji.

Słowa są zbędne w wielu intymnych sytuacjach. Jeśli jesteś w związku z nową partnerką, warto ustalić już na początku – zanim dojdzie do zbliżenia – jakiego rodzaju pieszczoty i pozycje lubicie. Możesz także wybrać taką formę komunikacji, dzięki której będziecie mogli porozumiewać się w czasie zbliżenia.

5.3. Leczenie nowotworów okolicy twarzy

W leczeniu niektórych nowotworów twarzy i szyi wykonuje się zabiegi operacyjne polegające na usunięciu części tkanek twardych i miękkich. Tego rodzaju operacje wiążą się z oszpeceniem chorego, co powoduje często obniżoną samoocenę u pacjenta. Zabiegi operacyjne wykonane na szczęcie, podniebieniu lub języku prowadzą również do zaburzeń mowy. Ostatnie osiągnięcia w dziedzinie chirurgii rekonstrukcji twarzy pozwalają wielu ludziom odzyskać satysfakcjonujący wygląd i poprawiają wymowę. Stosuje się także leczenie protetyczne: nawet protezy uszu czy nosa można wykonać z plastiku i dopasować je do skóry i twarzy. Mogą one bardzo pomóc w zwiększeniu poczucia własnej wartości i poprawić wygląd pacjenta.

Istnieje wiele sposobów na poprawę samooceny. W rozdziale „Jak sprawić, by życie erotyczne nie ustało” znajdują się porady, jak poradzić sobie ze zmianami w wyglądzie.

5.4. Amputacja kończyny

Leczenie niektórych nowotworów, najczęściej leczenie pierwotnych guzów kości, może polegać na chirurgicznym odjęciu kończyny. Amputacje mogą wy-

możać zmian w dotychczasowych zachowaniach seksualnych. Pacjent, który stracił rękę lub nogę, może się zastanawiać, czy podczas zbliżenia zakładać protezę. Odpowiedź na to pytanie zależy od pary. Czasami proteza pomaga zachować równowagę i ułatwia poruszanie. Pewne rodzaje mocowań protezy mogą z kolei przeszkadzać. Jeśli brak protezy powoduje problemy z równowagą, można wykorzystać poduszki do podparcia się.

Amputacji może towarzyszyć przewlekły ból w miejscu, gdzie została odjęta kończyna (ból fantomowy). Może to wpływać negatywnie na pożądanie i zniechęcać do seksu. Warto zasięgnąć informacji na temat sposobów radzenia sobie z bólem w poradniach i przychodniach onkologicznych.

5.5. Utrata jednego lub obu jąder

Jądra są symbolem męskości, podobnie jak piersi symbolem kobiecości. Dla niektórych mężczyzn zmiany w wyglądzie nie stanowią problemu, u innych pojawia się obawa o to, jak zareaguje partnerka. Takie obawy pojawiają się szczególnie u mężczyzn, którzy nie są w stałych związkach.

U części mężczyzn, u których doszło do rozprzestrzenienia się nowotworu poza gruczoł krokowy, przeprowadza się zabieg usunięcia obu jąder (orchidektomia) w celu zahamowania produkcji testosteronu, który przyspiesza rozwój nowotworu. Pozostawia się w mosznie najądrza, nasieniowody oraz ostłonkę białawą jądra, dzięki czemu moszna nie wygląda na pustą. (Informacje na temat hormonoterapii znajdziesz w rozdziale „Terapia hormonalna”).

U pacjentów leczonych z powodu nowotworu jądra chirurg zazwyczaj usuwa

tylko jądro zmienione chorobowo. Jedynie u znikomej liczby mężczyzn nowotwór występuje w obu jądrach. Operacja polega na usunięciu jądra, najdłuższa i kikutą powrózka nasiennego przez kanał pachwinowy i moszna po jednej stronie wygląda na pustą.

Nowotwór jąder rozwija się najczęściej u młodych mężczyzn, którzy mogą nie być w związkach. Młodzi, często wysportowani ludzie czują dyskomfort z powodu usuniętego jądra, na przykład, gdy biorą wspólny prysznic na siłowni. Proteza jądra chirurgicznie umieszczana w mosznie może rozwiązać problem natury estetycznej. Rozmiar takiej wypełnionej żelom silikonowym protezy dobiera się tak, aby odtworzyć normalny wygląd moszny. Proteza wygląda jak naturalne jądro i przypomina je w dotyku. Jedynym śladem po zabiegu jest blizna, którą przykryje owłosienie łonowe.

Jeśli podczas zabiegu dojdzie do usunięcia fragmentu moszny, proteza jądra może nie spełnić swojego zadania.

5.6. Penektomia

Najskuteczniejszą metodą leczenia nowotworu prącia lub cewki moczowej jest częściowa lub całkowita amputacja prącia. Panektomia ma destrukcyjny wpływ na poczucie męskości, samooceńę i życie erotyczne pacjenta. Jeśli nowotwór prącia zostanie wykryty w stosunkowo wczesnym stadium, to nie wykonuje się panektomii i stosuje się leczenie za pomocą radioterapii samodzielnej lub w skojarzeniu z chemioterapią. Te metody zazwyczaj nie powodują dysfunkcji seksualnych lub zaburzeń odczuwania przyjemności. Niestety w przypadku nowotworu prącia często stosuje się amputację.

W mniej zaawansowanych przypadkach dobre wyniki może dać leczenie oszczędzające. Jeśli guz jest mały i zlokalizowany na wewnętrznej powierzchni napletka, skuteczne może być obrzezanie, czyli usunięcie napletka. Możliwe jest zachowanie funkcji wzwodu prącia.

Mężczyźni zazwyczaj są zaskoczeni, kiedy dowiadują się, że po takim zabiegu nadal mogą prowadzić satysfakcjonujące życie seksualne. Funkcję wzwodu można zachować. Prącie osiąga zazwyczaj wystarczającą długość, aby mogło dojść do penetracji. Chociaż najbardziej wrażliwa część penisa (żołądź) zostaje usunięta, mężczyzna nadal może osiągać orgazm i mieć wytrysk nasienia. Również jego partnerka nadal może odczuwać przyjemność podczas stosunku. Czasami jednak nie daje się przeprowadzić leczenia oszczędzającego i penektomia całkowita jest nieunikniona. Polega ona na usunięciu prącia, moszny z zawartością oraz pachwinowych węzłów chłonnych po obu stronach. W przypadku całkowitej amputacji prącia chirurg formuje w kroczu ujście cewki moczowej. Mężczyzna nadal może kontrolować oddawanie moczu, ponieważ zwieracz cewki moczowej nie ulega uszkodzeniu podczas zabiegu. Niektórzy mężczyźni, u których przeprowadzono zabieg penektomii, rezygnują z aktywności seksualnej. Nowotwór prącia dotyka najczęściej starszych mężczyzn, z których wielu i tak przestało uprawiać seks z powodu innych problemów zdrowotnych.

Jeśli mężczyzna chce pozostać aktywny seksualnie, nadal może odczuwać przyjemność po zabiegu. Może on nauczyć się osiągać orgazm przez stymulację dotykiem wrażliwych obszarów, takich jak

moszna, skóra pod moszną lub obszar wokół blizn. Mężczyzna lub jego partnerka mogą spróbować stymulować prostatę, umieszczając palec w odbycie i delikatnie ją masując lub uciskając.

Niektórzy ludzie do tego rodzaju pieszczot używają lateksowych lub plastikowych rękawiczek, inni wolą lateksowe i żelowe lubrykanty. Trzeba pamiętać o krótko obciętych paznokciach. Jeśli odbytnica i gruczoł krokowy są zdrowe i nie zostały uszkodzone na skutek zabiegu operacyjnego, wielu mężczyznom takie pieszczoty sprawiają dużą przyjemność. Wymaga to jednak pewnej praktyki, gdyż na początku może się pojawiać u mężczyzny wrażenie nieustannego napierania na pęcherz. Fantazjowanie seksualne, oglądanie zdjęć erotycznych lub czytanie opowiadań erotycznych może zwiększyć podniecenie. Można wykorzystać ćwiczenie polegające na stymulacji dotykem (opisane w dziale „Powrót do aktywności seksualnej”).

Możesz pomóc partnerowi osiągnąć orgazm przez pieszczotę palcem okolic jego narządów płciowych, seks oralny lub stymulację wibratorem. To, że niektóre pary po tych zabiegach mogą nadal prowadzić satysfakcjonujące życie seksualne, może dawać nadzieję tym, którzy muszą radzić sobie z mniej poważnymi zmianami, które zaszły w ich życiu erotycznym.

6. Jak sprawić, by życie erotyczne nie ustało

Często przyjmuje się, że seks zarezerwowany jest tylko dla ludzi młodych i zdrowych: atrakcyjność seksualna postrzegana jest jedynie w aspekcie urody i wyglądu ze-

wnętrznego. Zapomina się o innych wartościach – dobroci, dojrzałości, poczuciu humoru (o tym, jak cenna jest osobowość konkretnego człowieka). Warto też pamiętać, że nie ma ludzi idealnych.

Poczucie wartości ludzi chorujących na nowotwór znacznie się obniża. Większość ludzi ma do siebie zbyt krytyczny stosunek. Po zakończeniu leczenia choroby nowotworowej łatwo jest koncentrować się na tej części ciała, która została oszpecona, zaatakowana przez nowotwór, zmieniona na skutek choroby. Przykładowo, mężczyzna po zabiegu laryngektomii może obawiać się, że nie zdoła ułożyć sobie życia z drugą osobą z powodu utraty głosu. Zdarza się, że partnerzy lub przyjaciele odwracają się od chorych na nowotwór. Ale w zachowaniu żony, która nie może znieść widoku męża z wyłonią sromią, można dopatrywać się innych powodów takiego zachowania. Może złość wywołuje u niej fakt, że teraz musi przejąć obowiązki domowe, takie jak płacenie rachunków lub drobne naprawy w domu. Być może choroba męża uświadamia jej, jak bardzo odczuwałaby jego brak, gdyby umarł. Może przypomina o niepokoju, jaki towarzyszył jej w trakcie jego leczenia, kiedy nie było wiadomo, czy on przeżyje. A może jego choroba uświadomiła jej, jak kruche jest życie. Te wszystkie złożone, skomplikowane emocje może wywoływać blizna na ciele męża. Z drugiej strony – to mąż może czuć, że nie sprawdza się seksualnie. Podobne problemy mogą pojawić się w związkach, w których kobieta choruje na nowotwór.

Możesz zaproponować swoim bliskim zapoznanie się z poradnikiem nr 8 pt. „Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową”, który został wyda-

ny w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formie PDF na stronie Fundacji www.tamizpowrotem.org lub www.programedukacjonkologicznej.pl

6.1. Jak radzić sobie ze zmianami w wyglądzie

Kluczem do poprawy samopoczucia i akceptacji własnego ciała jest skoncentrowanie się na swoich mocnych stronach. Staraj się ograniczyć wpływ choroby nowotworowej na Twój wygląd, energię i nastrój. W trakcie leczenia możesz czuć się bardziej atrakcyjny, jeśli będziesz koncentrował się na swoich mocnych stronach.

Poniższe ćwiczenie z lustrem może pomóc Ci pogodzić się ze zmianami, jakie zaszły w Twoim wyglądzie.

Co widzisz, kiedy przeglądasz się w lustrze? Wiele osób zwraca wtedy uwagę tylko na rzeczy, których u siebie nie akceptuje: patrząc w lustro widzą tylko bladą skórę, łysinę, stonię lub wychudzone nogi. Nie potrafią dostrzec klasycznego profilu, mocnych dłoni czy ładnego uśmiechu.

Znajdź 15 minut tylko dla siebie i skoncentruj się na swoim wyglądzie. Przyglądaj się sobie przez ten czas w największym lustrze, jakie posiadasz. Na jakie części ciała zwracasz największą uwagę? Na co nie lubisz patrzeć? Czy łapiesz się czasem na tym, że myślisz o sobie negatywnie? Jakie są Twoje mocne strony? Czy choroba lub zabiegi zmieniły coś w Twoim wyglądzie?

Na początku wypróbuj ćwiczenie z lustrem rano, kiedy się ubierasz. Jeśli zazwyczaj nosisz na sobie elementy stroju, które mają ukryć oszpecenia po chorobie nowotworowej, włóż je również podczas tego ćwiczenia. Wykonaj to

ćwiczenie dwa lub trzy razy, aż do momentu, kiedy będziesz mógł spojrzeć w lustro i wymienić przynajmniej trzy pozytywne elementy Twojego wyglądu.

Kiedy poczujesz się komfortowo w wydaniu, w jakim chciałbyś pokazać się innym ludziom, spróbuj ćwiczenia z lustrem, tak jakbyś ubierał się na spotkanie z kochaną osobą. Jeśli wyłoniono u Ciebie stonię, włóż swój ulubiony płaszcz kąpielowy. Przyglądaj się sobie przez kilka minut, powtarzając procedurę z pierwszego ćwiczenia. Co jest w Tobie najatrakcyjniejsze i najbardziej pociągające? Powiedz sobie przynajmniej trzy komplementy dotyczące wyglądu.

Na koniec spróbuj ćwiczenia z lustrem, kiedy jesteś nagi, bez ukrywania zmian, jakie zaszły w Twoim ciele w wyniku choroby. Jeśli patrzeć na bliznę, tysią głowę lub stonię sprawia Ci problem, daj sobie więcej czasu na przyzwyczajenie się do tego widoku. Większość zmian nie jest aż tak nieestetyczna, jak wydaje się być na początku. Jeśli oglądając się w lustrze, czujesz się spięty, weź głęboki oddech i staraj się rozluźnić mięśnie podczas wydechu. Nie kończ ćwiczenia aż do momentu, kiedy uda Ci się dostrzec trzy pozytywne elementy w swoim wyglądzie lub przypomnieć sobie trzy komplementy, które powiedziałeś sobie wcześniej.

Ćwiczenie z lustrem może Ci pomóc zrelaksować się w towarzystwie partnerki. Poproś ją, aby powiedziała Ci, co jej się podoba w Twoim wyglądzie lub jest przyjemne w dotyku. Wyjaśnij jej, że te komplementy pomogą Ci odzyskać poczucie własnej wartości. Przypomnij je sobie, kiedy znowu poczujesz się niepewnie.

6.2. Zmiana negatywnego nastawienia

To, czy Twoje życie erotyczne będzie dobre, czy złe, zależy od Twojego nastawienia. Staraj się być bardziej świadomy swojej seksualności. Sam skazujesz się na niepowodzenie, wmawiając sobie, że mężczyzna, który nie może osiągnąć wzrodu, jest do niczego w łóżku. Wszyscy czasami myślimy negatywnie o tym, jakimi jesteśmy kochankami.

Zapisz trzy negatywne myśli, które pojawiają się, kiedy myślisz o tym, jakim jesteś kochankiem. Niektóre z nich mogą być związane z leczeniem, inne mogły pojawić się jeszcze przed chorobą. Postaraj się teraz zrównoważyć każdą zapisaną negatywną myśl czymś pozytywnym. Na przykład zdanie: „Często za szybko szczytuję podczas stosunku” możesz zrównoważyć, pisząc: „Nawet jeśli za szybko szczytuję, to udaje mi się zaspokoić partnerkę pieszczotami po stosunku”. Następnym razem, kiedy znajdziesz się w intymnej sytuacji, staraj się skupiać na pozytywnych myślach, aby wyeliminować negatywne. Jeśli lubisz jakąś swoją cechę lub doceniasz jakiś talent, warto się na nich skupiać.

Jeśli jednak negatywne myśli nie ustępują i czujesz się zrezygnowany i zniechęcony, możesz zwrócić się o pomoc do lekarza prowadzącego, który skieruje Cię na konsultację do psychologa. Takie konsultacje mogą okazać się bardzo pomocne w radzeniu sobie z nową sytuacją.

6.3. Jak zaakceptować zmiany w wyglądzie po chemioterapii

Najczęstszym efektem ubocznym chemioterapii jest utrata włosów. Może pojawić się też utrata wagi i masy mięśniowej, jeśli leczeniu towarzyszą problemy żołąd-

kowe lub masz kiepski apetyt. Możesz być blade lub mieć na przedramieniu specjalny cewnik, założony po to, aby był stały dostęp do żył.

Niektóre zmiany w wyglądzie, które zachodzą pod wpływem chemioterapii, można ukryć lub sprawić, aby mniej rzucały się w oczy. Warto poszukać odpowiedniej peruki jeszcze przed chemioterapią, zanim włosy zaczną wypadać. Peruki są niewygodne i jest w nich gorąco, możesz więc zakładać perukę, tylko kiedy wychodzisz z domu lub idziesz do szpitala. W domu możesz używać innych, wygodniejszych nakryć głowy. Dla wielu mężczyzn noszenie peruki jest kłopotliwe, zwłaszcza że trudno znaleźć perukę, która wyglądałaby naturalnie.

Warto przedyskutować z partnerką, co oboje myślicie na temat noszenia peruki podczas zbliżenia. Nie ma tu dobrej lub złej decyzji. Mężczyźni zazwyczaj wstydzą się przyznać, że łysina im przeszkadza. Jednak utrata włosów może być poważnym problemem dla mężczyzny.

Ukrycie wychudzenia, bladeści czy cewnika stanowi pewne wyzwanie. Z reguły lepiej się wygląda w ubraniach, które są dobrze dopasowane. Rzeczy zbyt ciasne lub zbyt luźne zwracają uwagę na zmiany w wadze. Golfy i długie rękawy mogą zakryć wenflony lub cewniki, ale przy wysokich temperaturach mogą być problemem. Szukaj cienkich materiałów, które będą dawały chłód, jednocześnie zakrywając ciało.

Czasami zmiany w wyglądzie są na tyle duże, że nie jesteś w stanie się zrehabilitować ani myśleć pozytywnie. Jednak zamiast myśleć o sobie źle, uwierz,

że pomoc psychologa może wiele zmienić w tym, jak postrzegasz siebie. (Więcej informacji znajdziesz w rozdziale „Profesjonalna pomoc”).

6.4. Pokonać depresję

Najlepszym sposobem na pokonanie depresji i radzenie sobie ze stresem jest aktywny tryb życia. Zapytaj lekarza, jakie formy aktywności będą dla Ciebie najlepsze. Dopóki nie przesadzisz, ćwiczenia mogą pomóc Ci odzyskać witalność i poczuć się zdrowo. Mogą także pomóc zmniejszyć ból i poradzić sobie z nudnościami, które niekiedy pojawiają się przy chemioterapii. Wielu technik relaksacyjnych można nauczyć się z płyt DVD lub CD, chociaż trening przygotowany przez psychologa przyniesie najlepsze rezultaty.

Jeśli nie radzisz sobie z depresją, wiedz, że na rynku dostępne są leki, które mogą przywrócić u Ciebie zainteresowanie seksem. Depresja kliniczna ma kilka objawów, może to być: brak zainteresowania seksem, utrata zainteresowania rzeczami, które zazwyczaj sprawiały Ci przyjemność, lub niemożność odczuwania przyjemności w ogóle. Często pojawiają się też problemy ze snem, zmiana nawyków żywieniowych, zmęczenie, problemy z koncentracją, poczucie bezradności. Każdą z tych dolegliwości można leczyć farmakologicznie, ale w tym celu musisz skonsultować się z lekarzem.

Niektóre z leków przeciwdepresyjnych nowej generacji, takie jak selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), mogą powodować zaburzenia orgazmu. Istnieją jednak sposoby na to, aby poradzić sobie z tymi działaniami niepożądanymi. Jeśli Cię to niepokoi,

porozmawiaj na ten temat z lekarzem. Istnieją inne leki przeciwdepresyjne, które nie powodują takich zaburzeń.

6.5. Jak radzić sobie z żalem i poczuciem straty

Osoby, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, często odczuwają żal i mają poczucie straty. Może dostrzegasz u siebie smutek, wrogość i złość w stosunku do najbliższych. Choroba nowotworowa obniża samoocenę, zmienia stosunek do ciała i do samego siebie. Może to zburzyć poczucie własnej wartości i wpłynąć na to, jak postrzegasz swoją atrakcyjność seksualną. Może również wpłynąć negatywnie na umiejętność budowania relacji z innymi ludźmi.

Żal jest naturalną reakcją, kiedy musisz porzucić czy zmienić sposób, w jaki myślałeś o sobie przedtem, i pogodzić się ze zmianami. Zapewne musi upłynąć trochę czasu, zanim pogodzisz się ze stratą. To także jest naturalne. Pomoże, kiedy podzielił się swoimi odczuciami z kimś bliskim, poczujesz się wówczas lepiej. Jeśli nie masz osoby, której możesz zaufać, może będziesz chciał skonsultować się z psychologiem. Tak jak ważne jest, aby radzić sobie z bólem fizycznym, tak i warto walczyć z bólem psychicznym.

6.6. Jak odbudować poczucie własnej wartości

Atrakcyjność fizyczna to tylko jeden z elementów, które budują poczucie godności. Doktor Wendy Schain, terapeutka seksualna, która pomaga pacjentom z chorobą nowotworową, przyrównuje poczucie wartości do kont bankowych. Na jednym koncie została zdeponowana wartość Twojej

atrakcyjności fizycznej – możliwości i wygląd Twojego ciała. Na drugim koncie ulokowane zostały wartości związane z życiem towarzyskim, umiejętności społeczne – to, jak wchodzisz w relacje z innymi ludźmi i na jakie wsparcie emocjonalne możesz liczyć. Na trzecim koncie znajduje się suma Twoich osiągnięć – wykształcenie, sukcesy zawodowe, relacje osobiste i rodzinne. Czwarte konto stanowi lokatę duchową – na którą składają się Twoja religia, zasady moralne, siła, jaką Ci one dają. Żyjąc, stopniowo zapełniasz konta, a kiedy pojawia się kryzys, na przykład choroba nowotworowa, musisz zacząć czerpać z nich zyski. Leczenie choroby nowotworowej wiąże się z pewnymi kosztami w postaci zmian fizycznych, zmian zachodzących w relacjach z innymi, zmiany celów zawodowych, czasami choroba wpływa także na wiarę i poczucie sprawiedliwości w życiu. Kiedy jedno z Twoich kont świeci pustkami, musisz wziąć pożyczkę z innego, żeby zbilansować rachunek zysków i strat.

Uświadom sobie, jakie koszty musisz ponieść w swoim życiu w związku z chorobą nowotworową. Dbaj o to, aby regularnie zapełniać swoje konta. W ten sposób utrata jednego z nich nie pozbawi Cię poczucia wartości i nie doprowadzi do całkowitego bankructwa. Jeśli leczenie wpłynęło na Twoją atrakcyjność fizyczną, zacznij korzystać z konta związanego z życiem towarzyskim: czerp siłę z troski i poczucia bliskości, które dostajesz od przyjaciół. Jeśli leczenie wpłynęło negatywnie na Twoją pracę, staraj się wzbogacać swoje życie towarzyskie i duchowe.

Czasami wydaje się, że wszystkie konta są puste, jednak kiedy przyjrzesz się dokładnie, zauważysz, że wartość niektórych nieustannie rośnie.

6.7. Dobra komunikacja

Mężczyźni, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, najczęściej reagują wycofaniem. Obawiają się, że partnerka będzie się czuła przytłoczona żalem lub strachem, który musi dzielić z osobą chorą. Niestety, starając się nawzajem chronić przed takim uczuciami, cierpi się w samotności. Nie ma pary, która nie doświadczałaby smutku i obaw podczas diagnozowania i leczenia. Dlaczego nie podzielić się swoimi obawami, tak abyście mogli nieść ten ciężar wspólnie?

Seks to jeden ze sposobów okazywania sobie bliskości. Pomaga także radzić sobie ze stresem związanym z chorobą.

Jeśli jednak Twoja partnerka cierpi na depresję i jest wycofana, zapewne obawiasz się, że propozycja zbliżenia seksualnego może zostać odebrana jako żądanie. Podejmij temat seksu w zdrowy, asertywny sposób. Unikaj oskarżeń typu: „Nie dotykasz mnie już” lub „Po prostu musimy zacząć się szybko kochać, bo jest to dla mnie frustrujące i trudne do zniesienia”. Zamiast tego staraj się komunikować swoje uczucia w sposób pozytywny: „Brakuje mi naszej intymności”, „Porozmawiajmy o tym, co stoi na przeszkodzie, abyśmy wrócili do naszych pieszczot?”.

7. Jak pokonać obawy związane z seksem

Wiele par uważa, że do zbliżeń seksualnych powinno dochodzić spontanicznie, bez planowania. Jeśli czujesz się niezręcznie lub odczuwasz stres przed zainicjowaniem kontaktu seksualnego, pamiętaj, że właściwy moment może nigdy nie nadejść. Po chorobie pary muszą zaplanować czas, który mogą spędzić razem i powoli reaktywować

Najważniejszym krokiem w kierunku wznowienia aktywności seksualnej jest dobra komunikacja z partnerką.

swoje życie seksualne.

Jedną z przyczyn niepokoju jest presja, aby zaspokoić partnerkę. Najlepszym sposobem, żeby sprawdzić, czy jest się już gotowym do wznowienia aktywności seksualnej, jest czerpanie przyjemności z pieszczenia swojego ciała. Masturbacja nie jest konieczna do tego, żeby wznowić aktywność seksualną, ale może okazać się pomocna. Pieszcząc własne narządy płciowe, a nawet doprowadzając się do orgazmu, możesz się przekonać, jak leczenie choroby nowotworowej wpłynęło na Twoje reakcje na bodźce seksualne. Możesz też sprawdzić w ten sposób, które części ciała są źródłem bólu bądź dyskomfortu, bez obawy, że wpłynie to frustrująco na Ciebie lub partnerkę.

Chociaż niektórzy z nas w dzieciństwie uwierzyli, że masturbacja jest czymś złym i trzeba z nią się kryć, nie jest to prawdą. Większość mężczyzn i kobiet próbowała w swoim życiu pieścić własne narządy płciowe. Wiele osób, które mają satysfakcjonujące życie seksualne, nie zaprzestało masturbacji. Wiele siedemdziesięcio- czy osiemdziesięcioletnich mężczyzn i kobiet nadal się masturbuje.

Jeśli masturbacja nie stanowi dla Ciebie problemu, staraj się stymulować nie tylko narządy płciowe, ale również inne obszary ciała wrażliwe na dotyk. Zwróć uwagę na zróżnicowanie intensywności przyjemności, jaką możesz osiągnąć.

Jest wiele poradników, które pomogą Ci

oswoić się z masturbacją. Potem możesz pokazać swojej partnerce, które obszary Twojego ciała są najbardziej podatne na stymulację i są źródłem największej przyjemności. Nawet jeśli choroba nowotworowa wpłynęła na Twoją wrażliwość na bodźce seksualne, możesz odkryć nowe sposoby na to, aby Twoje życie erotyczne było satysfakcjonujące.

7.1. Powrót do aktywności seksualnej

Kiedy poczujesz, że jesteś gotowy do zbliżenia seksualnego, wybierz moment, kiedy jesteście sami. Zadbaj o właściwą atmosferę, aby móc się zrelaksować. Na przykład zapal w pokoju świecę albo włącz nastrojową muzykę. Choć wiaż możesz czuć się niepewnie, daj partnerce do zrozumienia, że chciałbyś spróbować wznowić Wasze życie seksualne.

Możecie nawet wybrać konkretny dzień, kiedy będziecie sami. Możesz powiedzieć: „Jestem znowu gotowy na seks, ale nie chciałbym niczego przyspieszać. Myślisz, że będziesz dziś wieczorem w nastroju, żeby spróbować pieszczot? Nie mogę obiecać, że wszystko pójdzie gładko, ale samo próbowanie może sprawić nam przyjemność”.

Dobrze, jeśli pary do pewnego stopnia ograniczą rodzaj pieszczot, kiedy starają się wznowić życie seksualne po zakończeniu leczenia. Radzimy rozpocząć od dotykania całego ciała. Partnerzy pieszczą się nawzajem, po kolei. Jedno z partnerów leży na brzuchu, pozwalając drugiemu na pieszczenie całego ciała, od palców stóp do czubka głowy. Po piętnastu minutach partner odwraca się na plecy, aby można było pieścić przód jego ciała. Kiedy jeste

pieszczony, Twoim zadaniem jest skoncentrować się na własnych odczuciach. Kiedy pieścisz partnerkę, czerp przyjemność z kształtu jej ciała czy z delikatności skóry. Wypróbuj różnych rodzajów pieśczoł, poczynając od delikatnego głaskania po masaż.

Kiedy próbujesz pieśczoł po raz pierwszy, unikaj dotykania piersi i narządów płciowych. W tym ćwiczeniu chodzi o to, abyś poczuł się zrelaksowany i doświadczał zmysłowej przyjemności, a nie o to, abyś odczuwał podniecenie seksualne. Jeśli oboje świadomie wyrazicie zgodę na bardziej intensywne pieśczoły, nie będą one frustrujące. Ten rodzaj kontaktu seksualnego pomaga w pozbyciu się napięcia i stresu, jakie towarzyszą próbom wznowienia aktywności seksualnej.

Jeśli za pierwszym razem oboje czuliście się zrelaksowani, następnym razem możecie spróbować stymulacji narządów płciowych. Podczas kilku kolejnych zbliżeń możecie stopniowo wydłużać czas poświęcony pieśczołom narządów płciowych, aż do momentu, kiedy każdemu z Was uda się osiągnąć orgazm przez stymulację dłońmi lub seks oralny, jeśli jest to komfortowe dla Was obojga.

Wiele par nie rozmawia zbyt wiele o seksie. Po leczeniu dotychczasowe przyzwyczajenia seksualne muszą niestety ulec zmianie. To wymaga szczerzej i otwartej rozmowy. To nie jest moment, aby wstyd nie pozwalał Wam wyrażać swoich uczuć. Powiedz partnerce lub pokaż jej, jakie pieśczoły sprawiają Ci przyjemność. Staraj się przekazywać swoje pragnienia w pozytywny sposób. Na przykład: „To właściwe miejsce, ale wolabym, abyś pieściła mnie łagodniej” zamiast: „Au! To za mocno!”. Opóźnij moment, kiedy dojdzie między Wami do

pełnego stosunku seksualnego, tak abyście oboje mieli pewność, że jesteście na to przygotowani.

Jeśli w wyniku leczenia pojawiły się u Ciebie zaburzenia erekcji, penetracja może nie być możliwa. Nadal jednak możecie czerpać przyjemność z różnych form aktywności seksualnej. Szkoda byłoby rezygnować z pieśczoł i dotykania tylko dlatego, że jeden z elementów Waszego życia erotycznego uległ zmianie.

7.2. Jak sprawić, aby stosunek seksualny był bardziej komfortowy

Jeśli nadal odczuwasz ból lub jesteś osłabiony po leczeniu, możesz wypróbować różne pozycje seksualne. Wiele par ma swoją ulubioną pozycję i rzadko, jeśli w ogóle, próbuje innych. Jednak jeśli czujesz się słabo lub brakuje Ci oddechu, pozycja, w której zwykliście się kochać, może się wiązać ze zbyt dużym wysiłkiem. Może większą przyjemność poczujesz, jeśli podczas stosunku oboje będziecie leżeć na boku, zwróceni

Jedną z przyczyn niepokoju jest presja, aby zaspokoić partnerkę.

przodem do siebie, lub gdy partnerka będzie zwrócona do Ciebie tyłem. Możecie wybrać pozycję, w której partnerka jest na górze. Kolejna pozycja to ta, kiedy kobieta siedzi na mężczyźnie. To pozwala jej poruszać się z większą swobodą, podczas gdy partner może się rozluźnić lub pieścić ją dłońmi.

Nie ma jednej doskonałej pozycji, która jest dobra dla wszystkich. Ty i Twoja partnerka musicie znaleźć tę, która jest dla Was najlepsza. Można wykorzystać

małe i duże poduszki jako podparcie. Kiedy przekonasz się, jak zabawne może być wybieranie nowej pozycji, pomoże Wam to zrelaksować się jeszcze bardziej.

7.3. Jak ponownie rozbudzić w sobie zainteresowanie seksem

Każdy od czasu do czasu myśli o seksie i nie wolno tego ignorować. Jeśli Twoje zainteresowanie seksem wzrosło w ostatnim czasie, zapisuj swoje obserwacje w „Dzienniczek pożądania”.

Na każdy dzień tygodnia przygotuj jedną kartkę papieru, którą wkleisz do dziennika. Zabieraj ją ze sobą wszędzie. Zapisuj każdą myśl lub uczucie związane z seksem, które się u Ciebie pojawi. Zapisuj czas i okoliczności, w których pojawiła się taka myśl i to, czy byłeś z kimś, czy sam. Zapisuj również, co zrobiłeś w związku z tą myślą. Przykład takiego dzienniczka znajduje się na stronie 43.

Nawet jeśli mężczyzna nie jest aktywny seksualnie, odczuwa pożądanie kilka razy na dzień. Czasami zapisywanie momentów, w których odczuwamy pożądanie, może zwiększyć częstotliwość, z jaką myślimy o seksie. Możesz zaobserwować, że określone miejsca i ludzie wzbudzają w Tobie większe pożądanie. Być może częściej myślisz o seksie wieczorem, kiedy jesteś w pracy lub w obecności swojej partnerki. Kiedy będziesz już w stanie zaobserwować pewne prawidłowości, możesz zacząć sam tworzyć sytuacje, które wprowadzą Cię w erotyczny nastrój.

Niektórzy ludzie odczuwają zwiększone pożądanie po wysiłku fizycznym, podczas wieczornego wyjścia z partnerem lub kiedy wyglądają wyjątkowo atrakcyjnie. Pomyśl, które rzeczy sprawiały, że czułeś się pobudzony. Oglądaj zdjęcia

Próbowanie nowych pozycji pozwala odkrywać nowe sposoby czerpania radości z seksu.

erotyczne, czytaj erotyczne opowiadania, obejrzyj erotyczny film. Staraj się fantazjować na temat seksu. Przypomnij sobie, jak to było przedtem. Pomyśl, co możesz zrobić, żeby zrealizować swoje fantazje.

Chociaż możesz starać się o przywrócenie zainteresowania seksem sam, w pewnym momencie pomoc partnerki okaże się konieczna. Porozmawiajcie o obawach, które odczuwasz w związku ze wznowieniem aktywności seksualnej. Jeśli martwisz się o to, jak seks może wpłynąć na Twoje zdrowie, porozmawiaj o tym z lekarzem w towarzystwie swojej partnerki.

Jeśli próby rozbudzenia Twojej seksualności nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, pomyśl o terapii. (Potrzebne informacje znajdziesz w części „Profesjonalna pomoc”).

7.4. Kiedy choroba nowotworowa dotyka mężczyznę, który nie jest w stałym związku

Czas leczenia choroby nowotworowej w wypadku mężczyzny, który nie jest w stałym związku, może być wyjątkowo trudny. Przyjaciel lub nawet członek rodziny może nie być w stanie dać Ci takiego wsparcia, jakie może dać tylko partnerka lub małżonka. Zapewne obawiasz się również, czy obecna bądź przyszła partnerka seksualna nie odrzuci Cię z powodu Twojej choroby.

Niektóre ze zmian fizycznych powstałych na skutek leczenia choroby nowotwo-

rowej są widoczne, na przykład utrata włosów po zastosowaniu chemioterapii, utrata kończyny lub deformacja twarzy. Inne zmiany nie będą widoczne, bo pozostaną ukryte pod ubraniem. Przykładowo, nikt na ulicy nie domyśli się, że u mężczyzny wyłoniono kolostomię. Ale również te niewidoczne zmiany mogą być źródłem bólu, ponieważ na akceptacji osób, które je widzą, zależy nam najbardziej.

Prawdopodobnie największą zmianą, do jakiej doszło na skutek choroby, jest Twoja samoocena. Pewnie zastanawiasz się, na ile aktywne życie będziesz mógł prowadzić, a nawet, jak długo będziesz żył. Jeśli planowałeś ślub lub ponowny związek, możesz już nie chcieć wiązać się z nikim z obawy przed niepewną przyszłością. Podobne niepokoje pojawiają się u mężczyzn homoseksualnych, którzy nie są w stałych związkach.

Obawy związane z płodnością również mogą wpłynąć na Twój nowy związek. Być może utraciłeś płodność po leczeniu. Prawdopodobnie możesz mieć dzieci, ale obawiasz się, czy zostało Ci wystarczająco dużo czasu, aby zobaczyć, jak dorastają.

Ludzie niebędący w stałych związkach zazwyczaj unikają rozmów na tematy związane ze swoją chorobą. Choć jest to okres, kiedy szczególnie potrzebujemy bliskości, podjęcie tematu choroby wydaje się zbyt ryzykowne. Podczas terapii chcemy uchodzić za odważnych i nie narzekamy. Po zakończeniu terapii pragniemy jak najszybciej zapomnieć o chorobie.

Czasami można pominąć rozmowę na temat choroby nowotworowej. Jednak kiedy relacja staje się poważna, milczenie nie jest dobrym rozwiązaniem. Zanim partnerzy zdecydują się podjąć poważne zobowiązania, takie jak wspólne

mieszkanie lub małżeństwo, powinni porozmawiać o chorobie, szczególnie na temat rokowania lub w sytuacji bezpłodności w następstwie leczenia. W przeciwnym wypadku choroba nowotworowa może stać się tajemnicą, która będzie tworzyła barierę między Tobą i partnerką i nie pozwoli jej w pełni Tobie zaufać. Kochająca partnerka musi zaakceptować Cię całego, takiego, jakim jesteś.

7.5. Kiedy zacząć rozmawiać o chorobie?

Para powinna przedyskutować temat choroby nowotworowej, kiedy związek staje się poważny, a nie w przeddzień ślubu lub tuż przed przeprowadzką do wspólnego mieszkania. Wybierz moment, kiedy jesteście najbardziej zrelaksowani. Zadaj partnerce szczerze i jasne pytanie. Na przykład: „Wiesz, że kilka lat temu chorowałem na białaczkę. Czy myślisz, że ten fakt może wpłynąć na nasz związek?”. Możesz także podzielić się z partnerką swoimi przemyśleniami: „Myślę, że zwlekałem z rozmową na temat mojej choroby, ponieważ obawiam się, że będziesz wolą być z kimś, kto nigdy nie chorował. Rozmowa na ten temat napętnia mnie strachem. Ale naprawdę chcę wiedzieć, czy masz jakieś obawy związane z moją chorobą?”.

Szczególny dylemat pojawia się, jeśli wyłoniono u Ciebie stomię, leczenie pozostawiło widoczne zmiany na Twoich narządach płciowych lub spowodowało zaburzenia seksualne. Kiedy poinformować nową partnerkę o tych ukrytych problemach? Nie ma na to jednej dobrej odpowiedzi. Na pewno kilka minut po spotkaniu to zdecydowanie zbyt wcześnie. Z drugiej jednak strony, jeśli oczekasz na to do pierwszego zbliżenia, sam sprowadzisz na siebie nieszczęście.

Rysunki na tej stronie przedstawiają pozycje, które możesz wypróbować, kiedy wznawiasz aktywność seksualną po leczeniu.



Najlepiej, jeśli dasz sobie czas i poczekaasz z tym aż do momentu, kiedy się zaprzyjaźnicie i będziecie sobie ufać, a Ty będziesz miał poczucie, że partnerka akceptuje Cię w pełni jako osobę.

7.6. A jeśli zostanę odrzucony?

To prawda, że kobiety mogą nie zaakceptować Cię z powodu Twojej choroby.

Każdemu z nas przydarzyła się w życiu sytuacja, kiedy zostaliśmy odrzuceni. Ludzie nie akceptują innych z różnych powodów: ze względu na przekonania, wygląd lub z innych przyczyn. Problem pojawia się wtedy, kiedy osoba z nowotworem sama pozbawia się szansy na spotkanie kogoś bliskiego, rezygnując z randek. Zamiast skupiać się na swych mocnych stronach,

Przykład „Dzienniczka pożądania”

PONIEDZIAŁEK

Godzina	Kto był ze mną	Myśli	Zachowanie
9:30	Żona	Miałem ochotę pieścić piersi żony, kiedy przygotowywała śniadanie.	Nic nie zrobiłem. Wiedziałem, że to ją zdenerwuje.
13:30	Byłem sam	Zobaczyłem atrakcyjną kobietę w pracy i wyobraziłem sobie, jak wygląda nago.	Nic nie zrobiłem.
15:15	Byłem sam	Myślałem o seksie dziś wieczorem.	Nie zareagowałem.
22:00	Żona	Czułem podniecenie, kiedy kładłem się do łóżka.	Zapytałem żonę, czy chciałaby się kochać, ale odmówiła z powodu zmęczenia i obiecała, że spróbujemy rano.

z góry zakłada, że żadna osoba nie będzie chciała jej zaakceptować z powodu choroby i skutków ubocznych leczenia. Zamykając się w domu, oczywiście unikniesz odrzucenia, ale jednocześnie pozbawiasz się szansy na zbudowanie szczęśliwego związku.

7.7. Jak zadbać o życie towarzyskie

Na początku skup się raczej na budowaniu swojego życia towarzyskiego niż na chodzeniu na randki lub myśleniu o seksie. Mężczyźni bez stałej partnerki mogą zebrać grono przyjaciół, znajomych i rodziny, aby uniknąć poczucia osamot-

nienia. Staraj się podtrzymywać kontakt z przyjaciółmi, planuj odwiedziny i bierz udział we wspólnych zajęciach. Znajdź sobie hobby, wstąp do jakiegoś kółka zainteresowań, zapisz się na kurs – pozwoli Ci to poszerzyć krąg znajomych. Organizowane są specjalne grupy wsparcia, zrzeszające ludzi chorujących na nowotwór.

Możesz także spróbować psychoterapii indywidualnej lub grupowej. Twoje nastawienie do siebie może się poprawić, kiedy usłyszysz bardziej obiektywne opinie na swój temat. Zrób listę swoich mocnych stron. Co lubisz w swoim wyglądzie?

Jakie są Twoje talenty i umiejętności? Co możesz wnieść do związku? Co możesz ofiarować partnerce w związku? Co sprawia, że jesteś dobrym kochankiem? Za każdym razem, kiedy uświadomisz sobie, że wykorzystujesz swoją chorobę jako wymówkę, aby nie umówić się na randkę, przypomnij sobie o swoich zaletach.

Jeśli czujesz się niepewnie w kontaktach z nowymi osobami, trenuj radzenie sobie z tym problemem. Odgrywaj scenki przed lustrem albo poproś znajomego lub kogoś

Czasami można pominąć rozmowę na temat choroby nowotworowej. Jednak kiedy relacja staje się poważna, milczenie nie jest dobrym rozwiązaniem.

z rodziny, aby przećwiczył to z Tobą.

Możesz przygotować się do chwili, kiedy powiesz swojej partnerce o chorobie. Co chcesz jej przekazać? Powiedz to na kilka sposobów i poproś przyjaciela o opinię. Czy udało Ci się przekazać, co zamierzałeś? Poproś przyjaciela, aby wcielił się w rolę Twojej nowej partnerki, która Cię odrzuca z powodu Twojej choroby. Czy przyjaciel powiedział Ci to, czego się obawiałeś? Poćwicz swoją odpowiedź. Czy potrafisz wyrazić swoje uczucia w zadowalający i godny sposób?

8. Miły na temat chorób nowotworowych

Czy seks może być przyczyną nowotworu?

Zazwyczaj nie. Ponieważ pewne za-

chowania seksualne są postrzegane jako grzeszne, niektórzy ludzie wdzą w nich przyczynę swojej choroby. Takie myśli pojawiają się często u ludzi, u których nowotwór rozwinął się w tych częściach ciała, które kojarzone są z seksem (penis, gruczoł krokowy, szyjka macicy, pierś). Zachorowanie na nowotwór w wielu wypadkach nie ma nic wspólnego z zachowaniami seksualnymi. Również wznowienie aktywności seksualnej po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego nie zwiększa ryzyka nawrotu choroby.

Niektóre rodzaje nowotworów mogą się rozwinąć na skutek infekcji wirusem przenoszonym drogą płciową. Jednak to wirus powoduje rozwój tych nowotworów, a nie zachowania seksualne. Są to: rak płaskonabłonkowy szyjki macicy, pochwy, prącia, wargi, gardła lub odbytu. Osoby cierpiące na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) mogą chorować na nowotwór zwany mięsakiem Kaposiego lub inne nowotwory związane z tą chorobą.

U prawie wszystkich kobiet, u których rozwinął się nowotwór szyjki macicy, doszło do infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), który jest uznawany za główną przyczynę powstawiania tego nowotworu. Wirus HPV może spowodować nowotwór ust, gardła, odbytu, prącia i pochwy. U wielu ludzi, u których doszło do zakażenia wirusem HPV, choroba nowotworowa może się nigdy nie rozwinąć. Niektórzy ludzie należą do grupy ryzyka z powodu wieku, chorób dziedzicznych lub obecności dodatkowej infekcji innym patogenem. Kobiety, które palą papierosy lub rozpoczęły współżycie seksualne przed 18 rokiem życia, są bardziej narażone na zacho-

rowanie na nowotwór szyjki macicy. Wirus HHV-8 powoduje mięsaka Kaposiego u nosicieli wirusa HIV. Wirus HHV-8 różni się od pozostałych wirusów, które wywołują opryszczkę ust lub narządów płciowych. Przyjmuje się, że do zakażenia wirusem dochodzi przez kontakt seksualny, choć możliwe są również inne drogi zakażenia. Profilaktyka w celu uniknięcia zakażenia wirusem HHV-8 jest taka sama jak w przypadku profilaktyki związanej z HIV.

Niektóre nowotwory wątroby mogą być związane z zakażeniem wirusami zapalenia wątroby typu B i C, które również mogą być przenoszone drogą płciową, kiedy dochodzi do współżycia płciowego bez zabezpieczenia.

Jeśli wykryto u Ciebie jeden z tych nowotworów, może czujesz się winny z powodu swoich dotychczasowych zachowań seksualnych. Takie emocje są naturalne, ale nie pomogą Ci w walce z nowotworem. Każdemu z nas zdarza się podejmować ryzykowne zachowania seksualne. Mimo to nie u wszystkich rozwija się nowotwór. Ty i Twoja partnerka powinniście pamiętać, że nowotwór prącia, szyjki macicy, pochwy lub nowotwory związane z AIDS rozwijają się także u osób, które w całym swoim życiu miały tylko jednego partnera. To, że u Ciebie wykryto nowotwór, nie oznacza również, że Twoja partnerka była niewierna.

Czy nowotwór może być przenoszony drogą płciową? A co w wypadku AIDS?

Nowotwór nie może być przenoszony drogą płciową – przez całowanie, stosunek lub seks oralno-genitalny.

Wirus HIV (ludzki wirus niedoboru od-

porności) odpowiedzialny za powstanie zespołu AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności) jest przenoszony przez kontakt z krwią, nasieniem, wydzielinami pochwowymi osoby chorej, przez stosunek pochwowy, oralny i analny. Wirus ten przenoszony jest przez kontakt seksualny z osobą zarażoną, przez używanie tej samej strzykawki, co osoba zakażona, z matki na dziecko podczas ciąży lub karmienia piersią. W rzadkich wypadkach może dojść do zakażenia podczas transfuzji krwi lub podczas innego zabiegu medycznego. Jeśli nie jesteś pewien, czy Twoja partnerka nie jest nosicielem wirusa HIV, unikaj ryzykownych zachowań seksualnych. Jeśli ufasz swojej partnerce i oboje przeszliście testy na obecność wirusa HIV, seks bez zabezpieczenia może być bezpieczny. Jednak partnerzy muszą pozostać sobie wierni, aby zabezpieczyć się przed zakażeniem tym wirusem.

Jeśli nie jesteś pewien, czy Twoja partnerka nie jest nosicielką wirusa HIV, najbezpieczniejszą formą zbliżenia seksualnego będą pieszczoty narządów płciowych dłońmi. Seks oralny będzie bezpieczny, jeśli użyjesz prezerwatywy, lateksowej diafragmy dentystycznej lub po prostu kuchennej folii do pakowania, którą umieścisz wokół pochwy partnerki. Jeśli nie masz pewności, czy partnerka nie jest seropozytywna (zakażona wirusem), nie powinieneś połykać i próbować wydzielin z pochwy. Każdy kontakt seksualny (pochwowy, oralny lub analny) będzie bezpieczniejszy, jeśli użyjesz lateksowej prezerwatywy. Pamiętaj, że musi być ona założona prawidłowo. Unikaj używania lubrykantów na bazie oleju, ponieważ mogą one

zniszczyć prezerwatywę lub doprowadzić do jej pęknięcia. Zaleca się używanie lubrykantów na bazie wody, które łagodzą tarcie i chronią prezerwatywę przed pęknięciem. Substancje plemnikobójcze nie są polecane, jeśli podczas stosunku zabezpieczasz się prezerwatywami, ponieważ mogą zwiększyć ryzyko zakażenia.

U nosicieli wirusa HIV niektóre nowotwory rozwijają się częściej niż inne. Na przykład chłoniak niezłazniczy lub mięsak Kaposiego występują u osób seropozytywnych.

Jeśli masz pytania na temat dróg przeniesienia wirusa HIV i AIDS, dowiesz się więcej w przychodni chorób zakaźnych.

Wielu pacjentów i ich partnerek obawia się tego, że nowotwór jest zakaźny. Niektóre legendy na temat wirusów i nowotworów mogą być mylące. W przeciwieństwie do legend, komórki nowotworowe nie mogą być przenoszone i nie mogą po prostu „zagnieździć się” w ciele drugiego człowieka. Są one zbyt słabe i mogą rozwijać się tylko w określonym środowisku. System odpornościowy partnera wykrywa obce komórki i niszczy je. Nowotwór sam w sobie nie jest zakaźny.

Czy stosunek seksualny może być szkodliwy dla pacjenta lub jego partnerki?

Niektórzy pacjenci przestają uprawiać seks, ponieważ obawiają się, że może to pogorszyć ich stan. Obawy te bywają bezpodstawne i wynikają z przekonania, że nowotwór i seks się wykluczają. Niektórzy ludzie wierzą, że choroba nowotworowa jest karą za grzechy. Wtedy próbują negocjować z Bogiem, obiecując rezygnację z seksu w zamian za zdrowie. Jeśli masz takie myśli, może rozmowa z osobą duchowną, księdzem lub rabinem przyniesie Ci pocieszenie. Niewiele jest religii, które promują takie poglądy. Z naukowego punktu

widzenia nie ma dowodów na to, że seks może spowodować nawrót choroby.

Chociaż seks nie jest z reguły ryzykowny w czasie leczenia lub po nim, niektóre pary przestają współżyć ze sobą bez powodu, bez upewnienia się, czy ich obawy są uzasadnione. Jeśli Twój lekarz nie widzi przeciwwskazań, abys wznowił aktywność seksualną, a Ty nadal masz wątpliwości, być może po prostu nie jesteś jeszcze gotowy. Zastanów się nad tym, co czujesz. Czy zdarza Ci się, że odczuwasz przyptyły pożądania?

Powiedz partnerce o tym, że chcesz wznowić życie seksualne, kiedy tylko poczujesz się lepiej. Zasugeruj jej, jak może Ci pomóc, żebyś znowu zaczął odczuwać ochotę na seks, na przykład: „Postarajmy się okazywać sobie czułość w bardziej zrelaksowany sposób” albo „Chciałbym wiedzieć, czy nadal jestem dla Ciebie atrakcyjny?”. Być może będziesz musiał rozwiązać obawy swojej partnerki o to, czy Twoja terapia nie sprawia, że seks jest niebezpieczny.

Nowotworem nie można się zarazić od drugiej osoby. Uprawienie seksu nie naraża Twojej partnerki na napromieniowanie, gdy jesteś w trakcie radioterapii. Kilka leków podawanych podczas chemioterapii może znajdować się w śladowych ilościach w nasieniu lub w wydzielinie pochwy. Zapytaj swojego lekarza, czy bezpośrednio po chemioterapii powinieneś podczas stosunku użyć prezerwatywy.

Kiedy pacjent leczony z powodu choroby nowotworowej nie powinien uprawiać seksu?

Każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie. Jest jednak kilka podstawowych zasad, o których powinno się pamiętać.

Dla większości pacjentów uprawianie sek-

su nie jest szkodliwe. Czasami seks jednak może być ryzykowny. Podczas rekonwalescencji po zabiegu operacyjnym stosunek może wywołać krwawienie lub naciągnięcie blizny chirurgicznej. Kontakt seksualny może również wywołać infekcje. Czas potrzebny do wznowienia współżycia jest

Jeśli obawiasz się, że seks może wpływać negatywnie na Twoje zdrowie, przede wszystkim zasięgnij opinii lekarza.

sprawą indywidualną. Zależy on od rodzaju zabiegu i szybkości gojenia. Lekarz odpowie na pytanie, kiedy współżycie będzie bezpieczne.

Niektóre nowotwory, jak na przykład nowotwór pęcherza moczowego, mogą powodować krwawienie w okolicach narządów płciowych lub cewki moczowej. Jeśli krwawienie nasila się podczas współżycia, skonsultuj się ze swoim lekarzem. Może rozsądniej będzie powstrzymać się od aktywności seksualnej na kilka tygodni, aż do ustania krwawienia.

W trakcie chemioterapii pacjent z wenflonem (cewnikiem wprowadzonym do naczynia krwionośnego) może się obawiać, że podczas zbliżenia seksualnego dojdzie do przemieszczenia się wenflonu. Dopóki dbasz o to, aby opatrunek był suchy i aby nie ocierać się o niego, współżycie nie powinno być problemem.

U pacjentów leczonych z powodu nowotworu występują problemy z układem odpornościowym, jest on wtedy zazwyczaj osłabiony, gorzej radzi sobie z infekcjami. Tak może być podczas chemioterapii lub radioterapii. Może dojść do infekcji. Zapytaj lekarza, czy kontakt seksualny powo-

duje zagrożenie infekcją, w tym infekcją przenoszoną drogą płciową, taką jak opryszczka narządów płciowych, rzeżączka, zakażenie chlamydiami lub HIV. Porozmawiaj z lekarzem o ryzyku zakażenia chorobą weneryczną i zapytaj, jak możesz się zabezpieczać. Większość lekarzy powie Ci, że skoro czujesz się gotowy na to, aby przebywać w miejscach publicznych, jesteś gotowy także na to, żeby wznović aktywność seksualną. Jeśli przebywałeś w szpitalu z powodu osłabienia odporności, zapytaj lekarza, czy pocałunki, pieszczoty seksualne lub przytulanie są bezpieczne.

Bakterie, które znajdują się w cewce moczowej lub w okolicy narządów płciowych, mogą zostać „wymyte”, jeśli oddasz moczkę kilka minut po stosunku. Może warto wypić szklankę wody, zanim dojdzie do zbliżenia, żeby ułatwić oddanie moczu po stosunku.

Jeśli zauważysz u swojej partnerki dziwne ranki lub upławy, poproś o wyjaśnienie. Nie możesz jednak oczekiwać, że uda Ci się rozpoznać, czy Twoja partnerka jest zakażona chorobą przenoszoną drogą płciową. Większość tych chorób u kobiet przebiega bezobjawowo. Pozostaje jedynie konsultacja lekarska i testy wykrywające zakażenie.

Pamiętaj, że choroby przenoszone drogą płciową, takie jak chlamydia lub zakażenie wirusem HIV przebiegają prawie bezobjawowo. Często osoba chorą sama nie jest świadoma, że choruje.

Być może będziesz musiał rozwiązać obawy swojej partnerki o to, czy Twoja terapia nie sprawia, że seks jest niebezpieczny.

Aby obniżyć ryzyko zakażenia, pamiętaj o używaniu lateksowych prezerwatyw.

Opinie innych na temat chorób nowotworowych.

Nawet jeśli po leczeniu choroby nowotworowej nie ma widocznego oszpecenia, ludzie nadal odczuwają wstyd z powodu przebytej choroby. Niektórzy ludzie uważają, że osoba z nowotworem jest niemoralna i że jest winna temu, że zachorowała. To oczywiście nieprawda. Obwinianie się może tylko przeszkodzić Ci w staraniach o wznowienie aktywności seksualnej.

Zaawansowane stadium choroby nowotworowej

Ludzie, którzy mają niewielką wiedzę na temat chorób nowotworowych, myślą, że zawsze są one śmiertelne. Pacjent w zaawansowanym stadium nowotworu nie jest postrzegany jako osoba, która może interesować się seksem. Potrzeba seksu pojawia się jednak u każdego, nawet w sytuacji złej kondycji fizycznej. Obecnie, kiedy wiemy, że u wielu osób rozwinię się choroba nowotworowa i kiedy wskaźniki wyzdrowień są coraz wyższe, takie poglądy są nieuprawnione i szkodliwe.

Niektórzy ludzie tracą nadzieję i przestają walczyć z chorobą, ponieważ tracą poczucie intymności w swoim życiu. Kiedy choroba nowotworowa jest w zaawansowanym stadium, potrzeba okazywania uczuć i doświadczania czułości może być nawet silniejsza. Partnerki takich pacjentów powinny pamiętać o tym, jak ważna jest fizyczna bliskość, nawet wtedy, kiedy stosunek może być zbyt dużym wysiłkiem dla chorego.

9. Profesjonalna pomoc

Pierwszym krokiem do rozwiązania problemów związanych z dysfunkcjami seksualnymi jest rozmowa z lekarzem prowadzącym. On powinien skierować Cię do specjalistów, którzy zajmują się zaburzeniami seksualnymi.

Wiedza wielu lekarzy na temat zaburzeń seksualnych nie jest wystarczająca. Mogą oni również czuć się niekomfortowo, rozmawiając na ten temat. Niektórzy lekarze w ogóle pomijają temat zaburzeń seksualnych w związku z leczeniem choroby nowotworowej. Ich wyjaśnienia mogą być niepełne i możesz odnieść wrażenie, że Twoje życie seksualne jest skończone. Porozmawiaj z innym lekarzem, jeśli Twój lekarz prowadzący nie jest w stanie Ci pomóc.

Inne źródła pomocy to:

- **Programy rehabilitacji seksualnej w przychodniach onkologicznych**

Wśród personelu poradni, które specjalizują się w leczeniu chorób nowotworowych, powinni znajdować się specjaliści zajmujący się zaburzeniami seksualnymi. Jednak z takimi specjalistami możesz się skonsultować tylko podczas hospitalizacji. Jeśli jesteś leczony w poradni onkologicznej, dowiedz się, jaką pomoc mogą Ci zaoferować.

- **Poradnie leczenia zaburzeń seksualnych**

W ostatnim czasie powstało wiele poradni i klinik, które zajmują się leczeniem zaburzeń seksualnych. Takie kliniki mogą Ci pomóc poradzić sobie z zaburzeniami seksualnymi o podłożu psychicznym i fizjologicznym. W niektórych klinikach wymaga się, aby oboje partnerzy byli

obecni w czasie wywiadu. Jeśli nie jesteś w stałym związku, możesz przyjść na konsultację sam.

- **Seksuolodzy**

Terapia seksualna jest krótkim elementem psychoterapii (10–20 sesji terapeutycznych), który poświęcony jest rozwiązywaniu problemów związanych z zaburzeniami seksualnymi. Seksuolodzy wierzą, że zachowań seksualnych można się nauczyć. Złe przyzwyczajenia mogą zostać wyeliminowane przez uczenie się różnych nowych technik seksualnych. Po każdej sesji z terapeutą para lub pacjent dostają prace domowe. To ćwiczenia, które mają pomóc w rozwinięciu właściwej komunikacji i w uczeniu się doznawania większej satysfakcji ze stymulacji dotykiem. Zmniejsza to niepokój, który może negatywnie wpływać na życie seksualne.

Seksuolodzy mogą być zatrudnieni w poradniach lub prowadzić własną praktykę. Upewnij się, że terapeuta ma właściwe uprawnienia i wykształcenie. Terapeuta powinien mieć wykształcenie psychologiczne w dziedzinie seksuologii. Niektórzy terapeuci mogą prowadzić konsultacje tylko pod nadzorem licencjonowanego profesjonalisty. Lekarz może uzyskać certyfikat seksuologa klinicznego wyłącznie wtedy, kiedy jest specjalistą w zakresie seksuologii. Nie jest łatwo znaleźć dobrze wykształconego seksuologa. Najtrudniej poza dużymi miastami. Możesz zasięgnąć informacji w organizacjach skupiających terapeutów.

W Polsce istnieją:

- Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, które jest stowarzyszeniem interdyscyplinar-

nym skupiającym specjalistów różnych zawodów: lekarzy (głównie psychiatrów i ginekologów), a także psychologów, pedagogów, socjologów, prawników, biologów i teologów;

- Towarzystwo Medycyny Seksualnej, które powstało z inicjatywy lekarzy tworzących Komitet Założycielski na początku kwietnia 2004 roku. Skupia ono wyłącznie lekarzy specjalistów seksuologii oraz lekarzy innych specjalności o uznanym dorobku naukowym i zawodowym, którzy zajmują się pacjentami z problemami natury seksualnej.

- **Inne rodzaje konsultacji**

Terapia seksualna nie jest jedyną dostępną formą konsultacji dla osób chorujących na nowotwór. Psychoterapia może pomóc Ci poczuć się lepiej w związku ze zmianami w Twoim wyglądzie, do jakich doszło na skutek leczenia. Może również pomóc Ci poradzić sobie z negatywnymi emocjami, które pojawiły się po diagnozie, lub pokazać Ci sposoby na to, jak lepiej radzić sobie z chorobą.

Stres związany z rozpoznaniem u Ciebie choroby nowotworowej może pogorszyć konflikty już istniejące w Twoim związku. Niewłaściwa komunikacja z partnerką może być zniechęcająca i frustrująca. W takim wypadku psychoterapia może okazać się zbawienna, pod warunkiem jednak, że Twoja partnerka będzie chciała z Tobą współpracować. Terapia indywidualna może pomóc w podjęciu decyzji, w jaki sposób podejść do problemu.

Znalezienie dobrego psychoterapeuty jest bardzo ważną kwestią. Psychoterapeutą może zostać jedynie osoba, która skończyła studia wyższe (z reguły

psychologię, pedagogikę lub inny kierunek związany z udzielaniem pomocy), a następnie podyplomowe studia z psychoterapii. Szkolenie tego typu trwa zwykle kilka lat i kończy się egzaminem. W trakcie jego trwania przyszły psychoterapeuta poznaje różnorodne podejścia teoretyczne. Następnie uczy się wybranego przez siebie sposobu pracy z ludźmi. Nauka ta obejmuje zarówno elementy teoretyczne, jak i praktyczne prowadzenie psychoterapii pod okiem doświadczonego specjalisty – superwizora. Superwizor regularnie spotyka się ze swoim podopiecznym i omawia z nim przebieg jego pracy. Dzięki temu osoba ucząca się może rozwijać swoje umiejętności, a także korzystać ze wsparcia i doświadczenia starszego kolegi.

Wydatki związane z psychoterapią zależą od formy konsultacji, którą wybierzesz. Możesz poszukać pomocy w poradni przy uniwersytecie medycznym lub w klinice psychologicznej.

Upewnij się, czy istnieje możliwość pokrycia kosztów Twojego leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub z tytułu innego ubezpieczenia.

• Pozostali specjaliści medyczni

Mężczyzna z zaburzeniami seksualnymi może korzystać z pomocy urologa – lekarza, który specjalizuje się w leczeniu chorób związanych z układem moczowo-płciowym. Wielu urologów przeprowadza zbiegi operacyjne lub doradza leczenie związane z zaburzeniami erekcji. Dzięki specjalnym metodom mogą określić przyczynę zaburzenia.

Jeśli najbardziej prawdopodobną przyczyną zaburzeń seksualnych jest brak

równowagi hormonalnej, można udać się do endokrynologa. Endokrynolog specjalizuje się w zaburzeniach funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego. Zazwyczaj lekarz pierwszego kontaktu decyduje, czy wizyta u endokrynologa jest potrzebna, aby rozwiązać problem.

• Czego unikać

Niestety zdarza się, że mężczyźni i kobiety cierpiący na dysfunkcje seksualne trafiają do ludzi, którzy nie są specjalistami w tej dziedzinie. Ponieważ zaburzenia seksualne są tak powszechne, a zarazem frustrujące, pojawia się wiele niesprawdzonych sposobów na radzenie sobie z nimi. Telewizja, gazety, radio i Internet są pełne reklam naturalnych sposobów na poprawę potencji i lepsze życie seksualne. Te produkty (zioła, kremy, leki i suplementy) nie rozwiążą Twojego problemu. Są tylko nowoczesnymi odmianami „cudownych” metod, które istnieją na rynku od dawna i które promowane są jako leki na zaburzenia seksualne. Nie ma żadnych naukowych dowodów na to, że one działają. Tabletki na potencję, hiszpańska mucha, ostrygi, gumowe pierścienie noszone na trzonie penisa, hipnoza itp. – to strata Twojego czasu i pieniędzy. A czasami nawet metody te mogą okazać się szkodliwe.

Patrz w przyszłość

Seksualność jest ważnym elementem życia. Mamy nadzieję, że dzięki informacjom zawartym w tym poradniku Twoje życie stanie się bogatsze oraz że pomoże on Wam podtrzymać bliskość i intymną relację.

Chcesz Nam pomóc i wesprzeć Program Edukacji Onkologicznej?
Wytnij zamieszczony poniżej przekaz pocztowy i dokonaj przelewu na wybraną przez siebie kwotę.

Każde wsparcie jest dla nas bezcenne. Dziękujemy!

dowód/pokwitowanie dla odbiorcy	
nr rachunku odbiorcy: 97 1240 6247 1111 nr rachunku odbiorcy c.d.: 0010 3791 7745	odbiorca: Fundacja "Tam i z powrotem" ul. Forteczna 4A 01-540 Warszawa
tytuł: Program Edukacji Onkologicznej	znacznik: _____ data: _____
stempel dzienney _____ opłata _____	

Polecenie przelewu / wpłaty gotówkowa	
tytuł odbiorcy: FUNDACJA "TAMI Z POWROTEM" nazwa odbiorcy od: Ul. Forteczna 4A 01-540 Warszawa	nr rachunku odbiorcy: 97 1240 6247 1111 10010 3791 7745
nr rachunku przekazodawcy (liczący i kwota wpłaty): _____ nazwa nadawcy: _____ nazwa odbiorcy: _____ nazwa nadawcy od: _____ nazwa odbiorcy od: _____ tytuł: _____ Program Edukacji Onkologicznej tytuł od: _____	opłata _____ data: _____
znacznik, data i podpis przekazodawcy _____	
opłata _____	

odcinek dla banku odbiorcy

Możesz również w łatwy sposób dokonać przelewu poprzez naszą stronę www.tamizpowrotem.org korzystając z systemu płatności **Dotpay (przejdźcie do systemu przy wyborze opcji „Przekaz darowiznę” na stronie głównej).**

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej realizuje zadania przez organizację zjazdów naukowych i szkoleń dla lekarzy onkologów – onkologów i innych specjalistów, współpracę z innymi towarzystwami oraz instytucjami naukowymi, społecznymi, zawodowymi i samorządami w kraju i zagranicą, inicjowanie badań naukowych, prowadzenie działalności wydawniczej, prowadzenie konkursów na prace naukowe z nagrodami dla najlepszych, przyznawanie stypendiów, promowanie i ułatwianie kontaktów z ośrodkami onkologicznymi w kraju oraz zagranicą.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej współdziała również z władzami publicznymi oraz izbami lekarskimi w zakresie organizacji opieki onkologicznej w Polsce oraz z uczelniami medycznymi, instytutami naukowymi i władzami publicznymi w zakresie opracowywania programów nauczania studentów i podyplomowych szkoleń specjalizacyjnych w zakresie onkologii klinicznej oraz innych dyscyplin, w których niezbędna jest znajomość onkologii.

Szczególną uwagę zwraca na tworzenie standardów wielospecjalistycznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, które kładą nacisk na poprawę jakości rozpoznawania i leczenia oraz rehabilitacji fizycznej i psychoonkologicznej, a także na aspekty farmakoekonomiczne. Wszystkie wymienione elementy przyczyniają się do opracowania całościowego podejścia do chorych na nowotwory. Niektóre konferencje, sympozja i kursy szkoleniowe są adresowane także do lekarzy rodzinnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej różnych specjalności.

Zogromną satysfakcją przyjmuję dostępność pierwszego w Polsce poradnika dotyczącego seksualności mężczyzn dotkniętych chorobą nowotworową. Dzieło jest doskonale przygotowane pod względem merytorycznym i wyczerpuje niemal wszystkie aspekty dysfunkcji erekcyjnej (ED - ang. erectile dysfunction) i płodności w kontekście nie tylko męskim, ale również pary.

U wielu chorych leczonych radykalnie z powodu raka, a także u ich bliskich pojawienie się ED powoduje poczucie nieodwracalnego okaleczenia związanego z terapią oraz poczucie niepełnej wartości z tego powodu. Poradnik ten znakomicie wpisuje się w uzupełnienie wiadomości o łagodzeniu bądź zniesieniu ED podkreślając, że nie leczenie jest okaleczające, a jedynie choroba która stwarza konieczność jego zastosowania.

Wczesne wykrycie raka, w stopniu ograniczonym do narządu, pozwala leczyć z zastosowaniem technik (nie tylko chirurgicznych) zmierzających do oszczędzenia struktur odpowiedzialnych za satysfakcjonujący wzwód bądź ejakulację. W naszych zatem rękach jest dopilnowanie tego, by poddawać się systematycznym badaniom profilaktycznym. Bo to właśnie od nas zależy jakość naszego życia i jakość naszego zdrowia!

Działania Fundacji, będącej inicjatorem stworzenia Poradnika, zasługują na najwyższy szacunek. Wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tego znakomitego opracowania składam serdeczne gratulacje oraz podziękowania w imieniu całej społeczności onkologicznej. Mam nadzieję, że Poradnik spełni oczekiwania wszystkich naszych pacjentów, a z czasem doczeka się kolejnych wydań. Zasluguje na to!

Piotr Chłosta

prof. dr hab. med. Piotr L. Chłosta, FEBU

Przewodniczący Sekcji Endourologii i ESWL Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Kierownik Klinicznego Działu Urologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii

I Zespół Dydaktyki Urologicznej Centrum Medycznego Kształcenia

Podyplomowego w Warszawie

Sfinansowane
w ramach Programu:



Patron merytoryczy:



Organizator:



Wydawca:



Patronat medialny:

