

Eiaculazione Precoce: l'assessment andro-psicologico

Obiettivi

Lo scopo di questo articolo è di offrire al professionista sessuologo una panoramica sulle attuali conoscenze in tema di diagnosi e trattamento della eiaculazione precoce (EP), promuovendo un approccio integrato tra medicina e psicologia in tema di diagnosi e presa in carico del paziente affetto da disfunzione sessuale. Ciò al fine di considerare il disagio sessuale non solo dal punto di vista organico, ma anche da quello intrapsichico e relazionale.

Definizione e classificazione

Probabilmente l'EP è il sintomo sessuale più frequente tra gli uomini. Caratteristica della EP è "una persistente e ricorrente insorgenza dell'orgasmo e dell'eiaculazione a seguito di una minima stimolazione sessuale prima, durante o subito dopo la penetrazione e prima che il soggetto lo desideri" (DSM IV American Psychiatric Association) [1]. Questa definizione prende in considerazione i tre parametri fondamentali:

- la persistenza e ricorrenza;
- la brevità della stimolazione necessaria affinché si presenti la fase dell'eiaculazione;
- il fatto che il soggetto che ne soffre vorrebbe poter posticipare l'eiaculazione ma non riesce.

Gli uomini che ne soffrono lamentano la scarsa durata del rapporto sessuale sin dagli esordi della sessualità di coppia, oppure dopo un periodo di vita durante il quale la sessualità è stata soddisfacente. L'eiaculazione avviene precocemente durante la penetrazione, "intra moenia" ma talvolta i tempi di eiaculazione sono così brevi che questa avviene ancora prima della penetrazione, "ante portam". Viene distinta in *primaria* o *secondaria* rispettivamente se si è manifestata fin dall'inizio dell'attività sessuale del soggetto o se è intervenuta in un secondo momento, dopo un periodo di attività sessuale soddisfacente. Si parla inoltre di *disturbo generalizzato* o *situazionale* a seconda che sia sempre presente nell'attività sessuale dell'uomo o soltanto in determinate situazioni, attività o partner.

Vari sono stati i tentativi di definire quali siano i tempi al di sotto dei quali è possibile parlare di eiaculazione precoce: nel tempo si è preso come riferimento il non riuscire a far raggiungere l'orgasmo alla partner, poi l'incapacità a superare le 5-10 spinte coitali. Oggi la medicina definisce l'eiaculazione precoce quel disturbo sessuale caratterizzato da un Tempo di Latenza Eiaculatoria Intravaginale inferiore a 2 minuti.

Epidemiologia

Sebbene sia considerata la disfunzione sessuale maschile più diffusa, una quantificazione precisa della sua incidenza risulta estremamente difficoltosa a causa della sua definizione non univoca. Dati europei emersi da uno studio del 2007 [2] riportavano una incidenza globale attorno al 23%. Tuttavia, secondo alcuni dati riferiti alla popolazione maschile statunitense sotto i quarant'anni, dal 30% al 70% degli individui avrebbero dichiarato di aver sofferto di EP in qualche forma e in qualche momento della loro vita. Comunque sia, la maggior parte degli studi effettuati assegna alla disfunzione una percentuale di incidenza che va dal 20% al 30%, anche se, secondo alcuni studiosi, questi dati sono sottostimati, vista la bassa percentuale di uomini che si presentano ai centri medici per chiedere un trattamento. [3]

Eziologia

Le cause della EP possono essere di tipo organico o di tipo psicologico-relazionale.

Cause organiche:

L'eiaculazione è sotto il controllo e la modulazione del sistema nervoso centrale e periferico. Il sistema nervoso centrale esercita un controllo inibitorio attraverso la serotonina ed un ruolo facilitatorio attraverso la dopamina. Il controllo periferico avviene attraverso il sistema nervoso simpatico e parasimpatico, che modulano rispettivamente l'emissione e l'espulsione dell'eiaculato.

Negli ultimi anni, grazie alla migliore comprensione dei meccanismi dell'eiaculazione, le cause organiche hanno assunto un ruolo sempre maggiore nella eziopatogenesi della EP. Le origini organiche della EP possono essere riferite alle seguenti cause:

- Endocrine (ipertiroidismo)

- Genetiche
- Iatrogene (uso di farmaci dopaminergici e assunzione di sostanze da abuso)
- Neurobiologiche
- Neurologiche (neuropatia periferica, sclerosi multipla, spina bifida, neoplasie midollari)
- Urologiche (frenulo breve, prostatiti e prostatico-vescicoliti, fimosi, infezioni uro-genitali)

La prima causa endocrina associata ad EP è rappresentata dall'ipertiroidismo, tale condizione infatti è in grado di indurre EP attraverso l'iperattivazione del sistema nervoso simpatico. Inoltre, è stata riportata una maggior prevalenza di questo disturbo anche nei soggetti con elevati livelli di testosterone e livelli circolanti di prolattina ridotti. Le cause genetiche, le cause iatrogene e quelle neurobiologiche condividono il meccanismo d'azione, agendo mediante una riduzione del tono serotoninergico o un aumento del tono dopaminergico che conducono ad una maggiore velocità del riflesso eiaculatorio. Le situazioni neurologiche sopra citate possono contribuire allo sviluppo di EP attraverso un danno delle innervazioni simpatiche e parasimpatiche. Infine, le condizioni anatomiche correlate ad EP sono solitamente quelle associate ad una eccessiva sensibilità del glande. Queste condizioni possono essere legate ad una ipersensibilità individuale, oppure favorite da condizioni che comportano una difficoltà a scoprire il glande come la fimosi e la brevità del frenulo. Le infezioni e le infiammazioni delle ghiandole coinvolte nel meccanismo eiaculatorio, possono indurre EP attraverso una trasformazione cronica dell'anatomia di prostata e vescicole seminali che portano ad un aumento della reattività e ad un accorciamento dei tempi eiaculatori. [4]

Cause psicologiche:

La tendenza a vivere il rapporto sessuale focalizzandosi sul raggiungimento dell'orgasmo più che sul piacere che deriva dall'esperienza di stimolazione individuale o di coppia compromette la capacità di percepire il piacere vissuto e di poterlo quindi governare attraverso una modulazione resa possibile da rallentamenti del ritmo o pause.

L'ansia da prestazione sessuale: uno stato di agitazione che la persona può percepire in misura diversa e che può essere legata a:

- una scarsa esperienza sessuale può portare la persona ad avere timore di non essere all'altezza della situazione e, per questo, focalizzarsi sulla adeguatezza delle sue azioni più che sul piacere che ne potrebbe derivare;
- il desiderio eccessivo di procurare piacere al/alla partner affinché essa ne riconosca il valore trasforma la sessualità in una situazione in cui dimostrare la propria capacità erotica per non deludere, per non essere giudicati negativamente e respinti. Il vissuto emotivo è tipico delle situazioni d'esame e prevede la necessità di mettere al primo posto le aspettative dell'altro compromettendo la capacità di sentire e governare il proprio piacere.
- la scarsa autostima, l'insicurezza personale portano la persona ad avere un'idea negativa di sé, a vivere come inadeguato e incapace di affrontare e realizzare pienamente i propri obiettivi. La sessualità è anticipata come una possibile occasione di fallimento e l'agitazione emotiva sarà sempre presente. [5, 6]

Comorbidità

Una frequente concausa di EP è la presenza di altri disturbi della sessualità, tra i quali il più frequente è la disfunzione erettile (DE). La correlazione tra EP e DE è molto stretta nei casi in cui la persona si focalizza sulla ricerca veloce dell'orgasmo per timore che l'erezione venga meno. Il senso di frustrazione dopo un rapporto sessuale insoddisfacente può essere molto forte e, con il ripetersi degli episodi, al generale senso di insoddisfazione sessuale possono associarsi senso di colpa, idee di incapacità e inadeguatezza così forti da influire sulla propria autostima e fiducia in se stessi. Di conseguenza chi ne soffre può perdere la motivazione a favorire gli incontri sessuali con la partner, può limitare la frequenza dei rapporti o persino non sentirselo di iniziare una relazione per il timore del fallimento, della delusione della partner e del successivo rischio di essere derisi o lasciati perché incapaci di procurare abbastanza piacere.

Assessment

Medico:

Si ritiene che questa problematica sia ampiamente sotto-diagnosticata a causa dell'imbarazzo da parte del paziente nel consultare lo specialista. Il clinico dovrebbe affrontare il percorso diagnostico come si fa per tutte le malattie, ovvero sottoponendo il paziente ad una accurata *anamnesi* generale che consideri i tempi eiaculatori, l'epoca di insorgenza del sintomo (disturbo primitivo o secondario), la ripetitività dell'evento (situazionale o costante e partner-dipendente o meno), se avviene prima della penetrazione (ante-portam), e se si associa ad altre disfunzioni sessuali. Nella diagnosi, è molto importante definire il tempo di latenza eiaculatoria intra-vaginale (IELT), che può essere calcolato dal paziente attraverso l'utilizzo di un cronometro. Tale parametro risulta utile anche nel follow-up a seguito del trattamento farmacologico della EP. Nella anamnesi è importante valutare anche l'eventuale assunzione di farmaci inducenti la EP, la presenza di sintomi attuali o pregressi che depongano per flogosi del tratto uro-genitale e la coesistenza di malattie sistemiche croniche o endocrine, come ad esempio il diabete e l'ipertiroidismo. Per la diagnosi, sono disponibili anche questionari validati che permettono al clinico di determinare l'esistenza del disturbo e definire l'entità del disagio. I questionari più utilizzati sono il PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), il PEP (Premature Ejaculation Profile) e l'IPE (Index of Premature Ejaculation). Poiché il problema EP coinvolge la coppia, la/il partner dovrebbe sempre essere sempre coinvolta/o già a partire dalla fase diagnostica. A tale scopo risulta utile valutare il livello di distress della partner attraverso uno strumento validato come il FSDS-R (Female Sexual Distress Scale-Revised-Premature Ejaculation questionnaire). [8] Anche *l'esame obiettivo andrologico*, con la valutazione dei riflessi e di altri segni che si associano ad ipertiroidismo, rappresenta un momento fondamentale nella diagnosi di EP. L'obiettività dovrebbe analizzare in particolare i testicoli, gli epididimi, la prostata, la struttura del pene, del prepuzio, del frenulo e la presenza di flogosi e/o fimosi. Le *indagini di laboratorio* dovrebbero comprendere l'esame batteriologico/colturale con antibiogramma del liquido seminale e delle urine, i dosaggi ormonali dell'ormone tiro-stimolante (TSH), Testosterone totale e Prolattina. Tra le *indagini strumentali*, ove il sospetto clinico lo suggerisca, è indicato eseguire l'ecografia prostatico-vescicolare trans-rettale o la biotesiometria peniena per valutare una eventuale ipersensibilità del glande. [9, 10]

Psicologico:

L'analisi della storia sessuale e relazionale della persona rappresenta un elemento fondamentale per la comprensione della genesi dell'EP. Scoprire infatti se la difficoltà sessuale è presente sin dal primo rapporto sessuale completo (EP primaria) o insorta nel corso della vita (EP acquisita), se è persistente o episodica, situazionale o generalizzata, ci permette di esplorare e fare emergere gli elementi psicologici che giocano un ruolo nella presentazione della disfunzione sessuale, come la persona si costruisce nella relazione, quali sono le sue anticipazioni e paure.

Al fine di evidenziare la possibile presenza di un disturbo d'ansia generalizzato, di cui l'EP può essere sintomo, è bene indagare tutti quegli ambiti della vita della persona nei quali essa ha una forte influenza. La qualità del sonno, dell'alimentazione, il rimuginio e tutte le manifestazioni psicosomatiche. Utile a tale scopo anche la somministrazione di un test sull'ansia quale ad esempio lo STAI-Y2 [11] di facile e breve somministrazione e scoring.

Trattamento

Medico:

Consigli pratici ed esercizi: al paziente può essere consigliato di aumentare la frequenza delle eiaculazioni al fine di utilizzare la coda del periodo refrattario che solitamente corrisponde ad una diminuita tensione delle ghiandole accessorie. Allo stesso scopo, è utile consigliare al paziente di mantenere rilasciato lo sfintere anale durante la penetrazione e preferire la posizione succube lasciando sopra la partner. Se il paziente non è alla ricerca di prole, può essere efficace l'utilizzo di preservativi ritardanti oppure l'applicazione di pomate o spray allo scopo di ridurre la sensibilità del glande. Con lo stesso obiettivo può essere consigliato al paziente di abituarsi a portare il glande scoperto durante la giornata. Rispetto alla circoncisione, invece, la ricerca presenta dati discordanti sulla sua reale efficacia per la cura [4] della EP. Insegnando al paziente come identificare le fibre muscolari pubococcigee, responsabili del blocco volontario della minzione, è possibile eseguire gli "esercizi di Kegel". Il consiglio per questi esercizi è quello di eseguire cicli di contrazione lenta (5 secondi di contrazione, seguiti da 5 di rilascio) e successivamente cicli di contrazione veloce alternati a cicli di rilassamento, il tutto ogni giorno e quante più volte possibile.

Farmaci: Gli inibitori del re-uptake della serotonina (SSRI) rappresentano la classe di farmaci più utilizzati per questo disturbo e con il miglior rapporto rischio/beneficio. Le molecole utilizzate sono solitamente la Fluoxetina (20mg die), la Paroxetina (20 mg/die), la Sertralina (50-100 mg/die). Queste molecole solitamente sono efficaci con un uso cronico, ma poiché possono avere effetti collaterali è possibile suggerire anche l'utilizzo al bisogno. È da ricordare comunque che la prescrizione di queste molecole è off-label. Nei pazienti con DE, che presentino una EP secondaria, il farmaco di prima scelta dovrebbe essere l'inibitore della 5 fosfodiesterasi (PDE-5i), (sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil, ecc). Questi farmaci da un lato hanno un blando effetto ritardante l'eiaculazione (forse per la presenza dell'enzima nella prostata, nelle vescicole seminali e nei deferenti) e, dall'altro, riducendo il periodo refrattario, consentono un secondo rapporto in tempi brevi. Nei casi in cui la causa della EP sia legata a cause infettive o infiammatorie, il trattamento dovrà prevedere rispettivamente l'utilizzo di antibiotici o di farmaci anti-infiammatori, mentre nei casi di ipertiroidismo il trattamento più indicato sarà quello con tireostatici. L'unico farmaco attualmente approvato per l'utilizzo nella EP è la Dapoxetina, un farmaco che a differenza degli altri SSRI possiede caratteristiche farmacocinetiche che ne consentono l'utilizzo al bisogno (azione rapida ed emivita breve). L'assunzione è consigliata 1-3 ore prima del rapporto sessuale alle dosi di 30 o 60 mg. Va infine ricordato che tutte le terapie farmacologiche per la EP vanno assunte in cronico e non hanno un effetto curativo in grado di portare alla guarigione. [12, 13]

Psicologico:

L'EP può rappresentare un sintomo dell'ansia, così come la tachicardia, la sudorazione o il dolore allo stomaco prima e durante un evento che ci preoccupa particolarmente. La terapia della EP, sia individuale che di coppia, prevede fundamentalmente due interventi che vengono attuati contemporaneamente. Da una parte il terapeuta favorisce, attraverso la terapia mansionale e l'utilizzo di tecniche quali lo stop-start e lo squeeze [7, 12], una maggiore conoscenza e consapevolezza dell'esperienza di piacere aiutando la persona a focalizzarsi sulla propria esperienza sessuale, così da poterla vivere pienamente e modularla nel ritmo e nell'intensità a proprio piacere.

A livello psicologico vengono affrontate le cause emotive, nonché i pensieri disfunzionali legati alla sessualità, che fanno sì che la persona provi alti livelli di ansia durante il rapporto sessuale. Per fare questo, nel corso dei colloqui, si cercherà di comprendere insieme da dove derivano le paure di fallire, il bisogno eccessivo di compiacere, l'insicurezza relazionale e la scarsa autostima.

La durata della terapia è variabile e dipende da diversi fattori tra cui la storia sessuale e il tipo di disagio psicologico presente. Può durare anche pochi colloqui quando riguarda giovani alle prime esperienze sessuali. L'obiettivo della terapia sessuale è superare l'ansia di prestazione e fare sì che la sessualità diventi per la persona un'esperienza durante la quale divertirsi e godere in piena libertà, affrancato dal tema del giudizio. Gli esercizi di controllo dell'eiaculazione possono avere un beneficio e aiutare la persona a focalizzarsi sulla propria esperienza e sulle sensazioni di piacere mentre ci si masturba. Se non associati ad una terapia psicologica la loro efficacia nella sessualità di coppia è però scarsa o assente visto che l'eiaculazione precoce non è un disturbo meccanico ma emotivo legato al confrontarsi con una partner. Nella stanza da soli va tutto bene, se entra una partner le cose cambiano considerevolmente.

Conclusioni

E' ormai riconosciuto il legame diretto tra la presenza di un disagio psicologico ed una condizione di malattia. Anche nel caso delle disfunzioni sessuali vissute di chi ne soffre possono essere interpretati in chiave emotiva, esistenziale e relazionale. Questa consapevolezza favorisce sempre più la collaborazione tra il medico specialista e lo psicologo sessuologo in fase di intervento terapeutico. Ciò che ancora risulta essere agli esordi è la stretta collaborazione tra queste figure in fase diagnostica e l'adozione di un modello interpretativo di disagio psico-somatico che può trovare le sue cause in elementi fisiologici e/o psicologico-relazionali.

Negli ultimi anni, numerose evidenze scientifiche hanno attribuito un ruolo di importanza sempre maggiore alle cause organiche di EP, ed in particolare a quelle iatrogene. Tali cause sono spesso multifattoriali ed alcune condizioni rappresentano addirittura delle comorbidità del disturbo eiaculatorio.

In conclusione, l'EP rappresenta una condizione clinica molto diffusa ed è considerata la più frequente condizione di disfunzione sessuale maschile. Le cause possono essere sia di natura organica che di natura

psicogena, ma più frequentemente le prime sconfinano nelle seconde. Pertanto, un corretto approccio clinico, diagnostico e terapeutico al paziente con EP deve prevedere obbligatoriamente il coinvolgimento e la sinergia dell'andrologo e dello psicologo.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders V*, 2013
2. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol.* 2007 Mar;51(3):816-23.
3. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, Becher E, Dean J, Giuliano F, Hellstrom WJ, Giraldi A, Gline S, Incrocci L, Jannini E, McCabe M, Parish S, Rowland D, Seagraves RT, Sharlip I, Torres LO. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sex Med.* 2014;Jun;2(2):60-90. Rifelli G., *Sessuologia Clinica*. ed. Clueb, 1997
4. Buvat J. Pathophysiology of Premature Ejaculation. *J Sex Med* 2011;8(suppl 4):316-327.
5. Fenelli A., Lorenzini R., *Clinica delle disfunzioni sessuali*, Carocci Faber, 2012
6. Rifelli G., *Sessuologia Clinica*. ed. Clueb, 1997
7. Kaplan H.S., *Disorders of Sexual Desire*. Brunner/Mazel, New York, 1979.
8. Limoncin E, Tomassetti M, Gravina GL, Ciocca G, Carosa E, Di Sante S, Gentile V, Mirone V, Montorsi F, Lenzi A, Jannini EA. "Premature ejaculation results in female sexual distress: standardization and validation of a new diagnostic tool for sexual distress. *J Urol.* 2013 May;189(5):1830-5.
9. Jannini EA, Maggi M, Lenzi A. Evaluation of premature ejaculation. *J Sex Med* 2011;8(suppl 4):328-334.
10. Jannini EA, Porst H. A practical approach to premature ejaculation. *J Sex Med* 2011;8(suppl 4):301-303.
11. Pedrabissi L., Santinello M., STAI State-Trait Anxiety Inventory Forma Y - Manuale. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1989
12. Masters W.H., Johnson V.E., *The Pleasure Bond*. Toronto; New York: Bantam Books, 1974
13. Polonsky DC. In: Leiblum SR, Rosen RC, editor. *Assessment and treatment of male sexual dysfunction in primary care. Principles and practice of sex therapy*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2000. p. 305-32.

Autori: Stefano Angelini, Andrea Garolla (Padova)

Commissione Psicologi SIAMS: Erika Limoncin (Roma), Stefano Angelini (Padova), Chiara Crespi (Torino), Gabriele Optale (Mestre), Jiska Ristori (Firenze), Vincenzo Maria Romeo (Reggio Calabria)

Commissione Linee Guida SIAMS: Elisa Giannetta (Roma), Sandro La Vignera (Catania), Sara Marchiani (Firenze), Pierfrancesco Palego (Padova)