

I disordini dell'orgasmo maschile: focus sull'eiaculazione ritardata

Obiettivi

Sebbene l'Eiaculazione Ritardata (ER) sia un sintomo sessuale invalidante, sia per l'individuo che per la coppia, ad oggi esso rappresenta forse il sintomo meno diagnosticato in ambito clinico. Pertanto, l'obiettivo di questa istruzione per l'uso consiste nel fornire al sessuologo medico e allo psico-sessuologo le informazioni presenti in letteratura utili all'individuazione, diagnosi e corretto trattamento della ER in tutti i pazienti che, per specifiche problematiche organiche, o per difficoltà procreative, potrebbero richiedere l'aiuto all'esperto.

Introduzione

L'Eiaculazione Ritardata (ER) rappresenta probabilmente il disturbo dell'orgasmo maschile meno diagnosticato e meno studiato nel campo della sessuologia. Questo dato trova spiegazione nel fatto che il maschio, o più frequentemente la coppia, sottovalutano le difficoltà maschili dell'abbandonarsi al piacere sessuale, camuffandolo, al contrario, da abilità sessuali elevate. I tentativi, chiaramente non riusciti, di procreazione, si associano a una condizione già presente di distress di coppia. Tuttavia, le difficoltà riproduttive sembrano essere l'unico motivo che spinge la coppia a richiedere aiuto. Questo è il momento in cui di solito lo specialista, spesso un professionista della salute riproduttiva, diagnostica la ER.

Definizione

L'ER è un disturbo sessuale maschile che rientra, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5; APA, 2013)¹, nella macro-categoria dei Disturbi dell'orgasmo maschile. Fanno parte di questa categoria diagnostica anche:

- Eiaculazione precoce
- Aneiaculazione (incapacità totale di eiaculare)
- Eiaculazione retrograda
- Diminuzione del volume del liquido seminale, della forza o delle sensazioni collegate all'eiaculazione
- Eiaculazione dolorosa
- Eiaculazione ritardata parziale
- Anestesia orgasmica

In base all'insorgenza e alla manifestazione del disturbo, distinguiamo una ER:

- Lifelong: quando il disturbo si presenta a partire dai primi tentativi di rapporto sessuale;
- Acquisita: il disturbo si manifesta dopo un periodo caratterizzato dall'assenza di disturbi sessuali;
- Generalizzata: la ER si presenta con tutti i partner, in ogni circostanza;
- Situazionale: la ER si presenta solo con un partner o solo in una specifica situazione.

Il DSM 5 definisce l'ER come un "marcato ritardo o incapacità di eiaculare (Criterio A)." L'incapacità a eiaculare (in vagina o, nei casi più gravi, anche con masturbazione in presenza del partner) si manifesta anche in presenza di stimolazione sessuale adeguata e di desiderio di eiaculare. La definizione di ciò che è considerato come "ritardo eiaculatorio" a oggi rimane ancora poco chiaro. La letteratura in merito riferisce che il tempo di latenza eiaculatoria intravaginale mediano si aggira attorno ai 5.4 minuti, con un range che va dai 4 ai 10 minuti^{2,3}. Pertanto è possibile supporre che un tempo mediano maggiore ai 10 minuti, associato a un vissuto di distress da parte del maschio e/o del partner possa rappresentare un valido criterio diagnostico. Tuttavia, la diagnosi di ER necessita anche della valutazione dei criteri aggiuntivi che possono meglio definire la eziologia e la gravità del sintomo. I criteri aggiuntivi utili per la diagnosi di ER sono riportati in tabella 1.

Tabella 1. Criteri aggiuntivi per la diagnosi di ER e fattori di comorbidità.

Maschio
<ol style="list-style-type: none">1. Sforzo prolungato per cercare di raggiungere l'orgasmo, fino alla sensazione di sfinimento e dolore genitale;2. Evitamento dell'attività sessuale;3. Attività masturbatoria idiosincratca con orientamento auto-sessuale;4. Fattori di vulnerabilità individuale (disturbi nell'immagine corporea, storia di abuso sessuale o psico-emotivo5. Comorbidità psichiatriche (disturbi del tono dell'umore, disturbi d'ansia);6. Stressors ambientali (problemi lavorativi, lutti);7. Fattori culturali/religiosi (pensieri disfunzionali legati alla sfera sessuale).
Partner
<ol style="list-style-type: none">1. Sensazione di perdita della capacità seduttiva;2. Perdita di autostima;3. Disturbi nell'immagine corporea;4. Problemi sessuali;5. Problemi di salute.
Coppia
<ol style="list-style-type: none">1. Difficoltà comunicative/assenza di comunicazione tra i partner;2. Relazione diadica disequilibrata (predominanza della figura femminile);3. Discrepanze nel desiderio per l'attività sessuale

Caratteristiche cliniche del maschio affetto da Eiaculazione Ritardata

I maschi affetti da ER riferiscono di provare alti livelli di distress personale e relazionale, scarsa soddisfazione sessuale, alti livelli di ansia prima dei rapporti sessuali e frequenza maggiore di problematiche di salute generale rispetto alla popolazione sana di riferimento. Inoltre, riferiscono una frequenza minore di rapporti sessuali penetrativi rispetto alla controparte di maschi senza ER. Un aspetto caratterizzante il maschio affetto da ER, che deve necessariamente essere preso in considerazione per l'impostazione del trattamento, è una adeguata capacità di raggiungere e mantenere il livello di erezione anche per un tempo prolungato, associata però a un basso livello di arousal sessuale⁴. I dati di letteratura riscontrano nei pazienti affetti da ER la presenza di: masturbazione idiosincratca (atto difficilmente riproducibile da parte del partner), diminuzione delle eiaculazioni notturne, difficoltà a raggiungere l'orgasmo durante il rapporto sessuale o durante la stimolazione da parte del partner, alti livelli di ansia e depressione⁵, Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT) prolungato rispetto alla controparte maschile sessualmente sana⁶.

Dati di prevalenza

La prevalenza della ER è estremamente variabile tra gli studi presenti in letteratura, con dati che oscillano tra lo 0,15% e l'11%⁷⁻⁹. Questa variabilità è sicuramente dovuta al fatto che non esiste ancora un dato quantitativo rispetto a quello che clinicamente definiamo "ritardo eiaculatorio". Tuttavia, i dati che sembrano essere più accreditati fanno corrispondere la prevalenza della ER all'1-4%¹⁰. Inoltre, la prevalenza della ER è età dipendente, con un aumento direttamente proporzionale con l'avanzare dell'età¹¹. Fattori che incidono su questa correlazione sono: cambiamenti nella sensibilità peniena, aumento della prevalenza del deficit testosterone, aumento dell'uso di farmaci impattanti sui tempi eiaculatori/sulla capacità orgasmica, riduzione del piacere del partner nei confronti dei rapporti sessuali prolungati.

Eziologia

Medica

Qualsiasi danno all'innervazione simpatica o somatica della zona genitale può potenzialmente causare problemi alla funzione eiaculatoria e orgasmica. Pertanto, tra le cause di ordine organico della ER è possibile riscontrare lesioni al midollo spinale, sclerosi multipla, chirurgia della zona pelvica, diabete e

trattamenti che vanno ad inibire l'innervazione α -adrenergica del sistema eiaculatorio¹², fattori endocrini (ipotiroidismo, ipogonadismo)¹³, fattori iatrogeni (uso/abuso di analgesici, antiipertensivi, antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, miorilassanti). Dal punto di vista neurotrasmettitoriale, poiché la dopamina e serotonina sono direttamente implicate nella risposta eiaculatoria, qualsiasi squilibrio nella secrezione di questi due neurotrasmettitori può implicare problemi eiaculatori¹⁴. Spesso, tuttavia, una percentuale non sottovalutabile di pazienti che lamentano ER non presenta alcuna patologia organica. Un recente studio ha individuato una prevalenza di eziologia iatrogena e psicogena nella genesi della ER¹⁵.

Psicogena

L'eziologia psicogena può suddividersi in fattori intrapsichici e fattori relazionali. Tra i fattori intrapsichici ritroviamo: la presenza di un rigido credo religioso, un forte orientamento auto-sessuale, inteso come una preferenza per l'atto masturbatorio piuttosto che per il rapporto sessuale¹⁶, diminuzione del desiderio sessuale o, viceversa, paura di eiaculare prima del tempo previsto, arousal sessuale inadeguato, ansia da prestazione, paura delle gravidanze^{17,18}. I fattori relazionali comprendono: disequilibrio tra fantasie sessuali e realtà, dovuto spesso a un abuso di materiale pornografico, presenza di disfunzioni sessuali nel partner. Il modo migliore per definire, ad oggi, la eziologia della ER sembra essere quello di considerare la co-presenza di fattori organici e psicogeni, laddove questi ultimi possono rappresentare a volte l'elemento scatenante il disturbo sessuale, altre volte l'elemento esacerbante lo stesso¹⁹. D'altronde, il tempo di latenza eiaculatoria può essere determinato sia dalla componente biologica (predisposizione genetica), sia da quella psico-comportamentale (variabili individuali, contestuali e relazionali)²⁰.

Valutazione del paziente con sospetta ER

La valutazione del paziente che riferisce difficoltà a raggiungere l'orgasmo e a eiaculare dovrebbe partire da una buona anamnesi medica, dall'esame obiettivo e dall'anamnesi sessuale²¹ (tabella 2).

L'anamnesi medica dovrebbe approfondire i seguenti punti:

- Valutazione dei fattori eziologici (vedi sopra)
- Accertamento dell'utilizzo/non utilizzo di farmaci inducenti la ER (in particolare gli SSRI, o altri agenti psicotropi)
- Valutazione della sensibilità peniena (soprattutto nei pazienti diabetici)
- Valutazione dei livelli ormonali (attenzione ai bassi livelli di T, iperprolattinemia, ipotiroidismo),²²
- Valutazione delle abitudini masturbatorie (frequenza, intensità dell'atto, modalità)

L'anamnesi sessuale dovrebbe prevedere:

- Storia del sintomo (modalità di comparsa, durata, gravità, impatto sulla persona/coppia)
- Valutazione di aspetti psicopatologici insiti nel paziente (ansia e depressione, orientamento sessuale omosessuale),²³
- Valutazione di problematiche relazionali (solo con il/la partner attuale vs con tutti i partner)
- Valutazione della presenza di stressor ambientali (lavoro, famiglia allargata, ecc.)

Tabella 2. Assessment del paziente affetto da ER secondo il modello di Perelman (Perelman, M. (2006b): The sexual tipping point: A model to conceptualize etiology, diagnosis, and combination treatment of female and male sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine, 3(Suppl. 1), 52).

Punti chiave	Obiettivi	Informazioni
Storia e esame medico	Patofisiologia	Esame fisico; assessment medico (quadro di salute generale, chirurgia, medicazioni, uso/abuso farmaci); porre particolare attenzione alle infezioni prostatiche, dell'epididimo, testicolari, uretrali

Assessment sessuologico	Variabili psico-sociali che hanno determinato/mantengono il sintomo	Pratica coitale-masturbatoria, valutazione del desiderio, dell'arousal e dell'orgasmo, fantasie sessuali, uso contraccettivi, valutazione dei pensieri (pensieri disfunzionali intrusivi, pensieri ansiosi, ecc.), valutazione della capacità di eiaculare in presenza del partner (intra-vaginale o con stimolazione)
Storia del sintomo	Sviluppo del problema	Esordio, durata, frequenza, gestione personale del sintomo, motivazione al cambiamento
Storia sessuale generale	Fattori psico-sociali predisponenti	Attitudini religiose e familiari, prime esperienze sessuali, conoscenza sessuale, credenze culturali
Aspetto relazionale	Fattori relazionali che hanno generato e/o mantenuto il sintomo	Valutazione della qualità di vita relazionale, assessment generale e sessuologico del partner, valutazione delle fantasie sessuali e della percezione del partner come attrattivo
Stressors di vita generale	Fattori che possono peggiorare la gravità del sintomo	Problematiche di vita: problemi lavorativi, finanziari, familiari (malattie, lutti), ecc.

Possibilità terapeutiche

Terapia psico-sessuale

Poiché l'eziologia della ER trova ad oggi maggiore riscontro scientifico nella componente psicogena, la terapia d'elezione risulta essere quella di stampo psico-sessuale comportamentale (tabella 3). Gli obiettivi centrali della terapia possono essere così riassunti:

- Educazione del paziente al raggiungimento di alti livelli di arousal sessuale: il terapeuta, coinvolgendo il partner, lavora sull'ampliamento delle fantasie sessuali e sul superamento dei preconcetti relativi alla sessualità suggerendo alla coppia l'utilizzo congiunto del materiale pornografico; l'elemento da tenere in considerazione è che le fantasie sessuali del maschio, insorte sulla base del materiale pornografico, non siano troppo distanti dalle caratteristiche e dai comportamenti del partner attuale. In aggiunta, in alcuni casi si può suggerire l'astensione dall'atto masturbatorio, per un periodo medio pari a due settimane, prima del rapporto sessuale;
- Negazione/rimodulazione della pratica masturbatoria: poiché il divieto di praticare l'atto masturbatorio non è spesso ben accettato dal paziente (vista l'efficacia dello stesso a ridurre gli alti livelli di ansia e angoscia vissuti dal paziente), il terapeuta suggerisce la rimodulazione dell'atto, sottolineando l'importanza della diminuzione della frequenza dell'atto, del cambiamento della mano con la quale si effettua la masturbazione, della modificazione della velocità, pressione e modalità²⁴;
- Rielaborazione cognitiva del pensiero "l'atto sessuale deve concludersi sempre con l'eiaculazione intra-vaginale": il terapeuta aiuta inizialmente la coppia a identificare i pensieri disfunzionali legati alla sessualità e a renderli meno rigidi e più funzionali. In aggiunta, per mezzo di tecniche comportamentali, quali la focalizzazione sensoriale e la desensibilizzazione, il terapeuta insegna alla coppia ad approcciarsi alla sessualità in modo graduale, spostando inizialmente l'attenzione dal coito, partendo da una stimolazione corporea generale, che non comprende la stimolazione genitale; gradualmente il partner sarà invitato a stimolare manualmente la zona genitale fino al raggiungimento dell'orgasmo e dell'eiaculazione; in una fase successiva la coppia apprenderà la

stimolazione genitale fino all'orgasmo e alla eiaculazione vicino all'introito vaginale, per arrivare alla fase finale in cui il partner stimola il maschio a raggiungere il plateau, e nel momento in cui subentra la fase di emissione, la coppia è invitata a concludere l'atto con il rapporto penetrativo.

- Gestione delle resistenze del partner: potrebbe accadere che il partner si senta "usato" per la risoluzione del sintomo sessuale. In questi casi una buona terapia di coppia, che faccia emergere i vissuti negativi (emozioni di rabbia) del partner, a volte associati anche alla impossibilità procreativa, permette al partner di superare le resistenze alla terapia e infine alla coppia di poter lavorare in equilibrio per il raggiungimento di una piena vita sessuale.

Terapia medica

Poche sono le evidenze in letteratura che dimostrano l'efficacia della terapia medica nella gestione della ER. Sebbene la Food and Drug Association (FDA) non approvi l'utilizzo di farmaci off label per la cura della ER, alcuni studi in letteratura hanno evidenziato un discreto successo della terapia con agenti anti-serotonergici (ciproptadina) e agonisti della dopamina (amantadina) in pazienti che già assumevano gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), e che quindi erano soggetti a ER²⁵, (tabella 3). Tuttavia, questi dati devono essere considerati come preliminari, visti i limiti degli studi stessi, basati su piccoli campioni non confrontati con gruppi di controllo. In aggiunta, gli stessi studi evidenziano molti effetti collaterali. Altre opzioni terapeutiche sono riportate in tabella 3.

Tabella 3. Tipologie d'intervento in ordine decrescente di efficacia

Terapie mediche e psico-sessuologiche	
<ul style="list-style-type: none"> • Riadattamento della terapia farmacologica psichiatrica • Terapia con PDE-5i per la cura della DE concomitante • Counselling sessuologico e terapia psico-sessuale • Normalizzazione del quadro ipogonadico • Stimolazione vibratoria peniena 	
	
Terapia farmacologica	Effetti collaterali
<ul style="list-style-type: none"> • Cabergolina (0.5 mg 2x/sett) • Bupropione (150/300 mg/die) • Ossitocina (16/24 IU intranasale) • Ciproptadina (2-16 mg) • Buspirone (20-60 mg) • Efedrina (15-60 mg) • Amantadina (100-400 mg on demand/75-100 daily) • Yohimbina (20-50 mg) • Midodrina (7.5-30 mg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nausea, sonnolenza, insufficienza cardiaca • Palpitazioni, frequenza urinaria, agitazione • Nausea, vomito, ipertensione • Sedazione, scarsa concentrazione, dolore addominale, rash cutaneo, fatica • Nausea, cefalea, fatica, dolore addominale • Nausea, cefalea, insonnia, ipertensione, ansia • Nausea, depressione, allucinazioni, anoressia, ipotensione, cefalea, aritmie • Iperglicemia, tachicardia, ipertensione, irritabilità, tremore • Disuria, parestesia, rash cutaneo

Conclusioni

L'eiaculazione ritardata è un sintomo sessuale che impatta sul paziente e sulla coppia. Poiché la ER è solitamente sotto-diagnosticata, lo specialista dovrebbe porre particolare attenzione alla capacità orgasmica/eiaculatoria ogniqualvolta si trova di fronte a un paziente che presenta squilibri ormonali, danni neurologici, problematiche psichiatriche. Viceversa, il paziente che si rivolge allo specialista per problematiche riproduttive dovute a sospetta ER dovrebbe essere reindirizzato al sessuologo medico e/o

allo psico-sessuologo per la cura del sintomo, in modo da poter ripristinare, mediante terapia medica e/o sessuologica, la funzione sessuale, fondamentale per il concepimento, ma anche per una sana vita di coppia.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., DSM-5tm. Trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5^a ed., DSM-5, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.
2. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF & Jamieson C. (2005) Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2, 358–367.
3. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH & Boolell M. (2005) A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2, 492–497.
4. Rowland, D. L., Keeney, C., & Slob, A. K. (2004). Sexual response in men with inhibited or retarded ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, 16(3), 270–274.
5. Abdel-Hamid IA, Saleh el S. Primary lifelong delayed ejaculation: characteristics and response to bupropion. *The journal of sexual medicine*. 2011; 8:1772–9.
6. Xia JD, Han YF, Pan F, Zhou LH, Chen Y, Dai YT. Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. *Andrology*. 2013; 1:787–92.
7. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD & Ahn TY. (2010) Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 7(4 Pt 2), 1668–1686.
8. Spector IP & Carey MP. (1990) Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch SexBehav* 19, 389–408.
9. Laumann EO, Paik A & Rosen RC. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281, 537–544.
10. Jannini E, Lenzi A. Ejaculatory disorders: Epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World J Urol* 2005;23: 68–75.
11. Johnson RD, Murray FT. Reduced sensitivity of penile mechanoreceptors in aging rats with sexual dysfunction. *Brain Res Bull*. 1992; 28:61–4.
12. Witt, M. A., & Grantmyre, J. E. (1993), Ejaculatory failure. *World Journal of Urology*, 11, 89–95; Master, V. A., & Turek, P. J. (2001). Ejaculatory physiology and dysfunctions. *Urologic Clinics of North America*, 28, 363–375.
13. Corona G, Jannini EA, Mannucci E, Fisher AD, Lotti F, Petrone L & Maggi M. (2008) Different testosterone levels are associated with ejaculatory dysfunction. *J Sex Med* 5, 1991–1998.
14. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD & Ahn TY. (2010) Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 7(4 Pt 2), 1668–1686.
15. Butcher MJ, Welliver RC Jr, Sadowski D, Botchway A, Köhler TS. How is delayed ejaculation defined and treated in North America? *Andrology*. 2015 May;3(3):626-31.
16. Apfelbaum B. Retarded ejaculation: A much-misunderstood syndrome. In: Leiblum SR, Rosen RC, eds. *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s*. 2nd edition. New York: Guilford Press; 1989:168–206.
17. Perelman M. Sildenafil, Sex Therapy, and Retarded Ejaculation. *J Sex Educ Ther*. 2001; 26:13–21.
18. Perelman MA. Regarding ejaculation, delayed and otherwise. *Journal of andrology*. 2003; 24:496.
19. Jannini EA, McCabe MP, Salonia A, Montorsi F, Sachs BD. Organic vs. psychogenic? The Manichean diagnosis in sexual medicine. *J Sex Med*. 2010 May;7(5):1726-33.
20. Perelman, M. (2006). A new combination treatment for premature ejaculation: A sex therapist’s perspective. *Journal of Sexual Medicine*, 3(6), 1004–1012.
21. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, Rowland D. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. *J Sex Med*. 2013 Jan;10(1):204-29.
22. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E, Maggi M, Lenzi A, et al. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2005; 90:6472–9.
23. Jern P, Santtila P, Johansson A, Alanko K, Salo B, Sandnabba N. Is there an association between same-sex sexual experience and ejaculatory dysfunction? *J Sex Marital Ther* 2010;36: 303–12.
24. Althof SE. Psychological interventions for delayed ejaculation/orgasm. *Int J Impot Res*. 2012 Jul-Aug;24(4):131-6.

26. Abdel-Hamid IA, Elsaied MA, Mostafa T. The drug treatment of delayed ejaculation. *Transl Androl Urol*. 2016 Aug;5(4):576-91.

Autori: Erika Limoncin, Giovanni Luca Gravina (Roma, L'Aquila)

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)