

Deficit di erezione: le cause psicologiche e disfunzionali

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

Quali sono i fattori psicologici – o disfunzionali - delle difficoltà di erezione?	pag. 1
Cosa significa fattori "disfunzionali"?	pag. 1
Cosa significa "psicogeno", oggi?	pag. 2
In che modo la depressione può alterare la funzione erettiva?	pag. 2
Perché l'ansia da prestazione può interferire con l'erezione?	pag. 2
In che modo l'adrenalina blocca l'erezione?	pag. 2
In che modo lo stress cronico può danneggiare l'erezione?	pag. 3
I farmaci vasoattivi possono aiutare l'erezione anche in questi casi?	pag. 3
Quali altri farmaci possono essere utili nei deficit di erezione?	pag. 4
In che modo le terapie sessuologiche possono integrare la terapia farmacologica?	pag. 4
Quanto importante è l'atteggiamento della (o del) partner?	pag. 5
In che modo l'approccio integrato, farmacologico e sessuologico, può ottimizzare la terapia dei deficit di erezione?	pag. 5
Approfondimenti specialistici	pag. 5

Quali sono i fattori psicologici – o disfunzionali - delle difficoltà di erezione?

Ansia, depressione e stress cronico sono i tre nemici dell'erezione più importanti dal punto di vista psichico. L'anamnesi accurata di molti pazienti affetti da deficit erettivo mostra infatti come essi abbiano sofferto già in giovane età di deficit occasionali in risposta a stress, depressione, ansia o anche piccole quantità di alcool.

Questa osservazione suggerisce che alcuni **fattori di vulnerabilità** (1-3) siano presenti in molti soggetti durante tutta la vita e possano contribuire a spostare la bilancia della competenza erettiva tra funzione o deficit, agendo probabilmente come variabili indipendenti.

Tali fattori di vulnerabilità funzionali includono sia i cosiddetti **fattori psicogeni** (con la loro coorte di aspetti intrapsichici, biochimici e relazionali) sia le **alterazioni biochimiche** secondarie ad alcool, dismetabolismi, droghe, farmaci, stress fisico e così via.

Il modello interpretativo che più rispetta la realtà è quindi **multifattoriale**, in cui la diagnosi dei fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento, responsabili del deficit erettivo, è riferita a un modello di vulnerabilità in una prospettiva longitudinale (life-span).

Cosa significa fattori "disfunzionali"?

I neurotrasmettitori – le sostanze con cui le cellule nervose dialogano tra loro e con il resto del corpo – sono il punto chiave biologico in cui i fattori psicologici diventano funzionali (e quindi

biologici o microstrutturali), interferendo quindi con le vie neuroendocrine e neurovegetative che coordinano, tra l'altro, anche l'erezione.

La distinzione tra fattori funzionali e organici (macrostrutturali) è quindi relativo ai nostri strumenti di indagine. Maggiore è l'attenzione clinica agli aspetti funzionali, maggiore sarà la possibilità di riconoscerne i segni e i sintomi a livello diagnostico e terapeutico.

Cosa significa "psicogeno", oggi?

Il termine "psicogeno" indica in breve che un deficit erettivo è dovuto ad una serie di fattori interpersonali o intrapsichici, e che non sono presenti fattori "organici".

La "selettività erettiva" è sempre stata considerata il segno distintivo di questa condizione: la logica suggeriva che se un uomo poteva ottenere un'erezione perfetta in talune circostanze (ad esempio, con la masturbazione) e in altre no (ad esempio, durante il coito), anatomia e fisiologia dovevano essere integre. La pratica clinica dimostra che questo non è sempre vero, mettendo definitivamente in discussione l'obsoleta dicotomia tra psicogeno e organico (1-3).

Alcuni esempi mostreranno come i fattori "psicogeni" possano simulare un danno organico e indurre a errori diagnostici e terapeutici. I fattori psicogeni più frequenti sono la depressione, l'ansia e lo stress cronico.

In che modo la depressione può alterare la funzione erettiva?

La depressione può provocare il deficit erettivo con diverse modalità:

- riduce il desiderio e la pulsione erotica;
- altera i ritmi del sonno (nella fase REM, ossia di sonno con sogni, e non-REM);
- modifica i comportamenti individuali e interpersonali (1-2).

Una depressione maggiore può causare la completa perdita delle erezioni notturne associate alla fase REM; stesse ripercussioni possono essere indotte da sogni ad alta ansietà. Di conseguenza, la registrazione delle erezioni notturne (NPT) può risultare falsamente negativa a causa di fattori psicogeni, che andranno quindi accuratamente indagati ogniqualvolta si abbia un NPT negativo.

Perché l'ansia da prestazione può interferire con l'erezione?

Questa espressione si riferisce all'incapacità di un uomo di concentrarsi sulle sue sensazioni di eccitazione perché è diventato uno spettatore e giudice ansioso della sua prestazione sessuale. La difficoltà o incapacità di ascoltare le sensazioni fisiche di piacere rende poi difficile ottenere e mantenere l'erezione, il che aumenta ulteriormente l'ansia nei tentativi successivi.

L'ansia può essere peggiorata da paure e problemi specifici: i casi più frequenti riguardano la paura dell'intimità sessuale, dell'aggressività, di perdere il controllo, l'angoscia di castrazione, sensi di colpa e immaturità o fragilità dell'identità sessuale.

La conseguenza di questi diversi fattori psicogeni è un terremoto neuroendocrino di tipo adrenergico, ossia caratterizzato dalla liberazione nel sangue di alte quantità di adrenalina che paralizzano l'erezione e/o la sua durata.

In che modo l'adrenalina blocca l'erezione?

L'adrenalina innesca:

- a) l'inibizione dell'attività della muscolatura liscia dei corpi cavernosi, con conseguente deficit erettivo, specialmente della fase di mantenimento, il cui epifenomeno clinico è la cosiddetta "fuga venosa" funzionale, così frequente nei giovani ansiosi;
- b) il mantenimento di un elevato ipertono muscolare (che riduce la percezione delle sensazioni di piacere cutanee attraverso una competizione tra i diversi messaggi nervosi a livello del midollo spinale);
- c) la prevalenza di messaggi inibitori cortico-midollari che riducono l'afflusso delle sensazioni piacevoli alla corteccia, con conseguente riduzione della percezione del piacere e dell'intensità dell'orgasmo;
- d) la riduzione del desiderio, nella dimensione sia pulsionale sia cognitiva (per l'aumento di profezie negative autovalidantesi, la caduta di autostima e di fiducia in se stessi che accompagna i fallimenti ripetuti).

Un'elevata ansia da prestazione e/o attitudini fobiche verso il coito possono simulare un danno vascolare organico, in quanto riducono la competenza occlusiva del tessuto erettile: il risultato può essere un test alla papaverina falsamente negativo.

Il **consiglio pratico** è di espletare il test in un'atmosfera sessualmente positiva, meglio in posizione eretta e con una stimolazione sessuale successiva. Una lieve premedicazione con farmaci antiansia può essere d'aiuto nel ridurre il rischio da falsi negativi da ansia acuta.

In che modo lo stress cronico può danneggiare l'erezione?

Lo stress cronico è la terza causa psicogena o funzionale di deficit erettivo. Eccessivo impegno nel lavoro, nello sport o diete prolungate, malattie croniche o conflitti coniugali persistenti rappresentano diffuse cause di stress cronico.

Ad esso consegue un'iperattivazione delle vie neuroendocrine connesse alla sopravvivenza individuale, in particolare con un aumento degli oppioidi endogeni, i nostri analgesici interni che deprimono anche il desiderio, e una depressione delle vie neuroendocrine connesse al comportamento sessuale e alla riproduzione.

In particolare, valori di LH persistentemente al di sotto di 3mUI/ml rappresenterebbero un indicatore bio-chimico affidabile di una situazione di stress cronico.

Secondariamente alla caduta dell'LH anche i valori di testosterone totale e libero possono risultare ai limiti inferiori di norma, con le conseguenti implicazioni sul desiderio.

Diversi fattori funzionali possono:

- a) simulare danni organici;
- b) peggiorare la diagnosi di danni organici già esistenti;
- c) spostare temporaneamente l'ago della bilancia erettiva verso la funzione o il deficit. La potenziale reversibilità di questi fattori è il punto chiave da considerare.

I farmaci vasoattivi possono aiutare l'erezione anche in questi casi?

Sì. Farmaci come il sildenafil (Viagra), il tadalafil (Cialis) e il vardenafil (Levitra) possono contribuire a ripristinare l'erezione nel 56-83% dei casi, a seconda delle cause che hanno portato al problema di erezione.

Quali altri farmaci possono essere utili nei deficit di erezione?

I farmaci vasoattivi sono i grandi amici dell'erezione, perché sono efficaci, sicuri, maneggevoli.

Farmaci anti-ansia ("ansiolitici") e antidepressivi sono indicati nei casi in cui questi aspetti siano dominanti.

I farmaci per abbassare la prolattina ("ipoprolattinemici") sono indicati nelle forme con iperprolattinemia documentata. La prolattina elevata inibisce il desiderio e quindi anche l'erezione.

L'indicazione alla farmacoprotesi (ossia all'erezione indotta mediante iniezione nei corpi cavernosi del pene di sostanze vasoattive quali papaverina, prostaglandine, ceritine...) viene prescritta dall'urologo, per scegliere anche dosi e tempi ottimali, nei casi di mancata risposta ai farmaci vasoattivi per bocca; questo può succedere, per esempio, nei deficit di erezione da causa neurologica e dopo chirurgia radicale per cancro della prostata (4).

La consulenza sessuologica è spesso utile per aiutare paziente e partner a vivere al meglio le possibilità terapeutiche offerte anche da questa soluzione.

In che modo le terapie sessuologiche possono integrare la terapia farmacologica?

L'esperienza clinica mostra che nella gran parte dei pazienti la genesi del deficit erettivo è multifattoriale. La probabilità di una terapia efficace dipende quindi dalla capacità di riconoscere i diversi fattori e il loro peso specifico, e di modificarli. E' quindi essenziale la collaborazione stretta tra i diversi componenti del gruppo di lavoro (l'urologo, l'andrologo, il sessuologo ed eventualmente lo psichiatra) che si occupano del deficit erettivo e della sua cura.

In pratica, la terapia integrata funzionale consiste in (5):

- **tecniche di rilassamento**, quali il training autogeno respiratorio e lo yoga, che sono preziose per migliorare il controllo emozionale, aumentare la capacità di modulare l'eccitazione attraverso il respiro e migliorare la capacità di ascolto delle sensazioni corporee. Aiutano inoltre ad abbandonare l'atteggiamento di "spettatore", così tipico dell'ansia da prestazione;
- **terapia riabilitativo-comportamentale**, volta a modificare la percezione dello schema corporeo, ridurre l'ipertono e la rigidità muscolare, focalizzare l'attenzione sull'area genitale per migliorare la capacità di ascolto delle sensazioni di piacere, recuperare la capacità erettiva in una situazione "non esigente", migliorare i percorsi neuroendocrini che coordinano la funzione sessuale, migliorare l'autostima e la fiducia nella capacità di recupero. La terapia prevede esercizi di focalizzazione sensoriale orientati all'area genitale, rieducazione alla partecipazione corporea nel riflesso orgasmico, massaggio, esercizi di gratificazione reciproca (con partner), esercizi con il vacuum (senza anello).
- **psicoterapia cognitiva**, volta a modificare il significato dell'evento negativo e a migliorare la capacità dell'uomo di modificare i fattori di vulnerabilità che lo favoriscono. Questo lavoro è di particolare importanza nei giovani, che crescentemente affluiscono agli ambulatori sessuologici

eandrogici lamentando deficit erettivi a chiara genesi funzionale. Le tecniche di programmazione neurolinguistica sono particolarmente utili.

Quanto importante è l'atteggiamento della (o del) partner?

Moltissimo. Nei casi di coppia stabile, è essenziale la valutazione del/della partner, dal punto di vista fisico e psichico.

Dal punto di vista fisico, è importante sapere:

- a) se la donna senta desiderio;
- b) se il ciclo è regolare, oppure se è in amenorrea (da dieta, per esempio, o da menopausa). La carenza di estrogeni, tipica dell'amenorrea, riduce infatti la lubrificazione, causa secchezza vaginale e può peggiorare le difficoltà di penetrazione, oltre a causare dolore anche alla donna.

Dal punto di vista psichico, bisogna capire:

- a) il suo effettivo desiderio di collaborare;
- b) l'esistenza di sabotaggi sessuali o di vantaggi sessuali secondari del sintomo;
- c) la presenza di difficoltà all'intimità, di fobie o di vaginismo, primario o secondario (vedi scheda medica su vaginismo, su questo sito).

Psicoterapie di lunga durata sono indicate solo in casi selezionati, quando gli aspetti psicodinamici appaiono dominanti e non altrimenti superabili.

In che modo l'approccio integrato, farmacologico e sessuologico, può ottimizzare la terapia dei deficit di erezione?

Le terapie sessuologiche integrate sono oggi un valido strumento nella risoluzione dei deficit erettivi funzionali e nella cura delle componenti psicologiche reattive ai deficit organici. Da parte del terapeuta richiedono:

- formazione specifica, preferibilmente medica;
- rigore metodologico;
- stretta collaborazione con l'uro-andrologo (possibilmente anche logistica, cosicché il paziente abbia la sensazione di un lavoro diagnostico e terapeutico integrato e non frammentato).

Più la terapia sa integrare la cura dei fattori biologici e dei fattori psichici, personali e di coppia, maggiore è la probabilità di un recupero di un'erezione valida, della durata desiderata e di piena soddisfazione.

Approfondimenti specialistici

1) Graziottin A.

Comparing Male and Female Sexual Function and Dysfunction

in: Kandeel F. (Ed.), Lue T. Pryor J. Swerdloff R. (Assoc. Eds.), Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment, Informa Healthcare USA, New York, 2007, p. 131-145

2) Corona G. Petrone I. Mannucci E. et Al.

Difficulties in achieving vs maintaining erection: organic, psychogenic and relational determinants

Int J Impot Res. 2005 May-Jun; 17 (3): 252-8

3) Lyngdorf P. Henningsen L.

Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark

Int J Impot Res. 2004 Apr; 16 (2): 105-11

4) Petry H. Berny D.L. Spichiger L.

Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland

Int J Nurs Stud. 2004 Jul; 41 (5): 507-13

5) Graziottin A.

Life span perspective in psychogenic impotence: diagnosis and therapy

Int. J. Impotence Research 1992; 4: 165-173