

Eiaculazione precoce: la diagnosi

Prof.ssa Alessandra Graziottin

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

Indice

Premessa	pag. 1
Che cos'è l'eiaculazione precoce?	pag. 1
C'è un modo obiettivo per "misurare" la precocità?	pag. 2
Valutazione clinica: la natura del disturbo	pag. 2
Valutazione clinica: l'associazione con altri disturbi	pag. 2
Valutazione clinica: la percezione del piacere	pag. 3
Valutazione clinica: il tipo di paziente	pag. 3
Valutazione clinica: l'influenza di farmaci e altre sostanze	pag. 4
Valutazione clinica: gli aspetti relazionali	pag. 4
Come si può affrontare insieme il problema?	pag. 4
Quando il paziente è giovane: il ruolo dell'enuresi	pag. 4
Quando il paziente è giovane: l'importanza dell'esperienza	pag. 5
Conclusioni	pag. 5
Approfondimenti specialistici	pag. 5

Premessa

L'eiaculazione precoce è un disturbo sessuale con eccellente "prognosi", ossia con ottime possibilità di guarigione. I progressi in campo farmacologico e il ricorso sempre più frequente a terapie integrate – farmacologiche, sessuologico-riabilitative e psicoterapiche – hanno infatti **enormemente migliorato il risultato terapeutico**, anche a lungo termine.

Perché si parla di "terapie integrate"? Perché il solo trattamento farmacologico migliora rapidamente il sintomo in un'elevata percentuale di pazienti (1-7), ma la sua efficacia è spesso limitata al periodo di assunzione del farmaco. L'integrazione tra farmaci e lavoro sessuologico sembra invece garantire una risposta più duratura, anche dopo la sospensione del farmaco.

In questa scheda analizzeremo le fasi della diagnosi; in una scheda successiva prenderemo in considerazione la terapia integrata oggi più efficace. Il tracciato diagnostico, dal canto suo, può costituire anche una "scaletta", un promemoria, che il lettore eventualmente interessato dal disturbo potrà utilizzare per riflettere sul problema e prepararsi in modo più consapevole alla visita medica.

Che cos'è l'eiaculazione precoce?

L'eiaculazione viene definita "precoce" quando è indotta da **una minima stimolazione sessuale**, oppure quando avviene **prima o subito dopo la penetrazione**, ma comunque

prima che la persona lo desideri (3). L'eiaculazione precoce è stata anche definita in termini di durata del contatto vaginale e/o di numero di movimenti coitali prima dell'eiaculazione: tuttavia, su questi parametri quantitativi non è ancora stato raggiunto un consenso definitivo (4,5). Nel caso in cui l'eiaculazione avvenga prima che l'erezione sia completa, si preferisce parlare di "eiaculazione prematura". L'eiaculazione precoce è la più frequente patologia sessuale maschile, con un'incidenza superiore al 20 per cento della popolazione maschile adulta, pur essendo la disfunzione erettile il principale motivo di consulto sessuologico.

C'è un modo obiettivo per "misurare" la precocità?

Sì. La misura più adottata per quantizzare il problema è il "tempo di latenza eiaculatorio intravaginale" (IELT, Intravaginal Ejaculatory Latency Time), ossia il tempo che intercorre fra l'inizio della penetrazione e l'eiaculazione. Questa misura è semplice da valutare anche con da soli, come un semplice cronometro. Lo studio di uomini normali ha dimostrato che il tempo medio di penetrazione varia tra i 5.5 e i 6.5 minuti, a seconda della popolazione studiata. Gli eiaculatori precoci eiaculano in meno di 1 minuto nel 90 per cento dei casi.

Valutazione clinica: la natura del disturbo

Per scegliere la strategia terapeutica più adatta al paziente e alla coppia, bisogna fare una corretta e articolata diagnosi. Prima di tutto, occorre definire se il disturbo è **primario** (ossia sempre esistito) o **secondario** (cioè manifestatosi da un certo momento in poi).

L'eiaculazione precoce primaria, ossia presente fin dalle prime esperienze sessuali, ha una forte base ereditaria, genetica. L'obiettivo terapeutico è in tal caso quello di aiutare l'uomo a raggiungere il miglior livello di controllo sul riflesso orgasmico, e quindi di durata dell'erezione prima dell'eiaculazione, ottimizzando le sue caratteristiche biologiche.

Se il disturbo è secondario, il medico sessuologo deve chiarire se si tratti di un disturbo assoluto, ossia con tutte le partner e in tutte le situazioni, o se sia relativo al momento, alla situazione o alla partner. Inoltre occorre procedere subito a un approfondimento medico che includa:

- l'esame obiettivo uroandrogico, con particolare attenzione alla presenza di prostatiti subcliniche (cioè senza sintomi evidenti);
- l'esame colturale del tampone uretrale dopo massaggio prostatico;
- l'esame colturale del liquido seminale.

Queste verifiche consentono di capire se la precocità acquisita, o secondaria, sia in realtà dovuta a un'infezione, che accelera il riflesso eiaculatorio.

Un altro aspetto da non trascurare, nei pazienti che abbiano precedentemente goduto di una buona competenza eiaculatoria, è la possibilità che la precocità sia solo **il sintomo di un deficit erettivo**, in particolare di mantenimento, di cui il paziente non sia ancora pienamente consapevole. In questo caso, prima di procedere ulteriormente sul fronte della disfunzione eiaculatoria, è importante verificare la qualità dell'erezione.

Valutazione clinica: l'associazione con altri disturbi

Come secondo passo, il medico dovrebbe chiarire se l'eiaculazione precoce si presenta come un sintomo costante e isolato, oppure se si associa ad altre disfunzioni eiaculatorie. Se per esempio l'uomo afferma che a volte è precoce, mentre altre volte non riesce a venire, il medico capisce di trovarsi di fronte a una cosiddetta "patologia del controllo", che riguarda la corteccia cerebrale e il midollo spinale, e nella quale l'elemento critico non è l'eiaculazione precoce in sé, e nemmeno un problema fisico a livello genitale, ma la difficoltà a modulare l'ansia da prestazione.

Valutazione clinica: la percezione del piacere

La precocità, a volte, si associa a un'alterazione percettiva del piacere orgasmico. In particolare, l'uomo può presentare **anorgasmia**, ossia assenza di orgasmo; **anedonia**, ossia assenza di piacere; **ipoedonia**, ossia scarsa intensità del piacere. Questo può senz'altro spiegarsi con il fatto che l'eccessiva concentrazione per tentare di ritardare l'eiaculazione, l'effetto frenante della tensione muscolare sull'ascolto delle sensazioni piacevoli e il contraccolpo depressivo che si innesca ogni qualvolta il riflesso sfugga al controllo contribuiscono più al dispiacere che non al piacere. Migliorare la capacità di concentrarsi sulle sensazioni piacevoli e di valorizzarle diventa quindi un punto centrale del programma terapeutico. Tuttavia, in questi casi, è opportuno pensare non solo a cause psicologiche, ma anche a possibili malattie neurologiche, come la neuropatia diabetica o la sclerosi multipla.

Valutazione clinica: il tipo di paziente

Gli uomini che soffrono di eiaculazione precoce possono essere suddivisi in due grandi gruppi (6):

- gli aggressivi pulsionali;
- gli ipoaggressivi fusionali.

Gli "**aggressivi pulsionali**" sono uomini ad alta libido, tonici, pieni di energia, che hanno difficoltà a modulare la loro esuberanza erotica ma che in positivo, e proprio grazie a queste loro caratteristiche, rispondono molto bene alla terapia. In altre parole, il pulsionale "funziona" bene dal punto di vista fisiologico, ha un elevato ritmo eiaculatorio, si eccita molto e rapidamente, a livello mentale e fisico. Dal punto di vista strettamente clinico, se in un certo periodo della vita questo tipo di persona ha rapporti poco frequenti, e non si masturba, la precocità può "scattare" come una specie di valvola di sicurezza. La forte pressione biologica, in questo caso, può ridursi addirittura spontaneamente se la persona riprende un "ritmo" eiaculatorio più vicino a quello ottimale per la sua costituzione. Dal punto di vista psicosessuale, il maggior fattore di vulnerabilità è rappresentato dalla scarsa tolleranza alla frustrazione e all'ansia.

Gli "**ipoaggressivi fusionali**" presentano una prognosi più incerta. Sono infatti persone a scarsa libido, con un basso ritmo eiaculatorio e un'identità sessuale fragile: spesso hanno sofferto o soffrono di enuresi, e hanno un rapporto molto stretto con la figura materna (il termine "fusionale" si riferisce proprio a questo aspetto). Dal punto di vista psicosessuale, questi soggetti hanno una grandissima paura (inconscia) della loro potenziale aggressività e distruttività, anche perché spesso hanno bisogno di fantasie di tipo sadico per eccitarsi. In questi casi è evidente che il problema eiaculatorio è solo la punta dell'iceberg: e il medico quasi certamente proporrà un lungo e approfondito lavoro sessuologico di tipo psicodinamico, in modo da agire sui fattori

psicosessuali di base che altrimenti vanificherebbero l'approccio più pragmatico della terapia sessuale breve.

Valutazione clinica: l'influenza di farmaci e altre sostanze

In certi casi la precocità può comparire come effetto collaterale di **farmaci** (7), come la L-dopa, che viene utilizzata nella cura del morbo di Parkinson. Anche **l'alcool** riduce la capacità di modulare volontariamente il riflesso eiaculatorio; più in generale, può rivelare una sostanziale debolezza dell'Io e gettare luce sulle modalità difensive che il paziente utilizza per affrontare l'ansia di vivere, e non solo l'ansia legata alla prestazione sessuale.

Valutazione clinica: gli aspetti relazionali

Anche gli aspetti relazionali meritano un approfondimento particolare (6,8). Il medico, in particolare, dovrebbe verificare:

- se il paziente abbia o meno una partner fissa, e da quanto tempo;
- la qualità della relazione, in termini sia affettivi sia sessuali (precocità a parte). Conflittualità più o meno sommerse, ostilità fredda, esaurimento dell'intesa sono fattori così rilevanti che spesso possono rendere vana l'intera terapia. La disponibilità reale della partner a partecipare o meno al lavoro terapeutico va quindi verificata sin dalle prime sedute, così da impostare correttamente il programma successivo;
- la qualità della sessualità della partner: il medico, per esempio, dovrebbe verificare se la donna prova desiderio, se ha una normale lubrificazione vaginale, se prova l'orgasmo, per lo meno con la stimolazione clitoridea, e se nel complesso vive positivamente la propria sessualità e quella della coppia al momento della consultazione.

In generale, va ricordato che **l'eiaculazione precoce è un disturbo estremamente frustrante per entrambi i partner**: l'uomo si sente inadeguato, e può risentirne a livello di autostima e fiducia in sé, con contraccolpi depressivi anche importanti. La donna prova un'irritazione crescente nell'essere continuamente delusa e frustrata e può sviluppare una forte aggressività nei confronti del partner. Può inoltre avvertire una caduta secondaria di desiderio e difficoltà di eccitazione. In molte donne la difficoltà a provare l'orgasmo durante la penetrazione può dipendere proprio da un tempo di penetrazione vaginale, e quindi di stimolazione, insufficiente. La coppia, in altre parole, avverte una crescente insoddisfazione che può causare un graduale abbandono dei rapporti e di ogni forma di intimità, fino all'astinenza totale. Sfortunatamente la scarsa frequenza, aumentando anche la tensione e la "pressione" biologica, tende a peggiorare ulteriormente il sintomo, per cui il tempo di penetrazione diventa sempre più breve.

Come si può affrontare insieme il problema?

Convincendo con affetto il partner ad andare dal medico, scegliendo uno specialista – andrologo, urologo o medico sessuologo – competente nel settore, così da avere una diagnosi accurata e il trattamento farmacologico necessario.

Quando il paziente è giovane: il ruolo dell'enuresi

Un elemento da valutare, quando il paziente è giovane, è se in passato abbia sofferto di enuresi, soprattutto fino alla pubertà. L'enuresi, infatti, aumenta il rischio di sviluppare un'eiaculazione precoce con due meccanismi (9):

a) **meccanismo neurologico**, dovuto al ritardo maturativo dei meccanismi di controllo cortico-midollare che modulano sia il riflesso minzionale sia il riflesso eiaculatorio;

b) **meccanismo psicosessuale**, in quanto il ritardo nell'acquisizione del controllo sfinterico rallenta il raggiungimento della capacità di autonomia, incrina l'autostima e la fiducia in se stessi, e perturba le normali tappe relazionali tipiche della seconda infanzia e dell'adolescenza. Inoltre la "confusione" fra la perdita notturna involontaria di urina e le prime polluzioni può creare un'associazione simbolica negativa molto difficile da districare.

Se l'enuresi, oggi trattabilissima, viene curata in ritardo, il ragazzo rischia di sviluppare un'identità sessuale più fragile, di essere meno assertivo, di non riuscire a controllare l'ansia e di vivere un ritardo maturativo complessivo che lo porta a posticipare anche le prime esperienze sessuali.

Quando il paziente è giovane: l'importanza dell'esperienza

Due fattori molto meno gravi che possono influenzare l'eiaculazione dei giovani sono il tempo intercorso dalle prime esperienze sessuali e la frequenza delle stesse: il raggiungimento della normale competenza eiaculatoria richiede infatti un minimo di esperienza. Se il giovane ha da poco avuto i suoi primi rapporti e se questi sono rari, per non dire inconsistenti, la rassicurazione e un temporaneo aiuto farmacologico possono essere più che sufficienti. Se poi il sintomo è legato al timore della gravidanza o alla pratica del coito interrotto, si possono prescrivere anticoncezionali orali o profilattici ritardanti, la cui utilità però non sembra superiore alla lieve riduzione di sensibilità del glande che si ottiene con qualsiasi altro profilattico.

Conclusioni

L'eiaculazione precoce è oggi ben curabile, purché la diagnosi sia accurata e tenga conto dei fattori biologici, psicosessuali e relazionali che concorrono a causare e mantenere il disturbo sessuale. Prima di rivolgersi al medico, può essere utile farsi una nota scritta di quali dei fattori sopraindicati siano presenti nell'esperienza personale: questo renderà molto più efficace e sintetico il dialogo con il proprio medico, aumentando le probabilità di una cura personalizzata, articolata e soddisfacente.

Approfondimenti specialistici

1) Graziottin A.

Fluoxetine in the treatment of praecox ejaculation

Abstract presented at the American Association of Urology (AUA) Congress, Las Vegas, April 1995

2) Waldinger M.D.

Lifelong premature ejaculation: from authority-based to evidence-based medicine.
BJU Int. 2005 Jan; 95 (1): 191

3) DSM-IV-R - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali

Masson, Milano, 1995

4) Riley A. Segraves R.T.

Treatment of premature ejaculation.

Int J Clin Pract. 2006 Jun; 60 (6): 694-7

5) Montague D.K. et Al.

AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation.

J Urol. 2004 Jul; 172 (1): 290-4

6) Crépault C.

Dal seme di Eva

Franco Angeli Editore, Milano, 1989

7) Graziottin A. Maraschiello T.

Farmaci e sessualità

Airon Editore, Milano, 2002

8) Kaplan H.S.

Nuove terapie sessuali

Bompiani, Milano, 1982, p. 341-370

9) Graziottin A. Chiozza M.L.

Nocturnal Enuresis: social aspects and treatment perspectives in Italy

Scand. J. Urol. Nephrol. Supp. 163, 21-28, 1994