

Eiaculazione precoce: che cos'è, da cosa è provocata, come si cura

Prof.ssa Alessandra Graziottin

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

"Gentile professoressa, ho 43 anni e sono un single "di ritorno", dopo quasi 15 anni di convivenza con una coetanea. Sessualmente sono sempre andato abbastanza bene. Da alcuni mesi, frequento una donna che mi piace molto: ma ho notato che con lei la mia eiaculazione tende ad essere più rapida del solito. Le prime volte non ho dato peso alla faccenda, ma adesso il problema inizia ad essere fastidioso per entrambi. Che cosa mi sta succedendo? Mi devo preoccupare? Che cosa posso fare per recuperare la resistenza di prima? Grazie infinite".

Paolo (Teramo)

Gentile signor Paolo, è possibile che lei soffra di una forma iniziale di eiaculazione precoce, un problema che riguarda almeno il 20-30 per cento degli uomini italiani. Naturalmente la diagnosi precisa va fatta da un uro-andrologo di fiducia: in questo articolo mi limiterò a darle un quadro completo del disturbo, in modo che lei possa andare all'eventuale visita maggiormente informato. Iniziamo con il sottolineare un fatto curioso: l'eiaculazione precoce è diventata un problema meritevole di trattamento clinico solo negli ultimi decenni, ossia da quando la durata del rapporto e il piacere di entrambi i partner sono diventati crescentemente importanti rispetto al solo obiettivo riproduttivo. Prima, la velocità dell'uomo era meno significativa, e certamente non veniva mai considerata dal punto di vista del piacere della donna!

Che cos'è esattamente l'eiaculazione precoce?

Esistono due diverse definizioni del disturbo. Secondo il DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, che si occupa anche dei problemi legati agli stati d'ansia), avviene di regola con una minima stimolazione sessuale, prima, durante o dopo la penetrazione, ma comunque in anticipo rispetto all'aspettativa della persona. Perché si possa parlare di vera e propria eiaculazione precoce, però, occorre che siano soddisfatte altre due condizioni: deve causare un forte stress in chi ne è colpito, e difficoltà interpersonali a livello di coppia; non deve essere determinata esclusivamente dall'effetto diretto di farmaci o droghe.

Secondo la conferenza di consenso internazionale che si è tenuta nel maggio 2008, invece, si è in presenza di una vera precocità quando l'eiaculazione compare sempre, o quasi sempre, entro un minuto dalla penetrazione vaginale. Anche in questo caso si sottolinea come il disturbo causi stress, preoccupazione, frustrazione e un progressivo evitamento dell'intimità sessuale da parte di entrambi i partner. La durata della penetrazione è definita "tempo di latenza eiaculatoria intravaginale": in termini semplici, quanto l'uomo riesce a durare dal momento dell'inizio della penetrazione in vagina al momento dell'eiaculazione. Dunque questa seconda definizione, a differenza della prima, si concentra esclusivamente su ciò che avviene dopo la penetrazione: ed è la più significativa a livello clinico, perché tutte le terapie più recenti mirano proprio ad aumentare il tempo di latenza.

Da che cosa è provocata?

Innanzitutto si ammette che esista una predisposizione genetica nel condizionare i tempi medi del riflesso eiaculatorio dopo l'introduzione del pene in vagina. La velocità con cui il riflesso può essere attivato dipende da:

- a) fattori genitali, come la sensibilità del glande e l'intensità dello stimolo erotico e sensoriale;
- b) fattori corticali, come il livello di eccitazione mentale, la qualità della relazione di coppia, la "carica" eccitante del contesto, ma anche l'ansia che accompagna il rapporto sessuale.

Esistono poi diversi fattori biologici, psicosessuali e relazionali che possono ulteriormente abbreviare il tempo di latenza eiaculatoria, "precipitando" l'orgasmo.

Quali sono?

A livello biologico, l'eiaculazione può essere accelerata dal dolore, per esempio in caso di fimosi; da infiammazioni, come le prostatiti; da un concomitante deficit erettivo, di cui spesso l'eiaculazione precoce è epifenomeno; dalla malattia di La Peyronie, di cui il dolore eiaculatorio con accelerazione del riflesso può essere uno dei primi sintomi, insieme al recurvatum del pene in erezione e alla comparsa di placche fibrose nello spessore dell'albuginea.

Oltre all'ansia, i fattori psicosessuali che rendono difficile il controllo per una ragionevole tenuta sono l'inesperienza, i sensi di colpa, la vergogna (per esempio quando le prime esperienze sessuali avvengono con prostitute), o la paura di essere scoperti, soprattutto nei giovanissimi.

Sono invece di natura relazionale i conflitti, le tensioni, le frustrazioni di coppia; oppure, sul piano clinico, gli eventuali problemi sessuali della partner, come la dispareunia o il vaginismo.

Come si diagnostica l'eiaculazione precoce?

Per una corretta diagnosi differenziale sono fondamentali un'anamnesi accurata e un attento esame obiettivo a livello genitale. L'approfondimento con test mirati va fatto in base al sospetto diagnostico di concomitanti problemi di ordine infiammatorio, doloroso, erettivo, o nel caso in cui si sospetti la presenza della malattia di La Peyronie. Anche gli eventuali test di valutazione del riflesso bulbo-cavernoso vanno riservati solo a casi particolari.

La terapia dipende poi moltissimo dalla tipologia della precocità eiaculatoria, e cioè:

- a) se sia primaria, ossia presente fin dai primi rapporti sessuali, o acquisita, come sembra essere per lei. E' soprattutto in questo secondo caso che vanno esplorati con particolare attenzione i possibili fattori precipitanti di tipo infiammatorio, doloroso, erettivo, relazionale e contestuale di cui parlavamo poco fa;
- b) se sia generalizzata o situazionale, ossia limitata a una partner o a contesti particolari;
- c) se sia ad eziologia organica, psicogena o mista.

Come si cura?

La complessità eziologica del disturbo rende spesso indispensabile un approccio terapeutico multimodale, basato su quattro pilastri fondamentali: terapia farmacologica, terapia sessuologica

comportamentale, psicoterapia individuale e/o di coppia. Vediamoli in breve.

Terapia farmacologica

Il riflesso eiaculatorio può essere rallentato da due categorie di antidepressivi: gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), come la fluoxetina, la paroxetina e la sertralina; e i triciclici. La dose va sempre personalizzata, perché se è eccessiva può arrivare a provocare il blocco del riflesso orgasmico.

Fra gli SSRI, il principio attivo più recente si chiama dapoxetina: è disponibile su ricetta medica, in compresse, a dosi da 30 e 60 mg, da assumere con un bicchiere d'acqua una-tre ore prima del rapporto. Con questo farmaco il tempo aumenta di circa tre volte: dà quindi buoni risultati se il tempo basale è intorno a uno-due minuti, perché triplicandolo si arriva a una buona durata, di piena normalità (tenga presente che il tempo medio nella popolazione generale è di 5 minuti e 40 secondi); se invece la durata basale è di pochissimi secondi, anche triplicandola si resta comunque a un livello insoddisfacente, per cui può essere necessario integrare la terapia farmacologica con quella sessuologica.

Si possono inoltre utilizzare degli anestetici locali in pomata, da applicare sul glande in caso di ipersensibilità, e gli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (come il sildenafil), quando la precocità sia correlata a un deficit erettivo.

Terapia sessuologica comportamentale

Integra e potenzia la terapia farmacologica, e in particolare:

- migliora la capacità di ascoltare il crescendo delle sensazioni erotiche e mantenere il controllo sul riflesso eiaculatorio, con esercizi di focalizzazione sensoriale;
- aumenta la capacità di modulare l'eccitazione attraverso il respiro, mediante training di rilassamento o tecniche yoga;
- attenua il picco d'ansia al momento della penetrazione;
- migliora la qualità dell'intimità con la partner.

Psicoterapia individuale e/o di coppia

La psicoterapia individuale va limitata ai casi in cui il disturbo abbia cofattori importanti di tipo psicosessuale: per esempio, disturbi relativi all'identità o alla meta sessuale; pregresse violenze o abusi; tradimenti. La terapia di coppia è consigliata quando importanti fattori relazionali concorrano a precipitare o mantenere il disturbo, specialmente se di tipo acquisito e/o situazionale.