Ejaculazione precoce: la terapia

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

Premessa pag. 1
La strategia terapeutica pag. 1
L'intervento farmacologico: fluoxetina e paroxetina pag. 1
L'intervento farmacologico: gli anestetici locali pag. 2
L'intervento farmacologico: i farmaci vasoattivi e la farmacoiniezione pag. 2
La terapia sessuologico-riabilitativa pag. 3
La terapia psicodinamica pag. 3
Che cosa non deve fare lei? pag. 4
Che cosa può fare la partner per aiutare il suo compagno? pag. 4
Conclusioni pag. 4
Approfondimenti specialistici pag. 4

Premessa

L'ejaculazione 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 appuntarsi i principali fattori diagnostici presenti nell'esperienza personale (si veda a questo proposito la scheda sulla diagnosi dell'ejaculazione precoce): questo renderà molto più efficace e sintetico il dialogo con il proprio medico, aumentando le probabilità di una cura personalizzata, articolata e soddisfacente.

La strategia terapeutica

Una volta definita la diagnosi e riconosciuti i fattori di vulnerabilità biologici, psicosessuali e relazionali, ossia tutti gli elementi che potrebbero concorrere alla nascita e al mantenimento del problema, la **terapia sessuologica "breve"** dell'ejaculazione precoce si basa su precise linee d'intervento per una durata complessiva di circa dieci sedute.

Nella mia esperienza clinica, **le prime cinque sedute** sono dedicate, oltre alla diagnosi, alla personalizzazione della terapia farmacologica e riabilitativa a frequenza settimanale o bisettimanale, mentre **le altre cinque** hanno cadenza mensile e servono a tenere sotto controllo il miglioramento del paziente, ridurre progressivamente i farmaci e affrontare gli aspetti psicodinamici e relazionali che emergono nel corso del trattamento stesso.

Come già anticipato, si tratta di una terapia integrata volta a valorizzare in modo sinergico i contributi emersi dalla ricerca farmacologica, sessuologica e psicodinamica.

Â© 2006 - Prof. Alessandra Graziottin - www.alessandragraziottin.it

L'intervento farmacologico: fluoxetina e paroxetina

Recenti studi dimostrano come, a livello organico, l'ejaculazione precoce sia collegata a un difetto di funzionamento della serotonina, una delle sostanze chimiche ("neurotrasmettitori") con cui le cellule nervose dialogano fra loro (1, 2, 3, 4, 5, 6). La fluoxetina o la paroxetina, molecole che interagiscono con la serotonina, inducono un significativo rallentamento del riflesso ejaculatorio (1,2). Nei casi che ho personalmente seguito (1), il 72 per cento dei pazienti, dopo un trattamento a dosi decrescenti della durata complessiva di sei mesi, associato a terapia sessuologica, ha mostrato un soddisfacente e persistente miglioramento del sintomo anche dopo la sospensione totale del farmaco; un altro 20 per cento di pazienti, trattato allo stesso modo, ha invece richiesto il mantenimento di una minima dose settimanale di farmaco per poter continuare a mantenere un buon controllo: in questi pazienti erano più forti sia la predisposizione genetica a un riflesso breve, sia i fattori di vulnerabilità psicosessuale e relazionale. Un 8 per cento, infine, non ha tollerato il farmaco, a causa di un fastidioso aumento dell'ansia.

Il vantaggio del ricorso a questo tipo di trattamento è che **la veloce remissione del sintomo consente di ridurre rapidamente l'ansia di prestazione, aumentare l'autostima, normalizzare i rapporti sessuali e mettere immediatamente in luce le dinamiche psicologiche e relazionali che possono concorrere al mantenimento del sintomo**. Si rivela quindi preziosa in termini sia pragmatici sia psicodinamici, per l'uomo e per la coppia, perché diventa una specie di cartina al tornasole di quanto di inconscio si agiti al di sotto del sintomo.

L'intervento farmacologico: gli anestetici locali

L'associazione con anestetici locali viene invece utilizzata solo nei casi in cui l'anamnesi evidenzi un'iperestesia, ossia un'ipersensibilità, del glande. Tuttavia, a ben vedere, nella maggior parte dei casi non si tratta di una vera iperestesia sensoriale, ma dell'amplificazione anticipata delle sensazioni di piacere dovuta all'ansia di non reggerle. In questi casi, quindi, l'anestetico locale ha più un effetto placebo che non un reale effetto farmacologico.

L'intervento farmacologico: i farmaci vasoattivi e la farmacoiniezione

I farmaci vasoattivi (inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5) possono essere utili in alcuni sottogruppi di pazienti con ejaculazione precoce. Nella mia esperienza clinica, questo trattamento va riservato a:

1) pazienti con grave ejaculazione precoce primaria assoluta, e/o che non abbiano risposto in modo soddisfacente al trattamento di prima scelta (paroxetina o fluoxetina, e terapia sessuologica). Questa indicazione resta tuttavia controversa: non aumenta infatti il tempo di latenza ejaculatoria intravaginale (IELT, Intravaginal Ejaculatory Latency Time) , ma può migliorare la fiducia, l'autostima, la percezione di un miglior controllo ejaculatorio e, aspetto importante, ridurre il periodo refrattario prima di una seconda erezione (6);

2) pazienti in cui il disturbo ejaculatorio sia in realtà il sintomo di un iniziale deficit erettivo (si veda la scheda sulle cause fisiche del deficit erettivo): indicazione sulla quale esiste anche una

buona evidenza scientifica (7).
La farmacoiniezione consente un'erezione duratura, indipendente dall'ejaculazione e dall'orgasmo, mediante iniezione di sostanze vasoattive direttamente nel pene, prima del rapporto. Va riservata ai pazienti che non hanno risposto alle terapie precedenti, e/o che presentano sia problemi erettivi, sia disfunzioni ejaculatorie e orgasmiche (come succede per esempio in alcuni casi di diabete di lunga durata).

La terapia sessuologico-riabilitativa
Questo tipo di intervento, che ho perfezionato nel corso degli anni, punta a migliorare:
a) **il controllo dell'ansia e l'ascolto delle sensazioni corporee**, attraverso il training autogeno respiratorio;
b) **la capacità di modulazione del riflesso ejaculatorio**, mediante masturbazione associata a tecniche respiratorie antitensione;
c) **la capacità di ascolto delle sensazioni fisiche genitali**, con automassaggio e training dei muscoli elevatore dell'ano e bulbocavernoso (mutuato dal tantra yoga). Questo approccio è particolarmente utile nei pazienti ipoedonici, che presentano poche e deboli contrazioni muscolari associate all'orgasmo. Il training muscolare avviene con gli esercizi di Kegel. Prima di tutto si impara a riconoscere le fibre muscolari pubococcigee, quelle usate per bloccare improvvisamente l'urina. Una volta identificati con sicurezza i fasci muscolari, si eseguono cicli di contrazione lenta (5 secondi di contrazione, 5 di rilascio), seguiti da cicli veloci di contrazione e rilassamento. I due cicli di ginnastica pelvica vanno ripetuti per 5 minuti, 5-6 volte ogni giorno, e i primi risultati si vedono entro 4-6 settimane (6);
d) **il riflesso orgasmico**, con esercizi finalizzati a mobilizzare il bacino e sciogliere le rigidità dei muscoli paravertebrali. L'ejaculatore precoce tende infatti ad assumere una caratteristica rigidità del bacino, nel tentativo illusorio di migliorare il controllo. Il riacquisire la normale mobilità, oltre a migliorare la qualità e l'intensità della spinta (cosa fondamentale anche per la partner), lo aiuta a passare alla fisiologica e sensuale contrazione alterna di agonisti e antagonisti, tipica della naturale oscillazione del bacino durante la spinta coitale.
Sempre in ambito sessuologico, è importante approfondire il livello di "alfabetizzazione erotica" del paziente e della coppia. Spesso l'inesperienza, associata alla nevrotica ossessione del durare, riduce il rapporto a un misero tentativo di "fare presto" tentando subito la penetrazione, con crescente esasperazione anche della partner. Il recupero della sensualità, attraverso il massaggio erotico, il gioco e la riscoperta di altre zone erogene, può aiutare a migliorare non solo la durata, ma l'intera esperienza sensuale della coppia. Quando questo aspetto viene vissuto bene da entrambi, la terapia diventa l'interprete di una crisi evolutiva in cui la coppia riesce, con estrema soddisfazione, non solo a cancellare un sintomo fastidioso ma anche, e forse soprattutto, a regalarsi un'intimità sessuale nuova e molto più appagante.

La terapia psicodinamica
E' la parte più individuale del programma terapeutico, mirata ad approfondire e modificare i fattori psicosessuali e relazionali che alimentano e mantengono il sintomo, nonché a svelare i

"vantaggi secondari", più o meno inconsci, presenti nel paziente (e, spesso, nella partner) che contrastano il percorso terapeutico: pensiamo, per esempio, agli aspetti masochistici (autoaggressivi) e sadici (nei confronti della partner); oppure ai vantaggi in termini di "potere" che la donna acquisisce quando l'uomo è incapace di soddisfarla sessualmente; o, ancora, ai "fantasmi" angoscianti relativi – per esempio – al tipo di iniziazione sessuale che l'uomo ha vissuto, alle esperienze omosessuali mal integrate, alla mancanza di assertività. Alcuni pazienti, terminate le dieci sedute, decidono di continuare il lavoro terapeutico proprio su questi ultimi aspetti, avendo acquisito la consapevolezza che in molti casi la precocità era semplicemente la punta dell'iceberg di più profonde difficoltà relazionali o di una sostanziale angoscia nei confronti del femminile.

Che cosa non deve fare lei?

L'ejaculazione precoce può essere peggiorata e "potenziata", resa più frequente e più grave da atteggiamenti negativi della donna. Per esempio, la minaccia di andarsene, di rompere la relazione, i confronti con partner precedenti, l'aggressività, le battute pesanti possono peggiorare il disturbo, cristallizzandolo sul versante negativo della delusione, della frustrazione e dell'evitamento dell'intimità.

Che cosa può fare la partner per aiutare il suo compagno?

La donna può aiutare il proprio partner evitando atteggiamenti ansiogeni o aggressivi. Massaggi, carezze, tecniche di rilassamento sono utili per allentare la tensione e ritrovare un'atmosfera più sensuale, più facile da ricreare se ci si ama ancora. Se l'uomo ha una seconda erezione, l'ejaculazione ha spontaneamente tempi più lunghi: è saggio allora concentrarsi sulla seconda, senza fare tragedie sulla prima. Lei può affrontare il problema con lui senza mortificarlo, deriderlo o colpevolizzarlo, suggerendogli di parlarne con il medico di famiglia o l'andrologo, visto che esistono farmaci efficaci. E' saggio affrontare subito il disturbo, senza logorare il rapporto con un problema sessuale che può essere molto ben curato.

Conclusioni

La terapia dell'ejaculazione precoce richiede un articolato approccio diagnostico, sia sul fronte medico, sia su quello psicosessuale. Le strategie terapeutiche oggi disponibili consentono di rispondere alla domanda del paziente in modo personalizzato e soddisfacente, sia sul fronte sintomatologico, sia su quello esistenziale.

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) Riley A. Segraves R.T.
Treatment of premature ejaculation.
Int J Clin Pract. 2006 Jun; 60 (6): 694-7

4) Montague D.K. et Al.
AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation.
J Urol. 2004 Jul; 172 (1): 290-4

5) Crépault C.
Dal seme di Eva
Franco Angeli Editore, Milano, 1989

6) Mac Mahon C. et Al.
Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation.
J Sex Med 2005 May; 2 (3): 368-75

7) Mac Mahon C. et Al.
Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review.
BJU Int. 2006 Aug; 98 (2): 259-72