

Download dal sito del Prof. Alessandro Natali - www.profnatali.it

DISTURBI DELL'EIACULAZIONE

INTRODUZIONE

L'eiaculazione è un meccanismo complesso in cui intervengono componenti fisiche e psicologiche. Per semplicità la possiamo descrivere essenzialmente come un "riflesso" per cui ad un determinato stimolo a livello dell'area genitale fa riscontro una risposta riflessa, rappresentata dalla eiaculazione stessa. L'eiaculazione è l'emissione, attraverso l'uretra, di liquido seminale (sperma) causata dalle contrazioni dei muscoli alla base del pene e dell'epididimo, in seguito al raggiungimento dell'orgasmo. L'eiaculazione dura, generalmente, alcuni secondi ed è influenzata da fattori fisici (durata delle contrazioni, numero e forza), quantitativi (produttività della ghiandola prostatica e delle vescichette seminali) e psicologici (percezione del piacere). È solitamente associata a sensazione di estremo piacere in quanto nel corso dell'atto sessuale man mano che si avvicina al raggiungimento dell'orgasmo si genera nell'uomo una situazione di forte tensione, dovuta appunto alla pressione esercitata dal seme alla base del pene. Al momento dell'orgasmo ripetuti spasmi involontari provocano l'emissione del liquido attraverso l'uretra e la conseguente, immediata sensazione di cessazione improvvisa della tensione e appagamento. L'eiaculazione termina nella fase della detumescenza, in cui i centri nervosi smettono di inviare impulsi all'apparato genitale e il sangue defluisce dal pene (con relativa scomparsa dell'erezione).

TIPI DI DISTURBI EIACULATORI

* Eiaculazione precoce (EP)

Definizione L'eiaculazione precoce consiste nella difficoltà o incapacità da parte dell'uomo nell'esercitare il controllo volontario sull'eiaculazione ed è considerata di gran lunga il disturbo sessuale maschile più diffuso, in quanto affligge il 25%-30% degli uomini (alcune stime parlano di circa 4 milioni di italiani che ne sono affetti). Secondo Masters & Johnson (gli psicologi americani che negli anni 60 per primi affrontarono i problemi della sessualità di coppia), un uomo soffre di eiaculazione precoce se eiacula prima che il partner raggiunga l'orgasmo in più della metà dei rapporti sessuali. A questa definizione, si sono susseguite nel tempo altre interpretazioni del fenomeno, che correlano la precocità dell'eiaculazione alla durata del rapporto sessuale, al numero di spinte coitali, alla percezione di controllo sull'eiaculazione etc. Recentemente (2007), secondo i principi della medicina basata sull'evidenza, è stata proposta una definizione che tiene conto del tempo che intercorre tra la penetrazione intravaginale e l'eiaculazione (inferiore al minuto negli eiaculanti precoci), della capacità o meno di ritardare l'eiaculazione e del grado di frustrazione dell'uomo e della donna secondario all'evento eiaculatorio. *Classificazione* L'eiaculazione precoce si distingue, classicamente, in "lifelong" (primaria) o "acquisita" (secondaria). La "lifelong" è caratterizzata da un'incapacità, fino dai primi rapporti sessuali, di controllare il riflesso eiaculatorio (misurato da un parametro ? denominato IELT- che è il tempo di latenza eiaculatorio intravaginale) e dalla persistenza del disturbo anche nel prosieguo della vita sessuale del soggetto. La "acquisita" è caratterizzata dall'insorgenza del disturbo nel contesto di un normale controllo eiaculatorio. Nel senso che il soggetto nel corso della sua vita sessuale si trova "secondariamente" ad un qualcosa a non avere più un controllo adeguato della sua eiaculazione. Molti uomini temono, spesso

ingiustamente, di soffrire di eiaculazione precoce: questo timore è così diffuso perché, in effetti, la maggior parte degli uomini raggiunge l'orgasmo troppo in fretta rispetto ai tempi che desidererebbe, specialmente quando si è in condizioni di stress o si è particolarmente eccitati. Senza contare che biologicamente l'uomo e la donna hanno "tempistiche" diverse nel raggiungimento del piacere sessuale. Si può dunque parlare correttamente di eiaculazione precoce solo quando il disturbo sia persistente e ricorrente in ogni evento penetrativo che il soggetto tenti di effettuare. *Cause* Nell'ambito dei fattori di rischio, per l'eiaculazione precoce "lifelong" si sta sempre più delineando un'ipotesi genetica. Con una sorta di imprinting genetico che certi soggetti potrebbero avere ad essere afflitti da questa disfunzione perché hanno, a livello del loro cervello, alterati livelli di una sostanza, la serotonina, che è importante nel meccanismo dell'eiaculazione. Sicuramente anche l'ansia prestazionale e/o costituzionale costituisce un elemento importante nella genesi dell'eiaculazione precoce primaria. Per quello che concerne l'eiaculazione precoce "acquisita", fattori di rischio che devono essere ricercati sono le infiammazioni prostatiche, i disordini degli ormoni tiroidei, stress, conflittualità familiari o lavorative, ridotta autostima, sensi di colpa derivanti da un'attività masturbatoria o rapporti con prostitute vissuti angosciosamente. *Diagnosi* La diagnosi di eiaculazione precoce si fonda sulla raccolta dettagliata della storia clinica del soggetto, sia per abitudini e comportamenti abituali, che per eventuali malattie o condizioni morbose. Inoltre bisogna indagare approfonditamente sulla vita sessuale, frequenza e tipologia di rapporti sessuali che il paziente ha. Esistono dei questionari da sottoporre al paziente, di cui il più diffuso è il PEDT, che con 5 semplici domande permette di verificare l'esistenza o meno del problema eiaculazione precoce e la sua entità. Poi bisogna visitare il paziente, con particolare riferimento all'area genitale e sottoporlo ad una esplorazione rettale per rilevare le condizioni della ghiandola prostatica. Esistono infine degli accertamenti (esami strumentali ed indagini di laboratorio), per capire la prevalente componente organica del problema eiaculatorio. *Terapia* Non esiste una terapia univoca dell'eiaculazione precoce. Esistono perciò vari approcci terapeutici a seconda dei fattori in gioco. Se esistono alterazioni organiche: infiammazioni prostatiche, disordini ormonali, alterazioni neurologiche, bisogna in prima istanza risolvere queste problematiche. Così facendo almeno il 50-60% dei casi di eiaculazione precoce vengono risolti. Nei restanti casi l'associazione tra psicoterapie cognitivo-comportamentali, con tecniche di rilassamento e di abbassamento dei livelli di ansia prestazionale, unitamente a terapie farmacologiche mirate risolve stabilmente il disturbo. Dal 1 Luglio 2009 è disponibile nelle farmacie italiane il primo farmaco approvato dalla EMEA (European Medicine Agency) per il trattamento dell'eiaculazione precoce. Il principio attivo è la Dapoxetina, il nome commerciale del farmaco è PRILIGY®. Farmacologicamente parlando la Dapoxetina fa parte dei SSRI (inibitori selettivi del re-uptake della serotonina), cioè un particolare tipo di farmaci antidepressivi che già venivano utilizzati off-label (fuori indicazione) per il trattamento dell'eiaculazione precoce. Il PRILIGY® è il primo farmaco orale di questa categoria (SSRI) che viene approvato e commercializzato per il trattamento della Eiaculazione Precoce. A differenza delle altre sostanze facenti parte di questa classe di farmaci, ha una breve durata d'azione (poche ore) e deve essere assunta da 1 a 3 ore prima del rapporto, idealmente circa 1-1.5 ore prima. L'indicazione al suo utilizzo deve essere dato dallo specialista dopo adeguata valutazione clinica.

* Eiaculazione Ritardata (ERi)

La ERi è una condizione in cui è necessaria una stimolazione prolungata per ottenere, a pene eretto, l'eiaculazione. A volte si può trovare in associazione all'anorgasmia. Le cause possono essere psicologiche o organiche (lesione spinale incompleta, danno iatrogeno all'innervazione peniena, uso di farmaci antidepressivi o antipsicotici).

* Eiaculazione Retrograda (ER)

La ER è la totale o parziale assenza di eiaculazione anterograda attraverso l'uretra, con presenza di liquido seminale nelle urine dopo l'orgasmo. Le cause di ER possono essere: neurogene (trauma spinale, chirurgia anale e colon-rettale, chirurgia vascolare addominale); farmacologiche (antidepressivi, antipsicotici, anti-ipertensivi); urologiche (stenosi uretrali, chirurgia prostatica endoscopica e a cielo aperto, incompetenza del collo vescicale).

***Aneiaculazione (An)**

La An è la mancanza completa di eiaculazione sia anterograda normale che retrograda (in vescica). E' solitamente associata con una normale sensazione orgasmica non accompagnata da fuoriuscita di liquido seminale all'esterno. La causa è solitamente organica: disfunzione neurologica (neuropatia diabetica, trauma spinale, chirurgia colon-rettale, linfektomia retroperitoneale), uso di farmaci (antidepressivi, antipsicotici, anti-ipertensivi).

***Anorgasmia (A)**

Con il termine anorgasmia si indica l'impossibilità di raggiungere l'orgasmo. Essa può essere indotta da sostanze psicotrope (droghe o farmaci) oppure avere un'origine psicologica. Anorgasmia non significa assenza completa di piacere, ma si riferisce soltanto all'orgasmo.

***Eiaculazione Dolorosa (ED)**

La ED è un disturbo in cui all'orgasmo e all'eiaculazione si accompagna non una sensazione piacevole, ma dolore e bruciore. Questa sensazione dolorosa può interessare il perineo, l'uretra ed il meato uretrale. Le cause possono essere solitamente organiche: ostruzione dei dotti eiaculatori, prostatiti ed uretriti, uso di farmaci antidepressivi.