Disturbo Maschile dell'Erezione

INTRODUZIONE

Il Disturbo Erettile può avere origini organiche o psicologiche. Disfunzioni organiche minori o indisposizioni passeggere possono condurre ad una comparsa del disturbo, in particolare in momenti della vita in cui l'uomo è reso più vulnerabile da altri fattori situazionali influenti.

Questo comporta un difficile momento vissuto sia dall'uomo che dalla coppia poiché la frustrazione che egli prova, unita ai sentimenti negativi della donna, innescano un meccanismo "circolare" in cui il disturbo viene rinforzato.

In virtù del condizionamento socioculturale che assimila la virilità alla performance sessuale, l'uomo con disfunzione erettile tende a rimettersi in questione e a provare una sensazione di fallimento che a sua volta provoca vergogna, autosvalutazione e talvolta persino senso di colpa. L'uomo teme di fallire ancora, evitando perciò qualsiasi contatto sessuale che potrebbe divenire frustrante e trasformando la sua sessualità in un compito da eseguire, non ricercando più attivamente il piacere della relazione. Di conseguenza i rapporti sessuali diventano un momento di osservazione autocritica, in cui egli attua una serie di sforzi per controllare mentalmente l'erezione, i quali spesso danneggiano la sessualità poiché, nel tentativo di risolvere l'ansia legata alla prestazione, in realtà peggiorano la situazione.

Non è raro, quindi, che i disturbi erettili si riflettano sulla qualità della vita di coppia.

Infatti, non considerando che in un rapporto vi sono sia la componente sessuale che quella affettiva, l'uomo, dal momento che teme di eccitare la compagna senza poi poterla soddisfare, evita qualsiasi contatto fisico, qualunque dimostrazione di tenerezza e tutte le situazioni di intimità che potrebbero condurre ad un atto sessuale. Alla luce di questi atteggiamenti, la donna può sentirsi ignorata e poco amata poiché, interpretando questa distanza come mancanza di desiderio nei suoi confronti, potrebbe arrivare ad interrogarsi sulle proprie capacità seduttive e a sentirsi ferita nella propria femminilità.

Nel caso di problematiche di origine psicologica, lo psicologo interviene scardinando quel circolo vizioso in cui la coppia si trova e ripristinando, in tempi generalmente molto brevi, un normale funzionamento del soggetto. Senza uso di farmaci, si focalizza l'attenzione sui processi che generano il problema e si suggeriscono strategie utili allo sblocco della situazione.
L'intervento psicologico per le disfunzioni sessuali è il trattamento clinico d'elezione.

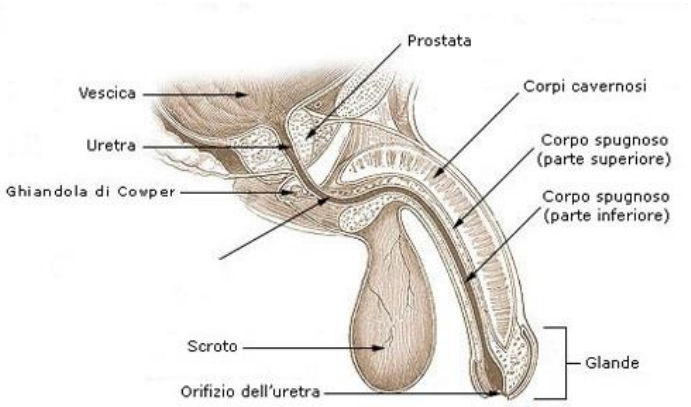
DISTURBO MASCHILE DELL'EREZIONE [F52.2]

Il Disturbo Maschile dell'Erezione è definito come una persistente o ricorrente incapacità di raggiungere o mantenere fino al completamento dell'attività sessuale un'adeguata erezione. Questo crea un notevole disagio e difficoltà interpersonali. Tale disfunzione, per avere origini psicologiche, non deve essere attribuibile ad altri disturbi né deve essere effetto fisiologico di una sostanza o di una condizione medica.
I problemi erettivi possono manifestarsi a diversi livelli: alcuni presentano l'incapacità di avere l'erezione fin dall'inizio dell'approccio sessuale, altri lamentano di aver dapprima un'adeguata erezione e di perderla poi tentando la penetrazione. Altre persone ancora riferiscono di avere un'erezione sufficientemente valida per la penetrazione, ma di perderla poi successivamente.
Il disturbo dell'erezione si definisce:

- Primario o permanente, quando si è manifestato fin dai primi tentativi di rapporti sessuali.
- Secondario o acquisito, quando insorge successivamente.
- Situazionale, se presente con un solo partner o solo in determinate circostanze ambientali.
- Generalizzato, se non esistono appunto situazioni di funzionalità normale.

ANATOMIA

Il **pene** è un organo composto da tre cilindri: i due **corpi cavernosi** e il **corpo spugnoso** dell'uretra, che forma anche il **glande**. I corpi cavernosi e il corpo spugnoso sono costituiti da caverne di **tessuto muscolare liscio**, una rete di **vasi arteriosi**, **venosi** e **tessuto connettivo**.



Durante il ***riposo*** il pene si trova in uno stato flaccido. La muscolatura liscia è contratta e il flusso di sangue è minimo.

Durante l'***erezione*** la muscolatura liscia si rilassa grazie a un gran numero di ormoni, neurotrasmettitori e neuromodulatori che inducono il rilassamento della muscolatura delle arterie e dei corpi cavernosi, causando un maggior afflusso di sangue arterioso nel pene. L'espansione dei corpi cavernosi comprime le vene che drenano il sangue dal pene, fino al punto da ostruirle e da intrappolare il sangue. Quindi i muscoli del perineo si contraggono aumentando la rigidità peniena.

Durante l'***eiaculazione*** l'orifizio urinario interno si contrae e il collo vescicale si chiude. L'orifizio urinario esterno si rilassa e apre il lume dell'uretra. La prostata, le vescichette seminali e i dotti eiaculatori si contraggono e versano il loro secreto del lume dell'uretra prostatica. La pressione all'interno dell'uretra, il collo vescicale chiuso e la contrazione ritmica dei muscoli del perineo (bulbo cavernoso) fanno progredire lo sperma verso il meato uretrale esterno da dove fuoriesce.

Il **sistema nervoso centrale** (cervello) controlla tutte queste funzioni tramite il **sistema nervoso periferico**: **autonomo** (simpatico e parasimpatico) e **somatico** (nervo pudendo). Questi ultimi comprendono i nervi che controllano il pene, gli sfinteri e i muscoli perineali.

Il **sistema nervoso simpatico** è responsabile dello stato flaccido del pene, dell'avvio dell'eiaculazione e della chiusura dello sfintere interno.

Il **sistema nervoso parasimpatico** è responsabile dell'erezione.

Il **nervo pudendo** è responsabile del controllo dello sfintere esterno, che si apre durante l'eiaculazione, e della contrazione dei muscoli perineali durante l'erezione e l'eiaculazione.

In funzione dello stato emodinamico del pene, si distinguono 5 fasi successive nell'erezione:

- **Fase 0** coincide con la fase di ***Flaccidità del pene***: la muscolatura liscia dei corpi cavernosi si trova in uno stato di contrazione tonica, sotto la modulazione simpatica.
- **Fase 1** di ***Latenza*** o di ***Riempimento***: vi è il rilassamento della muscolatura liscia con aumento del flusso arterioso verso i corpi cavernosi, a loro volta già dilatati, e diminuzione del deflusso venoso.
- **Fase 2** di ***Tumescenza***: si realizza un ulteriore rilassamento della muscolatura liscia, il pene si modifica dimensionalmente con aumento della pressione arteriosa all'interno dei corpi cavernosi e occlusione a livello venoso.
- **Fase 3** di ***Erezione piena***: il pene raggiunge la sua massima espansione.
- **Fase 4** di ***Erezione rigida***: il pene raggiunge la completa rigidità.
- **Fase 5** di ***Detumescenza***: vi è il recupero dello stato di flaccidità peniena, per contrazione della muscolatura liscia e dei corpi cavernosi, con riduzione dell'afflusso arterioso e aumento del deflusso venoso.

Le fasi di ***Flaccidità*** e di ***Detumescenza*** (fase 0 e 5) sono controllate dal **sistema simpatico**, mentre il **sistema nervoso parasimpatico** è responsabile di tutte le fasi dell'***Erezione***. Le erezioni riflesse sono generate integralmente dal quest'ultimo, infatti stimolazioni tattili del pene inviano segnali sensori a questo centro ortosimpatico attraverso il nervo pudendo e viene rilasciata *Ossitocina* a livello spinale. In assenza di stimoli sessuali invece, le erezioni sono continuamente inibite dal sistema nervoso simpatico anche attraverso il nucleo paragigantocellulare (PGN) del mesencefalo. Questo centro cerebrale invia lungo il midollo spinale segnali che frenano l'erezione rilasciando *Serotonina*.

Erezioni notturne

Durante il sonno REM, i neuroni del sistema simpatico sono inattivi. E' ipotizzato che nel momento in cui questo centro cerebrale del sistema simpatico è inattivo, i percorsi nervosi pro-erettivi predominano, determinando le erezioni notturne.

Funzione sessuale

L'erezione è solo un aspetto della **Funzione sessuale**, la quale può essere descritta come la sequenza di eventi fisiologici che, iniziando dall'eccitazione, si completa con l'orgasmo.
Masters e *Johnson* (1966) hanno descritto e documentato sperimentalmente tale sequenza di eventi in quattro stadi:

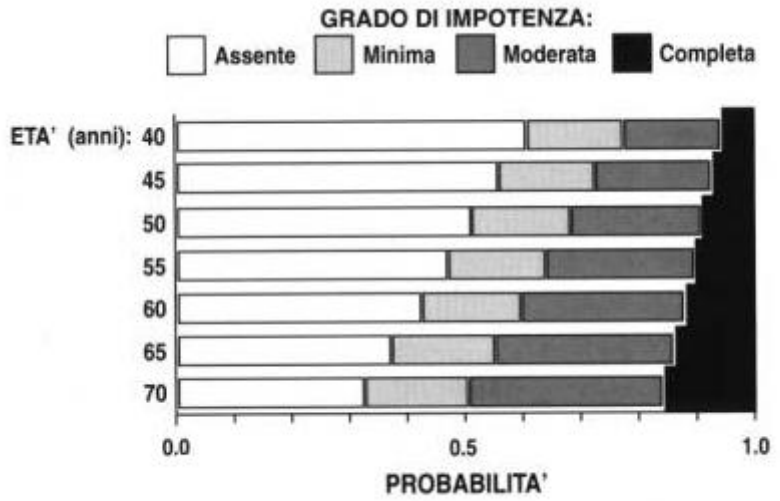
1. **Eccitazione**: stadio caratterizzato dalla comparsa di sensazioni erotiche (fase ideativa-affettiva) e dalla tumescenza peniena, collegati ad altri fenomeni secondari quali la contrazione muscolare, l'iperventilazione, l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa.
2. **Mantenimento**: è la fase che precede l'orgasmo. L'erezione è completa, raggiunge il plateau, e può essere mantenuta per intervalli di tempo variabili nei diversi individui.
3. **Orgasmo**: stadio della percezione del piacere, accompagnata, nel maschio con normale reattività, da una serie di getti eiaculatori (fase di "**espulsione**"). La percezione del piacere, collegata alla fase di "espulsione" del liquido seminale dall'uretra, è preceduta dalla cosiddetta fase di "**emissione**", in cui il liquido seminale si raccoglie nella porzione bulbare dell'uretra, e questa fase corrisponde a quella che Masters e Johnson chiamano di "**inevitabilità dell'eiaculazione**", poiché una volta verificatasi, il completamento dell'eiaculazione risulta inarrestabile.
4. **Risoluzione**: periodo di refrattarietà ad ulteriori stimoli sessuali. Si ha la detumescenza del pene e scompaiono i fenomeni che accompagnano l'eccitazione. Questa fase è variabile nei diversi individui e con l'età.

FISIOPATOLOGIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE

E' stato evidenziato che la problematica di base nei pazienti con **Disfunzione Erettile** può essere, indipendentemente dall'eziologia, uno squilibrio tra la contrazione e la capacità di rilassamento della muscolatura liscia dei corpi cavernosi.
Se il tono di base della muscolatura liscia del corpo cavernoso è troppo elevato, il massimo livello di rilassamento potrà rivelarsi insufficiente a permettere l'aumento del flusso ematico richiesto per una normale erezione.

Prevalenza della disfunzione erettile

A tutti gli uomini può capitare, in qualche momento della vita, di non riuscire a raggiungere l'erezione, ma la disfunzione erettile persistente è un problema poco frequente al di sotto dei 40 anni di età. A partire da quest'età, però, l'incidenza aumenta rapidamente al punto che il 65% degli uomini di 70 anni presenta problemi di potenza sessuale (Figura 1). Questo aumento è dovuto soprattutto a disturbi vascolari e si verifica con circa 10 anni di anticipo negli uomini diabetici.



L'invecchiamento di per sè non causa la disfunzione erettile, anche se certamente comporta cambiamenti di tipo fisiologico. Molti uomini hanno bisogno di maggiore stimolazione del pene, l'erezione diventa meno rigida e qualunque distrazione può comportare la perdita dell'erezione, spesso difficile da raggiungere di nuovo. La frequenza dei rapporti sessuali viene ridotta anche se l'attività sessuale resta soddisfacente e rappresenta un elemento importante per il senso di benessere dell'uomo.

CAUSE DELLA DISFUNZIONE ERETTILE

La Tabella 1 mostra le cause della disfunzione erettile, illustrate da alcuni esempi.

Tabella 1

Psicologiche	Vascolari emodinamiche	Neurogene	Endocrine	Farmacologiche
Ansia	Arterosclerosi	Trauma (Spinale o pelvico)	Deficit androgenico	Vedi Tabella 2
Depressione	Iperlipidemia	Chirurgia pelvica radicale	Iperprolattinemia	
Problemi di coppia	Fumo	Sclerosi multipla	Disfunzioni tiroidee	
	Diabete	Ernia del disco		
	Ipertensione	Diabete		
		Consumo di alcolici		

La Tabella 2 mostra alcune categorie di farmaci che risultano associati alla disfunzione erettile.

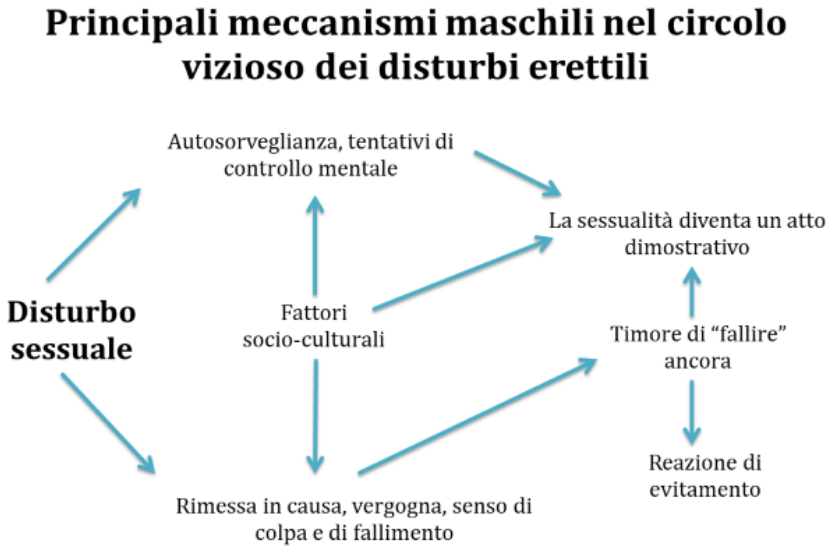
Tabella 2

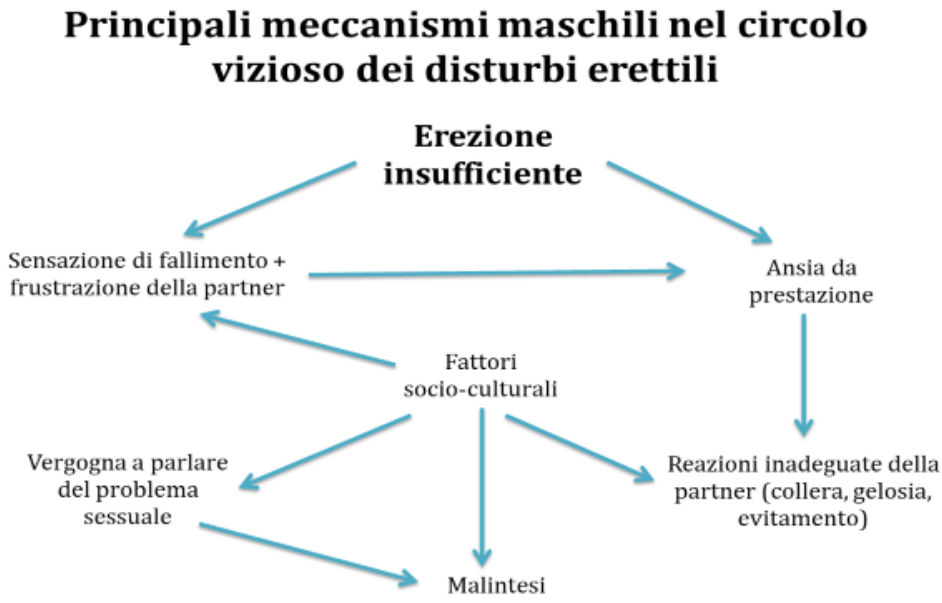
Forti sedativi	Antidepressivi	Sedativi	Antipertensivi	Altro
Fenotiazine	Triciclici	Benzodiazepine	Simpaticomimetici centrali	Antiandrogeni
Butirrofenoni	Inibitori delle monoamminosidasi		Bloccanti gangliari	Climetidina
Tioxantene	Fluoxetina		Beta bloccanti	Clofibrato
			Vasodilatatori	Digossina
			Diuretici	Indometacina
			ACE-inibitori	

Cause psicologiche della Disfunzione Erettile

Possibili cause del Disturbo dell'Erezione:

- *Timore dell'insuccesso:* a causa di occasionali pregresse cadute dell'erezione vi è la preoccupazione per ulteriori eventuali "fallimenti" (catastrofizzazione), che può aumentare l'ansia da prestazione, mantenendo in atto il disturbo.
- *Timore di essere abbandonato/non essere amato:* in base alla prestazione sessuale.
- *Incapacità a lasciarsi andare alle proprie sensazioni corporee*: i condizionamenti di tipo sessuofobico, aumentando l'ansia, aumentano la probabilità di mancata erezione.
- *Mancanza di coinvolgimento e/o di novità (Effetto Coolidge):* stimoli sessuali inadeguati o scarsi possono non consentire un'adeguata eccitazione.
- *Eccessivo coinvolgimento e/o novità*: essere eccessivamente coinvolti a livello emozionale o in presenza di una nuova partner può aumentare l'ansia da prestazione con probabilità di mancata erezione.
- *Stress*: la concentrazione e le energie sono canalizzate su altre aree di vita e su preoccupazioni diverse, per cui lo stimolo sessuale decade.
- *Convinzioni disfunzionali*: credenze individuali e sociali errate che comportano un aumento dell'ansia da prestazione (per esempio: l'uomo deve sempre essere attivo e gestire il rapporto sessuale; per le donne è più importante la prestazione piuttosto che l'espressione di affetto e interesse; nel sesso la prestazione è più rilevante del piacere, ecc.).





TRATTAMENTO

Approccio Organico

L'approccio generale dovrebbe consistere nel consigliare, ai pazienti che ne fanno uso, di ridurre il fumo ed il consumo di alcolici mentre i pazienti diabetici dovrebbero essere seguiti e monitorati con particolare attenzione, valutando la possibilità di cambiare il regime farmacologico in corso.

Quasi tutti gli uomini con disfunzione erettile avranno verosimilmente anche ripercussioni psicologiche, anche quando la causa del problema sia organica.

La *consulenza sessuale* rappresenta un aspetto importante di qualsiasi trattamento ed è preferibile che anche la partner sia coinvolta per rassicurare la coppia e ad alleviare la tensione. La disfunzione erettile temporanea, infatti, non è rara come si crede e di solito non richiede alcun trattamento farmacologico.

Terapia Orale

Per molti uomini la terapia orale è il trattamento di prima scelta. In Europa il Sildenafil (Viagra) è il primo farmaco orale, di dimostrata efficacia, approvato per il trattamento della disfunzione erettile sia di cause organiche che psicologiche. Il prodotto è assorbito rapidamente in seguito alla somministrazione per via orale. Deve essere assunto 60 minuti prima della prevista attività sessuale e gli effetti durano circa quattro ore.

Esso non provoca direttamente l'erezione, ma potenzia il rilassamento protratto della muscolatura liscia dei corpi cavernosi.

Gli studi clinici hanno dimostrato che il prodotto è efficace nel 50-80% degli uomini, a seconda dell'eziologia della disfunzione erettile. Gli effetti collaterali sono principalmente cefalea (16%), flushing (rossore e senso di calore al volto) (10%) e dispepsia (7%). Nel 3% degli uomini è stata anche osservata un'alterazione lieve e transitoria della percezione dei colori ed una maggiore sensibilità alla luce o visione sfocata.

Dispositivi a vuoto

Dispositivi meccanici che sfruttano il vuoto creato da una pompa aspirante per indurre un'erezione del pene. Questi dispositivi hanno il merito di non essere invasivi e possono risultare efficaci in tutti gli uomini. Gli svantaggi sono essenzialmente dovuti al fatto che implicano una certa abilità manuale di utilizzo e richiedono un determinato periodo di tempo per poter essere applicati. Possono essere utilizzati solo 30 minuti alla volta ed è necessaria la collaborazione attiva della partner.

Trattamento psicologico

Il trattamento si basa fondamentalmente su procedure di *decondizionamento*, sia attraverso tecniche di gestione dell'ansia sia mediante un'esposizione graduata in vivo, condotta con il metodo della ***Focalizzazione Sensoriale I e II*.**

Elaborata da Masters & Johnson (1970), si tratta di una procedura che mira a far provare ai partner insieme il piacere, in una situazione in cui ogni preoccupazione per la prestazione deve venire meno.

- ***Focalizzazione I***: i partner sono sollecitati ad intraprendere una graduale interazione reciproca, accarezzando a turno il corpo nudo dell'altro, ad esclusione dei genitali.
  Tale interazione deve essere condotta in una situazione rilassata e tranquilla in cui, per espresso ordine del terapeuta, la penetrazione è assolutamente vietata.
  Se lo desiderano i partner possono, dopo che l'uno ha accarezzato l'altro e viceversa, raggiungere l'orgasmo con qualsiasi tecnica da loro preferita, sempre con la proibizione, però, di impiegare la penetrazione.

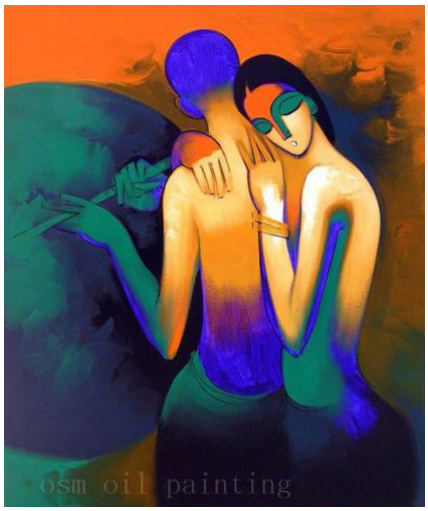
- ***Focalizzazione II***: la partner inizia a stimolare manualmente il pene fino a un'erezione, più o meno completa, e poi smette finché essa non diminuisce, per poi riprendere, allo scopo di dimostrare all'uomo che l'erezione può calare ma poi può essere recuperata, non dovendola necessariamente mantenere una volta raggiunta.
  A questo punto si passa al cosiddetto **coito inesigente**, in cui la donna inserisce il pene eretto del partner in vagina, stando in genere sopra di lui e compiendo dei movimenti lenti e poco ampi, come ulteriore passo verso il rapporto vero e proprio.
  L'obiettivo è promuovere nei partner l'esperienza del piacere sessuale, in una condizione che non consenta l'emergere di preoccupazioni legate alla prestazione.

SUGGERIMENTI PER IL PAZIENTE

Esistono una serie di accorgimenti utili che possono aiutare nella gestione della Disfunzione Erettile:

- Evitare il fumo (sigarette, marijuana e simili)
- Curare l'alimentazione e il proprio peso
- Fare una regolare attività fisica: già una buona passeggiata a passo veloce per circa 30 minuti al giorno aiuta a mantenere a lungo la possibilità di avere rapporti sessuali.
- Avere una sana vita affettiva, lavorativa e relazionale: stress e depressione sono dei killer per la vita sessuale!
- Prevenire o, se si è affetti, curare scrupolosamente diabete, ipertensione e dislipidemia.
- Fare una visita andrologica in età adulta

IL RUOLO DELLA COMPAGNA



Di fronte a questo momento critico vissuto dall'uomo come una rimessa in causa della sua virilità, qual è il vero ruolo della sua partner?

Una donna su quattro si è già confrontata con le disfunzioni erettili del compagno. Ma qual è la sua influenza nella comparsa e nel mantenimento di questi disturbi nell'uomo? La donna è solo una spettatrice, o ha un ruolo più complesso?

Curiosamente, questo aspetto relazionale dei disturbi erettili è stato finora poco studiato, con l'eccezione di qualche ricerca condotta in Francia che avanza queste caratteristiche: forte domanda sessuale femminile che ha conseguenze inibitorie nell'uomo o, al contrario, alterazione del desiderio. Difficile, a questo punto, stabilire se si tratta di una causa o di una conseguenza dei disturbi sessuali maschili.

Non esistono caratteristiche proprie della compagna dell'uomo con disturbi erettili. Una descrizione di questo tipo implicherebbe, infatti, una parte di responsabilità femminile nell'insorgenza del disturbo, mentre nella maggior parte dei casi la donna ne è piuttosto la vittima, al punto che molte ricerche sottolineano l'alterazione della qualità di vita sessuale delle donne in caso di problemi erettili del compagno. Questo non autorizza, però, a isolare il trattamento delle disfunzioni erettili dall'ambiente affettivo dell'uomo, poiché questi disturbi comportano una perturbazione dell'armonia sessuale della coppia. Anzi, spesso l'ambiente affettivo della coppia è importante per conoscere i fattori scatenanti del problema, e la loro eventuale cronicizzazione.

Così, sebbene la donna non possa indurre il disturbo erettile, può tuttavia rivelare un problema latente in un soggetto già fragile. Per esempio, i rimproveri inespressi a causa dei malintesi o della mancanza di comunicazione, il risentimento o un'attitudine aggressiva possono causare la tendenziale cronicizzazione del problema. Un buon dialogo di coppia, invece, può aiutare moltissimo a superare questa prova senza lasciar precipitare il partner nell'angoscia del prossimo fallimento.

SUGGERIMENTI PER LA PARTNER

L'Osservatorio sulla Salute della Donna ha messo a punto un decalogo, rivolto a mogli, fidanzate e compagne, con i consigli per affrontare, e risolvere, insieme il problema.

1. Se con il partner si verificano episodi di disfunzione erettile, è importante avvicinarsi a lui con comprensione ed attenzione, in modo oggettivo e tranquillo.
2. Evitare di essere soffocante o aggressiva, ma cercare di "portare fuori" il problema dalla coppia. La disfunzione erettile, infatti, è una patologia che interessa milioni di uomini e la soluzione va ricercata insieme.
3. Insegnare al proprio compagno ad accettare il problema, ciò servirà a tenere sotto controllo la sua ansia e a orientarlo alla soluzione, oggi possibile nella maggioranza dei casi.
4. Non prendere per buona la "teoria dello stress": molti uomini addebitano allo stress le proprie reiterate defaillance sessuali. La maggioranza dei casi di disfunzione erettile è, invece, associata a problemi fisici o è un effetto collaterale di alcuni farmaci.
5. Ricordare che la disfunzione erettile è un primo campanello d'allarme per una possibile insorgenza di altre patologie, prime tra tutte le malattie cardiovascolari o il diabete.
6. Fumo, alcol, diabete e obesità sono i quattro principali fattori di rischio per questa patologia. Controllare lo stile di vita del compagno e cerca di limitarne gli eccessi.
7. Non cercare soluzioni "fai da te", la disfunzione erettile deve essere diagnosticata da uno specialista che potrà indicare i controlli necessari e proporre un trattamento.
8. Non lasciare passare troppo tempo dall'insorgenza del problema, ma insieme rivolgersi con fiducia allo specialista.
9. Aiutare il partner a vivere serenamente il trattamento farmacologico, quando consigliato dallo specialista andrologo.
10. Ricordare che i farmaci per il trattamento della disfunzione erettile necessitano sempre di un'attenta valutazione medica.

Bibliografia:

Dèttore, D. (2017). *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale.* Milano, The McGraw-Hill Companies.

Kaplan, H. S. (2010). *Manuale illustrato di terapia sessuale.* Milano, Universale Economica Feltrinelli.

Masters, W.H. & Johnson, V. E. (2011). *Patologia e terapia del rapporto coniugale. Le insufficienze sessuali nell'uomo e nella donna*. Milano, PGRECO Edizioni.