



## Πρόωρη εκσπερμάτιση

### Ενημερωτικό Δελτίο

Η πρόωρη εκσπερμάτιση (ΠΕ) αποτελεί την πιο συνηθισμένη σεξουαλική δυσλειτουργία, σε άντρες κάτω των 60 ετών, αλλά παρόλα αυτά αποτελεί μια από τις παθήσεις που έχουν την ελλιπέστερη διάγνωση και θεραπεία.<sup>i</sup>

Παγκοσμίως και ανεξαρτήτως ηλικίας,<sup>ii</sup> επηρεάζει περίπου **1 στους 5 άντρες** (σύμφωνα με τον ορισμό στο επίσημο εγχειρίδιο διαφορικής διάγνωσης DSM-IV). Πρόκειται για περίπλοκη ιατρική πάθηση για την οποία ευθύνονται διάφοροι παράγοντες και περιγράφεται ως **σύντομος λανθάνων χρόνος εκσπερμάτισης, ελλιπής ή μηδενικός έλεγχος εκσπερμάτισης, με ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στους άνδρες που υποφέρουν και τους συντρόφους τους.**<sup>iii</sup>

Στους άνδρες που πάσχουν από πρόωρη εκσπερμάτιση, ο κύκλος της σεξουαλικής απόκρισης (επιθυμία, διέγερση, εκσπερμάτιση /οργασμός, χαλάρωση) συμπιέζεται χρονικά, **δηλαδή η διέγερση/σύση ακολουθείται άμεσα από την εκσπερμάτιση, που προκύπτει γρήγορα και με ελάχιστο ή καθόλου έλεγχο**, σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι δεν πάσχουν από την πάθηση. Ουσιαστικά, η φάση της διέγερσης – παρόλο που χαρακτηρίζεται από φυσιολογική σύση - είναι πολύ σύντομη και ακολουθείται από ταχεία εκσπερμάτιση και οργασμό.<sup>iv</sup> Έτσι χάνεται η ενδιάμεση φάση (πλατό), η οποία είναι τόσο απαραίτητη και για τους δύο εμπλεκόμενους στην απόλαυση του σεξ.

### Πρόβλημα και επιπολασμός

Σύμφωνα με την ISSM (Παγκόσμια Εταιρεία Σεξουαλικής Ιατρικής) η πρόωρη εκσπερμάτιση ορίζεται ως εξής:<sup>v</sup>

1. **Λανθάνων χρόνος ενδοκολπικής εκσπερμάτισης (IELT) περίπου 1 λεπτό** – Ως λανθάνων χρόνος ενδοκολπικής εκσπερμάτισης ορίζεται η χρονική περίοδος από την διείσδυση έως την εκσπερμάτιση. Η εκσπερμάτιση προκύπτει πάντα ή σχεδόν πάντα πριν την κολπική διείσδυση ή αμέσως μετά (περίπου εντός ενός λεπτού)
2. **Απώλεια ελέγχου της εκσπερμάτισης** – Αδυναμία καθυστέρησης της εκσπερμάτισης πριν ή αμέσως μετά την κολπική διείσδυση
3. **Αρνητικές προσωπικές επιπτώσεις εξαιτίας της πάθησης** – Αρνητικές επιπτώσεις σε προσωπικό επίπεδο όπως αγωνία, απογοήτευση και/ή μείωση σεξουαλικής επαφής



Ο λανθάνων χρόνος ενδοκολπικής εκσπερμάτισης (IELT) δηλαδή το χρονικό διάστημα από την κολπική διείσδυση έως την εκσπερμάτιση ορίζεται στο 1 λεπτό επειδή βασίζεται στο γεγονός ότι το 90% των ανδρών με χρόνια πρόωρη εκσπερμάτιση δήλωσαν ως χρονικό όριο IELT το 1 λεπτό, ενώ το 10% όρισαν ως χρονικό όριο IELT το 1 έως 2 λεπτά.<sup>vi</sup> Ο IELT έχει άμεση επίδραση στην αίσθηση ελέγχου επί της εκσπερμάτισης, ωστόσο δεν επηρεάζει άμεσα την ικανοποίηση και αυξάνει το άγχος.<sup>vii</sup>

**Η αντίληψη του άνδρα για τον έλεγχο της εκσπερμάτισης σχετίζεται με το κατά πόσο βιώνει αρνητικές επιπτώσεις εξαιτίας της πρόωρης εκσπερμάτισης, όπως χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής συνεύρεσης και προσωπικό άγχος που προκύπτει από την εκσπερμάτιση.<sup>viii</sup>**

Υπάρχουν δύο τύποι πρόωρης εκσπερμάτισης:

1. **Πρωτοπαθής** (αναφερόμενη και ως «διά βίου») – η οποία προκύπτει κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή στη ζωή του άνδρα και διαρκεί εφ' όρου ζωής. Σε αυτήν την περίπτωση η εκσπερμάτιση προκύπτει πολύ γρήγορα πριν την κολπική διείσδυση ή σε λιγότερο από 1-2 λεπτά μετά τη διείσδυση<sup>ix</sup>
2. **Δευτεροπαθής** (αναφερόμενη και ως «επίκτητη») – εμφανίζεται σταδιακά, ή ξαφνικά ενώ σε προγενέστερο στάδιο η διαδικασία εκσπερμάτισης ήταν φυσιολογική<sup>x</sup>

Στους άνδρες κάτω των 60 ετών η πρόωρη εκσπερμάτιση είναι πιο συνηθισμένη από την στυτική δυσλειτουργία (ΣΔ)<sup>xi</sup> και δεν σχετίζεται με την ηλικία.<sup>xii</sup> Περίπου το 50% των ανδρών που εμφανίζουν συμπτώματα πρόωρης εκσπερμάτισης δήλωσαν ότι τα συμπτώματα ξεκίνησαν κατά την πρώτη σεξουαλική τους επαφή.<sup>xiii</sup>

Παρά την συχνότητα εμφάνισής της η πρόωρη εκσπερμάτιση παραμένει μια πάθηση που δύσκολα διαγιγνώσκεται και θεραπεύεται<sup>xiv</sup> κυρίως επειδή οι **άνδρες τις περισσότερες φορές δεν θέλουν να συζητήσουν τα συμπτώματά με τους γιατρούς, είτε επειδή ντρέπονται είτε εξαιτίας της πεποίθησης ότι η πάθησή τους δεν αντιμετωπίζεται.** Επίσης οι άνδρες που υποφέρουν συχνά πιστεύουν ότι δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για το πρόβλημά τους.<sup>xv</sup> Ως εκ τούτου, μόλις το **9%** των ανθρώπων που έχουν αντιληφθεί μόνοι τους τα συμπτώματα έχουν επισκεφθεί ιατρό και έχουν διαγνωσθεί<sup>xvi</sup> και από αυτή την μικρή ομάδα, το 70% διαγνώστηκε κατά τη διάρκεια επίσκεψης που είχε προγραμματίσει για άλλο ιατρικό πρόβλημα. Από το 91% των ανδρών που δεν συμβουλευτήκαν ποτέ γιατρό, το 52,2% δήλωσε ότι δεν είχαν καν σκεφτεί αυτή την εκδοχή.<sup>xvii</sup>



Η σεξουαλική ανταπόκριση των ανδρών περιγράφεται σαν ένας κύκλος με χαρακτηριστικές μεταβολές στη φυσιολογία που αφορούν 4 στάδια: **επιθυμία, διέγερση, οργασμός (εκσπερμάτιση) και χαλάρωση**. Η ανδρική, σεξουαλική δυσλειτουργία συνήθως προκύπτει σε ένα ή περισσότερα από τα τρία πρώτα στάδια του κύκλου σεξουαλικής ανταπόκρισης, συμπεριλαμβανομένων των δυσλειτουργιών σεξουαλικής επιθυμίας (λ.χ. μειωμένη σεξουαλική επιθυμία), της διέγερσης (λ.χ. στυτική δυσλειτουργία ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ώστε να διεγερθεί) και του οργασμού/εκσπερμάτισης (λ.χ. πρόωρη, καθυστερημένη ή αδυναμία εκσπερμάτισης).<sup>xviii</sup>

Η πρόωρη εκσπερμάτιση προκύπτει από την ταχεία εξέλιξη των δύο πρώτων σταδίων του κύκλου σεξουαλικής απόκρισης και δεν σχετίζεται απαραίτητως με έντονη διέγερση ή αλλαγές στη σύση.<sup>xix</sup> Η **εκσπερμάτιση επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τον έλεγχο του κεντρικού νευρικού συστήματος και πρόσφατα στοιχεία καταδεικνύουν ότι αποτελεί περισσότερο νευροβιολογικό και κατά δεύτερο λόγο ψυχολογικό φαινόμενο.**<sup>xx</sup>

Η διαδικασία εκσπερμάτισης ρυθμίζεται κεντρικά και περιλαμβάνει **ένα μεγάλο φάσμα νευροδιαβιβαστών**, όπως η σεροτονίνη (5-HT), η ντοπαμίνη, η ωκυτοκίνη και άλλους. Πλήθος δεδομένων συνηγορούν υπέρ του ότι η **σεροτονίνη και συγκεκριμένα οι υποκατηγορίες υποδοχέων 5-HT** ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τη διαδικασία ελέγχου/καθυστέρησης της εκσπερμάτισης.

Συνεπώς, η **πρόωρη εκσπερμάτιση ίσως να σχετίζεται με χαμηλά συναπτικά επίπεδα σεροτονίνης στις περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος που ρυθμίζουν την εκσπερμάτιση.**<sup>xxi</sup>

**Η δευτεροπαθής** πρόωρη εκσπερμάτιση προκαλείται από ψυχολογικούς και σωματικούς παράγοντες. Οι βασικές σωματικές αιτίες που συνδέονται με επίκτητη πρόωρη εκσπερμάτιση είναι οι εξής:

- Παθήσεις του προστάτη, και ειδικότερα χρόνια προστατίτιδα
- Στυτική Δυσλειτουργία (ΣΔ)
- Υπερθυρεοειδισμός
- Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών

Οι βασικές ψυχολογικές αιτίες είναι οι εξής:

- Στρες
- Άγχος για την απόδοση κατά την σεξουαλική επαφή



## Πρόωρη εκσπερμάτιση – προσωπικό άγχος και επίδραση στη σχέση του ζευγαριού

Η ικανοποιητική σεξουαλική ζωή είναι απαραίτητο συστατικό για κάθε πετυχημένη σχέση, ενώ η σεξουαλική ευεξία παίζει σημαντικό ρόλο στη συνολική υγεία κάθε ατόμου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως εξής: «η κατάσταση της συνολικής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας, πάθησης ή αναπηρίας».

**Η πρόωρη εκσπερμάτιση πλήττει πολλές πλευρές της ζωής των ανδρών αλλά και των συντρόφων τους.** <sup>xxii</sup>

Άνδρες που πάσχουν από ΠΕ δηλώνουν ότι βιώνουν:

- «ελάχιστο» ή «ελλιπή» έλεγχο της εκσπερμάτισης (95%)
- «ήπιο» έως «ακραίο» προσωπικό άγχος (90%)
- «ελάχιστη» ή «ελλιπή» ικανοποίηση από την σεξουαλική συνεύρεση (57%)
- δυσφορία δική τους και της συντρόφου που σχετίζεται με την εκσπερμάτιση (63%)

Παρατηρήθηκε ότι ο IELT ήταν σαφώς συντομότερος σε άνδρες με πρόωρη εκσπερμάτιση σε σύγκριση με άνδρες χωρίς πρόβλημα (1,8 μέσος όρος IELT για ΠΕ και 7,3 για μη ΠΕ). <sup>xxiii</sup> Ο αντίκτυπος της πάθησης μπορεί να προκαλέσει τεράστια μείωση στην αυτοεκτίμηση του άντρα και να οδηγήσει σε **ψυχική οδύνη, άγχος, αίσθημα ντροπής, απογοήτευση και κατάθλιψη.** <sup>xxiv</sup>

**Οι σύντροφοι των ανδρών που πάσχουν από πρόωρη εκσπερμάτιση επηρεάζονται εξίσου από την πάθηση.**

- Πάνω από το 60% των συντρόφων ανδρών με πρόωρη εκσπερμάτιση δήλωσαν ότι δεν ικανοποιούνται κατά την σεξουαλική πράξη<sup>xxv</sup>
- Το 60% των ανδρών με πρόωρη εκσπερμάτιση δήλωσαν ότι η σχέση τους ίσως να ήταν πιο ισχυρή αν μπορούσαν να ικανοποιήσουν σεξουαλικά τον/την σύντροφο τους<sup>xxvi</sup>
- Η πλειοψηφία των ανδρών με πρόωρη εκσπερμάτιση (60%) δήλωσαν ότι θα αναζητούσαν ιατρική θεραπεία αν ο/η σύντροφος τους το πρότεινε, ενώ περίπου το 75% όσων έχουν ήδη αναζητήσει λύσεις, το έκαναν προκειμένου να βελτιώσουν τη σεξουαλική ικανοποίηση του/της συντρόφου.<sup>xxvii</sup>

## Θεραπευτικές επιλογές



Αρχικά η πρόωρη εκσπερμάτιση αντιμετωπίστηκε ως ψυχολογικό πρόβλημα και για δεκαετίες θεραπευόταν με συμπεριφορικές και γνωσιακές προσεγγίσεις. Αργότερα έγιναν διαθέσιμες φαρμακολογικές θεραπείες όπως συνταγογραφούμενα φάρμακα και τυπικά σκευάσματα.

Πολύ συχνά, τόσο η χρόνια όσο και η επίκτητη πρόωρη εκσπερμάτιση έχουν αίτια οργανικούς/νευροβιολογικούς παράγοντες που είναι ιάσιμοι. Εάν η πρόωρη εκσπερμάτιση προκλήθηκε από μια άλλη ασθένεια (για παράδειγμα από μη-διαγνωσμένη χρόνια προστατίτιδα) τότε η θεραπεία της βασικής νόσου θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα και στο πρόβλημα της πρόωρης εκσπερμάτισης. Ακόμα και στην περίπτωση της χρόνιας πρόωρης εκσπερμάτισης οι γιατροί είναι πλέον σε θέση να προσφέρουν διάφορες επιλογές στους ασθενείς τους.

**Σε κάθε περίπτωση συνιστάται ιατρική βοήθεια για να τεθεί σωστή διάγνωση και θεραπεία.**

Παρακάτω ακολουθούν ορισμένες θεραπευτικές μέθοδοι που έχουν εφαρμοστεί σε άνδρες με συμπτώματα πρόωρης εκσπερμάτισης· οι μέθοδοι περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα γνωσιακών/συμπεριφορικών προσεγγίσεων (λ.χ. ειδικές στάσεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, διακεκομμένη συνουσία, τοπική εφαρμογή προϊόντων απευαισθητοποίησης, καθώς και συνταγογράφηση φαρμάκων).<sup>xxviii</sup>

### **Συμπεριφορική και γνωσιακή θεραπεία**

Σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται διάφορες ψυχολογικές και σωματικές τεχνικές που στοχεύουν στο να εκπαιδεύσουν τους άνδρες να αναγνωρίζουν τα σημάδια πριν την εκσπερμάτιση, και να βελτιώνουν τον έλεγχο της εκσπερμάτισης.

- Οι δύο συνηθέστερες τεχνικές συμπεριφοράς είναι η τεχνική «**διακοπής-έναρξης**» (την οποία εισήγαγε ο Dr. J. Semans το 1956) και η τεχνική «**πίεσης**» (της **βαλάνου**) (που περιέγραψαν οι Masters και Johnson, το 1970).<sup>xxix</sup> Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές των εν λόγω τεχνικών ωστόσο η κλινική εμπειρία έδειξε ότι μετά την αρχική επιτυχία της τάξεως του 50-60%, δεν καταφέρνουν να προσφέρουν μακροχρόνια βελτίωση. Αντί της τεχνικής «διακοπής-έναρξης», η οποία μπορεί να αποβεί ελάχιστα ικανοποιητική για τη σύντροφο, είναι προτιμότερο οι άνδρες να μάθουν να μετριάσουν και να μειώνουν το επίπεδο στύσης και διέγερσης εκτελώντας **αργές, αισθησιακές κινήσεις ενώ ανασαίνουν βαθιά και αργά**. Ο στόχος είναι να διατηρηθεί το επίπεδο διέγερσης κάτω από το όριο εκσπερμάτισης, διατηρώντας παράλληλα μια ικανοποιητική στύση. Οι τεχνικές ελέγχου της αναπνοής φαίνεται πως επιδρούν χαλαρωτικά και έχουν αποτελέσματα. Ωστόσο η κλινική εμπειρία και





οι επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι η βελτίωση που επιτυγχάνεται με αυτές τις μεθόδους δεν διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>xxx</sup>

- **Ο αυνανισμός πριν τη σεξουαλική συνεύρεση** είναι μια τεχνική που υιοθετούν πολλοί νέοι άνδρες. Μετά τον αυνανισμό το πέος απευαισθητοποιείται και έχει μεγαλύτερο χρόνο εκσπερμάτισης μετά την ανάκαμψη (δεύτερη στύση/επαφή σε μικρό χρονικό διάστημα). Βάσει μιας άλλης προσέγγισης, ο άνδρας μαθαίνει να αναγνωρίζει τα σημάδια έντονης διέγερσης και πώς να διατηρεί το επίπεδο σεξουαλικής διέγερσης κάτω από το επίπεδο έντασης το οποίο ενεργοποιεί το αντανακλαστικό εκσπερμάτισης.<sup>xxxi</sup> Αυτές οι τεχνικές αυτοβοήθειας, ενώ είναι βραχυπρόθεσμα αποτελεσματικές, στην ουσία μπορούν να επιδεινώσουν αντί να απαλείψουν την πρόωρη εκσπερμάτιση, επειδή αγνοούν ή μειώνουν εκούσια τις σεξουαλικές αισθήσεις που πρέπει να τεθούν σε έλεγχο για να βελτιωθεί η συμπτωματολογία της πάθησης. Επιπλέον, η κακή πρακτική αυνανισμού, λ.χ. αδιάκοπη ταχύτητα έως την κορύφωση, μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου της εκσπερμάτισης.<sup>xxxii</sup>

Γενικά, δεν υπάρχει ποιοτικά υψηλή έρευνα που να υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα των τεχνικών συμπεριφοράς.<sup>xxxiii</sup>

### **Φαρμακολογική θεραπεία**

Από την ώρα που γίνεται η διάγνωση της πρόωρης εκσπερμάτισης υπάρχουν διάφορα σκευάσματα που λαμβάνονται από το στόμα και δίνονται με ιατρική συνταγή και τα οποία χρησιμοποιούνται με επιτυχία.

Υπάρχουν κρέμες και σπρέϋ τοπικής εφαρμογής που περιέχουν αναισθητικά συστατικά όπως λιδοκαΐνη και πριλοκαΐνη για την απευαισθητοποίηση του πέους ώστε να καθυστερούν την εκσπερμάτιση και σε μελέτες μικρής κλίμακας έχουν παρουσιάσει μέτρια αποτελέσματα.<sup>xxxiv</sup> Ωστόσο είναι δύσκολο να πετύχει κανείς τη δοσολογία των εν λόγω τοπικών, αναισθητικών σκευασμάτων με αποτέλεσμα να προκαλούν μούδιασμα του πέους, και αν υπάρξει υπέρβαση δοσολογίας οδηγούν σε απώλεια στύσης και/ή αδυναμία εκσπερμάτισης. Επίσης είναι πολύ πιθανό το αναισθητικό συστατικό να μεταφερθεί στον/στη σύντροφο προκαλώντας μειωμένη απόλαυση και αδυναμία κορύφωσης/οργασμού.<sup>xxxv</sup>

### **Λοιπές μέθοδοι**

Κάποιες άλλες τεχνικές αυτοβοήθειας, όπως χρήση διπλού προφυλακτικού ή προφυλακτικού που περιέχει αναισθητική ουσία (προφυλακτικά επιβράδυνσης), τα οποία δημιουργούν ελαφριά αίσθηση



μουδιάσματος, μπορεί να είναι εν μέρει αποτελεσματικά και για σύντομο χρονικό διάστημα, στην ουσία όμως ενδέχεται να επιδεινώσουν αντί να εξαλείψουν το πρόβλημα επειδή μειώνουν ή καταργούν τις σεξουαλικές αισθήσεις που πρέπει να τεθούν σε έλεγχο για να βελτιωθεί η πάθηση.

xxxvi

### Βιβλιογραφία:

- 
- <sup>i</sup>Lindau 2007, McCarty 2012, Sotomayor 2005  
<sup>ii</sup>EAU Guidelines 2012, Porst 2007  
<sup>iii</sup>Shabsigh R. et al. 2007  
<sup>iv</sup>Halvorsen 1992, Giuliano 2008  
<sup>v</sup>McMahon 2008, EAU 2012, Althof 2010  
<sup>vi</sup>Giuliano et al. 2008, Patrick et al. 2007  
<sup>vii</sup>Giuliano et al. 2008, Patrick et al. 2007  
<sup>viii</sup>Giuliano et al. 2008, Patrick et al. 2007  
<sup>ix</sup>McMahon 2013, EAU 2012, Waldinger 2007, Jannini 2007, Broderick 2006  
<sup>x</sup>McMahon 2013, EAU 2012, Buvat 2011, Rowland 2010, Waldinger 2007, Jannini 2007, Broderick 2006  
<sup>xi</sup>Broderick 2006  
<sup>xii</sup>McMahon 2008, Porst 2007, EAU 2012  
<sup>xiii</sup>Laumann et al, 1999  
<sup>xiv</sup>Lindau 2007, McCarty 2012, Sotomayor 2005  
<sup>xv</sup>EAU 2012, Porst 2007, Sotomayor 2005  
<sup>xvi</sup>EAU 2012, McMahon 2008, Porst 2007  
<sup>xvii</sup>Laumann et al, 1999  
<sup>xviii</sup>Miner 2008  
<sup>xix</sup>Rosenberg 2011  
<sup>xx</sup>Waldinger 2002, Giuliano 2006  
<sup>xxi</sup>Giuliano 2006, 2008  
<sup>xxii</sup>McMahon 2011, Buvat 2011, McCarty 2012  
<sup>xxiii</sup>Giuliano 2008  
<sup>xxiv</sup>Jannini 2002, Porst 2007  
<sup>xxv</sup>Patrick 2005  
<sup>xxvi</sup>Montorsi 2005  
<sup>xxvii</sup>Porst 2007  
<sup>xxviii</sup>Porst, 2012  
<sup>xxix</sup>Porst, 2012  
<sup>xxx</sup>Revicki, 2008  
<sup>xxxi</sup>EUA, 2012  
<sup>xxxii</sup>Revicki, 2008  
<sup>xxxiii</sup>EAU, 2012  
<sup>xxxiv</sup>Althof, 2010  
<sup>xxxv</sup>ESSM.org, 2013  
<sup>xxxvi</sup>Sotomayor M, 2005; Atikeler MK, 2010