

QMC

Quaderni di Medicina e Chirurgia

**CASE
REPORTS**

**DEPRESSIONE
con EIACULAZIONE PRECOCE
e DISTURBI SESSUALI**

**TRATTAMENTO di un
DISTURBO di PANICO
e DEPRESSIONE SECONDARIA**

a cura di **Andrea FAGIOLINI**

*Dipartimento di Medicina Molecolare
e dello Sviluppo, Università di Siena, Siena;
Dipartimento di Salute Mentale e degli Organi di Senso,
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese, Siena*

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

Comitato Scientifico

Ferdinando De Negri

Medicina Interna

Pier Carlo Salari

Pediatria

Massimo Mari

Psichiatria

Direttore Responsabile

Patrizia Alma Pacini

© Copyright by Pacini Editore Srl - Pisa

Edizione

Pacini Editore Srl

Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa

Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300

info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Stampa

Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl

Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa

Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300

info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Divisione Pacini Editore Medicina

Fabio Poponcini

Business Unit Manager

050 31 30 218 • fpoponcini@pacinieditore.it

Alessandra Crosato

Account Manager

050 31 30 239 • acrosato@pacinieditore.it

Francesca Gori

Business Development & Scientific Editorial Manager

fgori@pacinieditore.it

Manuela Mori

Digital Publishing & Advertising

050 31 30 217 • mmori@pacinieditore.it

Redazione

Lucia Castelli

050 3130224 - lcastelli@pacinieditore.it

Grafica e impaginazione

Massimo Arcidiacono

050 3130231 - marcidiacono@pacinieditore.it

© Copyright by Pacini Editore Srl - Pisa

How to cite: Fagiolini A. Depressione con eiaculazione precoce e disturbi sessuali. Trattamento di un disturbo di panico e depressione secondaria. Quaderni di Medicina e Chirurgia 2025;(2):3-8. https://doi.org/10.82061/2532-7593/2974-5578/2025_2



Open Access

ISSN 2532-7593 (Print) - ISSN 2974-5578 (Online)

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: <https://www.clearedi.org>

Finito di stampare presso le IGP - Pisa, Luglio 2025

Introduzione

Parlare di ansia e depressione significa parlare di persone, non solo di sintomi. Ogni storia è unica, anche quando i disturbi sembrano simili. Alcuni pazienti arrivano in ambulatorio parlando di tristezza, altri invece raccontano difficoltà più sottili: problemi sul lavoro, tensioni nella coppia, paure che non riescono a spiegare. A volte il disagio si manifesta nel corpo, come accade con i disturbi sessuali o con sintomi fisici difficili da inquadrare.

In questo fascicolo presentiamo due casi clinici che mostrano quanto possano essere diversi, e al tempo stesso vicini, i quadri clinici legati a depressione e ansia.

Il primo caso è quello di Paolo, un uomo che si è trovato a dover affrontare un momento di fragilità emotiva che ha avuto ricadute anche nella sua vita sessuale e di coppia. Il secondo caso è quello di Marco, che ha iniziato a vivere attacchi di panico e, di conseguenza, un progressivo calo dell'umore, sentendosi inadeguato e sopraffatto.

In entrambi i casi, il trattamento è stato costruito tenendo conto delle paure e delle esigenze specifiche dei singoli pazienti. È stato scelto un farmaco – paroxetina in gocce – che consente di iniziare con dosaggi molto bassi e di salire lentamente, riducendo il rischio di effetti collaterali. Anche la psicoterapia è stata proposta con flessibilità, rispettando i tempi e i limiti di ciascuno.

Queste due esperienze mostrano che, quando il percorso di cura viene personalizzato e condotto con ascolto, è possibile aiutare le persone a ritrovare equilibrio, fiducia e benessere.

Depressione con eiaculazione precoce e disturbi sessuali

Presentazione del paziente

Paolo è un uomo di 35 anni, architetto, sposato e padre di due bambini.

Si presenta in ambulatorio riferendo:

- da circa un anno la presenza di **eiaculazione precoce**
- associata a **calo del desiderio sessuale** e a un marcato **senso di colpa**.
- Oltre alle difficoltà nella sfera sessuale, descrive un **umore depresso**, con episodi di pianto, **irritabilità**, **ridotta autostima**, difficoltà di concentrazione sul lavoro e **perdita di appetito**.
- Riferisce anche **ansia legata alla performance sessuale**, pur in assenza di sintomi ansiosi generalizzati.

Storia psicopatologica e familiare

Personale: nessuna storia psichiatrica pregressa. Riferisce di aver sempre avuto una buona relazione con la sessualità prima dell'ultimo anno. Descrive una fase lavorativa particolarmente stressante, coincidente con l'esordio dei sintomi.

Familiare: padre con temperamento ansioso e madre trattata per depressione lieve durante la menopausa. Nessun familiare con diagnosi psichiatrica formale.

Esame obiettivo psicologico

- **Cognitivo:** pensieri centrati sull'ansia da prestazione, autosvalutazione e vissuti di inadeguatezza legati alla sfera sessuale e lavorativa.
- **Emotivo:** tristezza, irritabilità, frustrazione, tendenza alla colpa.
- **Comportamentale:** riduzione dei momenti di intimità con la partner, evitamento del contatto fisico e calo dell'iniziativa relazionale. Non presenta agitazione psicomotoria.

Diagnosi (DSM-5)

1. **Episodio depressivo maggiore lieve con sintomi somatici prominenti.**
2. **Disfunzione sessuale (disturbo dell'eiaculazione precoce).**

Trattamento

Obiettivi iniziali

- Ridurre l'umore depresso e i sintomi di ansia prestazionale.
- Migliorare il controllo eiaculatorio e il desiderio sessuale.
- Supportare la relazione di coppia.

1. Trattamento farmacologico

Paroxetina mesilato (gocce orali)

- **Dose iniziale:** 10 mg (10 gocce) la sera.
- **Titolazione:** +2 gocce al giorno fino a 20 mg (20 gocce).
- **Ragione della scelta:** paroxetina ha una documentata efficacia nel trattamento della depressione, dell'ansia da prestazione e nella gestione dell'eiaculazione precoce. La formulazione in gocce consente un aumento graduale della dose, particolarmente utile per pazienti sensibili agli effetti collaterali.

2. Supporto psicologico

- Intervento breve, centrato sulla **gestione dell'autostima sessuale** e sulla comunicazione di coppia.

Evoluzione clinica

Dopo 2 settimane (dose: 20 mg)

Il paziente riferisce **lieve miglioramento**:

- **eiaculazione leggermente ritardata**, ma ancora insoddisfacente;
- **lieve riduzione dell'irritabilità e del pianto**;
- persistenza di **basso desiderio sessuale** e **tristezza costante**.

Effetti collaterali: lieve nausea e sonnolenza nei primi giorni, poi scomparsi.

A 3 settimane (dose aumentata a 30 mg):

- miglioramento significativo del **tempo eiaculatorio**;
- **umore più stabile**, appetito parzialmente migliorato;
- persistono **basso desiderio sessuale** ed **evitamento dell'intimità**.

A 5 settimane (dose aumentata a 40 mg):

- descrive un netto miglioramento globale;
- l'**eiaculazione è sotto controllo**, con soddisfazione sia propria che della partner;
- il **desiderio sessuale è tornato** a livelli normali;
- l'umore è stabilmente **eutimico**, senza effetti collaterali;
- il paziente riferisce di sentirsi "come prima di tutto questo".

Conclusioni

Il caso di Paolo evidenzia come un approccio graduale e personalizzato con **paroxetina mesilato in gocce**, combinato a un supporto psicologico mirato, possa essere efficace nella gestione di una **sindrome depressiva con sintomi sessuali predominanti**, inclusa l'eiaculazione precoce. Il trattamento ha permesso di ottenere una buona risposta clinica con **minimi effetti collaterali**, favorendo anche il recupero della vita di coppia e della fiducia personale.

Trattamento di un disturbo di panico e depressione secondaria

Presentazione del paziente

Marco è un uomo di 34 anni che lavora come impiegato amministrativo, è sposato e ha un figlio di 3 anni.

Si presenta in ambulatorio riferendo da circa 6 mesi episodi di forte disagio caratterizzati da:

- paura improvvisa di perdere il controllo o “impazzire,” soprattutto quando si trova al lavoro o da solo in casa;
 - pensieri intrusivi ricorrenti sulla possibilità di avere una malattia grave nonostante esami medici rassicuranti;
 - sensazione costante di “essere sull’orlo di una crisi,” descritta come una paura indefinita più che una reale agitazione fisica.
- Non riferisce sintomi fisici particolarmente marcati durante gli episodi di panico, come palpitazioni intense o sudorazione profusa, ma piuttosto un senso di distacco dalla realtà (derealizzazione), una percezione del proprio corpo come “strano” o “distante”, una sensazione di instabilità e di testa leggera, un timore di perdere il controllo e un senso di tremore interno.
- Dice di non avere allergie ma sostiene di essere ‘ipersensibile a tutti i farmaci’, estremamente preoccupato del rischio di avere effetti collaterali e di avere la tendenza a studiare ogni riga del foglietto illustrativo, sviluppando poi sintomi simili a quelli che legge, per cause che lui stesso ascrive a ‘suggestione’.

Storia psicopatologica e familiare

Personale: non riferisce disturbi psicologici in passato, sebbene sia sempre stato una persona con tratti ansiosi e perfezionista.

Famiglia: padre con disturbi d’ansia mai trattati, madre diagnosticata con depressione maggiore in tarda età.

Storia attuale: negli ultimi 2 mesi, il paziente ha sviluppato sintomi depressivi secondari al disturbo di panico:

- umore depresso persistente;
- perdita di interesse per attività prima gratificanti (anedonia);
- senso di colpa e autosvalutazione, principalmente legati alla difficoltà nel lavoro e nella gestione familiare;
- disturbi del sonno (leggera difficoltà ad addormentarsi per pensieri intrusivi).

Esame obiettivo psicologico

- **Cognitivo:** pensiero focalizzato su preoccupazioni ipocondriache e autosvalutative. Buona capacità di introspezione.
- **Emotivo:** riferisce tristezza e ansia, ma non presenta agitazione psicomotoria.
- **Comportamentale:** tendenza all’evitamento di situazioni nuove per paura di perdere il controllo.

Diagnosi

1. **Disturbo di panico** con sintomi prevalentemente cognitivi e moderati sintomi fisici, senza agitazione.
2. **Episodio depressivo secondario** al disturbo d’ansia.

Trattamento

Obiettivo iniziale:

- ridurre il disagio cognitivo legato agli attacchi di panico e migliorare i sintomi depressivi secondari.

1. Trattamento farmacologico

• Paroxetina mesilato in gocce

Dose iniziale: 2 mg (2 gocce) al giorno, aumentata di 2 gocce al giorno fino a 20 gocce.

Ragione della scelta: buona tollerabilità e indicazione specifica per disturbi d'ansia e depressione. Le gocce consentono un aumento graduale della dose per minimizzare effetti collaterali iniziali e permettono al paziente di assumere il farmaco con maggiore tranquillità e minore timore di effetti collaterali.

• Alprazolam (benzodiazepina)

Dose iniziale: 5 gocce (12,5 mg) 3 volte al giorno per controllare l'ansia acuta, nel periodo iniziale.

Interruzione pianificata: discutiamo con il paziente che, dopo 4 settimane, alprazolam sarà probabilmente scalato fino a sospensione e questo lo tranquillizza rispetto alla sua ansia di "iniziare ben due psicofarmaci".

2. Psicoterapia

- **Tipo:** intervento di tipo cognitivo-comportamentale (CBT).
- **Focus:** ristrutturazione dei pensieri catastrofici (ad es. "sto per impazzire").
Esposizione graduale a situazioni evitate (ad es. lavorare da solo o uscire da casa senza supporto).
Tecniche di rilassamento per migliorare il controllo emotivo.

Il paziente riconosce l'importanza della psicoterapia ma, nonostante il timore di assumere psicofarmaci, dice che preferisce aspettare di vedere l'effetto dei farmaci prima di iniziare la psicoterapia, perché ha poco tempo e perché l'idea di dover andare a una sessione di psicoterapia una volta alla settimana gli genera troppa ansia.

Evoluzione clinica

Dopo 3 settimane di trattamento:

- gli **episodi di panico si sono significativamente ridotti** sia in frequenza che in intensità;
- il paziente riferisce **meno pensieri intrusivi e maggiore sicurezza** nel gestire i momenti di disagio;
- la **sintomatologia depressiva si è attenuata**, con un **miglioramento dell'umore e del sonno**.

Nonostante il chiaro miglioramento, sono ancora presenti sintomi depressivi e ansiosi. Si decide pertanto di **aumentare paroxetina mesilato di 5 mg (5 gocce) al giorno, fino a 30 gocce (30 mg) al giorno**.

Il paziente torna dopo altre 3 settimane (**6 settimane dall'inizio del trattamento**) e riferisce di sentirsi **più motivato**, di **non avere più sintomi** e di **aver ha ripreso la maggior parte delle attività prima evitate**, salvo una residua riluttanza a uscire da solo e affrontare nuove sfide lavorative.

Si propone di nuovo un supporto psicoterapeutico per favorire ripresa funzionale e una maggiore autonomia ma il paziente rifiuta, dicendo che ha poco tempo libero, che preferisce passare interamente con il figlio.

Si decide di **aumentare paroxetina mesilato di 5 gocce al giorno, fino a 40 mg (40 gocce) al giorno**.

Il paziente torna dopo altre 3 settimane (**9 settimane dall'inizio del trattamento**) e riferisce di **stare completamente bene** e aver **ripreso tutte le sue attività**, comprese alcune che faceva con riluttanza anche prima dei primi attacchi di panico pienamente espressi. **Nega effetti collaterali**, salvo un leggero ritardo nei temi di eiaculazione, che tuttavia non lo disturba. **Non si rilevano sintomi maniacali e i sintomi di ansia e depressione sono completamente scomparsi**. Si decide pertanto di iniziare la graduale riduzione dell'alprazolam, togliendo una goccia al giorno, fino a sospensione.

Conclusioni

Il caso di Marco evidenzia come un trattamento integrato, basato su un antidepressivo a dose personalizzata (paroxetina mesilato) e un uso iniziale e limitato di benzodiazepine, possa essere efficace per un disturbo di panico con sintomi prevalentemente cognitivi e una depressione secondaria. Il supporto psicoterapeutico è di solito utile ma, in questo caso, è stato rifiutato dal paziente.

Bibliografia di riferimento

- Blier P, Gobbi G, Turcotte JE, et al. Mirtazapine and paroxetine in major depression: a comparison of monotherapy versus their combination from treatment initiation. *Eur Neuro-psychopharmacol* 2009;19:457-65. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2009.01.015>.
- Fagiolini A, Pinzi M, Koukouna D, et al. Psychopathology and psychopharmacology: which patients may benefit more from antidepressant oral drops than from antidepressant oral tablets? The case of paroxetine. *Journal of Psychopathology* 2025;31:18-24. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-N723>.
- Rapaport MH, Lydiard RB, Pitts CD, et al. Low doses of controlled-release paroxetine in the treatment of late-life depression: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2009;70:46-57. <https://doi.org/10.4088/jcp.06m02996>.
- Riassunto delle caratteristiche del prodotto - RCP. Paroxetina.
- Zhang D, Cheng Y, Wu K, et al. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *BMC Urol* 2019;19:2. <https://doi.org/10.1186/s12894-018-0431-7>
- Zhang B, Wang C, Cui L, et al. Short-Term Efficacy and tolerability of paroxetine versus placebo for panic disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Pharmacol* 2020;11:275. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00275>.

DAPAROX[®]
paroxetina 

Inquadra per RCP compresse

DAPAROX 20 mg
cpr rivestite con film,
confezione 28 compresse
Classe A-RR - PP: 7,50 €



Inquadra per RCP gocce

DAPAROX 33,1 mg/ml
gocce orali,
soluzione
Classe A-RR - PP: 20,47 €

