

Przedwczesny wytrysk - definicja, podział i współczesne możliwości terapeutyczne. Część I

Premature ejaculation – definition, classification and therapy. Part I

Piotr Gałęcki¹, Andrzej Depko², Kinga Bobińska¹, Joanna Mossakowska-Wójcik¹,
Małgorzata Ciosek¹, Joanna Mazur¹, Monika Talarowska¹

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Poradnia Seksuologiczna Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska

Streszczenie

Przedwczesny wytrysk (*prematureejaculation*, PE) obok zaburzeń erekcji (*erectiledysfunction*, ED) należy do najczęściej zgłaszanych przez mężczyzn dysfunkcji seksualnych. PE dotyczy mężczyzn z każdej z grup wiekowych i znacząco obniża jakość życia nie tylko mężczyzny, ale również jego partnerki. Pomimo dużego rozpowszechnienia w populacji ogólnej, zaburzenie to nie zostało do chwili obecnej dobrze poznane. Pacjenci niechętnie informują lekarzy o występujących u nich objawach, są przekonani o braku skutecznych środków leczenia, a lekarze rodzinni nie dysponują wystarczającą wiedzą na temat symptomów i dostępnych metod terapii. Oddziaływaniami terapeutycznymi powinien zostać objęty zarówno mężczyzna, jak i jego partnerka (dotyczy to głównie psychoterapii i psychoedukacji). Głównym celem terapii jest wydłużenie czasu śródpochwowej latencji wytrysku (*intravaginal ejaculation latency time*, IELT), uzyskanie kontroli nad ejakulacją oraz zwiększenie satysfakcji ze współżycia seksualnego u obojga partnerów. Do najbardziej efektywnych leków w terapii PE zalicza się trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI), w tym dapoksetynę, leki z grupy SARI (*serotonin antagonist and reuptake inhibitor*) oraz inhibitory fosfodiesterazy typu 5 (*phosphodiesterasetype 5 inhibitors*, PDE-5), a obok nich środki znieczulające miejscowo. Celem części pierwszej pracy jest charakterystyka, ocena rozpowszechnienia oraz przedstawienie współczesnych klasyfikacji PE. W części drugiej, autorzy zamieścili podstawowe zagadnienia związane z psychoterapią oraz obecnie dostępnym leczeniem biologicznym przedwczesnego wytrysku.

Słowa kluczowe: przedwczesny wytrysk, diagnoza, leczenie

Abstract

Premature ejaculation (PE) and erectile dysfunction (ED, impotence) are the two main complaints in male sexual medicine. It can affect men at all ages and has a serious impact on the quality of life for men and their partners. Although PE is a very common male sexual dysfunction, it is poorly understood. Patients are often unwilling to discuss their symptoms and many physicians do not know about effective treatments. Therapy should involve the man and his partner (mainly psychotherapy and sexual education). The primary aims of therapy are for the man to extend the intravaginal ejaculation latency time (IELT), to regain a sense of control over his ejaculation time and for him and his partner to feel satisfaction with sexual intercourse. The most effective therapies for PE are: tricyclic antidepressants, certain selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI, mainly dapoxetine), serotonin antagonist and reuptake inhibitor (SARI) and phosphodiesterase type 5 inhibitors (PDE-5), given on a daily basis or "on demand" before sexual activity. Topical anaesthetics have also been shown to be effective. The aim of the study is to describe the prevalence, the diagnosis and the classification of the PE. In the second part the main issues which are connected with biological therapy (pharmacotherapy) of the PE were described.

Keywords: premature ejaculation, diagnosis, treatment

Wstęp

Dysfunkcje seksualne są konsekwencją nieprawidłowości w przebiegu jednej, kilku lub wszystkich faz reakcji seksualnej (pożądania, podniecenia, orgazmu i odprężenia). W niektórych przypadkach towarzyszą one pacjentom od chwili rozpoczęcia współżycia seksualnego (tzw. dysfunkcje pierwotne) lub też ujawniają się po okresie prawidłowego funkcjonowania np. w następstwie stresującego wydarzenia lub w wyniku trudności interpersonalnych (tzw. dysfunkcje wtórne). Ich charakter może być uogólniony lub sytuacyjny

(gdy powiązane są z określonym typem stymulacji, sytuacją, czy partnerem). Wśród mężczyzn najczęściej polegają one na obniżeniu potrzeb seksualnych i/lub zaburzeniu przebiegu czynności seksualnych [1,2].

Definicja

Przedwczesny wytrysk (*premature ejaculation*, PE) należy do najczęstszych skarg zgłaszanych przez 35% do 40% mężczyzn leczonych z powodu zaburzeń seksualnych. Dotyczy wszystkich grup wiekowych [3,4,5]. Często współwystę-

puje z zaburzeniami erekcji (ZE), co utrudnia postawienie właściwej diagnozy (u 41% mężczyzn z ZE diagnozuje się PE, a wśród 30% badanych z PE obecne są ZE) [6]. W wielu przypadkach pacjenci niechętnie zgłaszają objawy tej dolegliwości i nie szukają pomocy u specjalistów. Chorzy przekonani są o braku skutecznych środków leczenia, a lekarze rodzinni nie dysponują wystarczającą wiedzą na temat symptomów i dostępnych metod terapii [7].

Pierwszej próby zdefiniowania PE dokonali w dwóch publikacjach (z 1908 roku i 1917 roku) psychoanalitycy Ferenczi oraz Abraham. Za przedwczesny wytrysk uznawali taki, który występuje w ciągu pół minuty po penetracji pochwy. Ich zdaniem zaburzenie to miało podłoże czysto psychologiczne, a za jedyną skuteczną metodę terapii uznawano psychoterapię psychoanalityczną [8]. W latach 70-tych XX wieku Masters oraz Johnson stwierdzili, że z PE mamy do czynienia, jeśli w ponad 50% stosunków płciowych mężczyzna nie potrafi pohamować ejakulacji do momentu, w którym partnerka osiągnie orgazm [9]. W kolejnych wydaniach DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) przyjmowano, że PE mężczyzna rozpoznaje sam. Nie brano jednak pod uwagę czasu w jakim następuje wytrysk. Wartość tej definicji okazała się mało wiarygodna, gdyż stwarzała ryzyko ustalenia zbyt wielu fałszywie dodatnich rozpoznań. Za punkt odcięcia nie przyjęto bowiem czasu w jakim pojawia się ejakulacja. Poniżej przedstawiono 4 wybrane, współczesne definicje przedwczesnego wytrysku (tabela 1).

Każda z przytoczonych definicji wskazuje na trzy objawy, które powinny być wzięte pod uwagę przy stawianiu rozpoznania PE: 1. czas ejakulacji, 2. niezdolność do jej odroczenia, 3. dystress spowodowany występującymi objawami oraz w konsekwencji 4. pogorszenie relacji z partnerką.

Epidemiologia

Oszacowanie występowania PE w populacji mężczyzn nie jest zadaniem łatwym z powodu braku jednolitej definicji tego zaburzenia. Opierając się na kryteriach DSM-IV ocenia się rozpowszechnienie PE na 20-30% [14], w tym typu pierwotnego PE na 2-5% [15]. Niektórzy autorzy uważają, że u 3 na 4 mężczyzn pojawi się przynajmniej jeden epizod PE w ciągu życia [16]. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych (respondenci w wieku 18-59 lat) występowanie PE określono na 28-55%, z najwyższym wskaźnikiem w grupie wiekowej pomiędzy 50 a 59r.ż. [17]. Dunn i wsp. [18] oceniali rozpowszechnienie PE na terenie Wielkiej Brytanii (od 14 do 31%), Spira i wsp. [19] na terenie Francji (15%, gdzie 5% i 10%), Basile i wsp. [20] we Włoszech (21%), a Fugl-Meyer i wsp. [21] w Szwecji (9% dla mężczyzn między 18 a 74r.ż.). Jak widać wskaźniki rozpowszechnienia PE w Europie są znacznie niższe niż w Stanach Zjednoczonych. Przyczyną może być jednak odmienny wybór narzędzia diagnostycznego oraz przyjęte kryteria postawienia rozpoznania w każdym z prezentowanych przypadków.

Etiologia

Do przyczyn dysfunkcji seksualnych zalicza się czynniki psychiczne, fizyczne oraz mieszane, będące

Tab. 1. Współczesne definicje przedwczesnego wytrysku

ICD-10	A. Spełnione ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej (F52) B. Niezdolność do opóźnienia wytrysku wystarczającego do zadowolenia z gry miłosnej, przejawiana jako którekolwiek z następujących: – występowanie wytrysku przed lub natychmiast po rozpoczęciu stosunku (jeśli jest wymagane określenie granicy czasu: przed lub do 15 sekund po rozpoczęciu stosunku, – wytrysk następuje w sytuacji wzwodu nie wystarczającego do umożliwienia stosunku) C. Problem nie powstaje w następstwie przedłużonego powstrzymywania aktywności seksualnej [10].
DSM-IV	Stałe lub nawracające występowanie ejakulacji podczas minimalnej stymulacji seksualnej, jeszcze przed wprowadzeniem członka do pochwy, w trakcie wprowadzania go lub zaraz po dokonaniu tej czynności, znacznie wcześniej niż satysfakcjonowałoby to mężczyzn, co doprowadza do wyraźnego złego samopoczucia i trudności interpersonalnych [11].
The Second International Consultation on Sexual and Erectile Dysfunction	Ejakulacja przy minimalnej stymulacji, występująca wcześniej niż jest pożądana przez partnerów, obecna przed lub zaraz po rozpoczęciu penetracji, będąca źródłem złego samopoczucia i dystressu, a nad którą pacjent ma niewielką (lub wcale) kontrolę [12].
International Society for Sexual Medicine (ISSM)	Dysfunkcja seksualna dla której typowa jest: ejakulacja (zawsze lub prawie zawsze) po penetracji trwającej poniżej lub około 1 minuty, niezdolność do odroczenia ejakulacji we wszystkich bądź prawie wszystkich przypadkach kontaktów seksualnych oraz negatywne konsekwencje psychologiczne: dystress, zakłopotanie, frustracja, unikanie kontaktów płciowych [13].

połączeniem dwóch poprzednich (około 75% wszystkich przypadków PE) [22]. Do pierwszej grupy zalicza się: słaby popęd, lęk, nieprawidłowe relacje z partnerem, niewielką wiedzę o kontaktach seksualnych, obawę przed brakiem zaspokojenia partnerki, fobię społeczną, brak wcześniejszych doświadczeń seksualnych [23,24].

Lęk jest uznawany za jedną z głównych przyczyn PE. Najczęściej jest on następstwem nieudanych uprzednich doświadczeń, molestowania seksualnego w przeszłości, czy obawy przed krytyką ze strony partnerki lub obawy przed przewidywanym niezaspokojeniem jej. Źródłem lęku poszukuje się również w cechach osobowości (intrawersja, skłonność do przeżywania poczucia winy, impulsywność, labilność emocjonalna, negatywne postawy wobec seksualności i własnej płci, nadmierna kontrola emocji, zaniżone poczucie własnej wartości, niewielki wgląd w przyczyny przeżywanych emocji), oraz w środowisku rodzinnym: nadmierny rygorizm wychowawczy, antyseksualna atmosfera, nieudane małżeństwo rodziców, żałoba po stracie rodzica, wrogość między członkami rodziny, problemy z porozumiewaniem się oraz zaburzona identyfikacja z rolami seksualnymi rodziców, niechęć rodziców do dziecka lub jego płci [25].

Trudno wskazać specyficzną dysfunkcję fizjologiczną, która mogłaby prowadzić do wystąpienia symptomów PE. Wśród przyczyn biologicznych w tej grupie zaburzeń warto wymienić: zmiany anatomiczne członka (np. krótkie wędzidełko, nadmierne rozgałęzienie nerwu grzbietowego), nadwrażliwość prącia, stany zapalne cewki moczowej i gruczołu krokowego, schorzenia organiczne ogólne (np. cukrzyca), neurologiczne, zaburzenia hormonalne (tarczyca), nadwagę, leki stymulujące seksualnie [26,27]. W ostatnim czasie pojawiła się również hipoteza mówiąca o dysregulacji receptorów 5-HT [12] oraz predyspozycji genetycznej (wg badań bliźniąt przeprowadzonych w Finlandii, PE stwierdzono u 28% badanych mężczyzn) [28,29]. Wytrysk przedwczesny często towarzyszy również zaburzeniom erekcji (ZE), co może nasilać objawy PE. Podkreśla się, że bez wpływu na PE pozostaje wiek (w odróżnieniu do ZE), status społeczno-ekonomiczny, pozostawanie w związku małżeńskim. Jednak znaczenie może mieć

wykształcenie (PE obserwowany jest częściej wśród mężczyzn z niższym poziomem wykształcenia) [3,14].

Klasyfikacje PE

W 1994 roku Waldinger i wsp. [30] wprowadzili pojęcie czasu śródpochwowej latencji wytrysku (*intravaginal ejaculation latency time, IELT*), czyli czasu jaki upływa od rozpoczęcia penetracji partnerki do wytrysku wewnątrz jej pochwy. Jednak jak sami autorzy podkreślają IELT nie jest wystarczającym wskaźnikiem pozwalającym na postawienie diagnozy PE. Przyjmuje się, że w przypadku indywidualnego subiektywnego szacowania IELT przez pacjentów (pomiar czasu) zarówno wskaźnik czułości jak i trafności wynoszą blisko 80%. W celu podniesienia skuteczności diagnozy zaleca się jednoczesną ocenę subiektywnego poczucia kontroli nad ejakulacją, stopnia zadowolenia ze współżycia (od 0 = bardzo niskie, do 4 = bardzo wysokie), poczucia dystresu oraz trudności interpersonalnych (od 0 = brak, do 4 = bardzo nasilone) [31].

Przedwczesny wytrysk można podzielić, podobnie jak pozostałe dysfunkcje seksualne, na nabyty (wtórny) oraz występujący od momentu rozpoczęcia współżycia (pierwotny) [32]. Istnieje także podział na PE uogólniony (niezależne od sytuacji i osoby partnerki) oraz sytuacyjny [12]. Waldinger i Schweitzer [33] zaproponowali odróżnienie przedwczesnego wytrysku uznawanego za pojedynczy objaw od zespołu objawów. Wykorzystując IELT można wyróżnić cztery podklasy PE (tabela 2). Zdaniem Waldingera, klinicznie najczęściej spotykane są typy 3 i 4 [34].

1. PE utrzymujący się przez całe życie (pierwotny)

PE występuje zbyt wcześnie podczas każdego stosunku płciowego i z (niemał) każdą partnerką. W 80% przypadków wytrysk następuje w ciągu 0,5-1 minuty lub (u 20%) pomiędzy 1 a 2 minutą po penetracji pochwy. PE występuje równie szybko przez całe życie, a nawet może nasilać się wraz z wiekiem. W sytuacji, gdy ejakulacja pojawia się jeszcze przed penetracją pochwy mówimy o tzw. wytrysku u progu.

Tab. 2. Klasyfikacja przedwczesnego wytrysku wg Waldingera i Schwaitzera [33]

	PE utrzymujące się przez całe życie (pierwotny)	Nabyte PE (wtórny)	Odmiana naturalnego PE	Zaburzenia wytrysku przypominające PE
Czas IELT	Bardzo krótki IELT (1-1,5 minuty)	Bardzo krótki lub krótki IELT	Prawidłowy IELT	Prawidłowy IELT
Przyczyny	Neurobiologiczne, genetyczne	Tło medyczne, psychologiczne	Odmiana stanu prawidłowego	Tło psychologiczne
Rozpowszechnienie	2-5%.	Raczej rzadkie		15-20%
Leczenie	Farmakoterapia, terapia wspierająca	Farmakoterapia, psychoterapia	Psychoterapia wspierająca, psychoedukacja	Psychoterapia

Tab. 3. Kwestionariusz diagnostyczny przedwczesnego wytrysku (*Premature Ejaculation Diagnostic Tool*) [38]

Kwestionariusz przeznaczony jest do oceny częstości występowania przedwczesnego wytrysku.
W przypadku, gdy nie zaobserwował Pan u siebie objawów przedwczesnego wytrysku również proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.
Proszę postawić znak (x) przy tej odpowiedzi, która w największym stopniu jest zgodna z Pana funkcjonowaniem.
Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź przy każdym z pytań.
Nie ma dobrych i złych odpowiedzi.
Ponieważ Pana doświadczenia mogą ulegać zmianie w różnych przedziałach czasu, proszę o uwzględnienie odpowiedzi, które najlepiej odzwierciedlają Pana funkcjonowanie.

Definicja: Ejakulacja dotyczy wytrysku nasienia występującego po penetracji pochwy partnerki.

Jak trudne jest dla Pana odsunięcie w czasie ejakulacji?	Wcale 0	Nieznacznie trudne 1	Średnio trudne 2	Trudne 3	Bardzo trudne 4
Czy ejakulacja występuje wcześniej niż Pan by chciał?	Nigdy lub prawie nigdy (0%) 0	Rzadziej niż w połowie przypadków (25%) 1	W blisko połowie przypadków (50%) 2	W ponad połowie przypadków (75%) 3	Zawsze lub prawie zawsze (100%) 4
Czy zdarza się ejakulacja przy bardzo małej stymulacji?	Nigdy lub prawie nigdy (0%) 0	Rzadziej niż w połowie przypadków (25%) 1	W blisko połowie przypadków (50%) 2	W ponad połowie przypadków (75%) 3	Zawsze lub prawie zawsze (100%) 4
Czy odczuwa Pan zdenerwowanie z powodu ejakulacji występującej wcześniej niż Pan by chciał?	Wcale 0	Nieznaczne 1	Średnio nasilone 2	Duże 3	Bardzo duże 4
W jakim stopniu Pana zdaniem przedwczesna ejakulacja jest przyczyną braku zaspokojenia partnerki?	Wcale 0	Nieznaczne 1	Średnio nasilone 2	Duże 3	Bardzo duże 4

2. Nabyta postać PE (wtórny)

PE pojawia się w pewnym okresie życia, a przed wystąpieniem pierwszych dolegliwości wytrysk jest prawidłowy. Przyczyną wystąpienia zespołu mogą być: zaburzenia ze strony układu moczowo-płciowego, zaburzenia wzwodu, zapalenia gruczołu krokowego, zaburzenia czynności tarczycy, problemy psychologiczne i niewłaściwe relacje z partnerką.

3. Odmiana naturalnego PE

PE nie jest wyrazem choroby czy zaburzeń psychicznych, lecz odmianą prawidłowej sprawności seksualnej. Epizody przedwczesnego wytrysku nie są stałe, występują nieregularnie.

4. Zaburzenia przypominające PE

Subiektywne wrażenie zbyt wczesnego wytrysku. Przejmowanie się wyobrażeniem wystąpienia PE lub

brakiem kontroli nad wytryskiem. Aktualna wartość IELT mieści się w granicach normy (7-25 minut).

Należy podkreślić, że PE jest zjawiskiem normalnym u młodych mężczyzn, podczas ich pierwszych kontaktów seksualnych. Może również powracać w trakcie inicjowania kontaktów z nową partnerką. Z wiekiem okres latencji wytryskowej wydłuża się i problem PE stopniowo zanika. Przy rozpoznawaniu tego zaburzenia należy wziąć pod uwagę wiek pacjenta oraz okoliczności i częstotliwość odbywania stosunków seksualnych (znaczna grupa pacjentów jest bowiem w stanie odroczyć w czasie orgazmu podczas masturbacji), a także nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Powtarzające się wytryski przedwczesne mogą doprowadzić do unikania kontaktów seksualnych, zaburzeń wzwodu lub nawet niechęci do seksu. Stan taki prowadzi do spadku subiektywnie ocenianej jakości życia, konfliktów z partnerką, spadku aktywności zawodowej, co w konsekwencji może spowodować

wać uzależnienie. Kryzysy małżeńskie nasilają PE, a jego objawy nie pozostają bez wpływu na satysfakcję seksualną partnerki [34,35,36].

Diagnoza

Ocena występowania PE powinna być wynikiem szczegółowej analizy historii medycznej pacjenta oraz jego dotychczasowych doświadczeń seksualnych [37]. Nie dysponujemy specjalistycznymi narzędziami pozwalającymi na postawienie jednoznacznej, trafnej diagnozy [22]. Badanie podstawowe powinno wykluczyć choroby układu krążenia, choroby układu endokrynologicznego oraz zmiany neurologiczne mogące leżeć u podłoża PE lub z nim współwystępować. Testy laboratoryjne stosuje się jeżeli taka konieczność wynika z badania fizykalnego oraz historii medycznej pacjenta. Jednym z dwóch dostępnych narzędzi pozwalających na obiektywną ocenę występowania PE jest Kwestionariusz diagnostyczny przedwczesnego wytrysku (*Premature Ejaculation Diagnostic Tool*) (tabela 3). Jest to 5 punktowy kwestionariusz oparty na badaniach populacyjnych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Niemczech oraz w Hiszpanii. Pozwala na ocenę poczucia kontroli nad wytryskiem, minimalnego poziomu stymulacji potrzebnej do ejakulacji, odczuwanego poziomu dystresu oraz obecności trudności interpersonalnych będących wynikiem PE [38].

Piśmiennictwo

- Schulman C., Lunenfeld B. The aging male. *Endocrinology*, 2002; 9: 112-127.
- Vermeulen A. Andropause. *Maturitas*, 2000; 34: 5-15.
- Porst H., Montorsi F., Rosen R.C., Gaynor L., Grupe S., Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur. Urol.*, 2007; 51: 816-824.
- Patrick D.L., Althof S.E., Pryor J.L., Rosen R., Rowland D.L., Ho K.F., McNulty P., Rothman M., Jamieson C. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J. Sex. Med.*, 2005; 2: 358-367.
- Giuliano F., Patrick D.L., Porst H., La Pera G., Kokoszka A., Merchant S., Rothman M., Gagnon D.D., Polverejan E. Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. *Eur. Urol.*, 2008; 53: 1048-1057.
- Nicolosi A., Laumann E.O., Glasser D.B., Moreira E.D. Jr, Paik A., Gingell C., Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Urology*, 2004; 64: 991-997.
- Rosenberg M.T., Sadovsky R. Identification and diagnosis of premature ejaculation. *Int. J. Clin. Pract.*, 2007; 61(6): 903-908.
- Waldinger M.D. Premature ejaculation. *Primary Psychiatry*, 2007; 14(2): 58-64.
- Masters W., Johnson V. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown and Company; 1970.
- International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Ed. Geneva: World Health Organization; 1994.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-fourth edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- McMahon C.G., Abdo C., Incrocci L., Perelman M., Rowland D., Waldinger M., Xin Z.C. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J. Sex. Med.*, 2004; 1(1): 58-65.
- McMahon C.G., Althof S.E., Waldinger M.D., Porst H., Dean J., Sharlip I.D., Adaikan P.G., Becher E., Broderick G.A., Buvat J., Dabees K., Giraldo A., Giuliano F., Hellstrom W.J., Incrocci L., Laan E., Meuleman E., Perelman M.A., Rosen R.C., Rowland D.L., Segraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J. Sex. Med.*, 2008; 5(7): 1590-1606.
- Laumann E.O., Nicolosi A., Glasser D.B., Paik A., Gingell C., Moreira E., Wang T. GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int. J. Impot. Res.*, 2005; 17(1): 39-57.
- Patrick D.L., Althof S.E., Pryor J.L., Rosen R., Rowland D.L., Ho K.F., McNulty P., Rothman M., Jamieson C. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J. Sex. Med.*, 2005; 2(3): 358-367.
- McMahon C.G. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride. *Int J Impot Res*, 1998; 10: 181-184.
- Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 1999; 281(6): 537-544.
- Dunn K.M., Croft P.R., Hackett G.I. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam. Pract.*, 1998; 15(6): 519-524.
- Spira A., Bajos N., Giami A., Michaels S. Cross-national comparisons of sexual behavior surveys-- methodological difficulties and lessons for prevention. *Am. J. Public Health*, 1998; 88(5): 730-731.
- Basile Fasolo C., Mirone V., Gentile V., Parazzini F., Ricci E. Premature ejaculation: prevalence and associated conditions in a sample of 12,558 men attending the andrology prevention week 2001-a study of the Italian Society of Andrology (SIA). *J. Sex. Med.*, 2005; 2(3): 376-382.
- Fugl-Meyer A.R., Sjogren Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scan. J. Sexol.*, 1999; 2: 79-105.
- Kendirci M., Salem E., Hellstrom W.J.G. Dapoxetine, a novel selective serotonin transport inhibitor for the treatment of premature ejaculation. *Ther. Clin. Risk Manag.*, 2007; 3(2): 277-289.
- Derogatis L.R. Clinical and research evaluations of sexual dysfunctions. *Adv. Psychosom. Med.*, 2008; 29: 7-22.
- Porst H., Vardi Y., Akkus E., Melman A., Park N.C., Seftel A.D., Teloken C., Wyllie M. Standards for clinical trials in male sexual dysfunctions. *J. Sex. Med.*, 2010; 414-444.
- Linton K.D., Wyllie K.R. Recent advances in the treatment of premature ejaculation. *Drug Des. Devel Ther.*, 2010; 4: 1-6.
- Zhang H., Zhang C., Li X., Fu Z., Chen Z. Dorsal penile nerves and primary premature ejaculation. *Chin. Med. J.*, 2009; 122(24): 3017-3019.
- Wespes E., Amar E., Eardley I., Giuliano F., Hatzichristou D., Hatzimouratidis K., Montorsi F., Vardi Y. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Association of Urology*, 2010.
- Waldinger M.D., Rietschel M., Nöthen M.M., Hengeveld M.W., Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatr. Genet.*, 1998; 8(1): 37-40.
- Jern P., Santtila P., Witting K., Alanko K., Harlaar N., Johansson A., von der Pahlen B., Varjonen M., Vikström N., Algars M., Sandnabba K. Premature and delayed ejaculation genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *J. Sex. Med.*, 2007; 4: 1739-1749.

30. Waldinger M.D., Hengeveld M.W., Zwinderman A.H. Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am. J. Psychiatry*, 1994; 151(9): 1377-1379.
31. Rosen R.C., McMahon C.G., Niederberger C., Broderick G.A., Jamieson C., Gagnon D.D. Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners. *J. Urol.*, 2007; 177(3): 1059-1064.
32. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *J. Urol.*, 1943; 50: 374.
33. Waldinger M.D., Schweitzer D.H. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part I-validity of DSM-IV-TR. *J. Sex. Med.*, 2006; 3(4): 682-692.
34. Waldinger M.D., Schweitzer D.H. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSMV. *J. Sex. Med.*, 2008; 5(5): 1079-1087.
35. Byers E.S., Grenier G. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Arch. Sex. Behav.*, 2003; 32(3): 261-270.
36. Sharlip I. Diagnosis and treatment of premature ejaculation: the physician's perspective. *J. Sex. Med.*, 2005; 2(Suppl 2): 103-109.
37. Shabsigh R. Diagnosing premature ejaculation: a review. *J. Sex. Med.*, 2006; 3(Suppl 4): 318-323.
38. Symonds T., Perelman M., Althof S., Giuliano F., Martin M., Abraham L., Crossland A., Morris M., May K. Further evidence of the reliability and validity of the premature ejaculation diagnostic tool. *Int. J. Impot. Res.*, 2007; 19(5): 521-525.

Correspondence address

Monika Talarowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź
Tel.: 42 652-12-89, Fax.: 42 640-50-58
e-mail: talarowskamonika@wp.pl