



Disturbi della sfera sessuale

Le sempre più disinvolute e numerose informazioni sul sesso che ci giungono attraverso la carta stampata, la radio, la televisione ed il cinema hanno, oggi, raggiunto livelli tali da superare a volte la soglia della saturazione. Ma tale esplosione dell' informazione su argomenti sessuali sembra, paradossalmente, contrastare, in particolare nel nostro Paese, con una diffusa disinformazione che spesso si associa a ritrosia a parlare pubblicamente di ciò che viene considerata una propria esperienza privata, molto personale, da difendere dalle altrui indiscrezioni o, in certi casi, quando esibita, da manipolare per renderla più socialmente approvabile con riferimento a certi standard più ideali che reali.

Tale atteggiamento verso il sesso, incide non poco su buona parte dei disturbi sessuali che verranno trattati in queste pagine.

Quando si parla di disturbi sessuali si fa riferimento ad uno o più comportamenti sessuali disturbati, disadattivi, comportamenti cioè che, per vari motivi, non consentono il raggiungimento esclusivo del piacere, scopo del rapporto sessuale.

Alcuni dei disturbi della sessualità possono avere una causa organica in quanto dipendono da malattie di competenza medica, anche se, molte volte, sulla base organica si innestano problematiche di natura psicologica tanto che solitamente trattasi di patologie miste che nella pratica clinica richiedono la collaborazione tra psicoterapeuti, urologi e ginecologi.

Altri disturbi, invece, sono esclusivamente psicosessuali e hanno a che fare con il funzionamento cognitivo (ragionamenti, pensieri, immagini, aspettative) emozionale e comportamentale. In questo articolo verranno considerati i soli disturbi psicogeni o psicosessuali che, d'altra parte, sono i più diffusi.

Prima di presentare i vari disturbi psicosessuali può essere utile cercare di comprendere i meccanismi che portano all'instaurarsi ed al successivo mantenimento di una disfunzione sessuale. A tal fine cerchiamo di immaginare il comportamento di una donna e di un uomo mentre stanno facendo l'amore il cui scopo, secondo il modello di riferimento qui riportato, è il raggiungimento del piacere in modo esclusivo. Entrambi i partner dunque cercano solamente il piacere e non un piacere a condizione di qualcos'altro, inoltre, il piacere ricercato da entrambi per essere completo non può ridursi solamente a quello di tipo orgasmico, ma allargarsi a tutta una gamma di percezioni piacevoli, tra cui il guardarsi, l'annusarsi, il toccarsi, dove sono coinvolti i sensi interni ed esterni. Se a ciò ognuno dei partners aggiunge anche i suoi pensieri, immagini aspettative ed emozioni, ovviamente positive, l'esperienza del piacere diventa allora un'esperienza integrata in cui non c'è spazio per confronto, manipolazione e competizione che





riducono se non distruggono il piacere esclusivo.

Secondo il modello di riferimento qui presentato il rapporto sessuale consiste in un'esperienza integrata, in cui si mescolano tra loro elementi cognitivi, emozionali e comportamentali, e tale esperienza deriva in parte dalla nostra struttura biologica e in parte da esperienze sviluppate in base all'educazione ricevuta (casa, scuola, parrocchia). Pertanto gran parte di ciò che avviene durante il rapporto sessuale non è casualità o pura improvvisazione, ma comporta pensieri, conoscenze, abilità sociali che sono state apprese durante un percorso caratterizzato da alcune esperienze significative che si sono verificate soprattutto durante l'età evolutiva. Ne deriva che il modo di funzionare sessualmente, quindi la stessa eventuale sessualità disturbata, è un comportamento appreso, mantenuto dall'ansia e dalle situazioni ambientali. Dal momento che il comportamento sessuale è in larga misura appreso può, se disturbato, essere modificato attraverso un processo di riapprendimento. A tale modello, che si basa sulla psicologia dell'apprendimento, fanno riferimento quelle psicoterapie sessuali che si propongono il disapprendimento di una sessualità disturbata ed un riapprendimento di comportamenti sessuali adeguati e funzionali che permettano al paziente di provare solamente piacere e condividerlo assieme all'altro.

Prima del 1970 tutti i disturbi sessuali erano divisi in due categorie di base: impotenza e frigidità. Oggi si diagnostica invece una vasta gamma di disturbi che per loro caratteristiche si possono raggruppare in cinque categorie.

La prima, grande categoria fa riferimento alla dinamica processuale del rapporto sessuale dove due partners si incontrano per una piacevole esperienza integrata, secondo la modalità sopra descritta. Vedremo infatti come buona parte dei disturbi sessuali tra i più diffusi si relaziona alle varie fasi che compongono l'esperienza del rapporto sessuale visto processualmente come qualcosa che ha un'inizio ed una fine tra loro collegate.

Dal punto di vista fisiologico si conviene (Master, Johnson, Kaplan) a vedere il rapporto sessuale come un processo caratterizzato da cinque fasi temporali (curva di Master e Johnson della risposta sessuale), tutte necessarie per "fare bene l'amore". La prima di queste riguarda il desiderio (fase appetitiva), purtroppo spesso trascurata quando si fa l'amore contro voglia o per far piacere a qualcuno. La fase appetitiva è seguita da quella dell'eccitazione, effetto del desiderio, che, con il passare degli anni, diventa sempre più l'effetto fisiologico di opportune stimolazioni. La fase dell'eccitazione corrisponde all'erezione nel maschio e alla lubrificazione vaginale nella femmina. All'eccitazione segue poi, nella dinamica del rapporto, la fase del plateau che consiste in uno stato di massima eccitazione. La fase successiva a quella della massima eccitazione è quella orgasmica che comporta l'attivazione automatica di processi muscolari, là dove le precedenti fasi si caratterizzavano per l'attivazione di processi vascolari. L'orgasmo è una risposta riflessa raramente controllata dove nell'uomo si distinguono due momenti, quello dell'emissione del liquido spermatico alla base dell'uretra e quello successivo, della conseguente, inevitabile, eiaculazione. Nella donna i meccanismi non sono così fisiologicamente chiari come nell'uomo e spesso





l'orgasmo viene scambiato con il plateau. D'altra parte dobbiamo considerare che il primo studio sull'orgasmo femminile in laboratorio risale appena alla fine degli anni Cinquanta!

La quinta ed ultima fase del rapporto sessuale è quella della risoluzione che per l'uomo si allunga con l'aumentare dell'età tanto che , per fare un esempio, se a 30 anni può essere di mezz'ora a 80 si dovrà attendere anche 24 ore prima di essere pronti per un nuovo rapporto sessuale.

Ora, evidenziate brevemente le cinque fasi caratterizzanti la dinamica del rapporto sessuale, è arrivato il momento di passare in rassegna i disturbi sessuali che a tali fasi si correlano.

Alla prima fase appetitiva si associano tre disturbi del desiderio: basso desiderio o desiderio sessuale inibito, avversione sessuale, desiderio eccessivo. Il basso desiderio sessuale si riferisce ad una mancanza di desiderio spontaneo verso il sesso: un paziente con basso desiderio sessuale può comunque soddisfare il desiderio di attività sessuale del proprio partner, anche se per lui tale esperienza può essere indifferente e non particolarmente gratificante, mentre il paziente con avversione sessuale si oppone a qualsiasi esperienza sessuale con il partner in quanto tale attività produce soltanto emozioni negative. Nel caso poi di eccessivo desiderio il problema è solo apparentemente sessuale: solitamente si tratta di un disturbo d'ansia tanto che lo scopo del rapporto sessuale non è quello dell'ottenimento del piacere, ma quello della riduzione di un alto livello d'ansia .

Alla fase successiva, quella dell'eccitazione, si associano nell'uomo, il disturbo di disfunzione erettiva, altrimenti detto impotenza, mentre il disturbo di eccitazione nella donna è comunemente noto con il nome di frigidity. Per quanto riguarda l'uomo la valutazione psicologica del disturbo va effettuata escludendone l'eventuale danno organico che caratterizza l'impotenza congenita per cui in nessun momento della sua vita il paziente ha sperimentato l'erezione: Nella maggior parte dei casi, comunque, si tratta di impotenza cosiddetta situazionale che si manifesta in certi momenti o con certe partners. Nella frigidity l'elemento fisiologicamente caratterizzante è l'assenza di lubrificazione vaginale, che a livello psicologico non sempre corrisponde a mancanza di eccitazione tanto che certe pazienti pur sperimentando sensazioni di piacere sessuale mancano di lubrificazione, mentre altre sperimentano la risposta fisiologica di vasocongestione, ma non provano eccitazione.

Nella fase orgasmica si riscontrano nell'uomo tre generi di disturbi (eiaculazione impossibile, eiaculazione ritardata ed eiaculazione precoce; la donna, invece può accusare il disturbo dell'orgasmo precoce e quello di mancanza d'orgasmo. I pazienti che lamentano eiaculazione ritardata evidenziano difficoltà a lasciarsi andare, mentre quelli affetti da eiaculazione precoce, che sono i più numerosi, si caratterizzano per l'uscita del liquido spermatico prima, durante, o poco dopo la penetrazione. Tale disturbo può essere situazionale, cioè manifestarsi solo con certe partners, oppure manifestarsi in certi periodi della vita (eiaculazione precoce intermittente). Difficile è nella donna la diagnosi di orgasmo precoce cui segue solitamente fastidio nella





continuazione del rapporto. Per quanto riguarda l'altro disturbo femminile associato alla fase orgasmica, la mancanza o inibizione dell'orgasmo nella donna, comunemente detta anorgasmia, viene considerata primaria nel caso in cui la paziente non abbia mai avuto in vita sua un'esperienza ritmica con un inizio ed una fine, diversa dal massimo piacere, mentre l'anorgasmia cosiddetta secondaria va riferita alla mancanza di esperienza orgasmica con il partner attuale, mentre si parla di anorgasmia situazionale quando si raggiunge l'orgasmo solo con la masturbazione. Inoltre a sfatare molti pregiudizi e fantasie su tale disturbo sessuale, secondo l'attuale modello neurofisiologico, quasi tutte le donne possono raggiungere l'orgasmo con la stimolazione sufficientemente prolungata del clitoride prodotta dal pene muovendosi in vagina (orgasmo clitorideo), mentre di queste circa il 60% possono raggiungere l'orgasmo coitale. Infine, certe donne raggiungono l'orgasmo solo con fantasie erotiche. Nella valutazione clinica di una lamentata disfunzione orgasmica va sempre considerato il disfunzionamento sessuale di entrambi i partners per evitare che un'eventuale inibizione orgasmica femminile o la non sincronizzazione dell'eccitazione nel rapporto possano essere addebitate all'eiaculazione precoce del maschio. Infatti motivi socio-culturali portano più a premere sugli uomini affinché durante il rapporto soddisfino le donne che non viceversa per cui si è più facilmente propensi a vedere nel mancato controllo orgasmico una disfunzione eiaculatoria piuttosto che un problema solo o anche del partner femminile.

Fin qui le disfunzioni sessuali associate alle fasi del rapporto. Tra i disturbi sessuali femminili che non hanno nulla a che fare con le cinque fasi del rapporto sessuale si considerano le cosiddette fobie sessuali. Diagnosticamente le fobie rientrano tra i disturbi d'ansia e consistono in una forma particolare di paura non controllata, sproporzionata alla situazione e caratterizzata dall'evitamento della situazione temuta. Nel caso particolare di fobie sessuali la paura eccessiva, da cui l'evitamento, riguarda l'accettazione del pene in vagina. Si fa qui riferimento a due tipi di disturbi. Il primo prende il nome di dispareunia e trattasi di rapporto sessuale doloroso durante o dopo la penetrazione, spesso come diretta conseguenza di un patologia organica, anche se non si esclude che possano concorrere fattori psicologici. L'altro disturbo, molto più diffuso e più tipicamente fobico riguarda l'impossibilità per l'uomo di entrare in vagina del partner perché i due muscoli dell'ostio vaginale sono molto resistenti. Tale disturbo prende il nome di vaginismo dove una forte componente è costituita dall'ansia anticipatoria. Come per l'anorgasmia, anche qui, nella valutazione psicologica della paziente disturbata si distingue, ai fini di un efficace intervento terapeutico, un vaginismo primario (da sempre), un vaginismo secondario ed un vaginismo situazionale. Questo diffusissimo problema psicosessuale è responsabile della maggior parte di matrimoni non consumati e spesso la intensa paura che porta all'evitamento del rapporto è dovuta a disinformazione di tipo anatomico ("come è fatto") e fisiologico ("come funziona") sull'apparato genitale sia femminile sia e maschile.





Altri disturbi sessuali, non collegabili alle fasi del rapporto fanno riferimento a sensi di inadeguatezza per il proprio aspetto fisico, per misura e forma dei propri organi sessuali e per le prestazioni sessuali tanto da incidere sull'eventuale rapporto e sulla stessa relazione sessuale. Altri si riferiscono all'esperienza di disagio collegato a modalità di conquiste sessuali ripetute di una successione di partners che giocano il ruolo di oggetti da utilizzo (dongiovannismo o sindrome del Don Giovanni e ninfomania) dove la persona, probabilmente con caratteristiche narcisiste di personalità, maschera il timore di intimità ed empatia. Altri disturbi ancora riguardano uno sperimentato disagio per il proprio orientamento sessuale. E a tale disagio fa diretto riferimento, a i fini diagnostici, l'attrazione sessuale esclusiva o predominante, per persone dello stesso sesso, con o senza relazione fisica. Non è, si badi, l'omosessualità di per sé considerata comportamento disturbato, diversamente da ciò che fino a poco tempo fa si pensava, ma è il marcato e persistente disagio del paziente di provare continua eccitazione omosessuale ad essere classificato come omosessualità egodistonica tra i disturbi sessuali. A tale problema si possono collegare i disturbi di identità di genere, quelli cioè che si riferiscono alla consapevolezza del proprio sesso di appartenenza. Tali disturbi, quando si manifestano, nella grande maggioranza dei casi, iniziano ad apparire durante la fanciullezza sottoforma di senso di estraneità, con persistente e marcato disagio, nei riguardi del proprio sesso anatomico e desiderio intenso di essere di sesso opposto. Se ,poi a queste caratteristiche si aggiunge pure una persistente preoccupazione, per almeno due anni, di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali ed acquisire quelle dell'altro sesso, allora la diagnosi che in tal caso viene fatta è di transessualismo. Altri disturbi dell'identità di genere riguardano pazienti adulti con comportamenti di travestimento a carattere temporaneo.

Infine un'ultima categoria di disturbi sessuali ci rimanda alle deviazioni sessuali diagnosticate con il nome di parafilie. Le parafilie sono disturbi della preferenza sessuale e consistono nel ritenere indispensabili per la propria eccitazione sessuale fantasie o atti insoliti e anche bizzarri che, comunque, deviano dall'atto sessuale secondo il modello di riferimento inizialmente illustrato. Tali fantasie o atti possono essere riferiti ad oggetti (tipo articoli di abbigliamento, orine, feci, immondizie o altro) ad animali (zoofilia) oppure riguardano la sofferenza propria e/o del proprio partner, a volte non sempre consenziente (masochismo e sadismo sessuale). Infine tali atti possono venire indirizzati verso persone non consenzienti ed allora tali disturbi acquistano rilevanza legale come nel caso dell'esibizionismo, froterismo, pedofilia, coprolalia telefonica, tanto per citarne alcuni dei più diffusi. Può associarsi al sadismo sessuale lo stupro, episodio ad alta frequenza e solitamente sottostimato. Infatti certi stupratori si eccitano per il dolore provato dalle loro vittime, certi altri, i più numerosi, vengono invece eccitati dall'aver costretto con la forza una persona non consenziente ad accettare un rapporto sessuale, ma non si eccitano osservando la sofferenza della vittima.

A proposito delle vittime femminili di stupro ci si permette di avanzare una serie di considerazioni in base ad alcuni dati anatomofisiologici dell'organo sessuale femminile.





L'evidenza clinica attesta l'elevata resistenza all'apertura dei due muscoli dell'ostio vaginale tanto che la penetrazione risulta di fatto difficile, si pensi, ad esempio, che per raggiungere, al 90% dei casi, un rilassamento dei muscoli vaginali per favorirne l'apertura a pazienti collaboranti affette da vaginismo, necessitano almeno 10 sedute psicoterapeutiche. Tale constatazione induce a formulare tre ipotesi sulla donna che cede all'aggressione sessuale. La prima ipotesi possibile è che la donna, in balia dell'evento stressante, cede in quanto per lo choc subito perde il controllo che disorienta i tenaci sistemi di difesa muscolare. Una seconda ipotesi potrebbe essere che, consentendo la penetrazione, la vittima punta su una soluzione rapida della situazione stressante, per poi, al più presto, riprendere nuovamente il controllo. Sempre a titolo ipotetico, e senza presumere generalizzazione a tutte le vittime di stupro, si può avanzare l'idea, più verosimile per una certa categoria di donne, che masochisticamente l'aggressione sessuale è vissuta come fonte di piacere.

Questo articolo, dopo aver illustrato le peculiarità di un rapporto sessuale appagante e delineato le cause possibili che portano al rapporto disfunzionale, ha passato brevemente in rassegna i disturbi sessuali più diffusi raggruppandoli in categorie. Si è visto che quelli che più assumono la forma di disfunzioni si inseriscono nelle fasi del processo che caratterizza l'atto sessuale. Sono state poi evidenziate le fobie sessuali. In un altro gruppo hanno trovato collocazione i disturbi relativi ad esperienze di insoddisfazione e di intenso disagio tra cui sono assimilabili i disturbi di identità di genere. Una categoria a parte, distinta dalle precedenti, riguarda, come in fine si è visto, le più comuni deviazioni sessuali.

Per tutti i disturbi citati, oggi, dopo un'adeguata valutazione clinica non solo focalizzata alla disfunzione sessuale, si può far ricorso a procedure di intervento psicoterapeutico anche piuttosto brevi con risultati efficaci e durevoli nel tempo, soprattutto nel caso di utilizzo di quelle procedure terapeutiche basate sui principi dell'apprendimento, tipici della psicoterapia comportamentista. Infine, per tanti disturbi, un aspetto significativo riguarda una corretta informazione scientifica ed educazione sessuale da somministrare anche sotto forma di biblioterapia e films didattici, oltre che attraverso alcune sedute di counselling psicologico, per la demistificazione di miti e di credenze irrazionali sul sesso.

Dr Paolo G. Zucconi
Psicologo clinico e Psicoterapeuta
STUDIO DI PSICOLOGIA CLINICA
UDINE-V.LE VENEZIA 291-TEL. 0432/233006





DISFUNZIONI DELLA SFERA SESSUALE MASCHILE E FEMMINILE

Le sempre più numerose e disinvolute informazioni sul sesso che ci giungono attraverso la carta stampata, la radio, la televisione ed il cinema hanno, oggi, raggiunto livelli tali da superare a volte la soglia della saturazione. Ma tale esplosione dell'informazione su argomenti sessuali sembra, paradossalmente, contrastare, in particolare nel nostro Paese, con una diffusa disinformazione che innesca vergogna quando si tratta di parlare pubblicamente di ciò che viene considerata una propria "esperienza privata", molto personale, da difendere dalle altrui invadenze; in altri casi, invece, si riscontra che l'esibizione pubblica delle proprie esperienze sessuali porta alla costruzione di storie fantastiche con standard di prestazione più ideali che reali.

Tali atteggiamenti verso il sesso, effetto dell'educazione ricevuta e dell'ambiente in cui si è vissuti, incidono non poco sul comportamento sessuale favorendo il sorgere di diversi comportamenti disturbanti, disadattivi, che, per vari motivi, non consentono il raggiungimento esclusivo del piacere, scopo del rapporto sessuale.

Alcuni dei disturbi della sessualità possono avere una causa organica in quanto dipendono da malattie di competenza medica, anche se, molte volte, sulla base organica si innestano problematiche di natura psicologica tanto che solitamente trattasi di patologie miste che nella pratica clinica richiedono la collaborazione tra psicoterapeuti, urologi e ginecologi.

La maggior parte dei disturbi, invece, sono solo psicogeni o psicosessuali, sono cioè di esclusiva competenza dello psicoterapeuta e hanno a che fare con schemi mentali (solitamente ragionamenti erronei, pensieri irrazionali, immagini distorte, aspettative irrealistiche), emozioni assenti, o troppo intense, e comportamenti disadattivi della persona.

In questo articolo, il lettore non troverà trattati tutti i disturbi psicosessuali, ma verranno qui prese in considerazione le sole disfunzioni sessuali che, d'altra parte, sono i disturbi più diffusi tra la popolazione. Si tratta di una serie di problemi, sia maschili sia femminili, che si riscontrano durante l'attività sessuale con il partner ed alterano o le sensazioni soggettive dell'esperienza sessuale e/o le prestazioni della persona.

Per facilitare l'individuazione e la trattazione di tali disturbi si consideri il rapporto sessuale dal punto di vista fisiologico come una piacevole esperienza processuale che avviene in cinque fasi per cui si inizia con il desiderio (I fase), segue l'eccitazione (II fase), poi la massima eccitazione o plateau (III fase), quindi l'orgasmo (IV fase) ed infine la risoluzione (V fase), dove ogni fase richiede un certo modo di funzionare da parte di entrambi i partners per poter raggiungere insieme solamente piacere, nulla più.





Pertanto il primo gruppo di disturbi che qui verranno presentati riguarda le disfunzioni del desiderio sessuale (prima fase): quando questo diminuisce, manca oppure è troppo elevato il rapporto non funziona bene. Ci può essere un basso desiderio sessuale (o desiderio sessuale inibito) in cui il paziente può comunque soddisfare il desiderio di attività sessuale del proprio partner, anche se per lui tale esperienza può essere indifferente e non particolarmente gratificante, mentre il paziente con avversione sessuale si oppone a qualsiasi esperienza sessuale con il partner in quanto tale attività produce soltanto emozioni negative. Nel caso poi di eccessivo desiderio il problema è solo apparentemente sessuale: solitamente si tratta di un disturbo d'ansia tanto che lo scopo del rapporto sessuale non è quello dell'ottenimento del piacere, ma quello della riduzione di un alto livello d'ansia.

Durante la fase dell'eccitazione, si può riscontrare nell'uomo, il disturbo di disfunzione erettiva (altrimenti detto impotenza) mentre la donna non funziona bene quando, in questa fase, manca o la lubrificazione vaginale (risposta fisiologica) o l'eccitazione (risposta psicologica): in tali casi tale disfunzione femminile prende il nome di frigidità. Per quanto riguarda l'uomo, nella valutazione psicologica del disturbo va accertata innanzi tutto l'assenza di eventuale danno organico caratterizzante l'impotenza congenita, quella per cui in nessun momento della sua vita il paziente ha sperimentato l'erezione. Nella maggior parte dei casi psicologicamente trattati, comunque, si tratta di impotenza cosiddetta situazionale che si manifesta in certi momenti della vita della persona o solo con certe partners.

Nella fase orgasmica l'uomo può avere tre generi di disturbi: eiaculazione impossibile, eiaculazione ritardata ed eiaculazione precoce. I pazienti che lamentano eiaculazione ritardata evidenziano difficoltà a lasciarsi andare, mentre quelli affetti da eiaculazione precoce, che sono i più numerosi, si caratterizzano per l'uscita del liquido spermatico prima, durante, o poco dopo la penetrazione. Tale disturbo può essere situazionale, cioè manifestarsi solo con certe partners, oppure manifestarsi in certi periodi della vita (eiaculazione precoce intermittente). Tenendo conto dell'alta percentuale delle lamentele su un disturbo di potenziale deterioramento, se non compromissione, di relazione di coppia, durante la visita psicologica richiesta per una disfunzione orgasmica maschile diventa opportuno considerare il funzionamento sessuale di entrambi i partners per evitare che un'eventuale inibizione orgasmica femminile o anche la non sincronizzazione dell'eccitazione durante il rapporto possano essere addebitate all'eiaculazione precoce del maschio. Infatti motivi socio-culturali portano più a premere sugli uomini affinché durante il rapporto soddisfino le donne che non viceversa per cui si è più facilmente propensi a vedere nel mancato controllo orgasmico una disfunzione eiaculatoria piuttosto che un problema solo, o anche, del partner femminile.

Durante la fase orgasmica nella donna i meccanismi non sono così fisiologicamente chiari come nell'uomo e spesso l'orgasmo viene dalla donna scambiato con il plateau, d'altra parte dobbiamo anche considerare che il primo studio sull'orgasmo femminile in laboratorio risale appena alla fine degli anni Cinquanta! Ciò considerato anche dal





momento che nella donna non avviene nulla di così evidente come si nota nell'uomo (fenomeno eiaculatorio) tale fase può non ritenersi così necessaria per la ricerca del piacere esclusivo come lo sono invece le precedenti. Comunque nella fase orgasmica la donna può lamentare il disturbo dell'orgasmo precoce, di difficile diagnosi, cui segue solitamente fastidio nella continuazione del rapporto, oppure quello di mancanza d'orgasmo. Nel caso di mancanza o d'inibizione dell'orgasmo femminile, (anorgasmia), la pratica clinica, al fine di predisporre le più efficaci strategie di intervento, richiede la massima collaborazione da parte della paziente nella valutazione del suo problema. Si tratta tra l'altro di capire se in passato si sono avute o meno esperienze ritmiche diverse dal massimo piacere con partner o senza l'aiuto del partner, così da poter diagnosticare se la lamentata anorgasmia è di tipo primario, secondario o situazionale. Per sfatare molti pregiudizi, fantasie e falsi miti sul tanto discusso orgasmo femminile può essere utile sapere che secondo l'attuale modello neurofisiologico quasi tutte le donne possono raggiungere l'orgasmo con la stimolazione sufficientemente prolungata del clitoride prodotta dal pene muovendosi in vagina (orgasmo clitorideo), mentre circa il 60% possono raggiungere l'orgasmo coitale; altre donne raggiungono l'orgasmo soltanto con fantasie erotiche.

Sempre per la donna vale qui la pena di ricordare ancora due disfunzioni sessuali molto diffuse le quali pregiudicano l'esperienza sessuale con penetrazione, conosciute con i termini scientifici di dispareunia e di vaginismo. Tali disturbi sono psicologicamente considerati fobie sessuali. Diagnosticamente le fobie rientrano tra i disturbi d'ansia e consistono in una forma particolare di paura non controllata, sproporzionata alla situazione e caratterizzata dall'evitamento della situazione temuta. Nel caso particolare di fobie sessuali la paura eccessiva, da cui l'evitamento, riguarda l'accettazione del pene in vagina. La dispareunia è il dolore genitale ricorrente e persistente sperimentato durante o dopo la penetrazione, spesso è diretta conseguenza di una patologia organica, anche se non si esclude che possano concorrere fattori psicologici, solitamente riferiti a isteria o a depressione. L'altro disturbo, molto più diffuso e più tipicamente fobico, responsabile della maggior parte dei matrimoni non consumati, riguarda l'impossibilità per l'uomo di entrare in vagina del partner per l'elevata resistenza all'apertura dei due muscoli dell'ostio vaginale. Tale disturbo prende il nome di vaginismo dove una forte componente è costituita dalla paura anticipatoria. Questa intensa paura che porta all'evitamento del rapporto è spesso dovuta a disinformazione di tipo anatomico ("come è fatto") e fisiologico ("come funziona") sull'apparato genitale sia femminile sia e maschile. Come per l'anorgasmia, anche qui, nella valutazione psicologica che precede la diagnosi della paziente disturbata si distingue, ai fini di un efficace intervento terapeutico, un vaginismo primario (da sempre), un vaginismo secondario ed un vaginismo situazionale.

Per tutti i disturbi citati, oggi, dopo un'indispensabile, adeguata valutazione clinica, non solo focalizzata specificatamente alla disfunzione sessuale lamentata, ma allargata a 360 gradi sul funzionamento complessivo, cognitivo e comportamentale del paziente, si può far ricorso a procedure di intervento psicoterapeutico, anche piuttosto brevi con





risultati molto efficaci e durevoli nel tempo, soprattutto nel caso di utilizzo di quelle procedure terapeutiche basate sui principi dell'apprendimento, tipiche della psicoterapia comportamentista. In tanti casi il trattamento consiste in esercizi graduati da farsi individualmente o in coppia il cui risultato finale dipende dalla motivazione e dall'impegno a modificare anche schemi mentali e comportamentali, appresi e ormai abitudinari, riguardo sé e l'altro. Infine, per tanti disturbi, un aspetto significativo riguarda una corretta informazione scientifica ed educazione sessuale da somministrare anche sotto forma di biblioterapia, fotoriproduzioni scientifiche e films didattici, oltre che attraverso alcune agili sedute di counselling psicologico, per la demistificazione di miti e di diffuse e radicate credenze irrazionali sul sesso.

Dr Paolo G. Zucconi
Psicologo clinico e Psicoterapeuta
STUDIO DI PSICOLOGIA CLINICA
UDINE-V.LE VENEZIA 291-TEL. 0432/233006





LE FASI DELL'ATTIVITA' SESSUALE

Il rapporto sessuale è comunemente visto dagli sessuologi come un atto processuale caratterizzato da 5 momenti o fasi, in ognuna di queste si riscontrano nell'uomo e nella donna modificazioni fisiologiche utili al buon funzionamento dell'attività sessuale.

FASE APPETTITIVA

Riguarda il desiderio di avere attività sessuale. E' una fase spesso trascurata quando si fa l'amore contro voglia o per far piacere a qualcuno.

FASE DELL'ECCITAZIONE

L'eccitazione è l'effetto immediato del desiderio, ma, con il passare degli anni, diventa sempre più effetto fisiologico di opportune stimolazioni. La fase dell'eccitazione corrisponde all'erezione nel maschio e alla lubrificazione vaginale nella femmina.

LA FASE DEL PLATEAU

Consiste in uno stato di massima eccitazione dove si accentuano le modificazioni fisiologiche degli organi genitali maschili e femminili.

LA FASE ORGASMICA

Comporta l'attivazione automatica di processi muscolari, là dove le precedenti fasi si caratterizzavano per l'attivazione di processi vascolari. L'orgasmo è una risposta riflessa raramente controllata dove nell'uomo si distinguono due momenti, quello dell'emissione del liquido spermatico alla base dell'uretra e quello successivo, della conseguente, inevitabile, eiaculazione. Nella donna i meccanismi non sono così fisiologicamente chiari come nell'uomo e spesso l'orgasmo viene scambiato con il plateau.

FASE DI RISOLUZIONE

Consiste in una sensazione di decontrazione muscolare e rilassamento generale in cui l'uomo è fisiologicamente refrattario a nuove erezioni e tale refrattarietà, esclusiva dell'uomo, si allunga con l'aumentare dell'età tanto che, per fare un esempio, se a 30 anni può essere di mezz'ora a 80 si dovrà attendere anche 24 ore prima di essere pronti per un nuovo rapporto sessuale.

Dr Paolo G. Zucconi
Psicologo clinico e Psicoterapeuta
STUDIO DI PSICOLOGIA CLINICA
UDINE-V.LE VENEZIA 291-TEL. 0432/233006





DISFUNZIONI DELLA SFERA SESSUALE MASCHILE

Le sempre più numerose e disinvolte informazioni sul sesso che ci giungono attraverso la carta stampata, la radio, la televisione ed il cinema hanno, oggi, raggiunto livelli tali da superare a volte la soglia della saturazione. Ma tale esplosione dell'informazione su argomenti sessuali sembra, paradossalmente, contrastare, in particolare nel nostro Paese, con una diffusa disinformazione che innesca vergogna quando si tratta di parlare pubblicamente di ciò che viene considerata una propria "esperienza privata", molto personale, da difendere dalle altrui invadenza; in altri casi, invece, si riscontra che l'esibizione pubblica delle proprie esperienze sessuali porta alla costruzione di storie fantastiche con standard di prestazione più ideali che reali.

Tali atteggiamenti verso il sesso, effetto dell'educazione ricevuta e dell'ambiente in cui si è vissuti, incidono non poco sul comportamento sessuale favorendo il sorgere di diversi comportamenti disturbanti.

Alcuni dei disturbi della sessualità possono avere una causa organica in quanto dipendono da malattie di competenza medica, anche se, molte volte, sulla base organica si innestano problematiche di natura psicologica tanto che solitamente trattasi di patologie miste che nella pratica clinica richiedono la collaborazione tra psicoterapeuti, urologi e andrologi. La maggior parte dei disturbi, invece, sono solo psicogeni o psicosessuali, sono cioè di esclusiva competenza dello psicoterapeuta e hanno a che fare con schemi mentali (solitamente ragionamenti erronei, pensieri irrazionali, immagini distorte, aspettative irrealistiche), emozioni assenti, o troppo intense, e comportamenti disadattivi della persona.

In questo articolo, il lettore non troverà trattati tutti i disturbi psicosessuali, ma verranno qui prese in considerazione le sole disfunzioni sessuali che, d'altra parte, sono i disturbi più diffusi tra la popolazione. Si tratta di una serie di problemi che si riscontrano durante l'attività sessuale con la partner ed alterano o le sensazioni soggettive dell'esperienza sessuale e/o le prestazioni della persona.

Per facilitare l'individuazione e la trattazione di tali disturbi si consideri il rapporto sessuale dal punto di vista fisiologico come una piacevole esperienza processuale che avviene in cinque fasi per cui si inizia con il desiderio (I fase), segue l'eccitazione (II fase), poi la massima eccitazione o plateau (III fase), quindi l'orgasmo (IV fase) ed infine la risoluzione (V fase), dove ogni fase richiede un certo modo di funzionare da parte di entrambi i partners per poter raggiungere insieme solamente piacere, nulla più. Pertanto il primo gruppo di disturbi che qui verranno presentati riguarda le disfunzioni del desiderio sessuale (prima fase): quando questo diminuisce, manca oppure è troppo elevato il rapporto non funziona bene. Ci può essere un basso desiderio sessuale (o desiderio sessuale inibito) in cui il paziente può comunque soddisfare il desiderio di attività sessuale della proprio partner, anche se per lui tale esperienza può essere indifferente e non particolarmente gratificante, mentre il





paziente con avversione sessuale si oppone a qualsiasi esperienza sessuale con la partner in quanto tale attività produce soltanto emozioni negative. Nel caso poi di eccessivo desiderio (correntemente definito dongiovannismo o sindrome del Don Giovanni) il problema è solo apparentemente sessuale: può trattarsi di un disturbo d'ansia, per cui lo scopo del rapporto sessuale è la riduzione di un alto livello d'ansia, o di altre psicopatologie.

Durante la fase dell'eccitazione, si può riscontrare nell'uomo, il disturbo di disfunzione erettiva (altrimenti detto impotenza). Nella valutazione clinica va accertata innanzi tutto l'assenza di eventuale danno organico, anche se nella maggior parte dei casi psicologicamente trattati, comunque, si tratta di impotenza cosiddetta situazionale che si manifesta in certi momenti della vita della persona o solo con certe partners.

Nella fase orgasmica l'uomo può avere tre generi di disturbi: eiaculazione impossibile, eiaculazione ritardata ed eiaculazione precoce. I pazienti che lamentano eiaculazione ritardata evidenziano difficoltà a lasciarsi andare, mentre quelli affetti da eiaculazione precoce, che sono i più numerosi, si caratterizzano per l'uscita del liquido spermatico prima, durante, o poco dopo la penetrazione. Tale disturbo può essere situazionale, cioè manifestarsi solo con certe partners, oppure manifestarsi in certi periodi della vita (eiaculazione precoce intermittente). Tenendo conto dell'alta percentuale delle lamentele su un disturbo di potenziale deterioramento, se non compromissione, di relazione di coppia, durante la visita psicologica richiesta per una disfunzione orgasmica maschile diventa opportuno considerare il funzionamento sessuale di entrambi i partners per evitare che un'eventuale inibizione orgasmica femminile o anche la non sincronizzazione dell'eccitazione durante il rapporto possano essere addebitate all'eiaculazione precoce del maschio. Infatti motivi socio-culturali portano più a premere sugli uomini affinché durante il rapporto soddisfino le donne che non viceversa per cui si è più facilmente propensi a vedere nel mancato controllo orgasmico una disfunzione eiaculatoria piuttosto che un problema solo, o anche, del partner femminile.

Per tutti i disturbi citati, oggi, dopo un'indispensabile, adeguata valutazione clinica, non solo focalizzata specificatamente alla disfunzione sessuale lamentata, ma allargata a 360 gradi sul funzionamento complessivo, cognitivo e comportamentale del paziente, si può far ricorso a procedure di intervento psicoterapeutico, anche piuttosto brevi con risultati molto efficaci e durevoli nel tempo, soprattutto nel caso di utilizzo di quelle procedure terapeutiche basate sui principi dell'apprendimento, tipiche della psicoterapia comportamentista. In tanti casi il trattamento consiste in esercizi graduati da farsi individualmente o in coppia il cui risultato finale dipende dalla motivazione e dall'impegno a modificare anche schemi mentali e comportamentali, appresi e ormai abitudinari, riguardo sé e l'altro. Infine, per tanti disturbi, un aspetto significativo riguarda una corretta informazione scientifica ed educazione sessuale da somministrare anche sotto forma di biblioterapia, fotocopie scientifiche e films didattici, oltre





che attraverso alcune agili sedute di counselling psicologico, per la demistificazione di miti e di diffuse e radicate credenze irrazionali sul sesso.

Dr Paolo G. Zucconi
Psicologo clinico e Psicoterapeuta
STUDIO DI PSICOLOGIA CLINICA
UDINE-V.LE VENEZIA 291-TEL. 0432/233006

