

Tali atteggiamenti verso il sesso effetto dell' educazione ricevuta e dell' ambiente in cui si è vissuto 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 ed 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 che femminili, che si riscontrano durante l' attività sessuale con il partner ed alterano 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.

FASI DELL' ATTIVITA SESSUALE

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

FASE APPETITIVA

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 ed alla lubrificazione vaginale nella femmina.

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'immissione 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 che, per fare un esempio, se a trenta anni può essere di mezz'ora, ad ottanta si dovrà attendere anche 24 ore prima di essere pronti per un nuovo rapporto sessuale.

Pertanto il primo gruppo di disturbi che qui verranno presentati riguarda la disfunzione 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 frigidity. Per quanto riguarda l'uomo nella valutazione psicologica del disturbo va accertata innanzi tutto l'assenza di eventuale danno organico caratterizzante l'impotenza generica, 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 si possono avere tre generi di disturbi nell'uomo: 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 od anche la non sincronizzazione dell' eccitazione durante il rapporto possano essere addebitate all' eiaculazione precoce del maschio. Infatti motivi socioculturali 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 alla fine degli anni Cinquanta. Ciò considerato anche dal momento che nella donna non avviene nulla di così evidente come si nota nel maschio (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 problema dell'orgasmo precoce, di difficile diagnosi, cui segue di solito il fastidio nella continuazione del rapporto, oppure quello di mancanza d'orgasmo. Nel caso di mancanza o di 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 potere diagnosticare se la lamentata anorgasmia è di tipo primario, secondario, o situazionale.

Per sfatare molti pregiudizi, fantasie o 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 psicologie sessuali. Diagnosticamente le fobie rientrano tra i disturbi 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 e 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 della 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 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 e un vaginismo situazionale.

Per tutti i disturbi citati, 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 compartimentista.

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 o 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.

Paolo Zucconi -psicologo
pubblicazione del 1996