

FATTORI D'ANSIA CHE DISTURBANO IL RAPPORTO

- Paura di fallire: colpisce ovviamente ma non esclusivamente l'uomo.
- L'obbligo di fornire risultati: la richiesta maldestra o ansiosa dell'altro disturba la risposta sessuale.
- L'altruismo eccessivo: la preoccupazione di soddisfare l'altro fa perdere di vista i propri bisogni erotici. Un tempo problematica più femminile ora allargata al mondo maschile dopo la scoperta o riscoperta delle esigenze femminili.
- Osservazione ossessiva delle proprie prestazioni sessuali: far da spettatore impedisce il lasciarsi andare ad una risposta automatica come quella sessuale.

NELLA DONNA

Disfunzioni della fase di eccitazione

Assenza di lubrificazione

Assenza di stimoli locali

Rapporto sgradevole

(Si evita in genere il rapporto)

Disfunzioni dell'orgasmo

Eccitazione anche intensa

Caduta improvvisa della eccitazione senza orgasmo

(Si ricerca il rapporto compulsivamente perché non c'è stata soddisfazione reale).

Vaginismo

Contrazione difensiva dei muscoli elevatori che impedisce la penetrazione.

Può esistere eccitazione ed orgasmo.

NELL'UOMO

Disfunzioni erettili

L'erezione non si manifesta

Oppure è insufficiente

Oppure è fugace o capricciosa

Disfunzioni orgastiche

Eiaculazione precoce (mancanza di percezione e controllo dell'eccitazione nella fase terminale).

Eiaculazione ritardata (il riflesso è estremamente lento a manifestarsi)

Aneiaculazione (manca tutta la sequenza orgastica)

IL DESIDERIO

Nella favola di Apuleio su Amore e Psiche, si dice che Venere (madre di Amore e dea della Bellezza) "baciando a lungo con vogliose labbra il figlio" cerca di convincerlo a lasciare l'amata Psiche.

Amore (Eros) resiste a fatica e alla fine della favola, pacificato con la madre e con l'aiuto di Giove, suo padre, sposa Psiche.

D'altro canto Psiche non si era fidata del rapporto notturno e segreto con Amore e credendolo un mostro aveva voluto "vederlo". Per riavere poi l'amato dovrà scendere agli inferi e rischiare la morte.

Cito questa favola perché le vicende del desiderio (Eros) nell'uomo e nella donna, seguono vie diverse. Per l'uno l'allontanamento dalle "voglie" della madre, per l'altra il superamento di un disgusto-proibizione instillato nei confronti dell'uomo dalla madre stessa. Potrà sembrare inattuale definire attraverso una favola tali vicende profondamente impresse in noi e "opportunamente" dimenticate. In realtà ritroviamo traccia di ciò che simbolicamente ci dice la favola, quando scavando un minimo sotto la superficiale ricerca di un benessere psicofisico, ci possiamo rendere conto del significato dei disturbi sessuali che turbano inopportunamente la nostra "felicità". Soprattutto l'affievolirsi del desiderio proprio nell'età della possibile realizzazione affettiva e sessuale con un partner per altri versi adeguato.

Il tanto citato e spesso frainteso Freud considerava la sua teoria sessuale vicina "all'Eros del divino Platone".

Quindi non si trattava di considerare il desiderio come un qualcosa di meramente sessuale, ma legato da passione inesauribile a Psiche, l'anima, la parte più vitale dell'uomo, ciò che è in collegamento con sentimenti più profondi e con la fecondità dell'inconscio.

Nell'infanzia il desiderio è indifferenziato: è desiderio di vicinanza, di contatto fisico, di movimento, di conoscenza ecc.

Il distinguere il desiderio sessuale da quello affettivo o conoscitivo è compito, a volte condotto in modo nefasto, dell'educazione. Nefasto per il privilegio che si accorda ad un aspetto a scapito di un altro o peggio in contrapposizione all'altro.

Nella adolescenza la pressione maturativa ed ormonale, sia in senso biologico che in senso intellettuale, ripresenta il problema.

E in genere la distinzione viene confermata con la differenza che è più faticoso negare o accettare la sessualità senza connotarla dentro di sé con un giudizio razionale che va, a scelta, dal "fa bene alla salute" al "meglio evitarla e studiarla" con tutte le possibili sfumature intermedie e giustificazioni intellettualistiche.

Il risultato di questo processo che conduce a posizioni varie, e magari opposte, nei confronti della sessualità, è comunque la separazione della sessualità stessa (emotivamente parlando) dal contesto della realizzazione globale della personalità. Essa viene separata dal desiderio inteso come ansia vitale di conoscenza, amore e perfezionamento di sé, per divenire semplice corollario di un successo sociale.

Sotto sotto ogni uomo (nella sua fantasia e non sempre solo lì) considera avere una donna, o tante donne, come uno status-symbol, come il segno del successo.

E ogni donna non vuol confessarsi fino in fondo che avere un uomo o più uomini "al suo servizio" è una affermazione sulle altre donne e sulla più importante donna della sua vita, la madre.

Ci si trova quindi spesso con una bella moglie che non si desidera più, o con tante amanti da rinnovare sempre se no non si "riesce" o non se ne ha voglia.

Oppure con un marito la cui protezione e posizione non ci soddisfa; o ancora ci troviamo a sedurre una folla di uomini, cosa che non riesce a diminuire la solitudine interiore. Ecco che il desiderio è spento e cerchiamo afrodisiaci o cure, manuali di tecnica amatoria o esperienze nuove, sbigottiti da questa ottusità dei sensi che non sappiamo decifrare.

Non c'è desiderio sessuale perché abbiamo perso il contatto con noi stessi, con le profondità interiori nelle quali alberga e si genera l'anelito vitale e creativo alla vita.

Spesso anzi cerchiamo nella sessualità l'attimo di piacere che riscatti una vita grigia, ma questo non si verifica che in modo parziale e insoddisfacente, perché se mai la sessualità, il piacere

erotico, e il compimento del rapporto corretto tra corpo e anima (non in senso religioso ma psicologico). Non può essere, se non in modo effimero e alla lunga insoddisfacente, la strumentalizzazione del corpo proprio ed altrui.

Un atteggiamento consumistico consuma, in particolare consuma il desiderio che è un qualcosa di autentico e originario che non si lascia ingannare all'infinito.

Antonina Nobile-Fidanza (piscoterapeuta)

FATTORI ORGANICI CHE POSSONO ALTERARE LE DIVERSE FASI DELLA RISPOSTA SESSUALE

Uomo

Libido

malattie generali

cirrosi epatica

emocromatosi

endocrinopatie

affezioni genitali dolorose (ripercussione tardiva)

lesioni nervose centrali

Erezione

malattie generali

cirrosi epatica

endocrinopatie

arteriopatie addomino-pelviche

lesioni nervose periferiche

affezioni genitali dolorose o deformanti

sclerosi degli spazi cavernosi dopo priapismo

droghe anticolinergiche

Eiaculazione

simpatectomia con lesione del primo ganglio lombare

chirurgia aortica

lesioni nervose periferiche

tubercolosi della prostata

lesione dello sfintere vescicale interno

alcuni trattamenti ipotensivi

alcuni trattamenti neurolettici

droghe antiadrenergiche

stenosi uretrale (flusso passivo)

neuropatia vegetativa (eiaculazione retrograda)

Donna

Libido

malattie generali

cirrosi epatica

endocrinopatie
lesioni nervose centrali
Fase di lubrificazione-congestione
malattie generali
cirrosi epatica
endocrinopatie
lesioni nervose periferiche
affezioni genitali dolorose
Orgasmo
lesioni nervose periferiche
atonìa degli elevatori (teorica)

PROBLEMATICHE SESSUALI MASCHILI

L'eiaculazione precoce

Dovendo trattare di una condizione che rappresenta una delle più comuni situazioni di patologia sessuale maschile, è opportuno iniziare dalla sua definizione. E qui nascono le prime perplessità perché, come in altre situazioni, non è facile individuare dei parametri di riferimento nell'ambito della fisiologia sessuale.

Definizione

Master e Johnson, in un loro lavoro del 1970, definiscono l'eiaculazione precoce (EP) come quella condizione per la quale l'uomo raggiunge l'orgasmo prima della propria partner nel 50% dei casi. Se però consideriamo la definizione che ne ha dato la Kaplan in una sua pubblicazione del 1976, constatiamo che l'EP viene descritta come una condizione che si determina quando l'orgasmo avviene per riflesso, cioè quando esso avviene al di fuori del controllo volontario del maschio una volta che è stato raggiunto un alto livello di eccitamento sessuale.

Altre interpretazioni si basano, ad esempio, sulla durata, cioè sulla quantificazione dei secondi: l'eiaculatore precoce è colui che eiacula prima di un certo tempo (es. prima dei 60 o dei 30 secondi).

Altre si basano sul numero dei movimenti coitali (in genere nell'EP sono meno di dieci).

Personalmente sono del parere che la Kaplan ha fornito la definizione che più si avvicina alla realtà: l'EP è quella condizione per cui un uomo è incapace di esercitare un controllo volontario sul proprio riflesso eiaculatorio.

Anche per ciò che riguarda quelle che impropriamente chiameremo cause esiste una certa disparità di interpretazioni.

Secondo la teoria psicoanalitica l'EP rappresenterebbe la conseguenza o l'espressione di inconsci

sentimenti sadici nei confronti della donna per cui l'uomo, con la propria eiaculazione, la loda, la contamina, privandola contemporaneamente del piacere.

Secondo la teoria relazionale l'EP sarebbe la conseguenza di una sorta di competizione all'interno della coppia per cui tale disturbo rappresenterebbe un atto di ribellione dell'uomo nei

confronti della propria donna (o della propria madre) che esigerebbe invece un controllo dell'eiaculazione; in questo modo, invece, l'uomo la punisce ribellandosi al controllo del riflesso eiaculatorio.

Master e Johnson affermano peraltro che gli eiaculatori precoci hanno in genere una storia di prime esperienze sessuali "traumatiche", nel senso che sono state vissute con ansia, per il timore di essere scoperti, ad esempio, oppure per avere avuto un rapporto con una donna (in genere una prostituta) che li esortava a fare presto.

Altri hanno identificato come *primum movens* l'ansia per cui essa finirebbe per distrarre l'uomo da una chiara percezione delle sensazioni premonitrici dell'orgasmo.

Esiste poi una teoria neurofisiologica che riconosce, in questi pazienti, l'esistenza di un riflesso eiaculatorio troppo rapido.

Sul piano epidemiologico questi pazienti non hanno caratteristiche precise: possono appartenere a tutti i livelli socioeconomici ed a tutte le fasce di età, non c'è una stretta correlazione tra EP e conflitti sessuali specifici; infine tali pazienti mostrano un'analoga diversità nella qualità della loro relazione coniugale per cui anche qui si osservano le situazioni più varie: da pazienti con ottime relazioni di coppia ad altri che hanno relazioni di tipo distruttivo e così via.

Una considerazione meriterebbe ancora di essere fatta: l'eiaculatore precoce è un soggetto che non solo è incapace di esercitare un controllo volontario sul riflesso eiaculatorio, ma mostra anche una diminuzione della percezione delle sensazioni erotiche che gli impedirebbe di avvertire le caratteristiche sensazioni preorgasmiche. Quando mi trovo a dover spiegare che cos'è l'EP ricorro in genere ad un esempio che mi sembra molto chiaro e calzante.

Il soggetto affetto da EP potrebbe essere assimilato al bambino prima che acquisti la capacità di riconoscere la sensazione di riempimento vescicale per cui è attivo soltanto il funzionamento spinale riflesso automatico tanto che egli, prima di acquisire il controllo volontario, è incontinente. Il controllo volontario del proprio riflesso vescicale avverrà soltanto quando il bambino sarà conscio del proprio riempimento vescicale potendo quindi controllare attivamente la minzione.

Analogamente l'eiaculatore precoce dev'essere condotto ad acquisire il controllo volontario del riflesso eiaculatorio sottraendolo così al riflesso spinale automatico.

Il trattamento pertanto va proprio in questa direzione; è chiaro che ci possono, evidentemente, essere dei conflitti sessuali specifici al di sotto del sintomo ma, in questo caso, chi si occupa di terapie sessuali può anche lasciarli temporaneamente da parte e mirare alla risoluzione del sintomo: ciò anche in virtù del fatto che l'EP risponde in genere molto bene alle terapie sessuali brevi di tipo mansionale anche in periodi di tempo piuttosto contenuti (2-3 mesi).

La terapia mansionale si basa su una serie di compiti che verranno affidati dal terapeuta alla coppia, compiti che dovranno vedere una partecipazione attiva e diretta della partner la quale giocherà dunque un ruolo fondamentale nel raggiungimento del "goal" terapeutico. Molto schematicamente possiamo dire che gli aspetti fondamentali dell'iter terapeutico seguito sono: informazione; consigli per migliorare la comunicazione all'interno della coppia; assegnazione di compiti (focalizzazione sensoriale non genitale, focalizzazione sensoriale genitale, tecniche specifiche) volti al recupero graduale della normale funzione; discussione ed analisi dei risultati.

Ultimamente ci si è posti il problema di come affrontare il disturbo di base in soggetti privi di un partner fisso: in taluni casi è possibile trattare il sintomo sessuale attraverso opportune modifiche dello schema terapeutico generale pur mantenendo inalterate le tre tappe

fondamentali: l'assegnazione di compiti, la supervisione e l'opera educativa.

Vorrei concludere sottolineando proprio quest'ultimo aspetto: spesso alla base di un disturbo sessuale stanno una conoscenza e un'informazione deficitarie che finiscono poi per condizionare un'errata educazione alla sessualità. Per questo è importante che chi si occupa di terapie sessuali non dimentichi mai di affrontare problematiche che, ad una prima analisi, possono sembrare ovvie e banali.

Sandro Viglino Cinecologo - Sessuologo

PROBLEMATICHE SESSUALI FEMMINILI

Dispareunia e vaginismo

Sono tra i più frequenti disturbi sessuali lamentati dalla donna.

Li affrontiamo congiuntamente non soltanto perché sintomatologicamente simili, ma anche perché espressioni di due condizioni che rivelano molto chiaramente la diversa incidenza dei fattori organici e rispettivamente psichici sul determinismo di una patologia sessuale piuttosto importante.

Definizione: per dispareunia si intende quella condizione caratterizzata da difficoltà dolorosa del coito. Si può distinguere una dispareunia primaria (quando la difficoltà si manifesta ai primi rapporti sessuali) e una secondaria (quando appare più tardi, dopo un periodo di tempo più o meno lungo di rapporti sessuali non dolorosi). Qualcuno distingue una dispareunia esterna (che si manifesta già all'inizio della penetrazione) da una interna (che si manifesta durante i movimenti sessuali veri e propri).

Per vaginismo si intende invece quella condizione caratterizzata da impossibilità al coito dovuta ad una contrazione spastica involontaria dei muscoli circumvaginali. Anche in questo caso se ne potrebbe distinguere una forma primaria ed una forma secondaria, anche se quest'ultima si confonde abbastanza con le forme secondarie di dispareunia.

Cause: oltre l'80% dei casi di dispareunia riconosce cause di natura organica. Tra i fattori etiologici alla base di una dispareunia esterna ricorderemo quelle condizioni patologiche o para-fisiologiche che riguardano l'ostio vaginale: imene intatto, resti infiammati dell'anello imenale, cicatrici da episiotomia (incisione cutaneo-muscolare che viene praticata all'espletamento del parto in genere nelle primipare), flogosi o cisti della ghiandola di Bartolini, ridotta elasticità dell'ostio vaginale (come conseguenza dei fenomeni menopausali), caruncola uretrale, uretriti, fistole, patologia clitoridea, infezioni vaginali e così via.

Tra le principali cause di dispareunia interna o profonda ricorderemo le flogosi pelviche, l'endometriosi, esiti di interventi chirurgici sull'apparato genitale, tumefazioni annessiali, ecc. Per quel che riguarda il vaginismo, occorre invece affermare che i fattori causali sono, nella stragrande maggioranza dei casi, di natura psichica; quelli di natura organica si confondono e si identificano con quelli presi in considerazione a proposito della dispareunia.

Secondo formulazioni psicoanalitiche alla base del vaginismo esisterebbe una sorta di ostilità nei confronti dell'uomo e un conseguente desiderio inconscio di castrarlo. Secondo le più classiche teorie psicoanalitiche dello sviluppo psicosessuale, la bambina che non ha risolto la sua invidia del pene è candidata a sviluppare, da adulta, un quadro di vaginismo. L'esperienza pratica, però, dimostra che questo non sempre è vero perché vi sono donne che non hanno sviluppato questo tipo di inconscio habitus mentale nei confronti del maschio e anzi desiderano vivamente risolvere questa loro inadeguatezza per vivere appieno la propria sessualità. Altre teorie postulano invece che importanza fondamentale abbia il tipo di educazione ricevuta: in effetti spesso si tratta di donne appartenenti a famiglie dove la parola "sesso" non è

mai stata pronunciata per motivi strettamente moralistici o rigidamente religiosi.

Altre volte tali pazienti hanno una storia di traumi sessuali durante l'infanzia (stupri, incesti).

Infine non dobbiamo dimenticare l'ignoranza e la mancata informazione sulla fisiologia sessuale (da cui paura e dolore per l'atto sessuale) nonché il senso profondo di colpa causato da un conflitto sessuale soggiacente che ingenera paura della punizione.

Epidemiologia della donna affetta da vaginismo

E' interessante osservare che queste pazienti presentano delle caratteristiche abbastanza comuni. Si tratta in genere di donne di aspetto molto piacevole, altamente orgasmiche, spesso di elevato livello socio-economico e culturale, con una vita relazionale generale di qualità apparentemente elevata.

Il partner della donna con vaginismo è generalmente persona molto tollerante e comprensiva, che mostra affetto ed interessamento per la propria compagna.

Non bisogna però dimenticare che in una discreta percentuale di casi si tratta di soggetti che presentano una forma di disfunzione sessuale (in genere eiaculazione precoce o impotenza erettiva primaria o secondaria al vaginismo della partner) .

L'età delle pazienti con vaginismo varia notevolmente a seconda del grado di disagio che tale condizione provoca spingendole così a ricorrere allo specialista: vi sono ragazze che si presentano al medico (magari a quello di famiglia) dopo i primi fallimentari rapporti sessuali completi, e donne di età avanzata che decidono di affrontare questo problema dopo 20 o 30 anni di matrimonio. A tal proposito è opportuno sottolineare che il vaginismo è fra le cause più comuni di matrimoni "bianchi", cioè non consumati.

Trattamento: da quanto abbiamo esposto, appare chiaro che, nei casi in cui si sia ravvisata l'esistenza di un problema di natura organica, il nostro intervento sarà orientato alla risoluzione di tale problema. Pertanto sarà giustificato il ricorso alla terapia medica o chirurgica a seconda della complessità del caso.

Quando invece ci troviamo di fronte ad una situazione di chiara origine psicogena, occorre spiegare alla paziente, con molta naturalezza, che è possibile, tramite il ricorso ad una terapia sessuale specifica, il superamento di questo suo angosciante disturbo. A questo proposito va detto subito che il tipo di approccio al problema può in parte variare a seconda dell'esperienza dei vari autori. In linea generale possiamo affermare che la terapia è inizialmente orientata al superamento di alcune "barriere" apparentemente insormontabili:

- la scarsa e spesso errata informazione che la paziente ha dei propri genitali esterni ed interni.
- l'elemento fobico che determina la contrazione involontaria dei muscoli addominali, adduttori delle cosce e circumvaginali.

Tale scopo potrà essere ottenuto da un lato dimostrando (attraverso immagini, schemi, disegni) quali sono le caratteristiche anatomiche e fisiologiche dell'apparato genitale femminile e, in particolare, della vagina; dall'altro facendo compiere alla paziente dei semplici esercizi di rilassamento muscolare i cui risultati potranno essere immediatamente apprezzati dalla donna stessa.

Una volta superati questi due primi e fondamentali ostacoli, si potrà passare, sempre molto gradualmente e con naturalezza, alle varie fasi di penetrazione vaginale ricorrendo al dito o a cateteri di gomma o di plastica oppure a "tutori vaginali" che consistono in un set di tre strumenti sterilizzabili il più grosso dei quali ha le dimensioni di un pene medio in erezione. In ogni caso questa terza fase non può essere schematizzata molto facilmente perché presenta frequenti variabili soggettive e dovrà essere pertanto il terapeuta, sulla base della propria esperienza, a decidere quando passare ad una tappa successiva.

E' controverso se il partner debba o meno essere presente durante le sedute. Ritengo che la sua presenza è veramente necessaria durante i colloqui iniziali e ogniqualvolta si presenti l'occasione o la necessità di avviare una discussione e un'analisi dei risultati. Per quel che riguarda gli aspetti pratici, tecnici, sono invece del parere che la donna debba viverli preferibilmente da sola, con la presenza rassicurante del terapeuta il quale gioca, in questo caso, quel ruolo di genitore permissivo che alla paziente è mancato durante l'adolescenza. In conclusione si può affermare che i risultati dei trattamenti sessuoterapeutici in casi di vaginismo sono largamente positivi, a condizione che si riesca ad ottenere dalla paziente fiducia e disponibilità.

Dispiace davvero incontrare donne (e capita più frequentemente di quel che si pensi) che hanno vissuto una vita sessuale fallimentare ed umiliante, mettendo a dura prova la propria relazione di coppia, soltanto per non essere riuscite a vincere i propri condizionamenti morali e per non aver trovato la persona giusta con cui confidarsi e risolvere il proprio dramma.

Sandro Viglino Ginecologo - Sessuologo