

D'altra parte i terapeuti ci insegnano di ricercarli e riattivarli, quasi come una corroborante medicina naturale, quando il tono dell'umore scende o la qualità della nostra vita inizia a scadere. Solitamente le persone che si amano aspirano, per loro naturale tendenza, ad esperienze di piacere che la vita quotidianamente può offrire in quanto sono fonte di vantaggi personali come, per altro, evitano o cercano di ridurre, nei limiti del possibile, le situazioni dolorose e spiacevoli. L'orgasmo può ben considerarsi uno dei piaceri della vita.

Personalmente penso che ognuno di noi abbia diritto a provarlo il più spesso possibile così come meritiamo di mangiare o bere (senza eccessi) qualcosa di gradevole o di godere altre gratificanti piacevolezze umane durante la nostra breve permanenza sulla terra.

L'orgasmo è una piacevole esperienza sensoriale di tipo propriocettivo successiva ad uno stato di massima eccitazione (plateau). Si tratta di una risposta riflessa (involontaria), raramente controllata, che comporta l'attivazione automatica di un insieme di processi neurofisiologici, come l'aumento della pressione sanguigna (già presente durante l'eccitazione), l'eccessiva

secrezione salivare

(sciallorea),

sudorazione abbondante

(iperidrosi), la

congestione facciale

e

arrossamento cutaneo

, le

contrazioni muscolari automatiche

ogni 0.8 secondi, il

battito cardiaco accelerato

, la

respirazione ansimante

e rallentata, associati ad una coorte soggettiva di processi psichici focalizzati nella sperimentazione di un diverso livello di coscienza con riduzione dello stato di vigilanza, quasi come in una forma di autoipnosi, cui segue una sensazione soggettiva di completo e salutare rilassamento.

Nell'orgasmo maschile possiamo distinguere due momenti, quello dell'emissione del liquido spermatico alla base dell'uretra e quello successivo, della conseguente, inevitabile, eiaculazione. Il tutto per una durata di 5/ 10 secondi.

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! Ciò non di meno possiamo riscontrare nella donna una contrazione ritmica (intermittente) involontaria dei muscoli del terzo inferiore della vagina e una fuoriuscita di abbondante liquido vaginale quasi come una eiaculazione maschile.

L'orgasmo può essere goduto in solitarie sedute di piacere individuale tramite pratiche masturbatorie oppure assieme ad un partner con stimolazione vicendevole. Se la stimolazione reciproca avviene durante il coito l'aspirazione maggiore per i partners coinvolti in tale esperienza è quella di provare un orgasmo simultaneo. Ma ciò, purtroppo, non sempre è possibile in quanto di solito il ciclo di risposta sessuale femminile ha un tempo di quasi quattro volte superiore rispetto a quello dell'uomo pertanto la ricerca ossessiva di una sincronia tra i

partner (come nei films o nei romanzi rosa) rischia di distrarre l'attenzione dalle proprie sensopercezioni, interne ed esterne, al punto da inibire il raggiungimento del proprio orgasmo personale. Mentre la maggior parte degli uomini ha bisogno di una pausa dopo l'eiaculazione per poter avere una nuova erezione ed un nuovo orgasmo (fase di risoluzione), molte donne sono in grado, se la stimolazione continua, di godere subito di un successivo orgasmo; una intensa stimolazione manuale, orale, peniena o con vibratore può portare una percentuale di donne situata tra il 15 ed il 25% anche a molti orgasmi consecutivi (orgasmo multiplo).

E a proposito di orgasmo femminile spesso si è parlato, e non poco, di orgasmo clitorideo ed orgasmo vaginale, come fossero due orgasmi diversi, da raggiungere comunque.

Spesso di orgasmo si parla anche a sproposito, e a volte tali informazioni rischiano di trasformare un genuino e libero piacere in dovere, da ottenere come fosse un bisogno assoluto oppure si rischia di depauperare il piacere fine a se stesso per aspettative troppo elevate o irrealistiche.

Non tutte le modalità di orgasmo sono purtroppo programmabili o anche semplicemente prevedibili: ci si attende un unico orgasmo e si gode di due orgasmi consecutivi, si può raggiungere casualmente un inatteso orgasmo simultaneo proprio con il nuovo partner, ci si può sorprendere di un orgasmo fortissimo quando invece ci si aspettava uno leggero, inoltre diverse mie pazienti ottengono orgasmi multipli con il solo massaggio corporeo non necessariamente genitale, altre facendosi spazzolare i capelli (come pure certi maschi), infine, alcune donne raggiungono l'orgasmo solo con fantasie erotiche senza stimolazione fisica.

Tante infatti sono le casistiche del piacere e gli orgasmi sono un po' come i vari tipi di vino e parimenti difficili da classificare.

Tornando alla distinzione tra orgasmo clitorideo e orgasmo vaginale, secondo l'attuale modello neurofisiologico, quasi tutte le donne (90%) possono raggiungere l'orgasmo con la stimolazione sufficientemente prolungata del clitoride (orgasmo clitorideo), mentre di queste circa il 60% possono raggiungere l'orgasmo coitale o vaginale, una percentuale di circa il 29% dichiara di raggiungere sempre l'orgasmo con il coito. Certo è che il pene muovendosi in vagina (sprovvista di terminazioni nervose) produce movimenti nelle piccole labbra che a loro volta stimolano il clitoride e le sue radici, d'altra parte nell'esperienza coitale è pure interessata la zona erogena del peritoneo, la sensibile membrana che solca l'addome. Comunque se alcune donne dicono di riscontrare una differenza, non fisiologica, ma a livello di sensazioni diverse (risposta rapida, respiro trafilato e la sensazione culminante, come certe donne riferiscono), non tutte le rappresentanti del sesso femminile rispondono allo stesso modo e secondo i sessuologi comportamentisti, che pure elaborano progetti terapeutici mirati per godere di un orgasmo coitale, un orgasmo è un orgasmo, indipendentemente da come lo si ottiene.

Infine pare prerogativa della donna simulare l'orgasmo (orgasmo simulato) e anche in modo convincente. Lo fanno solitamente quelle donne che non riescono ad ammettere di non provare l'orgasmo o perché pensano di essere giudicate inadeguate (v. Paolo Zucconi, Diagnosi & terapia, Il timore del giudizio degli altri, 1/97) ammettendolo apertamente o per compiacenza verso il partner, anche per timore di venire abbandonate. La scelta della simulazione, apparentemente meno impegnativa, evidenzia solitamente una donna che vive una doppia difficoltà: si priva dell'esperienza piacevole dell'orgasmo ("anorgasmia") e, ad un tempo, teme il giudizio degli altri ("disturbo di ansia sociale").

Quanto è importante raggiungere l'orgasmo?

Perché non si raggiunge l'orgasmo?

Quando il mancato orgasmo può ritenersi un disturbo sessuale?

Come risolvere il problema e godersi tra i vari piaceri della vita anche quello orgasmico?

Indipendentemente dagli orgasmi individualmente procurati tramite la masturbazione solitaria, spesso, secondo tradizionali stereotipi tipici italiani, quando si fa l'amore ci si aspetta l'orgasmo. Non si considera infatti che l'orgasmo, come una delle tante esperienze di piacere godibili in coppia, se viene cercato in esclusiva rischia di diventare un piacere troppo riduttivo tanto che l'esperienza sessuale viene limitata così all'indispensabile, riducendosi in pochi secondi, come uno sfogo. Se poi l'orgasmo diventa un must, un obiettivo fisso, un bisogno necessario nella ricerca del piacere, quando, come spesso succede, qualcosa si inceppa, l'esperienza sessuale, da esperienza gioiosa e piacevole diventa sgradevole, irritante, addirittura frustrante. Tale aspettativa rischia così di privare tante persone non solo del piacere propriocettivo tipico dell'orgasmo, ma pure del piacere di godere liberamente di altre espressioni sessuali e percezioni erotiche di coppia, comunque importanti come l'esperienza orgasmica.

Inoltre, oltre all'idea disfunzionale dell'esperienza sessuale vista riduttivamente come penetrazione, vari fattori (risolvibili con specifica terapia sessuologica) possono inibire all'uomo e alla donna la voglia d'orgasmo come ad esempio la non-accettazione ed il senso di vergogna verso il proprio corpo, una ridotta attività immaginativa ed emotiva, una mancata propriocezione delle sensazioni premonitori e dell'orgasmo, una inadeguata stimolazione clitoridea o peniena, una difficoltà pervasiva a rilassarsi ed a lasciarsi andare magari per timore di subire un giudizio negativo o per paura di perdere il controllo, un basso grado di familiarità ed intimità con il proprio partner, una attenzione troppo elevata rivolta al piacere del partner, ridotte occasioni di esperienza erotica, una scarsa educazione sessuale e di anatomia degli organi genitali di entrambi i sessi.

Altre situazioni e condizioni possono ostacolare la ricerca del piacere orgasmico: una religiosità troppo rigida, un trauma del passato, un basso desiderio sessuale (v. Paolo Zucconi, Diagnosi & Terapia, Qual è il tuo livello di desiderio sessuale? 3/99) o altri disturbi della sessualità maschile e femminile, tanto per citare alcune delle più rilevanti.

Il mancato raggiungimento dell'orgasmo può far ipotizzare al sessuologo clinico una disfunzione sessuale denominata appunto "disturbo dell'orgasmo". Nell'uomo tale disturbo è piuttosto infrequente e si presenta nelle forme dell'eiaculazione ritardata e della eiaculazione impossibile che, secondo i clinici, rimandano a caratteristiche personologiche maladattive e a specifiche psicopatologie da trattare psicoterapeuticamente.

Molto frequente è invece la mancanza o l'inibizione dell'orgasmo nella donna, particolarmente nelle nubili o sotto i 35 anni, definita "primaria"; nel caso in cui non abbia mai avuto in vita sua un'esperienza ritmica con un inizio ed una fine, diversa dal massimo piacere (circa 8/10% delle pazienti), mentre l'anorgasmia cosiddetta "secondaria", subentrata successivamente spesso in seguito ad un evento traumatico, va riferita alla mancanza di esperienza orgasmica con il partner attuale, mentre si parla di anorgasmia situazionale quando l'orgasmo viene raggiunto solo con certi partners o in particolari circostanze.

Nella valutazione clinica di una lamentata disfunzione orgasmica va sempre considerato il disfunzionamento sessuale di entrambi i partners (se entrambi presenti) 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.

La soluzione più pratica ai vari disturbi dell' orgasmo è quella di partecipare, dopo accurata valutazione clinica del problema, ad una terapia sessuale comportamentale di tipo mansionale (individuale e di coppia) con l'obiettivo terapeutico, in un arco di tempo previsto di circa 4/6 mesi in regime ambulatoriale con frequenza settimanale (in assenza di altri disturbi o psicopatologie associate), di aumentare la reattività sessuale e la ricezione consapevole delle proprie reazioni sessuali, favorendo piacevoli esperienze sensuali ed emozionali personali e di coppia.

Relativamente al successo terapeutico del raggiungimento dell'orgasmo in donne che non l'hanno mai sperimentato neppure con la masturbazione, la letteratura scientifica internazionale prognostica risultati molto più promettenti rispetto a quelle pazienti che lamentano solamente anorgasmia durante il coito.

Paolo G. ZUCCONI

Sessuologo clinico e Psicoterapeuta comportamentale

Viale Venezia, 291 Udine

Tel. 0432/233.006

www.dr-zucconi.it

pubblicazione del 2002