

Nell'eccitamento si passa da una semplice tumescenza ad una vera e propria erezione nel maschio, da una iniziale lubrificazione ad una vera e propria congestione vaginale, accompagnata da tumescenza delle piccole labbra e del clitoride, nella donna;  
nel plateau

(fase di massima eccitazione che può essere mantenuto in rapporto alla capacità del soggetto) tali componenti si mantengono sia spontaneamente, durante le fasi di 'gioco' precoitale, sia durante il coito, controllato volontariamente per ritardare il raggiungimento della terza fase, l'orgasmo,

che succede alla serie di stimoli eccitatori coinvolgenti tutti i muscoli pelvici e gli organi genitali interni come prostata, vescichette seminali, utero che raggiungono la tensione massima attraverso il fenomeno della sommazione di suddetti stimoli fino allo scatenamento dell'orgasmo, appunto. Segue a questa fase una generale e progressiva risoluzione

(quarta fase) che riporta tutte le componenti sessuali ad uno stato di riposo per riprendere dopo un certo periodo la possibilità di una nuova eccitazione.

La ginecologa americana Kaplan ha aggiunto infine una quinta e decisiva fase prioritaria rispetto alle altre: il desiderio.

Ognuna di queste fasi può avere la sua disfunzione o una vera e propria patologia.

### Disfunzioni

Per quanto riguarda la fase di eccitamento, vedremo, nel maschio, tutte le turbe dell'erecilità (mancanza totale di erezione, scarsa erecilità, perdita di erecilità durante le fasi che precedono l'orgasmo);  
nella donna

la mancanza di lubrificazione vaginale che si accompagna ad una assenza di tumescenza vaginale, vulvare, clitoridea.

Nella fase di plateau, nel maschio si produrrà o l'incapacità di portarsi vicino all'orgasmo per detumescenza peniena, o un cattivo controllo del plateau stesso, con un improvviso raggiungimento dell'orgasmo, (senza alcuna possibilità di auto-controllo), come nell'eiaculazione precoce; nella donna si avrà il bisogno di mantenersi a lungo nella fase di plateau, con il raggiungimento dell'orgasmo in tempi lunghissimi, tempi che mettono in difficoltà il partner e lo fanno apparire un eiaculatore precoce. Oppure, sempre nella donna, si avrà una incapacità a controllare il plateau con rapido raggiungimento dell'orgasmo, fatto comunque questo che non danneggerà il rapporto, in quanto nella donna permane, a differenza del maschio, la capacità a proseguire il coito, con il possibile raggiungimento di un nuovo plateau e di un nuovo orgasmo. Nella terza fase orgasmica

,  
sia nell'uomo che nella donna

si possono avere orgasmi dolorosi, che possono portare sia ad una demotivazione circa l'attività sessuale, sia ad una mancanza di orgasmo, pur consentendo le normali fasi che precedono; o, specie nella donna, può manifestarsi anche la totale assenza di tutte le fasi precedenti.

Nella quarta fase, progressiva risoluzione, esistono per entrambi risoluzioni dolorose, o periodi refrattari lunghissimi che possono essere relativi a predisposizione personale o a patologia degli organi sessuali stessi.

Come si diceva precedentemente, la Kaplan ha identificato una quinta fase che è il desiderio e questo, in entrambi i soggetti, cade nell'ambito delle situazioni psicologiche relative a turbe del rapporto interpersonale, a turbe delle relazioni sociali, a turbe indotte da situazioni di stress da lavoro, da malattie ecc.

Come si può comprendere, il compito del sessuologo non può fermarsi ai soli problemi sessuologici, ma deve avere nel proprio bagaglio tutta una serie di cognizioni ginecologiche, urologiche, andrologiche, endocrinologiche e psicologiche per poter imparare a depistare le disfunzioni sessuali all'interno delle varie fasi dell'attività sessuale stessa e per poter formulare una diagnosi differenziale tra patologia organica e psicologica.

Inoltre l'analisi degli elementi di natura psicologica, relazionale e sociale, predispone il sessuologo ad un ascolto già di per sé terapeutico del soggetto in esame, e spesso gli permette di scoprire la relazione tra il discorso che sta facendo in quel momento al medico, il suo modo di relazionarsi agli altri e il problema sessuale che va denunciando.

È evidente che il soggetto affetto da disfunzioni sessuali vive la sua realtà con ansia e che, quindi, anche su disfunzioni di tipo organico gravano pesantemente le problematiche psicologiche. Queste tuttavia sono spesso percepite dal soggetto stesso che potrà non aver bisogno di una vera e propria psicoterapia, ma che, innanzitutto, avrà necessità di capire il perché di quando gli succede. Primo passo quindi di un buon approccio sessuologico è quello di sottoporre il soggetto a visita generale, ad un preciso screening ematoclinico comprendente anche il dosaggio degli ormoni, e via via a tutti quegli esami, anche strumentali, che possono confermare o escludere una causa organica della disfunzione. Nel caso di patologie organiche vi sono varie possibilità, sia mediche che chirurgiche, per correggere il disturbo. Eliminata l'ipotesi di una patologia organica, si potrà con un soggetto disponibile, (in genere il problematizzato sessuale rifiuta di primo acchito l'ipotesi di una patologia di tipo psicologico), approfondire con anamnesi psicologica le motivazioni profonde o comportamentali del suo problema e decidere, infine, o per una terapia di solo approccio comportamentale (che potrà essere rivolta alla coppia o al singolo) o, nel caso di turbe inconsce del profondo, anche per una vera e propria psicoterapia.

Tiziano Tentarelli Uro-andrologo Clinica Urologica

Università di Genova Consulente presso il Centro Studi per la Terapia della Coppia.

Pubblicazione del 1987