

Le terapie delle problematiche dell'eccitazione maschile

Prof. Mauro Rossetto
Psicologo – Psicoterapeuta – Sessuologo Clinico
Direttore Centro Clinico DAS Genova

Nelle ricerche e negli studi recenti circa l'origine delle difficoltà dell'eccitazione maschile, si conferma la complessità dell'eziopatogenesi e di conseguenza la necessità di un approccio terapeutico che integri interventi interdisciplinari che favoriscano l'efficacia degli esiti terapeutici. Il processo eccitatorio consiste in una sensazione di piacere accompagnata da caratteristiche fisiologiche.

Nel maschio si ha la vasocongestione del distretto penieno che comporta l'erezione e la secrezione delle ghiandole di Cowper. L'esperienza clinica suffraga l'idea che “l'incepparsi” del decorso dell'eccitazione sessuale è il risultato (patologie organiche escluse) di interferenze emotive che disturbano il meccanismo della vasodilatazione, che dipende prevalentemente dal controllo del sistema nervoso parasimpatico.

In sostanza gli stati emotivi che si attivano prima, durante e dopo il rapporto sessuale determinano la comparsa e il mantenimento delle disfunzioni nell'ambito dell'eccitazione.

Di qui l'importanza sul piano terapeutico di riconoscere e modulare i complessi coinvolgimenti emotivi responsabili del disagio sessuale

La storia delle terapie sessuali si caratterizza soprattutto per il diverso significato dato dalle emozioni, al loro valore, al funzionamento e in fondo all'importanza nell'ambito delle varie metodologie d'intervento. Dal non considerarle degne di cittadinanza scientifica, perché non osservabili (comportamentismo), al concepirle come sottoprodotto di cognizioni (cognitivo-comportamentale), alla barriera esercitata dalle difese inconsce ad ostacolare la presa di coscienza delle emozioni (Psicanalisi).

Solo il contributo recente delle neuroscienze e degli studi in questo settore ha permesso di rivedere il concetto di emozione intesa come informazione, attraverso i marcatori biologici, e quindi come opportunità di conoscenza degli stati emotivi intra e interpersonali.



Le neuroscienze infatti ci invitano a riflettere sul nostro funzionamento emotivo: nell'ambito clinico ciò significa rivalorizzare le interferenze emotive che si attivano nei momenti di intimità dei nostri pazienti con difficoltà sessuali.



Il non riconoscere il significato di un'ansia, di una vergogna o una rabbia che precede o sorge durante un'attività sessuale costituisce il meccanismo basilare del disagio sessuale. Tutto avviene in concomitanza con i processi cognitivi (pensieri, ricordi, immagini) che influenzano l'attività sessuale provocando un circolo vizioso di mantenimento nel tempo del sintomo stesso (condizionamento reciproco tra pensieri ed emozioni).



Tuttavia il meccanismo di inibizione emotiva dell'eccitazione sessuale ha, peraltro, un evidente valore evolutivo.



Il lavoro terapeutico ruoterà in parte alla ricostruzione e origini delle convinzioni radicate nel tempo e ritenute credibili da parte del soggetto. La prima operazione che si compie nella procedura della terapia sessuale, all'interno della formulazione condivisa del funzionamento, è identificare gli stati mentali riconoscibili nelle memorie autobiografiche dei pazienti.



Durante l'incontro il sessuologo aiuterà la persona ad individuare i pensieri e le emozioni che si attivano prima, durante e dopo il rapporto sessuale. L'obiettivo è far notare l'influenza reciproca esistente tra pensieri, emozioni e comportamento. Ciò sarà importante per avere informazioni sui significati e le conseguenze emotive/comportamentali che il paziente attribuirà alla comparsa del sintomo.



Di qui la necessità di differenti interventi terapeutici con soggetti portatori della stessa sintomatologia. Prendiamo per esempio il caso di un deficit di erezione su base psicogena.



a) Non riesco a mantenere l'erezione - La mia identità sessuale e la mia virilità sono compromesse - (caduta dell'autostima)

b) Non riesco a mantenere l'erezione - La mia partner si stancherà di me e mi abbandonerà - (timore della solitudine)

c) Non riesco a mantenere l'erezione- Il mio problema diventerà pubblico e sarò criticato e deriso- (ansia da giudizio sociale)

d) Non riesco a mantenere l'erezione- Ciò è dovuto ad una inconsapevole insufficiente attrazione per questa donna, non dovevo illuderla- (senso di colpa per la superficialità della scelta)

e) Non riesco a mantenere l'erezione- La mia difficoltà potrebbe far sospettare una latente omosessualità- (dubbio sull'orientamento sessuale)

Il sessuologo tenterà di evocare i dettagli dell'episodio sessuale significativo e insoddisfacente - Cosa ha provato e pensato in quel momento? Ricorda la reazione emotiva della sua partner?-



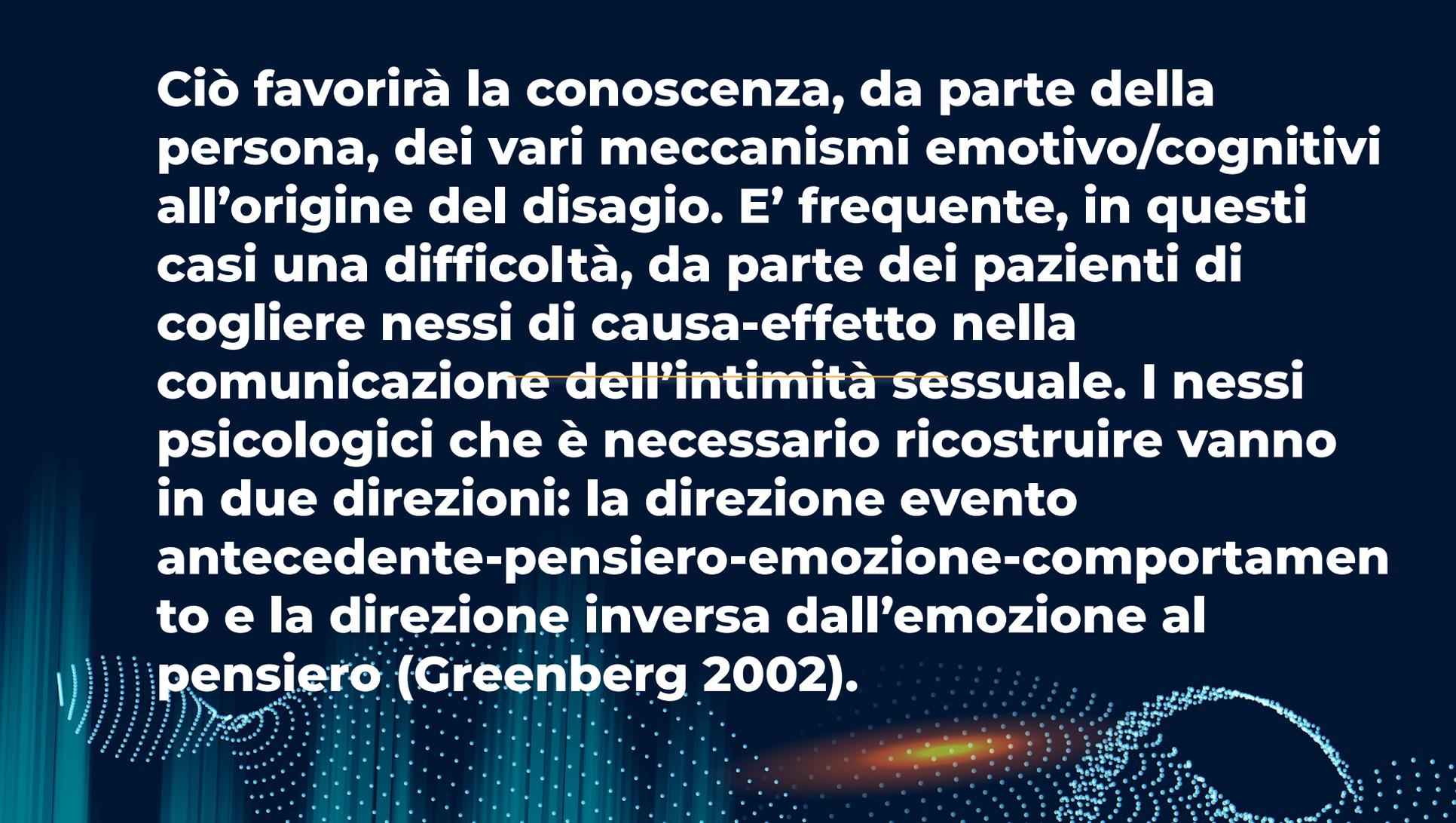
Con molti pazienti la difficoltà non è unicamente riconducibile ad uno stile narrativo insufficientemente esplicativo, ma in una incapacità nel ricordare le diverse sequenze emotive, cognitive e comportamentali vissute nel momento del disagio sessuale. Ciò è dovuto alle attivazioni emozionali provate durante il rapporto sessuale insoddisfacente.



In questi casi il lavoro clinico consisterà in una dettagliata ricostruzione di ciò che è accaduto nell'intimità. Una volta raggiunte memorie episodiche e semantiche specifiche, (dialogo interno ed emozioni) l'attenzione del terapeuta si soffermerà sulle sequenze avvenute sul piano cognitivo ed emotivo (antecedenti, durante e dopo il rapporto).



Ciò favorirà la conoscenza, da parte della persona, dei vari meccanismi emotivo/cognitivi all'origine del disagio. E' frequente, in questi casi una difficoltà, da parte dei pazienti di cogliere nessi di causa-effetto nella comunicazione dell'intimità sessuale. I nessi psicologici che è necessario ricostruire vanno in due direzioni: la direzione evento antecedente-pensiero-emozione-comportamento e la direzione inversa dall'emozione al pensiero (Greenberg 2002).



In coerenza con quanto sappiamo da neuroscienze e psicologia sperimentale sull'influenza delle emozioni e dell'umore sul pensiero (Damasio, 2000), il paziente può entrare infatti in uno stato affettivo, con consapevolezza marginale dell'evento scatenante, e l'emozione può risultare distorta da processi di influenza affettiva o condizionata dal pensiero razionale (Bower 1981; Forgas, 2002).





**Le interazioni tra
funzionamenti
cognitivi, emotivi e
comportamentali**

Conoscenza e consapevolezza delle motivazioni che inducono a desiderare di avere un rapporto sessuale (proposte individuali o inviti da parte della partner)

Esempi di differenti motivazioni

- a) Autenticità di appetito sessuale o pianificazione del rapporto a causa dell'eccessivo tempo trascorso dall'ultimo incontro?**
- b) Bisogno di intimità per verificare la qualità della propria performance compromessa dagli insuccessi precedenti?**
- c) Necessità di confermare alla partner che è sempre desiderabile?**
- d) Bisogno di un rapporto sessuale per interrompere un disagio emotivo ansioso/depressivo e quindi sesso come autoconsolazione**

**La pratica clinica ci conferma
come i distorti significati
attribuiti ad una specifica
sintomatologia costituiscono il
meccanismo principale del
mantenimento della disfunzione.**

Il compito del terapeuta è invitare a riflettere e mettere in discussione la regola di causa-effetto basata su una sequenza temporale.

CASO CLINICO:

Paolo e Franca mi chiedono aiuto: lui rifiuta da più di un anno di avere rapporti sessuali con lei.

Paolo:- Penso di aver chiarito il motivo che mi spinge a rifiutare i rapporti sessuali con mia moglie Franca. Litighiamo sempre anche per futili motivi, lei è sempre in disaccordo. Io non la cerco più proprio perchè la litigiosità è diventata ormai quotidiana. Il mio stato emotivo è ormai incompatibile con la tranquillità necessaria per un incontro d'amore.-

Franca:- Io invece credo che mio marito, e non capisco perchè, cerchi sempre la più banale circostanza per criticarmi, per poi sfociare in una lite che fa durare per troppo tempo. Fino ad un anno fa, la nostra sessualità andava bene, poi non so cosa sia successo....

Forse da quando, in occasione di un suo stress lavorativo, ha avuto occasionali problemi di erezione.-

Il lavoro clinico con questa coppia e l'alternanza di colloqui individuali mi hanno permesso di individuare il vissuto e il significato emotivo dato da Paolo al suo deficit erettivo, motivazione determinante, poi, l'evitamento dei rapporti sessuali con la moglie.

Questi sono stati i commenti di Paolo in occasione di una seduta individuale; tutto ciò nonostante la comprensione e la sdrammatizzazione della moglie circa l'episodio accaduto nell'intimità.

Paolo:- Ho temuto di non essere più un uomo...L'ho vissuto come una profonda umiliazione e un'offesa alla mia virilità.-

L'evitamento nei rapporti sessuali con la moglie era chiaramente collegato al non voler più vivere un tale disagio angosciante. Siamo giunti così, nel corso del trattamento terapeutico a invertire quelle che erano le originarie letture e sequenze del problema sessuale.

Non più: -Se litigo con mia moglie non la
cerco sessualmente.-

Ma piuttosto:- Non desidero avere rapporti
sessuali con mia moglie per evitare
l'angoscia, allora ci litigo.-

L'inversione del rapporto causa-effetto permette di considerare come causa il nostro modo di funzionare emotivamente e cognitivamente e come effetto le percezioni provenienti dal mondo esterno. Comprendere come funzioniamo permette di prendere le distanze dai nostri automatismi mentali: riconoscerli in quanto tali è il primo passo per alleggerirli, o per liberarsene del tutto quando opportuno.

Il trattamento in questo caso clinico si è svolto nella direzione di restituire al paziente il vero motivo dell'evitamento sessuale e una revisione del significato di “inaccettabilità e umiliazione” attribuita ad una disfunzione sessuale vissuta come perdita d'identità e severa compromissione nel sentimento di autostima.

Negli ultimi anni la nostra casistica è in netto aumento per problematiche legate all'eccitazione sessuale maschile; l'età dei giovani pazienti inviati da specialisti urologi/andrologi (accertamento medico diagnostico già effettuato) ci conferma spesso, l'eziologia psicogena del sintomo e quindi la necessità di un intervento psicoterapico ad orientamento sessuologico.

L'efficacia di qualsiasi tipo di intervento terapeutico dipenderà, a mio avviso, da una mirata relazione terapeutica fondata in un clima cooperativo e fiducioso, in prospettiva di un sereno cambiamento nella qualità della vita intima della persona.

La nostra sfida, come sessuologi, dovrà essere quella di applicare le lezioni apprese dalle neuroscienze: neuroplasticità e flessibilità dei circuiti cerebrali. Diversi studi recenti hanno ampiamente mostrato che il pensiero, l'apprendimento e le esperienze di vita, in genere sono in grado di apportare modifiche strutturali e funzionali al cervello, che non è quindi "cablato" una volta per tutte, ma in continuo sviluppo e cambiamento nel corso dell'intera vita (Doidge, 2015).

I circuiti cerebrali quindi, non sono fissi e immutabili: le reti sinaptiche e le strutture correlate, compresa la corteccia, si riorganizzano attivamente in un processo dinamico costante, grazie alle esperienze emotive, cognitive e motivazionali dell'individuo.

Quindi, la neuroplasticità si verifica per una concorrenza di molteplici fattori: l'apprendimento, il pensiero, l'immaginazione, gli stimoli sensoriali, i nostri movimenti, sono tutti mezzi attraverso cui, interagendo con la realtà interna ed esterna noi possiamo modificare il nostro cervello.

Ciò significa poter riorganizzare il funzionamento emotivo/cognitivo di quelle persone che, sconfortate dai disagi, non riescono più a vivere serenamente la loro vita sessuale.

Grazie dell'attenzione



CREDITS: This presentation template was created by Slidesgo, including icons by Flaticon, and infographics & images by Freepik.

Please keep this slide for attribution.