

CAP 1

PSICOSESSUALITA'

Sviluppo psicosessuale

Per Sigmund Freud la mente umana è regolata essenzialmente da:

- il principio del piacere
- la naturale inclinazione a schivare il dolore
- ottenere la soddisfazione delle pulsioni
- sete di possesso mirato al dominio

Ancora secondo Freud, le pulsioni possono essere distinte consequenzialmente per:

- **fonte,**
- **spinta,**
- **meta,**
- **oggetto.**

Egli sostenne:

- **La fonte** è rappresentata dall'eccitazione di un dato organo del corpo.
- **La spinta** riguarda l'intensità dell'eccitazione, un elemento qualitativo, definita da Freud con il termine latino: libido.
- **La meta** è rappresentata dalla soddisfazione che seda l'eccitazione.
- **L'oggetto** è l'elemento con il quale la pulsione intende raggiungere la meta: "una persona, una parte del corpo, un feticcio, una fantasia, una situazione ecc."

Le aberrazioni sessuali possono deviare l'oggetto (omosessualità), oppure alterare la meta (perversioni sessuali).

Lo sviluppo sessuale di un bambino naviga quattro fasi prima di completarsi:

- fase orale,
- fase anale,
- fase edipica,
- fase genitale.

In pieno periodo vittoriano (1900), Freud scandalizzò i suoi colleghi medici, molti dei quali reagirono anche violentemente alle sue tesi, dimostratesi successivamente geniali, serie, coraggiose e scientifiche (esasperazioni a parte, da me non condivisibili!).

FASE ORALE.

Lo sviluppo sessuale (libido) ha inizio con l'avvio alla vita dopo la nascita di un bambino e si concentra nella zona orale. La bocca è l'organo con il quale il bambino entra in contatto con la madre, attraverso il suo seno. Un trauma in questo periodo o semplicemente la reiterata frustrazione allo svezzamento, possono rendere "orali" i tratti del carattere. L'orale tende ad assumere, trattenere, masticare, essere cinico, dominare le situazioni. Tende a chiudere, all'introversione, a sputare, a rifiutare. L'avidità è tipica dell'orale, avidità nella lettura, nel consumare rapporti, consumare integratori alimentari, nel mangiare, nel bere, ecc. La fase orale si conclude intorno ai due anni di vita, poi, fino a circa quattro anni, la libido si sposta nella zona anale.

FASE ANALE.

Dai due ai quattro anni di vita, il bambino impara a controllare la muscolatura sfinterica e, di conseguenza, ad utilizzare i servizi igienici per l'espulsione delle feci, senza avere più bisogno del pannolino.

In questo periodo, il bambino trova piacere nel controllare la muscolatura dello sfintere anale e sente la necessità di controllare e disciplinare la propria richiesta di piacere. Lo svezzamento lascia sempre un segno nel carattere dell'individuo. Il tipo anale è ostile, tende all'isolamento affettivo, è avaro, diffidente, ecc.

FASE EDIPICA.

Intorno ai quattro anni i bambini entrano nella fase fallica o edipica.

I bambini e le bambine si confrontano con il complesso di Edipo, una chiara analogia con la tragedia greca dell'"Edipo Re", utilizzata da Freud per facilitare la comprensione di questo importante passaggio nello sviluppo psicosessuale dei bambini da circa quattro a sei anni di età.

EDIPO RE. Laio e Giocasta, regnanti in Tebe, alla nascita di Edipo, loro figlio, consultarono l'oracolo, il quale predisse: il nascituro ucciderà suo padre e sposerà sua madre. Dopo questa tremenda profezia, i genitori decisero di abbandonare Edipo su un monte affinché morisse. Edipo fu salvato da un pastore che lo allevò come un figlio con la sua famiglia in un'altra città. Quando Edipo, divenuto adulto, scoprì che i suoi erano genitori adottivi, decise di recarsi a Tebe, per trovare e conoscere i suoi veri genitori. Durante il tragitto, uccise un uomo arrogante in una battaglia (quell'uomo era suo padre Laio, ma sia Edipo, sia Laio stesso non potevano conoscersi, si incontrarono per la prima volta nella loro vita in quel tragico momento). Raggiunta Tebe, incontrò la Sfinge che gli pose un quesito come condizione per poter entrare all'interno delle mura della città, vittima di una tremenda peste: chi è quell'animale che di mattina cammina con quattro zampe, pomeriggio con due e la sera con tre? Edipo rispose: l'uomo, poco dopo la nascita gattona, da adulto è bipede e da vecchio deambula servendosi di un bastone. Questa brillante risposta servì a liberare Tebe dalla peste e dalla Sfinge, fu acclamato Re e sposò la regina Giocasta, rimasta vedova, senza sapere che Giocasta fosse sua madre naturale. Edipo fu un Re giusto e saggio con il suo popolo, per molti anni. Un giorno l'oracolo chiese ad Edipo Re quale condanna avrebbe inflitto a quell'uomo, presente in Tebe, che uccise suo padre e sposò sua madre. Edipo condannò quell'uomo ad essere accecato ed

esiliato da Tebe. A quel punto l'oracolo disse: quell'uomo sei tu, Edipo e gli narrò l'intera tragedia. Edipo si cavò gli occhi con le sue stesse mani e si allontanò oltre le mura della città.

Per Freud questo racconto ricostruisce fedelmente la situazione infantile nella fase edipica.

I bambini si innamorano del genitore di sesso opposto e provano ostilità per quello dello stesso sesso.

Questa è la fase in cui molti genitori si trovano impreparati e non comprendono il bambino e la bambina.

Non avendo memoria della propria fase edipica e conoscenza di queste naturali dinamiche, comuni a tutti i bambini del mondo, genitori impreparati potrebbero commettere il gravissimo errore di ritenere il proprio figlio o la propria figlia anormale, disobbediente, perverso/a.

Nella realtà lo squilibrio è rappresentato dalla reazione inadeguata dei genitori, che dovrebbero essere non seduttivi e non repressivi, ma sereni e comprensivi.

E' ovvio che quello del bambino è un sentimento che non può trovare soddisfazione.

Secondo Freud **i bambini escono dalla fase edipica in due modi diversi.**

- **Se maschi con la paura di castrazione**, temendo che i sentimenti d'amore verso la madre e di ostilità verso il padre siano puniti facendogli scomparire dal corpo quella zona che rappresenta il centro della sessualità. Per questo timore, il bambino comprende di non poter combattere per l'egemonia sulla madre contro il padre, soprattutto perché è molto più forte di lui, inoltre il padre rappresenta colui che è veramente desiderato sessualmente dalla madre. Questa consapevolezza rappresenta la maturazione del bambino e l'accettazione della situazione.

Da quel momento, progressivamente, **inizierà a rivolgere le proprie attenzioni sessuate fuori dalla famiglia di origine.**

Il bambino modifica il suo sentimento di ostilità in ammirazione e **inizia a vedere il padre come un modello nel quale identificarsi.** In coppie di genitori con un comportamento intimo assente o insoddisfacente e in famiglie dove i genitori palesano i loro conflitti e si svalutano verbalmente in presenza dei figli, il passaggio di questa fase presenterà forti complicazioni per il bambino.

L'identificazione con il padre permette al bambino di uscire dal complesso di Edipo ed accettare la legge morale che regola i rapporti familiari. Da quel momento in poi, soprattutto con l'adolescenza, cercherà all'esterno della famiglia la donna da amare, raggiungendo la FASE GENITALE, l'uomo (inteso come essere umano, maschi e femmine, uomini e donne) capace di amare, a completamento dello sviluppo psicosessuale.

- E' opportuno precisare che **per la bambina la fase edipica si presenta con qualche differenza. Il bambino possiede il pene e la bambina per Freud, entra nella fase edipica proprio per avere preso atto di non possederlo, sviluppando l'invidia del pene. L'ostilità della bambina verso la madre è generata nel constatare che non ha avuto da lei quello che le manca (il pene) e <lo chiederà> allora al padre**, in modo fantasmatico.

Desidererà avere dal padre quello che per la psicoanalisi è equivalente al pene nell'inconscio: un bambino. **Il complesso di Edipo per la bambina consiste nel pieno amore per il padre, dal quale desidera ricevere un bambino.** Evidentemente questo desiderio non è realizzabile e **la bambina dovrà accettare di rinunciare a questa pretesa, per avere un bambino dovrà rivolgere altrove le sue attenzioni amorose, in un periodo successivo.**

Non essendoci la paura di castrazione, per Freud, **la bambina non esce mai completamente dal complesso di Edipo: da adulta ricercherà negli uomini una replica del padre.**

Per questo motivo è importante che ogni papà sia per la propria bambina, almeno un uomo gentile, sensibile ed educato.

L'uomo che la donna sceglie è il sostituto del padre. Freud sostiene che nel tradimento la donna inganna l'uomo con il padre (da lei visto <un dio>), mentre l'uomo inganna la donna semplicemente con un'altra donna.

Ritengo che la donna moderna, intelligente ed acculturata, lontana dalla situazione femminile del periodo vittoriano (inizio 900), possieda gli strumenti per sfuggire, almeno in parte, a tale destino, liberandosi da questo fardello e vivendo con gioia e consapevolezza la propria esistenza.

Le nevrosi altro non sono che sviluppi sessuali non completati. Immaginiamo la libido alla nascita costituita da 100 soldatini. L'ideale sarebbe depositarne in uguale quantità nelle varie fasi: orale, anale, fallica, latenza, genitale (io). Nella realtà ogni individuo distribuisce questi soldatini in modo assolutamente soggettivo, in relazione al suo vissuto in queste rispettive fasi, così ognuno sarà un po' più orale, anale, ecc.

I tratti del carattere di una persona sono come una impronta digitale, possono essere simili ad altri, ma non ve ne sono due uguali.

Sessualità e genitalità: normalità ed espressioni deviate. (*Romeo Lucioni*)

Di fronte alle esperienze di violenza e di criminalità nei confronti della donna, che sembrano essere aumentate considerevolmente (... ma che in realtà è un fenomeno ben conosciuto da sempre, anche se ora viene più facilmente riportato dai mezzi di comunicazione di massa) si sente parlare del "... bisogno di umanizzare la sessualità".

C'è la tendenza di fare riferimento alla "sessualità" quando ci sono di mezzo gli "organi genitali", ma non dobbiamo dimenticare che ci sono molte e profonde differenze da caso a caso.

a) Parliamo di genitalità quando vogliamo riferirci all'atto fisico che implica l'uso degli organi specifici, maschili e femminili, sino alla "penetrazione" ed all'orgasmo.

b) La sessualità riguarda una sfera comportamentale molto più sottile e complessa, che tiene conto anche di:
- erotismo;

- stimolazione sessuale;
- riconoscimento affettivo-valorativo dell'altro/a;
- rispetto dei tempi e dei bisogni del partner.

c) La relazione d'affetto intimo nella quale entra:

- il coinvolgimento;
- l'offrirsi per valutare l'adesione dell'altro/a;
- la ricerca di un buon livello di compartecipazione e di accettazione;
- il donare all'altro il tempo sufficiente per "entrare in sintonia" ed anche quello per "uscire dolcemente dall'esperienza vissuta".

Partendo da un punto di vista diverso (meno scientifico e più relazionale), si parla spesso della differenza tra "amore" e "sesso" (relazione sessuale e rapporto sessuale). In questo caso si tende a promuovere:

- il primo come "... l'esperienza più sublime dell'essere umano, ricca anche di "tenerezza" e di "espressioni romantiche", ecc.;
- il secondo è invece spesso considerato **ERRONEAMENTE** come perverso, malefico, ... quasi da vergognarsi.

Il problema psico-affettivo è stato anche complicato dalla ricerca delle differenze tra "amicizia" ed "amore" e questo porterebbe ad aprire un capitolo molto grande che riguarda profondamente i sentimenti che entrano in una relazione interpersonale, tanto più che è stato dibattuto sin dai tempi di Parmenide e di Eraclito.

Tutto questo entra a far parte dell'amore che è in sé un **"sentimento complesso"**, **FATTO SOPRATTUTTO DI AZIONI SACRIFICALI A BENEFICIO ESCLUSIVO DEL PARTNER**, proprio perché implica prevalentemente la "figura dell'altro".

Possiamo parlare d'amore quando nella relazione predomina il "senso di valore" donato all'altro e che l'altro suscita.

Naturalmente, **nell'esperienza d'amore entra poderosamente anche il sentimento d'amore verso di sé, che consiste nel dare valore a se stesso** e che serve ad equilibrare il rapporto a due.

Spesso si sente parlare d'amore come fosse un "problema di livello ormonale" che genera uno stimolo e, soprattutto, una "necessità di scarica" (fare l'amore -!-).

Questo non è Amore, sarà un "bisogno", una necessità, anche una "obbligatorietà" fisiologico-ormonale, ma mai Amore: semmai, dovrebbe essere **<uno degli aspetti, ma solo se teso a concedersi e non a possedere>!**

Amore è dare valore all'altro, considerandolo per le sue qualità fisiche, psichiche, spirituali, di volontà, di ... capacità intellettuale, ecc. ecc.

Proprio per questo si dice "ti amo" che è una espressione "riflessiva", una risposta al "valore dell'altro".

Da queste riflessioni, si desume che è fuorviante dire "bisogna umanizzare la sessualità" proprio perché questa è di per sé una "espressione psico-comportamentale specifica dell'uomo" che ha poco di una semplice spinta istintivo-genitale, di attività biologica centrata sull'estro o sulla "richiesta-pretesa fisica e animale" finalizzata alla riproduzione e o al semplice **<piacevole possesso/sfogo>**.

Quando parliamo di "sessualità umana" facciamo riferimento, inevitabilmente, ad una attività ricca di emozione, di affetto, di cognizione e di intuizione creativa.

In questi termini, la sessualità (che è sempre "umana") è una funzione complessa della mente e del corpo uniti insieme e che permette di raggiungere momenti di grande armonia interiore nella "relazione con l'altro/a", nello sguardo e nel corpo dell'altro/a che conducono a scoprire il vero senso dell'esistere, del vivere, ... dell'Essere..

Tutti gli animali hanno bisogno di mangiare, ma l'uomo non mangia "come un animale"; al contrario la cucina è diventata un'arte ed una espressione importante della civiltà di un popolo, una ricerca culturale e del sapere.

A maggior ragione, anche la sessualità umana ha assunto caratteristiche che sono e devono essere adeguate allo sviluppo umanistico dell'uomo e della donna, una ricerca di "ben-essere" che significa anche crescita, sviluppo timologico (onore, dignità, pregio), ricerca di equilibrio interiore e... liberazione dagli impulsi, dai desideri, dalle pulsioni negative, nocive ed anche patologiche.

Questo aspetto è di estrema importanza per chiarire il **"senso della sessualità" ed il "non-senso della patologia"** che utilizza la sessualità per creare forme di "sessualità-deviata".

In questo ordine di idee parliamo di:

- bisogno ossessivo e compulsivo di sottomettere l'altro nel tentativo di "... sentirsi capaci ed anche superiori". Spesso si hanno esperienze cliniche nelle quali il maschio (marito, compagno, ecc.) agisce con una "... penetrazione sessuale" senza chiedere nessun segno di partecipazione, solo perché "... l'atto di violare il corpo dell'altra ... induce un "senso di potere" che ... "mi serve per sentirmi capace nel mio lavoro" (per es. quello di rappresentante di commercio o educatore o politico che deve convincere e sopraffare gli altri);
- necessità di "usare violenza" (anche verbale) per soddisfare una "necessità di superiorità" che esprime sentimenti regressivi (**onnipotenza, egocentrismo, superiorità**) che sono **caratteristici di una "organizzazione psichica infantile"** che non ha sviluppato quelle valenze "psico-affettive" che normalmente il bambino acquisisce intorno ai due anni (con la maturazione del lobo frontale);
- espressione di "violenza satanica" che equivale ad una evoluzione disarmonica delle funzioni affettive che restano dominate da:
 - disprezzo per l'altro considerato inferiore;
 - necessità di ferire l'altro come desiderio di morte, di provocare l'eliminazione fisica dell'altro;
 - deviazione timologica (del sentimento dignitoso) della organizzazione affettiva che resta

“... ancorata all’odio primordiale”, caratteristico di un “... sentire l’altro come colpevole di tutti i mali, di essere la causa dei propri insuccessi, delle proprie incapacità, ... delle proprie frustrazioni”.

Questi “sentimenti deviati” vanno tenuti in grande considerazione proprio perché, come è stato studiato dalla timologia, i sentimenti negativi (odio, disprezzo, ecc.) nella organizzazione psichica funzionano esattamente come i “sentimenti positivi” (amore, stima, ecc.) permettendo:

- contenimento delle reazioni emotive (per questo i criminali si presentano impassibili, non dimostrano reazioni emotive neppure nella mimica);
- stimolazione dell’organizzazione e dello sviluppo cognitivo e razionale (proprio per questo i grandi criminali si dimostrano anche ... “ben dotati intellettualmente”, capaci di perseguire con lucidità i loro “fini anormali, amorali e perversi”);
- organizzano un “... circolo di persone” che partecipano alle scelte patologico-criminali sia con atteggiamenti dipendenti e servili, ma anche con una vivace partecipazione alla programmazione criminale;
- ultimamente si sta osservando anche un incremento di un “atteggiamento abnorme” che si evidenzia come “... bisogno compulsivo di ottenere dall’altro comprensione, sussidio ed aiuto. L’altro diventa un “personaggio ricco e potente” (quasi “onnipotente”) che si vuole obbligare a sottomettersi ai bisogni del soggetto che si sente “... ormai perduto o incapace di risolvere il proprio problema intimo di “bisogno ossessivo”. È il caso della ragazza che ha “agredito il Papa” in San Pietro ... dicendo che “... gli vuole molto bene”.

L’equivoco biologico.

Purtroppo si è radicata nella cultura l’idea sbagliata che l’amore, nell’errato senso di sesso (perché, ovviamente, non è affatto solo o principalmente sesso), sia una espressione puramente biologico-ormonale.

Questa posizione deviante è stata supportata anche dalla prevaricazione razionalista che, con il detto cartesiano “cogito ergo sum” (penso, dunque sono), ha portato a svalORIZZARE quella che oggi chiamiamo “intelligenza affettiva” (da non confondere con la “intelligenza emotiva”).

Proprio per questo le “dinamiche dell’amore”, nella cultura occidentale, sono state riferite soprattutto come “problematiche femminili”, per di più legate ad una “struttura cerebrale diversa” che porta la donna a “pensare prevalentemente con l’emisfero destro del cervello”, mentre l’uomo usa prevalentemente quello sinistro, più razionale e creativo.

Anche la cultura popolare si è strutturata sull’idea di una “organizzazione psico-mentale e ormonale” che regola lo sviluppo mentale secondo caratteristiche specifiche di genere.

Tutto questo ha **determinato una specie di “emarginazione” delle funzioni affettive e impedito un approfondimento conoscitivo sulle problematiche timologiche**, tanto da portare ad una “organizzazione pedagogico-educativa” poco incline a tenere in conto la “struttura tetradica della mente” (4 parti), riducendo l’insegnamento ad un meccanismo puramente razionale e conoscitivo.

Per Helen Fisher anche l’amore romantico sarebbe frutto di una modulazione neuro-biologica. Questo significherebbe dunque, per l’uomo, la fine della libertà psico-affettiva e della creatività-intuitiva anche nell’ambito dei sentimenti.

È necessario prestare molta attenzione prima di formulare una idea prettamente biologista dell’amore, poiché è necessario tenere in considerazione che in nostro cervello agisce e si attiva in forma globale.

Cosa significa?

- a) Uno stimolo esterno (percettivo o sensoriale) viene captato e trasmesso alle strutture neurologiche centrali (S.N.C.) e, partendo dall’energia indotta dal sistema limbico (cervello emotivo), attiva gli altri sistemi: affettivo e cognitivo.
- b) L’input sensoriale, attraverso la via diretta talamo-corticale, attiva a sua volta:
 - sia i sistemi percettivi corticali specifici (per es. aree occipitali della vista; aree parietali della sensibilità; ecc. ecc.);
 - sia globalmente la corteccia cerebrale, attivando quel “sistema intuitivo” di cui ancora poco conosciamo;
- c) l’input in entrata attiva anche i “sistemi della memoria” (a breve ed a lungo termine) che, probabilmente attraverso il sistema intuitivo, portano a dare un senso particolare, soggettivo e globale all’esperienza sensoriale.

Questo meccanismo percettivo-rappresentazionale è non solo molto complesso, ma anche molto “impegnativo” da un punto di vista neuro-biologico.

Possiamo pensare alle implicazioni:

- ormonali (ipotalamo, ipofisi, surrenali, ecc.ecc.);
- neuro-umorali (neurotrasmettitori di vario ordine);
- emotive (sistema limbico e sistema emotivo periferico);
- affettive (aree frontali della corteccia cerebrale);
- cognitive (elaborazioni cortico-sottocorticali del S.N.C.)

che richiedono un complicato intreccio neurofunzionale che però non è primitivo, ma secondario, vale a dire “appreso” attraverso l’esperienza, sull’onda dei vissuti intimi ed anche, spesso, inconsci...

In tutto questo sta la differenza tra genitalità e sessualità.

La prima riguarda una carica ormonale che induce la necessità di una scarica (scarico-sfogo); la seconda concerne una ricchezza emotivo-affettiva che implica anche espressioni intuitivo-razionali (ti do, ti arricchisco).

Evidentemente anche gli “stimoli prettamente genitali” (ormonali) possono attivare gli altri sistemi (specialmente quelli emotivo-affettivi) proprio perché il nostro “corpo” interagisce con il mondo esterno psichicamente oltre che fisicamente, ma sempre in forma globale.

Non dobbiamo dimenticare che il livello cerebrale di testosterone (nei maschi) e di estrogeni (nelle femmine) determina e condiziona gli atteggiamenti psichici anche nei bambini, per esempio nelle loro scelte di giochi e/o divertimenti.

Se teniamo in conto queste osservazioni, possiamo anche capire come “un amore romantico” possa portare a modificazioni profonde dell’inside (interiore) psico-neurobiologico. La complessa “risposta sessuale”, evidenziabile anche nelle dinamiche timologiche, arriva a spiegarci la differenza tra il “mondo psico-sessuale” dell’uomo ed il “mondo istintivo” dell’animale legato all’estro ed alla eccitazione sessuale che fanno capo ad una specifica azione dei livelli ormonali.

Nell’essere umano, al contrario, le risposte sessuali ed anche genitali rispondono ad un processo molto più complesso e globale che impegna le nostre strutture cerebrali in maniera massiccia, oltre che globale e variabile a seconda delle esperienze vissute e del genere di appartenenza dei partner.

Lo sviluppo psico-mentale

Prendendo in considerazione gli studi sullo “sviluppo psico-affettivo del bambino”, possiamo renderci conto se sia cambiata la “costruzione freudiana dello sviluppo psico-sessuale”, che prevedeva gli stadi: orale, anale e fallico.

Lo sviluppo psico-affettivo si centra sul passaggio dalla “valenze narcisistiche primarie”, di tipo adattivo, verso quelle tipiche del “Sé o io-ideale” che sono creative, immaginarie e fondate sul “narcisismo-secondario” e sul “senso di realtà”.

Le “funzioni sessuali” hanno assunto un valore che non è più solamente “genitale”, per porsi decisamente nell’ambito “relazionale”, fondate cioè sul “senso di Sé”, l’auto-valorizzazione e l’auto-soddisfazione.

Proprio per questo, si è potuto cominciare ad indagare l’aspetto sessuale (che in Freud comincia dai due anni) nelle sue valenze di “potere” e di “ricerca dell’imporre la propria volontà”.

In questa ottica, si comprende il significato delle modificazioni psico-sessuali del bambino-maschio che, proprio per il livello di testosterone nel suo cervello, tende ad imporre giochi più fisici nei quali poter dimostrare (agli altri ed alle bambine) la propria superiorità.

Questo cambiamento nell’orientamento dello studio scientifico della personalità, del carattere e dei comportamenti, ha portato a dare un valore euristico (approccio alla soluzione) alla cosiddetta “dimensione sessuale dell’io” che riguarda le caratteristiche egocentrico-narcisistiche e gli “atteggiamenti onnipotenti” del bambino ed anche di tutti quei soggetti che dimostrano un “modello regressivo” della propria “organizzazione psico-affettiva”.

In questo ordine di idee, **le violenze in generale e quelle sessuali in particolare, rappresentano un campo di studio che riguarda lo sviluppo psico-affettivo del bambino a partire dai due anni.**

Tenendo in conto queste considerazioni, possiamo dedurre che:

- la struttura della personalità e del carattere si organizza a partire dalla più tenera età; possiamo desumere che ... comincia intorno ai due anni, quando termina la maturazione dei lobi frontali del cervello e, con questo, si organizza il “sistema affettivo”. Inoltre, per molti ricercatori, è a questa età che comincia l’attività onirica, tanto importante per attivare quelle “dinamiche immaginarie” che, come “coscienza onirica”, mettono a disposizione sistemi-conessioni attività psico-mentali creative ed innovative;
- quelle che chiamiamo “funzioni superiori della mente” si vanno integrando a partire dai due anni proprio perché richiedono un adeguato funzionamento emotivo-affettivo, sostenuto soprattutto dalla “formazione degli oggetti-interni” e, tra questi, “l’oggetto genitoriale” che condiziona profondamente l’organizzazione globale della mente e della coscienza che è sostenuta da:
 - senso di sé;
 - auto-valorizzazione;
 - auto-soddisfazione.
- Queste funzioni psico-affettive attivano e sostengono il passaggio dalla “organizzazione adattiva dell’io” per arrivare a “quella creativa del Sé” che, attraverso la funzione “Nome del Padre”, permette di superare le “problematiche edipiche” centrate sulla necessità di eliminare i conflitti inconsci nel rapporto con le valenze del “Super-io-applicato” (padre arcaico) e di immettere in una “relazione positiva e implicata con un Super-io maturo che permette di creare il definitivo assetto delle capacità relazionali fondate sul “senso dell’amore”;
- questo significa anche il superamento definitivo di “quell’assetto primitivo e regressivo del “Ideale-dell’io” e del “narcisismo primario”;
- l’organizzazione di un “oggetto genitoriale integrato ed equilibrato” porta ad una “organizzazione della mente e delle funzioni affettivo-relazionali” basate su - senso di verità : supportato prevalentemente dalla figura materna;
 - senso di potere: sostenuto dalle valenze paterne e del “Nome del Padre”.
 - senso di emulazione: sostenuto dall’approvazione degli adulti di fronte a soggetti e operazioni (applausi)

Tutto questo porta a considerare l’importanza e la necessità di una forte e complessa relazione tra il bambino e le figure genitoriali e familiari, che permettono una molteplicità di esperienze emotivo-affettive, necessarie per “organizzare quei sistemi identificatori” che sono alla base della “soggettivazione”.

Questa complessità, nei suoi aspetti psico-neuro-biologici ed evolutivi, deve essere tenuta in conto quando si parla di personalità e di sessualità, proprio perché espressioni dell'organizzazione della mente di ogni soggetto.

Tali temi sono ancora in uno stadio di studio e, quindi, poco sappiamo sulla evoluzione psico-mentale in rapporto con la struttura della personalità e le attribuzioni comportamentali e relazionali insite nella sessualità.

Una cosa però è certa e riguarda **la psicologia dello sviluppo: è nell'infanzia e nell'adolescenza che si costruiscono le basi per l'organizzazione della "persona che sorgerà"**.

Da questo si desume che si sta facendo ancora troppo poco per dare ai bambini quei supporti genitoriali, familiari, pedagogici e sociali che essi richiedono per poter organizzare la loro vita psichica, psico-mentale e psicoaffettiva, necessaria per poter affrontare le difficoltà della quotidianità, le problematiche indotte da una società politicamente ed economicamente in crisi, le deformazioni culturali che hanno portato ad una profonda perdita di valori tradizionali e che può anche essere definita come "... perdita del senso timologico dell'essere".

Commento sulla violenza giovanile.

La "violenza giovanile" interessa ormai un po' tutte le latitudini del globo e tutte le culture, proprio perché si è diffusa sull'onda di una crisi sociale che è anche crisi culturale.

Questa violenza ha radici nella "desertificazione dei sentimenti" e nel "pessimismo dell'intelligenza" che, sulla base di una svalorizzazione sociale ed ideologica, ha privato i giovani di una "prospettiva per la vita" dopo il fallimento della ideologia della "crescita continua".

Di fronte ad un "senso di mancanza di libertà", di ingiustizia sociale, di ferocia nelle relazioni interpersonali ed intergenerazionali, i giovani hanno strutturato un "senso di ineluttabilità" che ha spinto alla ricerca di un "... ideologismo pacifista che sfocia però nella violenza dei Black-bloc o black block.

Le regole tradizionali della convivenza sono state sostituite da un eccesso esistenzialista ed un predominio dell'estetica sull'etica, nel tentativo di superare un "profondo senso di annichilimento e di prosciugamento dei sentimenti legati alla libertà ed alla giustizia".

La società, nella sua "illusione democratica", ha imposto la legge per far tacere le armi, ma la legge ha scelto il cammino di "imporre la vita civile" e, in tal modo, la legge è vissuta come "... una pistola puntata contro!"

Adriano Voltolin ricorda Nietzsche che parla di "... culi di pietra di Washington, che demonizzano tutto ciò che è distante dal loro modo di concepire il mondo, il progresso, ..." e tutte le scelte piccolo borghesi che vogliono costruire un'anima ed una cultura universali (... globalizzazione).

Il conflitto inter-generazionale ha creato una "... società senza padri e di figli sregolati" (Emilio Masina) ed una "... giustizia-ingiusta", strutturata come un "padre assente ed autoritario", capace di "... partorire regole sempre più restrittive e penalizzazioni sempre più opprimenti ed insopportabili".

Si è creata una "burocratizzazione della guida istituzionale" incapace di leggere e di comprendere i profondi cambiamenti della società, indotti dalla tecnologia, dalla scienza e, soprattutto, dall'esplosione dell'informazione mediatica, di un sistema di aggregazione basato su relazioni effimere, ma intrusive, sulla svalorizzazione della cultura e delle regole tradizionali che non sono state capaci di riscrivere "... modelli pedagogici, norme di condotta accettabili e capaci di tracciare linee-guida per uno sviluppo globale ed olistico del soggetto".

Il significato implicito nella "**società senza padri**" è il risultato di un "rifiuto di ogni forma di insegnamento che derivi da una autorità svalorizzata", ma, per altro lato, è anche individuabile in un "senso di disorientamento" che supporta le espressioni giovanili del disagio, dell'angoscia, della sfiducia nei confronti di quello che è stato chiamato "Super-io-applicato", incapace di generare una "organizzazione implicata".

Tutto questo ha portato ad un "... **abbandonare a se stessi i giovani e gli adolescenti**", sostituendo la prevenzione e la formazione-timologica con regole sostenute dalla presunzione razionalista.

Da ciò deriva una "**destrutturazione familiare e del ruolo dei genitori**", una "incapacità istituzionale di emarginare la burocrazia positivista" in favore di una "... volontà di curare il benessere dei cittadini", una destrutturazione della organizzazione scolastico-pedagogica che si è perduta nella ricerca auto-riferito nell'incapacità di organizzare la creazione di "servizi multidisciplinari" per supportare valenze timologico-relazionali e impostazioni creativo-partecipative, in un'ottica di sussidiarietà e di compartecipazione.

Da questa analisi si desume come sia necessaria una ri-organizzazione culturale, istituzionale e giuridico-pedagogica sufficientemente valide per creare le basi ontologiche, psicologiche e psicodinamiche necessarie per superare la crisi della società ed anche della cultura.

Commento sulla violenza nell'ordine della sessualità.

Abbiamo sottolineato come la violenza entri nell'ambito della relazione intima tra due soggetti liberi ed indipendenti, ma in maniera condizionata dalle valenze psichiche e/o psicopatologiche dei partner.

Questa anormalità ha diversi elementi che la supportano:

- la svalorizzazione della "cultura dell'amore" in favore di una "cultura della razionalità" che ha sempre generato, nella storia, elementi egocentrico-onnipotenti e di superiorità distruttiva;
- la crisi della famiglia, della società e della cultura che generano senso di sconforto, di insicurezza, di solitudine ed un profondo disagio esistenziale;
- le difficoltà economiche e la perdita di prospettiva per il futuro che portano ad una disgregazione delle "forze resilienti del soggetto". È difficile dire se siano in aumento i casi di "violenza sulle donne" proprio perché dobbiamo pensare come oggi sia molto più facile che i "casi nascosti" passino, invece, nelle mani di un sistema mediatico di informazione profonda, molto più capillare ed attento alle informazioni che stimolano l'attenzione.

Potremmo pensare ad un aumento anche considerevole per due motivi:

- oggi le occasioni che una donna sola si possa trovare alla mercé di un aggressore sono veramente più facili e più frequenti;
- le cause che possono indurre le espressioni di “violenza carnale” sono notevolmente aumentate proprio perché il “maschio” si trova in una situazione di stress psichico, alimentato da profonde crisi di rabbia che derivano da uno

“... stato di frustrazione”.

Questa per il maschio è all'ordine del giorno:

- ha perso il suo ruolo di “potere” che fino a 70-80 anni fa era sostenuto dal “potere del lavoro” che coagulava in sé un “senso di ruolo” che si sviluppava nel “... poter guadagnare a sufficienza per mantenere anche decentemente la propria famiglia”;
- l'uomo ogni giorno si trova in balia delle circostanze e sente di aver perso il “ruolo centrale” esercitato da sempre sulla donna che, per altro, è scesa in campo per trovare un proprio ruolo ed una propria soddisfazione al di fuori del “ruolo della donna di casa”;
- l'uomo cerca di salvaguardare il proprio ruolo assumendo espressioni egocentrico-onnipotenti che però rappresentano una dimensione narcisistica regressiva che non ha il sostegno di un senso di verità.

Da queste semplici osservazioni, si può desumere che la violenza contro la donna è il risultato della perdita, per l'uomo, del suo “senso di Sé” e del suo sentirsi in balia di una continua frustrazione perché:

- la donna si è emancipata e, anche per l'aiuto che riceve incondizionatamente dalla famiglia d'origine, si sente capace e libera di “... scegliere comunque una soluzione per la propria vita e per quella dei suoi figli”;
- gli studi della timologia, riguardanti “l'oggetto genitoriale”, hanno messo in evidenza come sia la donna a “creare la dimensione oggettuale del padre” e questo giustifica il fatto che la dissoluzione della coppia possa indurre, nell'uomo, un profondo senso di perdita della propria identità;
- l'uomo, che aveva cercato fuori dalla famiglia un proprio “senso di valore” ed anche di “autosoddisfazione” (sostenuto da sentimenti regressivi egocentrico-onnipotenti), quando entra nella spirale della crisi della coppia, perde quel “senso di verità” che gli deriva dal “... sentirsi comunque “padre-di-riferimento” e non ha altra possibilità di entrare in una crisi esistenziale per la quale **scarica tutta la colpa sulla donna.**

Da tutto questo possiamo desumere che la crisi dell'uomo maschio deriva dalla crisi della coppia e della famiglia che non permettono all'uomo maschio di recuperare un “senso di centralità e di potere” che è stato minato anche dalla crisi della cultura, la scoperta di una vacuità che supporta una “sterile superiorità cognitivo-razionale” disusata ed annullata dalle enormi possibilità di informazione e di relazioni molteplici, supportate dallo sviluppo dell'uso ossessivo dei net-work e delle “comunicazioni tra amici” che si moltiplicano nella rete informatica.

Primo commento sulla pratica onanistica (auto-erotismo, anti-fecondazione).

Chi ha pratica di approccio clinico-terapeutico con il mondo degli adolescenti maschi, può confermare che non solo l'uso delle cosiddette “droghe leggere” si è diffuso enormemente tra i giovani, ma anche la pratica, spesso ossessiva e coatta, della masturbazione.

Droga e onanismo possono essere accomunati come espressioni di una “dipendenza”.

Questa è stata definita come “malattia dell'ideale dell'io” che, in altre parole, equivale al blocco dello sviluppo psico-affettiva che si attesta su “posizioni infantili”, egocentriche e dominate da “spinte libidiche”.

Con “libido” indichiamo un “bisogno pulsionale” legato alle “valenze narcisistiche primarie”. **Nella masturbazione (così come nell'assunzione di sostanze stupefacenti), il senso di onnipotenza che invade le dinamiche dell'io si ingigantisce, proprio perché il “... procurarsi piacere” esclude l'altro che viene svalorizzato e sostituito “... dalla mano amica”.**

In questo ordine di idee, la masturbazione, così come lo spinello, non vanno viste solo (tanto) come pratiche pericolose per la salute, ma (quanto) risultano, invece, **comportamenti assolutamente distruttivi nella dimensione della “... organizzazione della vita psichica e delle strutture timologico-affettive”.**

La droga e la masturbazione si accomunano provocando una disorganizzazione del valore timologico della relazione, bloccano lo sviluppo emotivo-affettivo ancorando il soggetto alle dinamiche adattive dell'io, soffocando quelle spinte psico-mentali che portano alla organizzazione del Sé-io-ideale.

Le esperienze auto-erotiche risultano veramente disorganizzanti per la struttura psico-affettiva del bambino e dell'adolescente così che **spesso diventano la causa della formazione di personalità abnormi che possono arrivare ad indurre situazioni fortemente patologiche, caratterizzate anche da violenza, da opposizione ed anche da criminalità.**

Commento sulla omosessualità.

Il tema della “scelta sessuale” è vecchio come l'uomo e se era ben conosciuta ed accettata, nei suoi aspetti omosessuali, nella cultura greco-ateniese, è ricordata nella Bibbia come “comportamento perverso ed indegno” se viene ricordata la distruzione di **Sodomia e Gomorra** (sodomia), come conseguenza del “peccato” che era concretamente un “peccato sessuale”, nel senso che gli uomini-maschi di quelle città preferivano di gran lunga l'amore per un altro maschio.

Il tema è, forse, anche troppo complesso per essere affrontato in una ricerca non specifica, ma **sta di fatto che le abitudini sessuali relative a scelte omosessuali si stanno diffondendo in tal forma da essere quasi accettate oggi come una normalità (o una semplice differenza) nell'ambito di una libera scelta individuale**

che deve essere rispettata anche come insita nei diritti insindacabili del soggetto che, proprio per questo, deve poter vivere con pari diritti ed opportunità... (scatenando omofobie e quant'altro di pericoloso... allo stesso modo di quello che si teme co l'omosessualità).

Commento sulla pratica pedofilica.

Seppure le esperienze pedofiliche siano ritenute alla stregua di un "disordine psichico profondo" sta di fatto che ancora viene perseguita come un "crimine tra i più ripugnanti e meritevole di castigo".

Purtroppo delle tendenze pedofiliche conosciamo ancora molto poco e, proprio per questo, questi comportamenti ripugnano al senso comune ed al senso morale naturale.

L'abuso nei confronti dei bambini è sicuramente un atto dei più vergognosi (proprio perché il bambino non ha alcuna capacità di auto-difendersi e, quindi, resta in balia dei desideri e del potere dell'adulto), comparabile sicuramente con la brutalità e la dimensione selvaggia dell'incesto.

Non è possibile, tuttavia, comprendere a fondo i meccanismi psico-patologici che supportano i comportamenti pedofilici, spesso anche presentati come sostenuti da un "... profondo senso d'amore", di volontà di aiutare ... colui che è stato scelto, che è stato eletto come fruitore delle "... attenzioni presuntamente più tenere ed altruistiche".

L'errore nei confronti della pedofilia, nei casi che ultimamente sono venuti alla luce (anche se sicuramente hanno una loro intima storia secolare), è stato quello di aver cercato di "nascondere il problema" appunto perché immerso in un "amore patologico" che "... non portava a danni fisici" e forse "... proprio perché le conseguenze non subito molto evidenti e, **psicopatologicamente, erano ritenuti di ben poco conto**"!

Se si fosse affrontato con più fermezza il problema e se si fossero consultati degli specialisti (psicoterapeuti e psicoanalisti), oggi probabilmente ne sapremmo molto di più e potremmo affrontare con maggiore sicurezza le conseguenze che come "... atti d'amore patologico" possono lasciare uno strascico insuperabile e indelebile sia nel bambino abusato, ma anche nell'adulto abusatore.

Commento sulla "castità" (purezza sessuale fino al matrimonio, rinuncia a rapporti sessuali fi a...)

Nell'ordine delle idee che riguardano la sessualità, può anche essere affrontato il tema della castità.

Questa è una "espressione psico-mentale" che ha, prima di tutto, un aspetto relativo al "rapporto con l'oggetto d'amore".

Proprio in questa visione timologica si sottolinea l'aspetto personalistico e singolare dell'esperienza della rinuncia.

Anche questa "elaborazione psico-mentale" dell'uomo non è per nulla semplice, proprio perché implica complesse elaborazioni:

- emotive – la necessità di frenare, contenere ed anche annullare le espressioni automatiche indotte dagli stimoli esterni ed interni;
- affettive – che, con il loro intervento, partecipano da un lato a bloccare le risposte emotivo-istintive e, per altro, ad attivare le valenze timologiche che danno senso e significato ad una relazione particolare e trascendente.

La castità può essere messa in rapporto con un "atto d'amore" che, se vogliamo, ha un altissimo valore euristico, ma la rinuncia del proprio corpo è sostenuta da una "spinta al sacrificio" come "atto d'amore sublime per l'altro".

Dovremmo scindere la "ricerca di un premio che verrà" dal più profondo e trascendente "amore sublime" che, per altro, la Chiesa esplicita nell'esempio di Cristo che rinunciò alla Sua vita come atto d'amore assoluto verso l'intera umanità.

Da qui, potremmo discutere come "l'esperienza della svolta personale verso la castità" sia il frutto di una elaborata costruzione-organizzazione che investe la mente soprattutto nelle sue parti affettive (... dovremmo approfondire anche la "porzione cognitivo-razionale" dell'elaborazione mentale).

La castità, come rinuncia, diventa anche un processo complesso che implica una continua rielaborazione la cui analisi porterebbe però ad un enorme studio del tutto specifico che, tuttavia, deve essere visto in un'ottica evolutiva, relazionata con le esperienze, con l'approccio relazionale, con quelle potenzialità dell'essere che trovano un supporto nelle relazioni interpersonali, nel senso di valere e nel "... valore che dà all'essere ogni esperienza sociale".

CONCLUSIONI

Risulta complesso dare una definizione di sessualità che, come espressione umana, ingloba condizioni culturali, sociali, anatomiche, psicologiche, emotive, affettive, intuitive, cognitive ed anche ... istituzionali.

La sessualità è un universo complesso che riguarda il comportamento evolutivo dell'uomo e della donna, nel quale intervengono aspetti genetici, biologici, psicologici, psicodinamici, sociali ed anche religioso-trascendentali, che cambiano in relazione con il genere del soggetto, con la sua età ed anche con la società e con il ruolo che in questa va occupando.

Per tutto questo, non è facile una definizione di sessualità nella quale entrino aspetti erotico-sentimentali multiformi che hanno anche caratterizzato l'impatto socio-culturale mutevole nelle diverse culture che hanno caratterizzato l'umanità nel tempo e nello spazio.

Sessualità è, dunque, un "termine dinamico" che ha caratterizzato la persona e la società condizionate dalla diversità delle culture, degli ideali, dei modelli sociali, dell'educazione, delle imposizioni religioso-istituzionali.

Non dobbiamo dimenticare che il "tabù della sessualità", riferito alle dinamiche dell'incesto, è stato considerato l'elemento fondante per la nascita della "cultura" e della "umanizzazione".

Per altre considerazioni possiamo distaccare anche elementi della sessualità che delineano il termine del comportamento sessuale come "impulso sessuale", "identità sessuale", "orientamento sessuale" ed anche, in un ordine ancora poco studiato, di "personalità sessuale".

Nell'identità sessuale si considerano oggi anche aspetti che riguardano l'orientamento (sentirsi uomo, donna o anche entrambi), le tendenze, l'attrazione (eterosessuale, omo o bisessuale) ed anche una ampia varietà di situazioni che condizionano i ruoli della società, le scelte comportamentali, sociali ed anche lavorative, oltre che una infinità di scelte diverse che portano il soggetto a definire o a condizionare la sua visibilità, il suo "aspetto estetico e culturale".

Se un tempo parlare di sessualità umana significava tenere in conto gli aspetti genetico-cromosomici (nel menoma –elenco delle informazioni dei geni- i fattori XX e XY), le concomitanti ormonali, gli elementi culturali responsabili dei conflitti, oggi la libertà sessuale e, soprattutto, l'ambito sociale della sessualità, che ha portato ad erotizzare tutti gli elementi del comportamento, del desiderio, dell'espressione estetico-culturale ed anche politica del soggetto, ha influito a condizionare enormemente il concetto globale di una sessualità che ha prevaricato anche le conoscenze dell'antropologia, della psicologia, della pedagogia, della filosofia ed, in fondo, di tutta quella cultura che genera il senso della "umanizzazione".

Questa mancanza di definizione ha portato anche a notevoli difficoltà a delineare le necessità e le linee-guida degli interventi educativo-formativi ed anche terapeutico-riabilitativi.

Se, per molti aspetti, si può parlare di "perdita dei valori" come causa o concausa di molte espressioni psicopatologiche ed anche criminali legate alla sessualità, per altro lato c'è ancora molta confusione ed incertezza per quanto riguarda la possibilità di affrontare deviazioni ed anche espressioni della violenza che, molto spesso, rispecchia un background culturale, ma anche profonde incertezze della psicologia, della psicologia evolutiva, delle impostazioni educative e, soprattutto,

delle regole socio-culturali ed anche giuridico-istituzionali.

Parlare di genialità, di sessualità e, soprattutto, di normalità e di espressioni deviate, richiede oggi un profondo ripensamento nell'ordine delle scienze umane applicate, dell'organizzazione sociale nei confronti della famiglia e dell'impegno insostituibile dei genitori, ma risulta anche impegnativo rivedere e ristrutturare quelle funzioni culturali che hanno perso i "valori fondanti della timologia" e della centralità assoluta delle funzione organizzativa delle "valenze affettive" dell'intelligenza dell'uomo.

E' difficile dare una definizione della sessualità <normale>.

E' più facile definire una sessualità abnorme - cioè, un comportamento sessuale che ha effetto distruttivo sulla persona stessa oppure sugli altri, che non può essere diretto verso un partner, che esclude la stimolazione degli organi sessuali primari, che è inappropriatamente associato a senso di colpa e ansia, o che è compulsivo.

In alcuni contesti, l'attività sessuale al di fuori del matrimonio, la masturbazione e **varie forme di stimolazione sessuale che coinvolgono altri organi oltre a quelli sessuali primari possono ancora essere considerate al di fuori dei limiti della normalità, a seconda del contesto generale: ma dipende da molti fattori...**

Il comportamento sessuale è vario e determinato da una complessa interazione di fattori.

E' influenzato dalle relazioni con gli altri, dalle circostanze di vita e dalla cultura in cui si vive.

La sessualità è intrecciata ad altri fattori della personalità, alla conformazione biologica e a un generale senso di sé. Essa include la percezione di essere maschio o femmina e riflette le esperienze evolutive relative al sesso durante tutto il corso della vita.

La sessualità e la personalità generale di una persona sono così intrecciate che è virtualmente impossibile parlare di sessualità come di un'entità separata.

Il termine psicosessuale viene pertanto usato per definire lo sviluppo e il funzionamento della personalità in quanto essi possono essere influenzati dalla sessualità dell'individuo.

Il termine psicosessuale non si riferisce ai soli sentimenti e comportamenti sessuali e non è neppure sinonimo di libido nell'ampio senso freudiano.

La generalizzazione di Freud, secondo la quale tutti gli impulsi e le attività connessi al piacere hanno origine sessuale, ha condotto i profani ad una interpretazione per certi versi distorta del concetto sessuale e ha presentato agli psichiatri un confuso quadro di motivazioni.

Etichettare tutti i comportamenti finalizzati al piacere come sessuali rende impossibile specificarne le motivazioni precise. Le persone possono anche utilizzare le attività sessuali per la gratificazione di bisogni non sessuali, come la dipendenza, l'aggressività, il potere e lo stato sociale.

Prima che Freud descrivesse gli effetti delle esperienze infantili sulle personalità adulte, l'universalità dell'attività sessuale e dell'apprendimento sessuale nei bambini non era riconosciuta.

L'osservazione diretta dei bambini in varie situazioni rivela che il gioco genitale nei bambini è parte del normale quadro dello sviluppo.

Secondo Harry Harlow, l'interazione con le madri e i coetanei è necessaria per lo sviluppo di un comportamento sessuale adulto efficace, una scoperta che ha avuto grande rilevanza per comprendere il normale sviluppo del bambino.

Deve ancora essere definita la dettagliata correlazione dei periodi critici per lo sviluppo sessuale; presumibilmente gli stadi freudiani dello sviluppo sessuale - orale, anale, fallico, latente e genitale - forniscono un ampio ma sostanzialmente vago inquadramento dello sviluppo.

La sessualità di un individuo dipende da quattro fattori psicosessuali intercorrelati:

- identità sessuale,
- identità di genere,
- orientamento sessuale
- comportamento sessuale.

Questi fattori influenzano lo sviluppo, la crescita e il funzionamento della personalità e nel loro insieme sono definiti

"fattori psicosessuali".

Quando la sessualità è DEVIATA

La sessualità è un argomento vastissimo, talmente articolato da rappresentare nella psicologia (e nella vita) quasi un campo a sé stante, pur essendo strettamente e indissolubilmente legato alla vita quotidiana e al nostro modo d'interpretarla.

Che la si reprima, o che le si lasci libero sfogo, che la si veda come un male o come l'unico rimedio allo stress della vita, **la sessualità e il sesso sono motivi abituali di pensiero.**

Un rapporto sereno con la propria fisicità e la capacità di esprimere al partner emozioni e desideri stanno alla base di un rapporto fisico felice. Ma è nota la difficoltà che la nostra società ha nel parlare di "certi argomenti" in modo serio, e sincero. Così da questa reticenza possono originare problematiche ansiogene, che rovinano o impediscono un rapporto sessuale.

Ma non solo, altra parte del mondo della sessualità è composto dalle perversioni (o parafilie, come oggi è più corretto definirle), la sessualità deviata che può essere fonte di indicibile sofferenza per gli altri (come nel caso di un abuso). Perché quando si parla di sessualità in senso compiuto (tralasciando dunque le pratiche onanistiche, che comunque fanno parte di questo mondo) si entra giocoforza nella questione della relazione tra individui, e l'argomento già vasto diviene sterminato. Così in questa sezione ci dedichiamo a quegli aspetti della sessualità che riteniamo essere meno conosciuti ma non per questo meno importanti.

Sexual Addiction

La "sexual addiction" (o **dipendenza dal sesso**) **sta rapidamente divenendo un problema di grande rilevanza sociale.**

Questo tipo di comportamento ha grosse similitudini con altre dipendenze meglio riconosciute quali la dipendenza da alcool, droga o gioco d'azzardo. Anche se non si hanno ancora delle statistiche attendibili (e vista la reticenza a parlare di certi argomenti, forse mai le si avranno) **si può considerare la dipendenza da sesso come una patologia che coinvolge un numero sempre crescente di individui.**

Fu il medico americano Patrick Carnes che nel 1970, per primo definì e tentò di una linea di trattamento di questo disturbo. Il dottor Carnes descrisse questi pazienti come persone che, **cercando sollievo dallo stress o dal dolore psichico nelle pratiche sessuali, finivano per divenirne dipendenti, al pari di come si diviene dipendenti, fumando crack o sniffando cocaina, perché la dipendenza dal sesso viene sviluppata anche a livello fisico neuronale.**

Per diagnosticare una possibile condotta da sexual addiction viene proposta una lista di comportamenti che la identificano. A tutti, può però essere capitato di metterne in atto uno o più, ma questi diventano **identificativi del disturbo quando si presentano come bisogni irrinunciabili, e ripetuti e per questo vanno a modificare la vita quotidiana della persona, sia nella sua sfera lavorativa che affettiva.**

- Masturbazione compulsiva accompagnata da immagini mentali sul sesso o durante la visione di materiale pornografico (o anche non pornografico, come un catalogo di costumi da bagno o biancheria intima).
- autoerotismo con <manufatti> concepiti alla stregua dell'organo naturale.
- strumenti di sadomasochismo e simili.
- Sesso compulsivo con prostitute (donne o travestiti), in strada o a casa.
- Sesso anonimo con più partner, storie da una notte, con persone incontrate al bar o in discoteca dove non si costruisce nessun accenno di relazione con la persona.
- Più relazioni sessuali tenute in piedi contemporaneamente, simultaneamente.
- rapporti sessuali simultaneamente con più persone fisiche –magari di sesso opposto e insieme dello stesso sesso- nella stessa stanza e concorrenti alla medesima attività di coito e simili (sesso di gruppo, promiscuo e ludico).
- Frequentazione di strip bar, topless bar, night, sexy shop, etc.
- Esibizionismo.
- Voyerismo
- Frotterismo, cioè palpeggiamenti inappropriati e frequenti, sfregamenti "accidentali" con altri individui. Qui rientrano anche le molestie sessuali sul posto di lavoro.
- Episodi di violenza sessuale.
- Scambismo di coppia.
- ecc.

Esiste anche un test elaborato dal dottor Carnes il SEXUAL ADDICTION SCREENING TEST.....

Spesso le persone che arrivano in terapia lo fanno perché hanno problemi legati ad altre dipendenze.

Così può capitare che venga curata solo la dipendenza da sostanze e tralasciando quella da sesso, così al diminuire della dipendenza da sostanze aumenta la sexual addiction. Il che porta ad una ricaduta anche nell'uso di sostanze. **Molti dipendenti da sesso si accorgono solo in terapia di esserlo.**

Quella riportata di seguito è una testimonianza reale di una donna affetta da Sexual Addiction...

Ieri sera sono andata a una festa. Sono rientrata verso le tre e mi sono svegliata alle nove. Mi sento leggera, come su una nuvola perché ho superato di nuovo la prova. L'ennesima di una lunga serie di forche caudine che mi attendono al varco. Non posso ancora cantar vittoria, ma, ancora una volta, ho

resistito. Non ho cercato qualcuno disponibile a fare <amore> con me. Ho ballato, conversato, riso e scherzato con quegli uomini e quelle donne, in gran parte sconosciuti, riuscendo a controllare l'impulso di sentirne l'odore, sentirne il calore, accarezzarne il corpo. Di possederli e farmi possedere. Ho iniziato la terapia psicologica circa otto mesi fa e, insperabilmente, adesso mi sento una donna nuova. Diversa. Senza quel maledetto senso di vergogna, vuoto e disperazione che mi accompagnava da circa tre anni, da quando ho iniziato a soffrire di "sexual addiction". Un'espressione inglese, anche piuttosto elegante, niente a che vedere con il termine più popolare di "ninfomane", negativo peraltro solo al femminile. La mia dipendenza, ironia della sorte, è emersa dopo aver passato l'intera adolescenza e tutti i vent'anni negando la mia sessualità. Sì, allora ero decisamente fobica. E' iniziata casualmente e nel modo più banale. Dopo aver chiuso la storia con Massimo, mio compagno per tre anni, mi sentivo sola. Però non avevo voglia di uscire, di vedere gente. **Avevo bisogno di rinchiudermi e crearmi una sorta di utero, un mondo ovattato e protettivo, dove ricompormi.**

Il desiderio di comunicare era altrettanto forte. **Navigando in internet, sono incappata in una chat erotica. Sono entrata, per curiosità.** E dopo qualche giorno ero un'altra. Io che trovavo difficile toccare e farmi toccare e che mi imbarazzavo al pensiero di **ménage à trois o pratiche fetish**, mi sono lanciata nelle fantasie più sfrenate. Le scrivevo di getto a quegli sconosciuti, senza nessuna censura, senza alcuna mediazione, forte dell'anonimato e della possibilità, attraverso internet, di **dissociarmi dalla realtà.**

Pian piano, quel ruolo usato in brevi momenti della mia giornata ha iniziato a espandersi, a invadere il mio tempo, i miei "altri" spazi. Il bisogno di **sedermi davanti al computer, collegarmi, chattare e "darmi" senza riserve a uno o più sconosciuti ha preso il sopravvento su tutto, risucchiandomi occhi, mani e mente.** Se ripenso a quel periodo, vedo me stessa come una comparsa di una commedia di Beckett. **Passavo quasi tutta la notte davanti al computer, spesso nuda e masturbandomi. L'orgasmo? Difficile dire se l'ho mai provato, davvero. Quando, finalmente, riuscivo a spegnere lo schermo, mi sentivo vuota, avvilita.** Dormivo qualche ora, poi di giorno andavo nel mio studio di architetto d'interni e affrontavo svogliata il lavoro. **La sera, mi collegavo e ricominciavo. Ho deciso di oltrepassare la soglia. Perché non provare con Alberto63?** Dopo qualche mese, **il cybersex non mi bastava più.**

Ho deciso di oltrepassare la soglia, passare al contatto reale.

L'occasione? La proposta di un uomo che on line si faceva chiamare Alberto63. Sembrava un tipo interessante, un quarantenne che nelle foto aveva un'aria un poco "torbida". Si proponeva come uomo capace di «un misto di rozzezza e dolcezza». Era quello che volevo. Di fatto, al nostro primo incontro mi chiese un rapporto orale, per giunta unilaterale. Era disgustoso ma non era quello il punto. Lo feci lo stesso e lo replicai ogni volta che ci incontravamo. Una, due, tre volte, non ricordo quante, esattamente. Tornavo a casa da quei monologhi e mi fumavo una sigaretta **sprofondando nel mio letto, smisuratamente sola e divisa fra due sensazioni opposte: esaltazione per un bisogno mai soddisfatto e frustrazione emotiva.**

Con Alberto durò una quindicina di giorni, durante i quali arrivai anche a illudermi che potesse nascere una storia. Ma non era che un palliativo mentale per dare una ragione qualunque a quello che mi stava succedendo: **una dipendenza totale da quelle sensazioni e situazioni estreme che nel frattempo anestetizzavano la mia volontà e anche, paradossalmente, le mie zone erogene, o meglio la mia capacità di provare piacere.**

Avevo costantemente bisogno di nuove "dosi".

Iniziai a cercarle in altri uomini, in **storie di sesso multiple e parallele.** Uomini di età, formazione culturale e lavoro eterogenei.

Ormai erotizzavo tutte le mie relazioni e non mi era difficile trovare persone disponibili a fare sesso.

Non riesco più a ricordare i nomi, i volti, le tante situazioni in cui **facevo sesso di gruppo o lesbico.**

Mi sentivo divisa in due: il mio corpo accettava, la mia mente rifiutava.

Uno smembramento che cancellava il piacere - anche quando raggiungevo fisicamente L'orgasmo, non ne godevo mai appieno - e replicava all'infinito un sesso del tutto anonimo. Non mi era più possibile riprendere il controllo della mia anima e della mia mente.

Dipendevo totalmente da quei rapporti come da una droga, da un anestetico. Ogni volta provavo un senso di umiliazione infinito.

Ogni volta giuravo a me stessa che quella sarebbe stata l'ultima. Ma niente mi faceva desistere. Nemmeno il rischio di malattie trasmesse col sesso, al quale mi sono esposta in alcune occasioni con l'incoscienza di chi ha una totale disistima per se stesso.

Il mio istinto di conservazione risvegliato da un microscopico virus, stavo rotolando giù per la china: trascuravo il lavoro, che iniziava a scarseggiare e a relegarmi in **lunghe pause d'apatia.**

Annegavo sempre più spesso in un bicchiere di troppo. Soffrivo d'insonnia e ipotensione.

Poi, la svolta. Un microscopico virus, l'herpes genitale, mi ha scossa. **Ho avuto paura.**

Ho pensato che potevo avere già preso infezioni molto più gravi. Il mio istinto di conservazione si è risvegliato e sono andata dal ginecologo. Il dottore mi visitò, prescrisse una cura con un antivirale e mi spiegò che, una volta contratto, l'Herpes simplex tende alle recidive, soprattutto dopo stress di varia natura. Soprattutto, aggiunse che, come tutte le malattie trasmesse sessualmente, l'herpes aumenta il rischio di venire contagiati dall'Hiv. Io a quel rischio mi ero già esposta. E la paura diventò il pensiero fisso che mi fece trovare la forza di guardarmi dentro. **Mi sottoposi al test e passai i giorni che mi separavano dal responso in ansia.** L'impellenza di avere rapporti sessuali era sparita, o almeno sembrava assopita. **Però continuavo a masturbarmi.**

La cura? Astensione totale per tre mesi. Con l'aiuto di psicofarmaci.

Arrivò l'esito, negativo. Fu come essere liberata con forza da una costrizione. Dopo il dolore dello strappo, arrivò la consapevolezza di dovermi rialzare - con la volontà di rialzarmi e con la forza di chiedere aiuto.

Presi appuntamento con uno psicologo cognitivo-comportamentale, specializzato in problematiche sessuali. Feci un colloquio preliminare, poi mi sottoposi al Sexual addiction screening test. Lo psicologo propose una terapia individuale dalla quale sarei poi passata a quella di gruppo.

Intanto, dovevo iniziare subito la cura principale: astensione dal sesso, masturbazione inclusa, per almeno tre mesi.

Per dimostrare a me stessa di poter vivere anche senza. Al di là di qualsiasi aspettativa, ci riuscii in circa un mese, anche se con enorme sacrificio. Mi hanno aiutata anche gli psicofarmaci, prescritti proprio per mantenere alto il tono dell'umore e fornirmi di maggiori risorse per gestire lo stimolo sessuale.

All'inizio trovai le sedute individuali piuttosto noiose e inconcludenti. In realtà, **opponevo una strenua resistenza all'idea di esporre al terapeuta la mia intimità mentale proprio quando si sollevava il coperchio della mia vita sessuale, quasi casta dall'adolescenza alla soglia dei trent'anni.**

Il primo bacio fu a diciannove, il primo rapporto sessuale completo a ventitré, consumato come una sorta di liberazione da un'onta - e con un uomo molto più vecchio.

Avrei scoperto più tardi i motivi di tanta negazione. Un classico: madre iperprotettiva, padre autoritario e collerico, educazione rigida e repressiva. Una carica aggressiva, quella di mio padre, che scoppiò contro di me in un'unica, fatale circostanza: quando intercettò una lettera di un mio compagno di classe. Non avevo ancora tredici anni, era il mio primo innamoramento, assolutamente platonico. Lesse quelle righe, ne travisò il significato. Scoppiò in un'ira furibonda, mi disse che l'avrebbe picchiato. Non accadde mai, fortunatamente. Ma io, da quel momento, iniziai ad associare il rapporto con gli uomini, la mia affettività e sessualità, a qualcosa che induce violenza. Qualcosa da nascondere e negare.

L'ho repressa in repressa in modo ambivalente, la mia sessualità: prima con lunghe astinenze, poi con la dipendenza. Che in me si equivalevano.

Da 5 mesi il mio periodo di castità terapeutica è finito.

Non ho ancora ricominciato a fare l'amore, Il terapeuta dice che è un segnale positivo ma che potrà ritenermi davvero guarita solo quando saprò avere una vita sessuale senza ossessioni.

Quando saprò evitare l'altalena fra troppo e nessun controllo. Ho già iniziato la terapia di gruppo e mi trovo bene. Cammino a testa alta fuori da un incubo. Come non accadeva da tanto tempo.

Testimonianza raccolta da Claudia Bortolato

Publicata su "D" supplemento a Repubblica del 10 Luglio 2006

La Sessualità nei Disabili

Scrivono Galimberti: **"il corpo è lo sfondo di tutti gli eventi psichici"**.

Parlare di sessualità senza parlare di corpo inteso come fisico, come rappresentazione concreta, tangibile del nostro essere è impossibile. Noi siamo delimitati dalla nostra fisicità, in un continuo incessante scambio di informazioni, sensazioni, emozioni con l'esterno, con gli altri. Un antico adagio indiano recita pressappoco così **"Se vuoi conoscere i tuoi pensieri di ieri osserva il tuo corpo oggi. Se vuoi sapere come sarai domani osserva i tuoi pensieri di oggi"**.

Il rapporto tra psiche e soma è da sempre al centro di riflessioni filosofiche, la psicoanalisi nasce come cura dell'isteria, una forma di malattia nervosa senza substrato organico che presentava però, nelle sue forme più gravi, reali menomazioni di tipo fisico. Se si vuole allora parlare della sessualità delle persone disabili bisogna farlo partendo da presupposti simili, ma diversi da quelli che useremmo parlando della sessualità di una persona "normale".

Simili perché le esigenze di chi, per un qualunque motivo si trova costretto nella situazione di non potersi muovere, sono esattamente le stesse di chiunque altro. Diverse perché diverso è il suo fisico. Così capita a volte che il corpo della persona disabile venga percepito da chi lo cura (quando questo non è autosufficiente) come un corpo incompleto, che non è maturato, che non è riuscito a sganciarsi del bisogno dell'accudimento materno, e che quindi non può essere esplicitamente sessuale. Le esigenze primordiali di cura (essere lavato, vestito, magari truccato) lo avvicinano più al corpo di un neonato che a quello di un uomo o di una donna.

Ma così ovviamente non è (e la meravigliosa testimonianza riportata di seguito sta a dimostrarlo).

Ero bella. Ero magra. Ero alta.

Insomma, ero molto più che desiderabile: ero uno schianto. A 14 anni (ora ne ho 28) per la strade di Milano, dove sono nata e dove vivo, facevo voltare un sacco di ragazzi.

Mi piaceva un casino vederli turbati dalla mia bellezza (be', mi piace anche adesso) e non capivo perché mia madre fosse scesa in piazza, negli anni '70, a fare cortei anti-maschio. A me i maschi, lo ammetto, piacciono parecchio (soprattutto se bruni, mediterranei e con un bel sorriso).

Mamma, molto cattolica, era preoccupata di questa mia, diciamo così, predisposizione a sedurre. «Le tentazioni non si annunciano», era il suo mantra. Traduzione: non è che uno ti avverta prima di stuprarti e soprattutto non aspetta determinate ore del giorno o della notte per attentare alle tue virtù. All'erta, bisogna stare sempre all'erta (secondo lei). Peccato che neanche i pericoli ti diano un pre-allarme, un sintomo, un presagio. Succedono, e basta.

Quel Ferragosto dell'82, sulla riviera romagnola, non c'era neanche un segno piccolo così a farmi venire il dubbio che la mia vita sarebbe cambiata definitivamente. Siccome studiavo danza classica ho fatto un tuffo stile Lago dei Cigni. Su uno scivolo, con la testa all'ingiù. Ok, volevo esibirmi davanti ai

ragazzi più grandi per far fare brutta figura a quelle meno agili e flessuose di me: non è una punizione eccessiva per la vanità? La quinta e la sesta vertebra cervicali sono andate in frantumi. I frantumi si sono conficcati nel midollo spinale. Risultato?

Mi sono risvegliata dopo un po' mentre un'infermiera mi conficcava un grosso ago nella coscia chiedendomi se sentivo qualcosa. **Non sentivo niente. Ero paralizzata dalla vita in giù.**

E lo sarei rimasta per sempre, malgrado una quantità di operazioni di cui ho perso il conto. Come paraplegica, non sono stata neanche troppo sfortunata. Mi è rimasta la sensibilità nelle mani, ma ho perduto la capacità di presa: non riesco a vestirmi da sola, o a farmi il bagno. Non sono indipendente, e questa è la cosa che mi fa più arrabbiare. È andata così: niente e nessuno si era annunciato. Col tempo ci fai l'abitudine. Certo, si fosse rotta una vertebra più su, non avrei neanche mosso un braccio. Ma se si fosse rotta una più giù, potrei truccarmi e mettermi da sola le cose che mi piacciono tanto (minigonne e camicette aderenti). Mamma, con quel suo gusto da suora oblata, all'inizio non voleva seguire le mie istruzioni.

Adesso c'è Mauro che sta provando a pasticciare con matite e ombretti: lui che mi fa da visagista, così serio e composto (fa l'assistente sociale) è una scena che mi fa sorridere davvero. E perlomeno, mi mette di buonumore. Perché io ci tengo, al mio look. Anche se rimango in casa, capelli e abiti devono essere perfetti. È importante per me, per la mia autostima. Il fatto è che, quando ti succede una cosa così a 14 anni, hai delle reazioni che a un adulto possono sembrare strane. Magari irragionevoli, o ingenui. Una volta che mi sono rassegnata alla mia totale (o quasi) immobilità e sono riuscita a non cadere nel pozzo nero della depressione (gli psicologi mi hanno aiutato moltissimo, e di questo sono molto grata) la mia ossessione è stata: **cosa succederà, se succederà, quando farò l'amore per la prima volta?**

L'avevo sognato per tutta la mia (breve) vita e adesso forse c'era la possibilità che non sarebbe mai successo. Facevo voltare ancora i maschi, ma dall'altra parte: percepivo il loro imbarazzo. Se mi guardavano, anche per pochi secondi, era ancora peggio: nel loro sguardo leggevi «poverina, guarda cos'è successo a questa bella ragazza», mica percepivi «caspita, quanto la desidero». Fino ad allora avevo baciato tre ragazzi, e poi era finita sapevo di avere tutta la vita davanti per spassarmela alla grande. E invece. Capisco che possa suonare assurdo, ma quello che più mi preoccupava era proprio questo: vedere sfumare sia il mio fascino sia la mia capacità di attrazione.

No, la mia priorità non era domandarmi come avrei fatto da sola per il resto dei miei giorni, ma come avrei fatto ad attirarli nella mia nuova (e non comoda) situazione.

Ringrazio i miei genitori che non sono mai stati pietistici, ma hanno sempre preferito agire: dal ginecologo dove mi ha portato mamma ho imparato che raggiungere l'orgasmo, per una donna con il midollo spinale lesionato, non è impossibile, perché alcune terminazioni nervose possono rimanere attive. Le mie lo erano. Non del tutto, ovviamente.

Però si trattava di essere dotati di una buonissima dose d'immaginazione. E di un uomo molto paziente che non si stancasse di stimolarmi. Fisicamente e mentalmente.

Ho deciso, facendo diventare livido l'unico dito ancora abbastanza "in forma" (l'indice della mano sinistra) di mettermi in piazza. Una piazza virtuale, internet. Con una webcam e una connessione veloce ho chattato con ragazzi di tutto il mondo: a tutti dicevo immediatamente che ero paralizzata e se questo poteva costituire un problema, per loro. Per molti lo era. Ma per moltissimi no. Soprattutto gli stranieri. Finché, una sera, si è aperta una finestra (sullo schermo) di uno che aveva nome nick "Zero-Hero".

«Complimenti per il coraggio», è apparso nella finestra.

«Vorrei ricambiarli, ma visto il tuo nick, non mi sembra il caso», ho digitato.

Poi lui ha scritto: «Credo sia molto più difficile ricevere attenzioni e cure, piuttosto che darle», e **io l'ho amato in un clic.**

Era Mauro. L'ho scoperto tre mesi dopo. Novanta giorni di ghignate, chiacchierate via pc, e sì: **anche telefonate hard. Parecchio hard.** Tanto che quando è arrivato a Milano (lui è di Vicenza), da un lato ci sembrava di conoscerci da sempre, dall'altro ci vergognavamo un po' per le cose che ci eravamo sussurrati al cellulare. Però poi abbiamo recuperato. Eccome. Lui ha avuto molta pazienza, ma neanche io me la sono cavata così male, considerato che "non sei bruno, non sei mediterraneo e hai pure i denti un po' gialli", come gli dico sempre scherzando. Quando mi ha fatto godere per la prima volta, credevo di volare. Anzi, di ritornare a camminare, a correre. E quello che era più importante è che **stavo raggiungendo il settimo cielo tramite lui.** Il suo corpo.

Dopo cinque anni e un trasloco in mezzo, oggi non ci siamo per niente stancati di esercitarci quanto a creatività sessuale: però sarei una bugiarda se non consigliassi a chi è paraplegica come me di frequentare il più possibile i migliori fisioterapisti.

E aggiungo: non perdere mai il rispetto per tutto ciò che appartiene di diritto a una ragazza e che nessuno stupido incidente ha il diritto di eliminare.

I flirt, i bei vestiti, le borse alla moda, la voglia di piacere e piacersi. A chi pronuncia la parola "handicap" entro sei metri dalla mia sedia d'acciaio, chiedo se stia parlando di golf.

Stamattina mi sono fatta vestire con cura. Che ne pensi dei miei short? Sì, non ditemelo: sono bella, sono magra, sono alta. Sono davvero uno schianto di ragazza.

DEVIAZIONI SESSUALI

Per deviazioni sessuali si intendono "DESIDERI E COMPORTAMENTI SESSUALI" al di fuori di ciò che si

ritiene normale.

- Dal punto di vista biologico, dovrebbe essere una deviazione, ciò che porta alla distruzione della specie.
- Dal punto di vista religioso, dovrebbe essere considerato deviazione sessuale, tutto quanto si pone al di fuori della legge morale.
- Dal punto di vista culturale civile ciò che è al di fuori dell'accettazione di una maggioranza.

Questo perché etica e morale non vanno a braccetto. In una società diretta dal pensiero debole, le cui uniche certezze –per chi non segue Cristo- sono derivate dalla scienza, dalla tecnica e dall'economia, **non vi sono più comportamenti univoci: tutto è lecito a patto che tutti siano consenzienti ed adulti.**

Comportamenti che arrecano offesa al pudore pubblico, sono tollerati soltanto, se accadono lontani dagli occhi, in una sfera privata.

Le principali deviazioni sessuali sono:

- Esibizionismo erotico: il piacere e l'eccitazione di mostrarsi e di masturbarsi di fronte a sconosciuti. In internet sono la stragrande maggioranza ed a mio avviso in terza posizione, dopo la ricerca di coppia e l'offerta a pagamento di accompagnatrici.
- Pedofilia: esercitare cioè la sessualità con i bambini. Secondo le statistiche la maggior parte dei pedofili è maschio, conosciuto dalla vittima che ha un'età oscillante tra gli 8 e gli 11 anni. La maggior parte dei pedofili è eterosessuale, coniugato e con figli, spesso drogati o alcolizzati.
- Incesto: l'aver rapporti con i propri figli.
- Feticismo: Comporta l'uso di oggetti ed indumenti femminili o maschili per eccitarsi. In rete si trovano siti che vendono mutande usate ed altro.
- Travestitismo: il piacere cioè di indossare abiti di sesso diverso.
- Transessualismo: Il sentirsi di un sesso non proprio: il maschio che si sente femmina e viceversa.
- Ipossifilia: Diminuire l'apporto di ossigeno al cervello, mediante l'uso di lacci, sacchetti di cellophane, maschere da sub od altro e terminante molte volte con la morte per ipossia da soffocamento e strangolamento.
- Sadismo: ottenere piacere infliggendo dolore al partner umano o animale.
- Masochismo: il piacere deriva dall'essere umiliati, castigati...
- Necrofilia: piacere derivato dall'unirsi ai cadaveri.
- Zoofilia: L'accoppiarsi con ogni genere di animale.
- Urofilia: il piacere del pissing, il farsi urinare o urinare addosso o berla .
- Coprofilia: Il piacere di cospargere o farsi cospargere di feci. E come per le urine si arriva anche all'ingestione.
- Frotteurismo o mano morta: il piacere di eccitarsi toccando o sfregando parti erotiche di persone in modo anonimo.
- Masturbazione compulsiva
- ecc.
- ecc.

Tutte le deviazioni possono convivere l'una con l'altra. Parecchi sono i siti in internet che, pur dichiarandosi anti-pedofili, sfruttano a fini commerciali ogni altra deviazione.

OGGETTI DI SUPPORTO SESSUALE CONSIDERATI <NORMALI> (pur non essendolo!)

Sono supporti sessuali tutti quegli oggetti meccanici o visivi che possono portare all'eccitazione e all'orgasmo.

- Vibratori: Sono realizzati in materiali diversi ed hanno una forma simile, ma non necessariamente, al fallo. La sola cosa importante che sia un corpo penetrante. Vi sono particolari vibratori che possono essere indossati per potersi comportare come un animale uomo. **L'uso di questi strumenti espone al rischio di folgorazione se usati collegati alla rete elettrica.** Altri rischi sono legati all'uso smodato che può causare la lesione dei tessuti e la trasmissioni di infezioni quando sono usati da più persone.
- Bambola gonfiabile: in plastica e di dimensioni normali che supporta sia il pene, sia la vagina.
- Cerchietti ed anellini da infilare a pene eretto per aumentare la stimolazione vaginale e clitoridea.
- Ecc. Ecc.

OGGETTI PER USO SESSUALE SADO-MASOCHISTICO

- -Dilatatori anali: sono utilizzati per preparare l'ano al fisting: penetrare con la mano ed il braccio.
- -Palline dell'amore: palline di svariato materiale e misure che possono anche essere inserite nelle cavità.
- -Speculum ginecologico per dilatare.
- -Morsetti sui capezzoli: esempio la molletta da bucato.
- -Pesi ai testicoli o al pene per allungare.
- -Piercing ai genitali, capezzoli ed ogni altra parte del corpo, con il rischio di infezioni, per aumentare il piacere sessuale derivato dallo sfregamento o dalla visione.
- -Strumenti per il bondage (piacere sessuale derivato dall'autorità totale e dal conseguente controllo totale sul partner) che può arrivare al sadoma-sochismo vero e proprio con l'uso di strumenti di flagellazione e tortura ed in casi estremi sino alla morte.
- -ecc-

Non sembra essere considerata più una deviazione l'OMOSESSUALITA', ma –invece- lo è ancora nella maggior parte dei casi: quelli in cui si passa <ai fatti>!

Questo perché le dimensioni biologiche, religiose e culturali sono disgiunte nel loro giudizio di ciò che bene o di ciò che è male.

Le sempre più disinvolute e numerose informazioni sul sesso che ci giungono attraverso la carta stampata, la radio, la televisione ed il cinema hanno raggiunto livelli tali da superare la soglia della saturazione... e della decenza!

Ma tale esplosione dell'informazione su argomenti sessuali sembra paradossalmente contrastare, in particolare nel nostro Paese, con una diffusa disinformazione che spesso si associa alla ritrosia di parlare pubblicamente di ciò che viene considerata una propria esperienza privata, molto personale, da difendere dalle altrui indiscrezioni o, in certi casi quando esibita, da manipolare per renderla più socialmente approvabile con riferimento a certi standard più ideali che reali (conformismo del branco).

Tale atteggiamento verso il sesso incide non poco su buona parte dei disturbi sessuali che verranno trattati in queste pagine.

Quando si parla di disturbi sessuali si fa riferimento ad uno o più comportamenti sessuali disturbati, disadattivi: comportamenti, tra l'altro, 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.

Altri disturbi, invece, sono esclusivamente psicosessuali e hanno a che fare con il funzionamento cognitivo (ragionamenti, pensieri, immagini, aspettative) emozionale e comportamentale.

Qui verranno considerati i soli disturbi psicogeni o psicosessuali che, d'altra parte, sono i più diffusi.

Prima di presentare i vari disturbi psicosessuali può essere utile cercare di comprendere i meccanismi che portano all'instaurarsi ed al successivo mantenimento di una disfunzione sessuale.

A tal fine cerchiamo di immaginare il comportamento di una donna e di un uomo mentre stanno facendo l'amore il cui scopo, secondo il modello di riferimento qui riportato, è il raggiungimento del piacere in modo esclusivo. Entrambi i partners, dunque, cercano solamente il piacere e non un piacere a condizione di qualcos'altro: inoltre, il piacere ricercato da entrambi per essere completo non può ridursi solamente a quello di tipo orgasmico, ma allargarsi a tutta una gamma di percezioni piacevoli, tra cui il guardarsi, l'annusarsi, il toccarsi, dove sono coinvolti i sensi interni ed esterni.

Se a ciò ognuno dei partners aggiunge anche i suoi pensieri, immagini aspettative ed emozioni, ovviamente positive, l'esperienza del piacere diventa allora un'esperienza integrata in cui non c'è spazio per confronto, manipolazione e competizione che riducono se non distruggono il piacere esclusivo.

Secondo il modello di riferimento qui presentato il rapporto sessuale consiste in un'esperienza integrata, in cui si mescolano tra loro elementi cognitivi, emozionali e comportamentali, e tale esperienza deriva in parte dalla nostra struttura biologica e in parte da esperienze sviluppate in base all'educazione ricevuta (casa, scuola, chiesa).

Pertanto gran parte di ciò che avviene durante il rapporto sessuale non è casualità o pura improvvisazione, ma comporta pensieri, conoscenze, abilità sociali che sono state apprese durante un percorso caratterizzato da alcune esperienze significative che si sono verificate soprattutto durante l'età evolutiva.

Ne deriva che il modo di funzionare sessualmente, quindi la stessa eventuale sessualità disturbata, è un comportamento appreso, mantenuto dall'ansia e dalle situazioni ambientali. Dal momento che il comportamento sessuale è in larga misura appreso può, se disturbato, essere modificato attraverso un processo di riapprendimento.

Prima del 1970 tutti i disturbi sessuali erano divisi in due categorie di base: impotenza e frigidità.

Oggi si diagnostica, invece, una vasta gamma di disturbi che per loro caratteristiche si possono raggruppare in cinque categorie.

La prima, grande categoria fa riferimento alla dinamica processuale del rapporto sessuale dove due partners si incontrano per una piacevole esperienza integrata, secondo la modalità sopra descritta. Vedremo, infatti, come buona parte dei disturbi sessuali tra i più diffusi si relaziona alle varie fasi che compongono l'esperienza del rapporto sessuale visto processualmente come qualcosa che ha un inizio ed una fine tra loro collegate.

Dal punto di vista fisiologico si conviene (Master, Johnson, Kaplan) a vedere il rapporto sessuale come un processo caratterizzato da cinque fasi temporali (curva di Master e Johnson della risposta sessuale), tutte necessarie per "fare bene l'amore".

1. La prima di queste riguarda il desiderio (fase appetitiva), purtroppo spesso trascurata quando si fa l'amore contro voglia o per far piacere a qualcuno.
2. La fase appetitiva è seguita da quella dell'eccitazione, effetto del desiderio che, con il passare degli anni, diventa sempre più l'effetto fisiologico di opportune stimolazioni. La fase dell'eccitazione corrisponde all'erezione nel maschio e alla lubrificazione vaginale nella femmina.
3. All'eccitazione segue poi, nella dinamica del rapporto, la fase del plateau che consiste in uno stato di massima eccitazione.
4. La fase successiva a quella della massima eccitazione è quella orgasmica che 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'emissione 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.

D'altra parte dobbiamo considerare che il primo studio sull'orgasmo femminile in laboratorio risale appena alla fine degli anni Cinquanta!

5. La quinta ed ultima fase del rapporto sessuale è quella della risoluzione che per l'uomo si allunga con l'aumentare dell'età tanto che, per fare un esempio, se a 30 anni può essere di mezz'ora a 80 si dovrà attendere anche 24 ore prima di essere pronti per un nuovo rapporto sessuale.

Ora, evidenziate brevemente le cinque fasi caratterizzanti la dinamica del rapporto sessuale, è arrivato il momento di passare in rassegna i disturbi sessuali che a tali fasi si correlano.

1. Alla **prima fase** appetitiva si associano tre disturbi del desiderio:

- basso desiderio o desiderio sessuale inibito,
- avversione sessuale,
- desiderio eccessivo.
 - ✓ Il basso desiderio sessuale si riferisce ad una mancanza di desiderio spontaneo verso il sesso: un paziente con basso desiderio sessuale può comunque soddisfare il desiderio di attività sessuale del proprio partner, anche se per lui tale esperienza può essere indifferente e non particolarmente gratificante
 - ✓ 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.

2. Alla fase successiva, quella dell'eccitazione, si associano nell'uomo, il disturbo di disfunzione erettiva, altrimenti detto impotenza, mentre il disturbo di eccitazione nella donna è comunemente noto con il nome di frigidity.

Per quanto riguarda l'uomo la valutazione psicologica del disturbo va effettuata escludendone l'eventuale danno organico che caratterizza l'impotenza congenita per cui in nessun momento della sua vita il paziente ha sperimentato l'erezione: Nella maggior parte dei casi, comunque, si tratta di impotenza cosiddetta situazionale che si manifesta in certi momenti o con la partner.

Nella frigidity l'elemento fisiologicamente caratterizzante è l'assenza di lubrificazione vaginale, che a livello psicologico non sempre corrisponde a mancanza di eccitazione tanto che certe pazienti pur sperimentando sensazioni di piacere sessuale mancano di lubrificazione, mentre altre sperimentano la risposta fisiologica di vasocongestione, ma non provano eccitazione.

3. Nella fase orgasmica si riscontrano nell'uomo tre generi di disturbi (eiaculazione impossibile, eiaculazione ritardata ed eiaculazione precoce; la donna, invece può accusare il disturbo dell'orgasmo precoce e quello di mancanza d'orgasmo. 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 in alcune circostanze, oppure manifestarsi in certi periodi della vita (eiaculazione precoce intermittente).

Difficile è nella donna la diagnosi di orgasmo precoce cui segue solitamente fastidio nella continuazione del rapporto.

Per quanto riguarda l'altro disturbo femminile associato alla fase orgasmica, la mancanza o inibizione dell'orgasmo nella donna, comunemente detta anorgasmia, viene considerata primaria nel caso in cui la paziente non abbia mai avuto in vita sua un'esperienza ritmica con un inizio ed una fine, diversa dal massimo piacere, mentre l'anorgasmia cosiddetta secondaria va riferita alla mancanza di esperienza orgasmica con il partner: si parla di <anorgasmia situazionale> quando si raggiunge l'orgasmo solo con la masturbazione.

Inoltre, a sfatare molti pregiudizi e fantasie su tale disturbo sessuale, 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 di queste circa il 60% possono raggiungere l'orgasmo coitale. Infine, certe donne raggiungono l'orgasmo solo con fantasie erotiche.

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

Fin qui le disfunzioni sessuali associate alle fasi del rapporto.

Tra i disturbi sessuali femminili che non hanno nulla a che fare con le cinque fasi del rapporto sessuale si considerano le cosiddette fobie sessuali.

Diagnosticamente **le fobie rientrano tra i disturbi d'ansia 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.

Si fa qui riferimento a due tipi di disturbi, Il primo prende il nome di dispareunia e trattasi di rapporto sessuale doloroso durante o dopo la penetrazione, spesso come diretta conseguenza di un patologia organica, anche se non si esclude che possano concorrere fattori psicologici.

L'altro disturbo, molto più diffuso e più tipicamente fobico, riguarda l'impossibilità per l'uomo di entrare in vagina del partner perché i due muscoli dell'ostio vaginale sono molto resistenti.

Tale disturbo prende il nome di **vaginismo** dove una forte componente è costituita dall'ansia anticipatoria.

Come per l'anorgasmia, anche qui, nella valutazione psicologica della paziente disturbata si distingue, ai fini di un efficace intervento terapeutico, un vaginismo primario (da sempre), un vaginismo secondario ed un vaginismo situazionale.

Questo diffusissimo problema psicosessuale è responsabile della maggior parte dei matrimoni non consumati (matrimoni bianchi) e spesso l'intensa paura che porta all'evitamento del rapporto è dovuta a disinformazione di tipo anatomico ("come è fatto/a", "quanto è grande"... e simili) e fisiologico ("come funziona") sull'apparato genitale sia femminile sia e maschile.

Altri disturbi sessuali, non collegabili alle fasi del rapporto fanno riferimento a sensi di inadeguatezza per il proprio aspetto fisico, per misura e forma dei propri organi sessuali e per le prestazioni sessuali tanto da incidere sull'eventuale rapporto e sulla stessa relazione sessuale.

Altri si riferiscono all'esperienza di disagio collegato a modalità di conquiste sessuali ripetute di una successione di partners che giocano il ruolo di oggetti da utilizzo (**dongiovannismo o sindrome del Don Giovanni e ninfomania**) dove la persona, probabilmente **con caratteristiche narcisiste di personalità**, maschera il timore di intimità ed empatia.

Altri disturbi ancora riguardano uno sperimentato disagio per il proprio orientamento sessuale. E a tale disagio fa diretto riferimento, ai fini diagnostici, l'attrazione sessuale esclusiva o predominante, per persone dello stesso sesso, con o senza relazione fisica.

Non è, si badi, solo l'omosessualità di per sé considerata comportamento disturbato, diversamente da ciò che fino a poco tempo fa si pensava, ma anche il marcato e persistente disagio del paziente di provare continua eccitazione omosessuale ad essere classificato come omosessualità egodistonica tra i disturbi sessuali.

A tale problema si possono collegare i **disturbi di identità** di genere, quelli cioè che si riferiscono alla consapevolezza del proprio sesso di appartenenza.

Tali disturbi, quando si manifestano, nella grande maggioranza dei casi, iniziano ad apparire durante la fanciullezza sotto forma di senso di estraneità, con persistente e marcato disagio, nei riguardi del proprio sesso anatomico e desiderio intenso di essere di sesso opposto.

Se poi a queste caratteristiche si aggiunge pure una persistente preoccupazione per almeno due anni di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali ed acquisire quelle dell'altro sesso, allora la diagnosi che in tal caso viene fatta è di transessualismo. Altri disturbi dell'identità di genere riguardano pazienti adulti con comportamenti di travestimento a carattere temporaneo.

Infine un'ultima categoria di disturbi sessuali ci rimanda alle deviazioni sessuali diagnosticate con il nome di **parafilie**.

Le parafilie sono disturbi della preferenza sessuale e **consistono nel ritenere indispensabili per la propria eccitazione sessuale fantasie o atti insoliti e anche bizzarri** che, comunque, deviano dall'atto sessuale secondo il modello di riferimento inizialmente illustrato.

Tali fantasie o atti possono essere riferiti ad oggetti (tipo articoli di abbigliamento, orine, feci, immondizie o altro) ad animali (zoofilia) oppure riguardano la sofferenza propria e/o del proprio partner, a volte non sempre consenziente (masochismo e sadismo sessuale).

Infine tali atti possono venire indirizzati verso persone non consenzienti ed allora tali disturbi acquistano rilevanza legale come nel caso dell'esibizionismo, froterismo (sesso sfregando gli indumenti sui genitali), pedofilia, coprolalia telefonica, tanto per citarne alcuni dei più diffusi.

Può associarsi al sadismo sessuale lo stupro, episodio ad alta frequenza e solitamente sottostimato.

Infatti, certi stupratori si eccitano per il dolore provato dalle loro vittime; certi altri, i più numerosi, vengono invece eccitati dall'aver costretto con la forza una persona non consenziente ad accettare un rapporto sessuale, ma non si eccitano osservando la sofferenza della vittima.

A proposito delle vittime femminili di stupro, ci si permette di avanzare una serie di considerazioni in base ad alcuni dati anatomofisiologici dell'organo sessuale femminile.

L'evidenza clinica attesta l'elevata resistenza all'apertura dei due muscoli dell'ostio vaginale tanto che la penetrazione risulta di fatto difficile, si pensi, ad esempio, che per raggiungere, al 90% dei casi, un rilassamento dei muscoli vaginali per favorirne l'apertura a pazienti collaboranti affette da vaginismo, necessitano almeno 10 sedute psicoterapeutiche. Tale constatazione induce a formulare tre ipotesi sulla donna che cede all'aggressione sessuale.

La prima ipotesi possibile è che la donna, in balia dell'evento stressante, cede in quanto per lo choc subito perde il controllo che disorienta i tenaci sistemi di difesa muscolare.

Una seconda ipotesi potrebbe essere che, consentendo la penetrazione, la vittima punta su una soluzione rapida della situazione stressante, per poi, al più presto, riprendere nuovamente il controllo. Sempre a titolo ipotetico, e senza presumere generalizzazione a tutte le vittime di stupro, si può avanzare l'idea, più verosimile per una certa

categoria di donne, che masochisticamente l'aggressione sessuale è vissuta come fonte di piacere. Sono state evidenziate le fobie sessuali, ma in un altro gruppo hanno trovato collocazione i disturbi relativi ad esperienze di insoddisfazione e di intenso disagio tra cui sono assimilabili i disturbi di identità di genere.

Una categoria a parte, distinta dalle precedenti, riguarda come si è visto, le più comuni deviazioni sessuali. Per tutti i disturbi citati, dopo un'adeguata valutazione clinica non solo focalizzata alla disfunzione sessuale, si può far ricorso a procedure di intervento psicoterapeutico anche piuttosto brevi con risultati efficaci e durevoli nel tempo, soprattutto nel caso di utilizzo di quelle procedure terapeutiche basate sui principi dell'apprendimento, tipici della psicoterapia comportamentista.

Infine, per tanti disturbi, un aspetto significativo riguarda una corretta informazione scientifica ed educazione sessuale da somministrare anche sotto forma di biblioterapia e films didattici, oltre che attraverso alcune sedute di **counselling psicologico, per la demistificazione di miti e di credenze irrazionali sul sesso.**

SUPPLEMENTO SULLE FASI DELL'ATTIVITA' SESSUALE

Il rapporto sessuale è comunemente visto dai sessuologi come un atto processuale caratterizzato da 5 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. È 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 e alla lubrificazione vaginale nella femmina.

LA 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'emissione 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 tanto che, per fare un esempio, se a 30 anni può essere di mezz'ora a 50 si dovrà attendere anche 24 ore prima di essere pronti per un nuovo rapporto sessuale.

DISFUNZIONI DELLA SFERA SESSUALE MASCHILE

Le sempre più numerose e disinvolute informazioni sul sesso che ci giungono attraverso la carta stampata, la radio, la televisione ed il cinema hanno, oggi, raggiunto livelli tali da superare a volte la soglia della saturazione. Ma tale esplosione dell'informazione su argomenti sessuali sembra, paradossalmente, contrastare, in particolare nel nostro Paese, con una diffusa disinformazione che innesca vergogna quando si tratta di parlare pubblicamente di ciò che viene considerata una propria "esperienza privata", molto personale, da difendere dalle altrui invadenze; in altri casi, invece, si riscontra che l'esibizione pubblica delle proprie esperienze sessuali porta alla costruzione di storie fantastiche con standard di prestazione più ideali che reali.

Tali atteggiamenti verso il sesso, effetto dell'educazione ricevuta e dell'ambiente in cui si è vissuti, incidono non poco sul comportamento sessuale favorendo il sorgere di diversi comportamenti disturbanti.

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 andrologi. La maggior parte dei disturbi, invece, sono solo psicogeni o psicosessuali, sono cioè di esclusiva competenza dello psicoterapeuta e 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 che si riscontrano durante l'attività sessuale con la partner ed alterano o 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, non la più. Pertanto il primo gruppo di disturbi che qui verranno

presentati riguarda le disfunzioni 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 della 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 la partner in quanto tale attività produce soltanto emozioni negative. Nel caso poi di eccessivo desiderio (correntemente definito dongiovannismo o sindrome del Don Giovanni) il problema è solo apparentemente sessuale: può trattarsi di un disturbo d'ansia, per cui lo scopo del rapporto sessuale è la riduzione di un alto livello d'ansia, o di altre psicopatologie.

Durante la fase dell'eccitazione, si può riscontrare nell'uomo, il disturbo di disfunzione erettiva (altrimenti detto impotenza). Nella valutazione clinica va accertata innanzi tutto l'assenza di eventuale danno organico, anche se 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 l'uomo può avere tre generi di disturbi: 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 o anche la non sincronizzazione dell'eccitazione durante il 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.

Per tutti i disturbi citati, oggi, 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 comportamentista. 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 e 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.