

MAURIZIO BOSSI
dialoga con
MARIA ANGELA MASINO

INTANTO PARLIAMONE

*impotenza, anorgasmia,
intesa di coppia,
gelosia e tradimento,
terapie dolci,
sesso virtuale....*

*conversazioni sulla sessualità
di ieri, oggi e domani*

Rusconi

“Conversazioni sulla sessualità di ieri, oggi e domani”

Prefazione ottobre 2002.

Il libro che viene oggi offerto ai nostri interlocutori è stato scritto dalla giornalista Mariangela Masino e da Maurizio Bossi e pubblicato nel 1997.

Ne viene qui proposto un amplissimo “stralcio” confidando che la lettura possa essere utile ai nostri amici.

Una raccomandazione è d’obbligo: i principi qui espressi non sono mutati. La lunga intervista spazia su tantissimi temi della sessualità che lo scrivente ha dovuto affrontare nel corso degli anni, cercando umanamente e con tutti i propri limiti, di rispondere a chi poneva tali domande, secondo scienza e coscienza.

Infine si ricorda che alcuni farmaci citati sono stati superati da altri in questi ultimi anni.

Buona lettura:

MAURIZIO BOSSI ([HTTP://WWW.MAURIZIOBOSSI.COM/STAFF.ASP#MAURIZIO%20BOSSI](http://www.mauriziobossi.com/staff.asp#maurizio%20bossi))

INDICE

PREMESSA DEL 1997	4
1. TROPPIA FRETTA IN AMORE	8
2. SE LEI NON E' COINVOLTA	20
3. STIMOLARE L'AMORE: UN'ILLUSIONE (O QUASI) DI TUTTI I TEMPI	33
4. DEFICIT ERETTIVO	42
5. VERSO IL «PILLOLO»	54
6. QUANDO NON SI TRASMETTE SOLO AMORE	69
7. IL SESSO CHE NON C'E': IL TERZO	82
8. QUANDO L'AMORE DELUDE	92
9. ALLA RICERCA DEL DESIDERIO PERDUTO	97
10. OLTRE IL CONSENTITO	110
11. FACCIAMO L'AMORE SENZA INCONTRARCI	120

LE NOSTRE LETTURE PER QUESTO LIBRO (BIBLIOGRAFIA)129

PREMESSA DEL 1997

C'era una volta un medico che si occupava delle cose che aveva imparato: la diagnosi e la cura dei «problemi del maschio». Al pari di tanti colleghi aveva la caratteristica di parlare, di ascoltare. Aveva però l'abitudine di spiegare questi «nuovi» temi e informare, forse un po' didatticamente, i suoi pazienti, prima di prescrivere qualsiasi «medicina». Questa caratteristica lo portò anche alla divulgazione.

Poi arrivò... il lupo! La magica tana è stata una trasmissione televisiva che ha preso avvio, tra l'altro, negli anni della grande paura dell'Aids.

Al dottore vengono poste domande, lui risponde. All'inizio tutto semplice. Basta spiegare, come da un po' era abituato. Poi i quesiti aumentano e il medico si trasforma in confessore-mediatico. Cresce così la necessità e il «desiderio di conoscere», che si agita però anche dentro di lui. E' stato dunque necessario leggere, studiare, ritornare... a scuola, prepararsi almeno a rispondere alla tuttologia sulla sessualità, sui sentimenti e su quant'altro, con un bagaglio d'informazioni tecniche ma soprattutto con la stessa disposizione d'animo che un padre mette nel cercare di rispondere ad una figlia poco più che adolescente.

Per tutto questo devo ringraziare tantissimi colleghi (medici, psicologi ecc.) che mi hanno aiutato. I nomi sono troppi. Uno per tutti: la dottoressa Campacci. Grazie, Daria!

E' tutto qui.

Queste pagine nascono dunque da un osservatorio particolare: un set televisivo, con «il bello della diretta». Con un seguito di centinaia di lettere. Il tema è eterno: variazione sui grandi dubbi della sessualità. I capitoli del libro riflettono quest'esperienza. Per alcuni temi andrologici c'è stato anche il bagaglio consolidato della pratica sanitaria. Gli altri capitoli propongono invece la raccolta di domande le cui risposte sono state date con ricerca di documentazioni aggiornate e con lo spirito del buon vecchio medico di famiglia. Le fonti per le risposte si basano anche su testi e su approfondimenti d'attualità che solo una brava giornalista come Maria Angela Masino poteva trovare e proporre. Vi assicuro che ancora nessun medico trova sui testi il capitolo del «videoincontro sessuale virtuale» in Internet. Abbiamo cercato dunque di dare anche una proposta ai più attuali, controversi e forse transitori temi della sessualità (gelosia,

terapie dolci, sessualità virtuale, andrologia carceraria, capitoli segnalati da un asterisco). Peccato d'orgoglio intellettuale il nostro? Forse. Ma circa quindicimila storie che chiedevano anche questo meritano, almeno per chi le ha raccontate, qualche attenzione. Ce n'è per tutti: giovani e meno giovani indipendentemente da cultura e latitudine. Nessuna pretesa di rivelazioni scientifiche però.

Abbiamo cercato di differenziare chiaramente, nei diversi capitoli, quando ci si riferisce alle nostre idee e quando sono invece riportati tesi, opinioni attuali di differenti Scuole di pensiero. Speriamo d'essere riusciti.

I riferimenti a casi, eventi, storie cliniche ed epistolari sono reali. Per precisa scelta e dovere deontologico, nelle descrizioni si è tralasciato ogni particolare che potesse, anche minimamente, violare la riservatezza degli interessati.

Pensiamo che soprattutto per i più giovani valga la pena di ricordare, prima d'ogni domanda su varianza o devianza, virtualità e tecniche le più varie, un nostro semplice pensiero di base sulla sessualità: «Il piacere ottenuto da un essere umano è legato a quello procurato al partner».

Maurizio Bossi

Ancora adesso, dopo 30 anni dalla proclamazione della libertà sessuale, ci troviamo comunque tutti a fare i conti con i disturbi e i problemi del sesso. Ci domandiamo cosa succede. Se è solo l'aver staccato la sessualità dalla procreazione, il piacere dai sentimenti ad aver provocato tanta confusione e insicurezza. Ma il problema sembra ancora più complesso, come si rileva anche dalle numerose lettere che il professor Maurizio Bossi ha ricevuto. Sono scritti attraversati da dubbi e inquietudini che vanno ben oltre la sfera sessuale. Quasi tutte parlano di difficoltà a comunicare, di silenzio affettivo e in particolare di un enorme desiderio, quello di essere ascoltati. Un nucleo di problemi forti che esplodono proprio nel corso dei rapporti sessuali e successivamente diventano oggetto di attenzione negli studi dei sessuologi. I medici che si sono specializzati in questo settore concordemente affermano che il loro ruolo è diventato improprio e complesso. Secondo le richieste infatti dovrebbero essere anche «confessori», psicoanalisti, guru, educatori, amici o amiche «del cuore». Una responsabilità che non può essere supportata solo dalla preparazione scientifica, necessaria ma non sufficiente per rispondere adeguatamente a così tanti bisogni. Occorrono anche «buon senso», capacità di ascolto, voglia di comprendere. E soprattutto rispetto per chi ha bisogno, telefona a una trasmissione televisiva, scrive a un giornale o direttamente allo specialista. L'incontro con il prof. Bossi, avvenuto per motivi professionali, mi ha fatto scoprire che lui ha questi requisiti.

Così, quando mi ha proposto di scrivere insieme questo libro-intervista, ho pensato che si poteva fare qualcosa con le stesse qualità. Non un manuale, utile ma forse un po' freddo e troppo prescrittivo. Bensì un «libro parlato», in cui la conversazione tra il medico e la giornalista fosse lo specchio fedele di tanti problemi, piccoli e grandi, della gente. L'intento delle mie domande è stato solo quello di dar voce alle tantissime lettere inviate al professore nelle quali si avverte sempre qualcosa in più delle parole: il respiro affannoso dell'ansia, la speranza di una soluzione ai problemi.

L'obiettivo del libro dunque è stato centrato sulla necessità di spiegare e farsi capire come potrebbero (o dovrebbero) fare un padre o una madre, un fratello o una sorella maggiore ancor prima del medico. La lettera esemplare che segue (ridotta ma sul linguaggio non ci sono interventi) spiega meglio di tante parole la nostra scelta. Non c'è la ricerca esasperata della novità, ma la semplicità delle cose concrete, senza trascurare il presente-futuro rappresentato dalla cibernetica o dalla ricerca farmacologica. Il nostro intento, insomma, è quello di una conversazione densa di notizie ma dai toni familiari.

Maria Angela Masino

Una lettera esemplare

Caro professor Bossi, le scrivo come se fossi non suo fratello minore ma suo figlio. E questa lettera probabilmente somiglierà più a uno sfogo. Caro professore, la mia sessualità è stata molto difficile da conquistare e tuttora ho paura. Mi lasci spiegare: mio padre è sempre stato assente in famiglia. Ha sempre lavorato per me e mia sorella, ci ha fatto da «tassista» se ne avevamo bisogno, ha speso soldi per la famiglia ma, come si dice nella Bibbia, non si vive di solo pane. Perché dico questo? Tutto sembrerebbe apparentemente normale. Invece no. Non mi ha mai detto una parola (ti voglio bene, bravo, hai fatto bene, hai fatto male), non mi ha mai abbracciato, non mi ha mai baciato senza che prima l'avessi baciato io.

Adesso, caro professore, le espongo la parte più dolorosa cioè quella che mi riguarda. Avendo una sorella poco più grande e una mamma amorevole ma impegnata a lavorare fuori casa fino a sera per mantenermi, senza un padre, io mi sono creato un eros filtrato da mia sorella e quindi femminile. Senza un uomo come modello, attaccato com'ero a mia sorella, portavo capelli lunghi, non giocavo a calcio né me ne interessavo., cioè venivo associato facilmente a una «femminuccia». Crescendo, il corpo è andato avanti per conto suo ed è diventato più maschile, dandomi un po' di sicurezza. Mio padre sempre inesistente. Pesni che la prima volta che mi sono raso la barba, l'ho fatto senza insaponarmi: ci

mancava poco che mi tagliassi tutto. Sinceramente mi dispiace che non mi abbia mai considerato, solo se facevo io le domande (talvolta) ricevevo risposte. Di sicuro non parlavo di sesso con lui, anzi è emblematico che ho preferito frequentare ragazzi più grandi di me, più disinvolti e sicuri. Il problema più serio è dentro di me: spesso il mio atteggiamento per ragazzi più grandi era pieno di affetto, certo perché non avevo vicina la figura del padre. Ma a volte ho pensato di essere omosessuale. Non che li desiderassi a dire il vero ma certe volte avrei avuto voglia di essere abbracciato, non di più.

Non sarei equo se tacessi che mia mamma è iperprotettiva e che mia sorella mi è sempre molto attaccata. Ho 21 anni e ho avuto un amore platonico a 11 anni e poi ho guardato con occhi diversi una ragazza solo quando sono andato via da casa. A 18 anni sono andato a studiare fuori sede e per la prima volta ho sentito bisogno di una donna, diversa da mia madre e mia sorella, da amare anche con il corpo. Adesso ho una storia che mi soddisfa. Non c'è stata ancora la «prima volta» ma non abbiamo fretta, anche se c'è chi potrebbe pensare che un maschio che a 21 anni non ha ancora posseduto una donna è un po' ritardato o anormale.

Caro professore, come le avevo anticipato all'inizio, non ho una domanda precisa da farle. Sicuramente non sono sicuro. Mi sarebbe piaciuto anche scrivere all'Istituto di studi sulla paternità ma mi dava fastidio spogliarmi l'anima di fronte a estranei, mentre lei è proprio l'ideale. L'ho sentita alla radio e sono rimasto colpito dalla sua voce, dalla sua tenerezza, dalla sua competenza. Dentro di me ho già dato vita a un'adozione a distanza un po' atipica perché qui è il figlio che adotta il padre. Se prova un comprensibile fastidio nel sentir questo, tenta di capire, babbo, quanta solitudine, quanta angoscia, quanta paura mi hanno tarpato le ali e continueranno a farlo. Sentire la tua voce profonda, babbo, mentre rispondi a me (tutte le volte che rispondi agli altri, rispondi a me) mi rassicura e butta da una parte le mie paure.

1. TROPPIA FRETTA IN AMORE

Le lettere

Ho provato con la crema, l'agopuntura, la psicoterapia, il training autogeno, l'ipnosi. Nessun risultato. Ho 40 anni e continuo a soffrire di eiaculazione precoce. Mi sono rassegnato a considerare la mia condizione «normale», come avere i capelli rossi o biondi oppure essere alto o basso. La mia vita sessuale è sempre sul filo del rasoio e lei non sa quante contorsioni faccio per ritardare l'eiaculazione senza riuscirci. Non ho proprio alcuna speranza?

Raffaele, Palermo.

La domanda che vorrei porle riguarda l'eiaculazione precoce e le dimensioni medie di un pene. Anche se nessuna delle mie partner si è mai lamentata vorrei sapere da lei quali sono le dimensioni medie per potersi considerare normale. Per quanto riguarda l'eiaculazione precoce, che preferisco chiamare «sindrome di speedy gonzales» per sdrammatizzarla, vorrei sapere se ci sono metodi naturali per ovviarvi. Nel mio caso è legato a quanto sono coinvolto nell'atto sessuale e al numero di volte consecutive che lo pratico. In altre parole maggiore è il numero maggiore è la durata del rapporto, ma ciò che ritengo frustrante è che raramente o meglio mai, il primo dura a sufficienza da consentire alla mia partner di raggiungere l'orgasmo. Per questo prima di "flirtare" con qualcuna devo sempre cercare di superare l'imbarazzo e la paura di fare una, per così dire, figura meschina. Cosa devo fare?

Paolo, Viterbo

Professore, mi pare che questo sia un problema molto diffuso, che interferisce profondamente nella vita di molti uomini e di tante coppie.

E' vero. L'eiaculazione precoce mi fa venire sempre in mente la storia di Mario, che ha conosciuto Clara al liceo e si è innamorato subito. Entrambi vergini, dopo un fidanzamento di sei anni, si sono sposati. Mario lavora ora come pubblicitario in una grande azienda. Matrimonio tranquillo, niente figli per scelta, molti viaggi e tempo libero da trascorrere con la moglie.

In apparenza tutto bene.

Ha detto giusto: in apparenza. Perché i rapporti con Clara sono, a dir poco, un disastro. Da sempre: fin dai primi incontri, non è mai riuscito a gratificare la

compagna. Il problema di Mario è l'eiaculazione precoce. «Vede, dottore, ormai è un inferno. Io so già che andrà a finire così, e lo sa bene anche lei. Molte volte preferisco rimanere alzato a guardare la tele o a fare qualsiasi altra cosa pur di non andare a letto!».

E quindi niente rapporti?

E' quello che gli ho chiesto. «Cosa vuole, dottore» mi ha risposto «a me è passata anche la voglia. Pensi che prima lo facevamo quasi tutti i giorni, anche due, tre volte al giorno». E ora? «Forse una volta al mese, ma non è mai soddisfacente». Sconsolato aggiunge: «Sono giovane, non è possibile che finisca tutto così». Ho tentato di saperne di più sul loro rapporto. Come si erano conosciuti, cosa facevano nel tempo libero, che progetti in comune avevano, se stavano vicini, abbracciati.

Una vera e propria indagine?

Sì, alla ricerca di qualche particolare che consenta di comprendere meglio i problemi della coppia. Nel caso specifico, analizzando il rapporto sessuale tra Mario e la moglie, mi mancava solo un dettaglio per completare il mosaico. Mario, lei finora mi ha detto che raggiunge molto presto l'orgasmo. Mi vuole quantificare, se possibile, quanto tempo dura il vostro rapporto? O se preferisce, sarò più esplicito: quante spinte pelviche occorrono prima di eiaculare? Mario mi guarda perplesso. «Beh, non è facile dirlo, in quei momenti non guardo l'orologio... Credo, più o meno, una ventina di minuti». Quei «venti minuti» mi hanno reso tutto chiaro. Clara e Mario avevano semplicemente tempi diversi di risposta sessuale. Comunicavano male. Poco esperti all'inizio, inibiti nell'esprimere all'altro il proprio disagio sessuale anche dopo, avevano continuato un rapporto che per durata non aveva nulla di anomalo. Semplicemente non erano sulla stessa lunghezza d'onda.

Partendo da questa vicenda qual è la definizione di eiaculazione precoce?

E' una questione controversa. Precoce rispetto a cosa? All'orgasmo della partner? Ma se la partner raggiunge il proprio dopo venti, trenta, quaranta minuti, come la mettiamo? Ci sono statistiche sia italiane che internazionali sulla durata media dei rapporti, ma non mi sembra il caso di usare parametri numerici per definire un maschio eiaculatore precoce. L'esperienza clinica ci dice quanto sia variabile la risposta sessuale da individuo ad individuo e quanto sia assolutamente relativo il suo uniformarsi alle frequenze statisticamente rilevate. Quindi l'unica definizione

che mi sento di dare è generica. L'eiaculazione precoce è il raggiungimento dell'orgasmo da parte dell'uomo in tempi molto brevi e comunque insufficienti perché la sua partner possa ottenere gratificazione sessuale dal rapporto.

E' giusto: non avvaloriamo statistiche e parametri numerici. Però possiamo dire di che si tratta?

Negli ultimi decenni il clima sociale e culturale è andato profondamente modificandosi, almeno in Occidente. Infatti è richiesto all'uomo di mantenere l'erezione per un tempo sufficientemente lungo a condurre la partner all'orgasmo. Un concetto avvalorato nella definizione che il DSM IV del 1996 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disease) fornisce dell'eiaculazione precoce: «Si tratta di un'eiaculazione che sopravviene prima che l'individuo la desideri, per l'assenza di un controllo volontario e dell'eiaculazione e dell'orgasmo durante il rapporto sessuale».

E i numeri e i tempi ?

Ci arriviamo subito. Si sono formulati vari metodi discriminanti per definire l'eiaculazione precoce. Alcuni anni fa venne definita come la situazione in cui l'orgasmo maschile si verifica entro trenta secondi dalla penetrazione vaginale. Altri terapeuti hanno esteso questo criterio a un minuto e mezzo, altri a due minuti. Un'altra tesi clinico-terapeutica sostiene che soffre di questo disturbo chi eiacula prima di dieci-quindici movimenti coitali. Masters e Johnson, i sessuologi americani diventati notissimi negli anni Settanta, definirono l'eiaculazione precoce come il perturbamento di una relazione sessuale in cui l'uomo raggiunge l'orgasmo prima della moglie nel 50% dei casi.

Ma lei continua a non essere d'accordo con nessuno.

Tutte le teorie esposte si basano generalmente sul concetto di rapidità dell'atto sessuale maschile e identificano la precocità nel tempo che un uomo impiega a raggiungere la fase di massima eccitazione. La precocità però non è definibile in termini quantitativi, perché il problema essenziale non è in relazione al tempo ma all'assenza di controllo volontario sul riflesso eiaculatorio, indipendentemente dal fatto che esso avvenga dopo due, tre o cinque movimenti coitali o prima che la partner abbia raggiunto l'orgasmo. Vi è precocità quando l'orgasmo maschile avviene per riflesso, cioè quando è sganciato dal controllo consapevole una volta che si è raggiunto un alto livello di eccitamento. Spesso vi è assenza o diminuzione delle percezioni al momento culminante dell'eccitazione sessuale.

Infatti con l'avvicinarsi della fase orgasmica molti soggetti avvertono una sorta di «anestesia genitale» che coincide con la scarsa percezione di intensi segnali di piacere sessuale che conducono al limite del riflesso eiaculatorio (situazione «pre-orgasmica» o sensazione premonitrice). Non possono quindi avvicinarsi coscientemente all'eiaculazione né controllarla.

Con l'orologio o senza, con i numeri o senza il problema è sempre là

Per rimuoverlo torniamo alla coppia, punto d'inizio e d'arrivo del nostro percorso: Mario e Clara, che hanno vissuto tutti questi anni cercando di nascondere il loro problema, con il timore che affrontare il conflitto apertamente avrebbe distrutto la loro unione. Così invitai Mario a ritornare, non più solo, chiuso nella sua angoscia, ma insieme con Clara. Fino a trovare la via, i tempi ed i modi per vivere una relazione più consapevole. Forse più critica ma certamente più soddisfacente.

Questo per quel riguarda la coppia. Ma un ragazzo di 18-19 anni, magari innamorato, però ancora lontano da una vera vita a due, cosa deve fare?

E' molto frequente a quell'età non aver ancora appreso il controllo dell'eiaculazione. Capita anzi di vivere questo fenomeno come un riflesso incontenibile. Per spiegare come si può ovviare è utile un paragone. Il neonato non riesce a controllare il riflesso che lo spinge a fare pipì. Poi, con il tempo, il bimbo impara a inibire l'emissione involontaria d'urina. E' un meccanismo nervoso molto simile a quello che controlla l'eiaculazione.

A proposito di ragazzi, molti si spaventano a causa dell'emissione di liquido che avviene durante il petting. Esagerano?

E' solo un liquido lubrificatorio, prodotto dalle ghiandole annesse all'apparato genitale (prostata, ghiandole del Cowper ecc.). Non deve essere confuso con lo sperma. Molti pensano di avere eiaculazione precoce perché confondono i due liquidi biologici.

A molti giovani fa impressione la fuoriuscita, un vero e proprio getto, del seme. Da cosa dipende?

Dalla contrazione involontaria della muscolatura lungo le vie seminali. L'intensità del getto può variare negli anni e da persona a persona. Tranne casi particolari ha poca importanza.

Alcuni uomini le hanno scritto raccontando che sono diventati eiaculatori precoci solo quando hanno cambiato partner. E' possibile?

Sì. Bisogna però distinguere tra eiaculazione precoce primaria, quella che compare sin dai primi rapporti, e secondaria, che si manifesta dopo anni di vita sessuale normale. La prima ha origini prevalentemente legate all'educazione e al comportamento. La seconda può avere anche ragioni organiche. **Quali??** Se capita dopo un cambiamento di partner, si può pensare a un maggior coinvolgimento emotivo. Parlarne in coppia è la prima cosa da fare. C'è un'altra ipotesi che mi è capitato di riscontrare: se potessimo chiedere qualche informazione alla prima partner scopriremmo che lei non era mai stata gratificata. Forse ci racconterebbe la storia così: «Per tenerlo tranquillo, fingevo. Lui era contento. Tanto per me il sesso non era importante». Poi si sono lasciati. E lui improvvisamente ha capito che da anni non faceva altro che soddisfarsi senza dare nulla. La nuova partner glielo ha fatto finalmente notare.

Quali sono le cause dell'eiaculazione precoce primaria?

Molto spesso ci sono all'origine problemi psicologici, legati a una personalità ansiosa e sensibile alle critiche o con difficoltà a vivere e comunicare i propri sentimenti. E' frequente che un uomo giovane e inesperto non abbia ancora appreso a gestire le sensazioni che intercorrono tra eccitazione e orgasmo.

Può dargli un consiglio?

Suggerisco di imparare a controllare il proprio riflesso eiaculatorio durante l'autoerotismo. Ma è fondamentale verificare questo apprendimento nel rapporto sessuale. L'abilità è nel rallentare il ritmo. E' inutile, come fanno molti, praticare l'autoerotismo prima dell'incontro con la ragazza.

Eppure molti ragazzi preferiscono rinunciare. Ricordo la lettera di quel ventenne che piuttosto che far brutta figura con una ragazza evita il rapporto.

A lui e a chi la pensa allo stesso modo va ricordato che i loro incontri non avvengono in diretta in Eurovisione. E' proprio l'idea che il rapporto sessuale sia paragonato a una competizione oppure a una performance che porta alla rinuncia. Proprio perché certi ragazzi (e anche adulti) lo vivono da spettatori di se stessi.

E' vero che il profilattico può aiutare?

Oltre che essere utile quale contraccettivo e per la profilassi delle malattie a trasmissione sessuale, il profilattico può servire in alcuni casi di eiaculazione precoce. Ma non è risolutivo.

Eiaculazione e orgasmo sono la stessa cosa? O si fa un po' di confusione?

Nell'uomo orgasmo ed eiaculazione costituiscono processi fisiologicamente distinti. E' possibile godere del piacere del primo (per più di una volta) prima che sia necessario completarlo con il secondo. Mi spiego: la natura emotiva dell'orgasmo è dimostrata dal fatto che i bambini sono in grado di viverlo prima della pubertà senza che si verifichi eiaculazione.

Quali le origini del problema?

Sono quasi sempre psicologiche. Fra le più diffuse c'è l'ansia da prestazione. E' un timore tipicamente maschile, collegato a una sensazione ben precisa, quella di essere inferiore agli altri dal punto di vista sessuale. Dagli input dei media, dalla visione di cassette hard: i maschi hanno l'idea che per essere definiti «bravi amanti», debbano mantenere l'erezione per tantissimo tempo.

Molti parlano del tao cinese. Serve?

Funziona e oggi è ripreso anche dai sessuologi. Le tecniche tantriche del maestro Tung-Hsuan nel XVII secolo avevano dimostrato la possibilità di ottenere orgasmi multipli senza disperdere il seme: «L'uomo chiude gli occhi e concentra il suo pensiero; preme la lingua contro il palato, inarca la schiena e tende il collo. Apre le narici, chiude la bocca e inspira. Così non ha eiaculazione e il liquido seminale risale internamente da solo». Quello che il maestro in effetti consigliava erano pochi istanti di autocontrollo.

E le tecniche bioenergetiche?

Sì. Pensiamo all'importanza di controllare la respirazione. Molto valide sono le tecniche di rilassamento. Bisogna sempre ricordare che psiche e soma non sono mai due realtà distinte. E che quindi le terapie sono complesse. Molte tecniche che oggi vengono impiegate sono state messe a punto dai più grandi sessuologi solo negli ultimi trent'anni. **Da ampliare**

Viste le origini del problema, forse sono più importanti le cure psicologiche?

L'eiaculazione precoce non può assolutamente essere risolta con qualche pillola. Il lavoro dell'andrologo deve integrarsi con quello dello psicologo ed è

indispensabile che l'uomo e la donna siano disponibili a risolvere il problema. Spesso gli specialisti non seguono uno schema fisso, ma intrecciano diversi metodi terapeutici a seconda delle necessità. La terapia psicoanalitica, per esempio, è senz'altro la meno utilizzata nel trattamento dell'eiaculazione precoce. Si tratta infatti di una cura complessa e molto impegnativa per la persona, oltre che decisamente costosa. Lo scopo del trattamento psicoanalitico è più profondo, tende a individuare e risolvere i conflitti inconsci. Sono previste numerose sedute (più di una alla settimana) cui l'uomo deve sottoporsi da solo. Attraverso le tecniche delle «libere associazioni» o altri percorsi. L'analisi va a evidenziare i blocchi, i problemi irrisolti. Lo svantaggio? Dura diversi anni, quindi il tempo di attesa per le soluzioni è molto lungo.

Eiaculazione precoce, soluzione ritardata. Non mi pare che vada bene.

La psicoanalisi è un trattamento estremamente impegnativo per la persona. Quindi deve essere giustificato dalla serietà del disturbo. Non è assolutamente consigliato a chi soffre di semplice eiaculazione precoce ma solo alle persone che manifestano questo disturbo associato a importanti problemi della psiche.

Parliamo di una cura più semplice.

L'approccio sistemico è una via di cura che esiste da più di 40 anni e prevede l'intervento della partner: la terapia quindi non è individuale ma di coppia. Lo scopo è quello di sciogliere i nodi che esistono all'interno di un rapporto per migliorare la relazione. L'idea base è che i due partner non comunicano perché interagiscono tra di loro in maniera distruttiva. Il conflitto è inconscio, la persona non ne è consapevole e il problema interessa le sfere più profonde della personalità. Talvolta la negazione del piacere può rappresentare una forma di «punizione» per la donna. La cura mira a ristrutturare il sistema-coppia mediante colloqui che permettano di esplicitare i conflitti non consapevoli e di trasformarli, con l'aiuto del terapeuta, in energie costruttive che cementino il rapporto invece di creare disarmonia.

Stavolta basta un tempo più breve?

Si tratta proprio di una «terapia breve» (il termine indica le cure che si differenziano, per la minor durata, dall'analisi vera e propria), da seguire rigorosamente in coppia: prevede un incontro con lo specialista ogni 15-30 giorni per un periodo che può variare da qualche mese a un anno. Nella cura sistemica non esiste il «lettino» ma la coppia parla con il terapeuta raccontando i

comportamenti durante la quotidianità (per esempio: l'ultima discussione con il capufficio che apparentemente non ha nulla a che vedere con l'attività sessuale). L'idea è quella di conoscere il più profondamente possibile la vita del paziente.

Nessuno strumento al posto del lettino?

La formulazione sistemica in teoria prevede il rispetto di alcune regole: la cura andrebbe svolta in una stanza provvista di uno specchio unidirezionale che consente di vedere senza essere visti, collegato con un altro ambiente, simile a quello che si vede nei telefilm polizieschi americani: al di là di questo specchio, un altro specialista dovrebbe osservare la coppia e i suoi comportamenti e quindi confrontarsi con il terapeuta. La seduta dovrebbe essere registrata da una telecamera. In realtà raramente si fa uso di questi strumenti per problemi di tempo e specialmente di costi (due medici costano ovviamente il doppio di uno). Inoltre gli specialisti hanno riscontrato l'efficacia del metodo anche senza rispettare alla lettera tutte queste regole.

E' una terapia che va bene per tutti?

E' particolarmente adatta a risolvere i problemi di eiaculazione precoce, a patto però che la coppia sia motivata a collaborare. Altrimenti è impossibile ottenere risultati. Poiché l'eiaculazione rapida e incontrollata è da considerarsi un problema di coppia l'approccio sistemico viene impiegato spesso, a volte abbinato ad altri metodi **quali???** a seconda delle caratteristiche del disturbo.

E la cura di Master e Johnson è ancora valida?

Chiamata anche cura comportamentale, è largamente usata dai terapeuti. Focalizza la sua attenzione sul corpo dell'uomo e sulla sua incapacità di trattenere l'eiaculazione durante il rapporto. L'obiettivo del metodo è quello di arrivare a eliminare l'ansia da prestazione, facendo in modo che lui superi il suo blocco psicologico e nello stesso tempo impari passo per passo a ottenere un corretto rapporto sessuale.

I tempi sono ancora più brevi?

Il metodo di Masters e Johnson prevede un ciclo di sedute molto intenso ma solo di due settimane: la coppia incontra ogni giorno due terapeuti di entrambi i sessi. Quindi viene programmata una serie di esercizi **quali??**, da svolgersi in un arco di tempo molto flessibile, a seconda dei tempi naturali della coppia. Per fare in modo che l'uomo riesca a percepire le sensazioni erotiche che precedono

l'eiaculazione senza farsene travolgere sono previsti una serie di esercizi da eseguire in due o anche da soli.

Insomma è più che mai necessario che la coppia sia affiatata.

La cura deve essere eseguita rigorosamente in due. Non è adatta alle coppie non stabili (per esempio quelle molto giovani che si conoscono da poco) o a quelle dove uno dei due partner ha un forte risentimento nei confronti dell'altro..

C'è una terapia più moderna?

La psichiatra e psicoanalista americana, Helen Kaplan, ha elaborato un modello che è un po' la sintesi di quelli di cui abbiamo già parlato. Proprio per questa sua completezza è il più usato dagli psicoterapeuti che lo trovano flessibile, adatto a ogni singola situazione. Ad esempio: se dai primi colloqui con lo psicologo risulta che lui soffre di profondi conflitti di tipo nevrotico **quali???**, l'approccio è orientato all'analisi del profondo, se il problema invece riguarda maggiormente le dinamiche di coppia lo specialista segue un approccio di tipo sistemico. Infine, quando le difficoltà sono legate a un problema di «apprendimento» della sessualità, la cura segue le vie indicate da Masters e Johnson. Da caso a caso, il numero delle sedute varia: di norma si tratta di una cura breve, destinata a esaurirsi al massimo in un anno, con una media di un paio di sedute al mese.

Dai farmaci viene qualche speranza?

«L'eiaculazione precoce è troppo legata alla struttura psicologica e psicosomatica dell'individuo, così come alla dinamica di coppia, perché sia concesso pensare che un farmaco, anche se molto efficace, possa da solo cambiare da un giorno all'altro questo comportamento». Parole del professor Michele Buvat, «guru» della moderna andrologia. Sintetizzano molto bene il problema di un approccio esclusivamente medico al disturbo. Infatti esistono farmaci che si sono rivelati molto efficaci ma la vera guarigione avviene solo quando alla terapia medica si abbina un approccio psicologico. Inoltre, anche se si sente talvolta parlare di risolutivi interventi chirurgici, questi sono generalmente da sconsigliare (tranne l'incisione del frenulo, detto «filetto», o l'eliminazione della fimosi, cioè l'impossibilità di scoprire il glande).

Quali sono questi farmaci?

Partiamo da quelli da assumere per bocca. Spesso i farmaci (come la fluoxetina o la paroxetina, modulatori dell'umore) agiscono aumentando la concentrazione di

serotonina nell'organismo. Questa sostanza, accresce, tra l'altro, le capacità dell'uomo di controllare lo stimolo eiaculatorio. In altri casi si prescrivono ansiolitici o antidepressivi per la loro azione calmante, o neurolettici (come l'Anafranil) che diminuiscono la sensibilità a livello genitale accrescendo contemporaneamente la serotonina nell'organismo. Talvolta sono utilizzati medicinali destinati a curare malattie diverse (come il Plasil, un noto anti-nausea) che agiscono positivamente sul sistema nervoso. Questi preparati di solito vengono somministrati per bocca (una pastiglia al giorno per un periodo massimo di tre-quattro mesi). Talvolta presentano effetti collaterali **quali??** (a carico di stomaco e intestino) e sonnolenza.

Si può intervenire anche «sul posto»?

Sì, con i medicinali vasoattivi a uso locale, che dilatano le arterie del pene e favoriscono l'afflusso di sangue e il mantenimento dell'erezione anche dopo l'eiaculazione. Questo approccio, che deve essere limitato a casi ben precisi e controllati dallo specialista, ha permesso di ottenere alte percentuali di successo anche in situazioni difficili come l'eiaculazione «ante portam», cioè prima della penetrazione.

A questo punto è meglio chiarire un dubbio: chi soffre di eiaculazione precoce a chi si deve rivolgere? A uno psicoterapeuta, a un andrologo, a un sessuologo?

Spesso non si ha bisogno di un medico ma d'informazione. E di dialogo con la partner per sciogliere e comprendere meglio i passaggi del problema. Poi c'è il medico di famiglia cui porre le prime domande. Una volta si pensava che l'eiaculazione precoce fosse dovuta a una eccessiva stimolazione. La conseguenza? L'uso indiscriminato di anestetici. Le cose, abbiamo visto, stanno in maniera diversa. La causa, nella stragrande maggioranza dei casi, è l'eccesso d'ansia che va ridotta per riuscire a controllare il riflesso eiaculatorio.

Ci sono tecniche, esercizi che aiutano a controllare questo riflesso?

Sì, lo «stop and start», messo a punto da Master e Johnson e poi riutilizzato da Helen Kaplan con molto successo nell'ambito delle cure del comportamento. E' diviso in tre fasi, da eseguire in coppia. Prima: l'uomo si deve sdraiare supino e rilassare il più possibile. La donna a questo punto inizia a stimolare con le mani il pene del compagno che, non appena sente avvicinarsi troppo il momento dell'orgasmo, chiede alla partner di fermarsi (fase dello stop). Seconda: dopo qualche secondo di riposo, in cui l'uomo sente attenuarsi il bisogno impellente di

eiaculare, inizia una nuova fase di stimolazione (start) da interrompersi nuovamente in prossimità dell'arrivo dell'orgasmo. L'esercizio va ripetuto per 4-5 volte, cercando di volta in volta di allungare i tempi di intervallo tra una stimolazione e l'altra fino a raggiungere i 15-20 minuti di pausa tra l'inizio della masturbazione e l'interruzione. Quindi, l'uomo deve assecondare l'impulso a eiaculare. Questo primo esercizio va eseguito per due volte in una settimana, poi si passa a una fase successiva: la donna deve stimolare il pene usando la vaselina, sostanza morbida e vischiosa che «ricrea» l'ambiente vaginale. L'esercizio va quindi ripetuto da capo: l'uomo deve eiaculare sempre dopo 4-5 interruzioni e l'esercizio deve essere ripetuto due volte alla settimana.

E si torna al rapporto normale?

Con qualche cautela. La donna si mette sopra all'uomo, che deve restare completamente immobile e guidare soltanto i movimenti della donna con le mani appoggiate ai suoi fianchi. L'esercizio di stop and start va eseguito in questa posizione almeno per quattro volte, quindi i due partner devono ripeterlo sdraiati su un fianco. Adesso anche l'uomo può muoversi in sintonia con la compagna, sempre per almeno 4 volte. Se anche in questa posizione lo stop and start ha successo lo si può ripetere in posizione tradizionale (quella con l'uomo sopra) che è la più difficile. L'esercizio, se eseguito con regolarità, permette all'uomo di raggiungere un obiettivo importante: avere certezza di poter controllare e gestire bene il meccanismo dell'eiaculazione. Inoltre il coinvolgimento attivo della donna facilita una migliore intesa tra i partner.

Sicuramente un buon sistema, ma oggi è più di moda parlate di training autogeno oppure di meditazione yoga.

Queste tecniche funzionano molto bene per il rilassamento dell'organismo in generale ma nello specifico non risolvono il problema dell'eiaculazione precoce che richiede esercizi mirati.

C'è un esercizio che l'uomo può fare da solo? Non sempre si può trovare una partner disposta a collaborare.

E' la tecnica della compressione che si può eseguire durante l'autoerotismo. Consiste nel bloccare l'eiaculazione un attimo prima che si presenti comprimendo per qualche secondo con due dita la zona del pene sotto il glande. In questo modo la persona impara a riconoscere le sensazioni che precedono l'orgasmo e

l'eiaculazione. Lo stesso esercizio può essere fatto con l'aiuto della donna, che deve comprimere il medesimo punto.

Ma lui come può riconoscere l'arrivo dell'eiaculazione?

Come per tutte le altre funzioni naturali (la nausea che precede il vomito, il calo della vista che precede lo svenimento eccetera) esistono «segni premonitori» che permettono all'uomo di riconoscere l'arrivo dell'orgasmo. Tra i più comuni: sensazione di movimento (simile a un sussulto) a livello addominale, nella zona dello stomaco; sensazione simile al bisogno di urinare; sudorazione abbondante; aumento del calore del corpo, specialmente a livello pelvico; graduale perdita del controllo dei movimenti.

2. SE LEI NON E' COINVOLTA

Le lettere

Sono un ragazzo di 23 anni, la mia vita sessuale è soddisfacente, intensa. Eppure penso di non avere le idee chiare sull'orgasmo femminile: a volte le reazioni della mia ragazza sono un mistero per me. Alludo all'orgasmo vaginale e clitorideo di cui, mi rendo conto, so ancora poco. In cosa consiste la differenza? Intensità del piacere forse? (Molte volte la mia ragazza sembra «lasciarsi andare» completamente... ma non riesco a capire cosa prova). Mi può chiarire le idee?

Enzo, Ancona

Sono una studentessa di 23 anni, prossima alla laurea in giurisprudenza. Da più di un anno sto con un ragazzo dolcissimo, al quale voglio molto bene. Però quando facciamo l'amore io non riesco ad abbandonarmi. Non ho mai raggiunto l'orgasmo, nonostante provi una sensazione di benessere, che non saprei definire, durante il rapporto sessuale. Lui cerca di aiutarmi ma non c'è niente da fare. Aggiungo che non arrivo all'orgasmo neppure con l'autoerotismo. Cosa posso fare?

Patrizia, Parma

Orgasmo femminile: sbaglio o è un argomento «difficile»?

Non sbaglia, purtroppo. Le ultime statistiche dicono che solo una donna su quattro lo raggiunge durante il coito. Il 14,5 per cento non ci arriva mai. Ma non è più come una volta, quando si fingeva oppure si accantonava il problema. Adesso molte donne decidono di parlarne con il partner. A volte è già sufficiente il dialogo per trovare nuove soluzioni. In altri casi è necessario ricorrere allo specialista. L'importante è mantenere un atteggiamento costruttivo, non rassegnato.

Quali sono le cause?

Secondo la sessuologia, vanno rintracciate nei seguenti tre ambiti di riferimento: desiderio, eccitazione e orgasmo. Partendo da queste parole-chiave si possono definire tutti i problemi sessuali femminili più diffusi: 1) Desiderio ipoattivo ossia scarsa eccitazione, dovuta a malattia o anche a un disturbo psicologico. 2) Disfunzione sessuale generale o frigidity, che si manifesta con assenza di

lubrificazione e dilatazione vaginale. 3) Inibizione del riflesso orgasmico: quando non vi è alcun disturbo nella fase dell'eccitazione, ma solo nel momento culminante. 4) Dispareunia o coito doloroso: dolori e fastidi prima durante e dopo il rapporto sessuale. 5) Vaginismo: spasmo involontario dei muscoli intorno alla vagina che si verifica ad ogni tentativo di penetrazione (queste pazienti spesso provano l'orgasmo con la stimolazione clitoridea. 6) Rifiuto totale per i rapporti sessuali e per la situazione di intimità. Oggi per ognuno di questi disturbi è possibile individuare un intervento sessuologico e psicoterapico che consente di recuperare, o trovare per la prima volta, il benessere sessuale.

C'è da parte della donna un livello di consapevolezza maggiore?

A una prima lettura potrebbe sembrare che solo da pochi anni le donne abbiano problemi sessuali. La verità è che soltanto di recente hanno imparato a riconoscere e denunciare un malessere che forse è sempre esistito. Influenzando anche il mondo scientifico, che si è posto il problema della definizione precisa delle disfunzioni sessuali e ha individuato le possibili terapie. La novità è che oggi la donna coinvolge il partner per poter superare i problemi sessuali e, non di rado, prende l'iniziativa di consultare lo specialista per conoscerne le motivazioni. Molto probabilmente le future generazioni - quelle a cui appartengono le bambine e le adolescenti che beneficiano oggi di un'informazione ed educazione sessuali finalmente presenti in famiglia, nella scuola e nei media - potranno rivolgersi più serenamente e tempestivamente allo specialista. E' difficile credere che le disfunzioni sessuali possano scomparire grazie a una migliore informazione ed educazione, ma è certo che molti dubbi e incertezze che disturbano la sessualità non influiranno più pesantemente nella vita della donna.

Certo che non possono scomparire: lei ha parlato di grandi numeri.

Lo scarso desiderio femminile è uno dei disturbi più difficili da valutare statisticamente perché la donna, pur avendo il coraggio di parlare, esce allo scoperto solo quando la vita di coppia è già in una situazione molto compromessa. Nonostante i progressi, sono ancora molte le donne che imparano a convivere con il loro scarso desiderio, adattandosi ad una routine sessuale all'insegna più del dovere che del piacere. I disturbi della fase dell'eccitazione hanno una frequenza statistica significativa pari al 15%. Anche in questo caso al dato statistico sfuggono tutte quelle donne che, pur avendo problemi con l'eccitazione, trovano un accomodamento accettabile nel rapporto di coppia. Non sono rare, per esempio, le donne che, in assenza o carenza di lubrificazione

vaginale, scelgono la stimolazione orale da parte del partner per evitare le difficoltà della penetrazione. L'anorgasmia assoluta, invece, secondo l'ultimo rapporto Asper, colpisce il 14,5% delle donne italiane. Il 24,9% prova l'orgasmo qualche volta, il 24,3% raramente. Come ho già detto, solo una donna su quattro raggiunge sempre l'orgasmo durante il coito. Molte lamentano difficoltà, altre riescono più facilmente con la stimolazione della zona clitoridea. I disturbi noti con il termine di dispareunia (coito doloroso) e vaginismo hanno invece una frequenza statistica abbastanza bassa pari al 3-4%. Un fenomeno strettamente connesso al problema del vaginismo è quello del matrimonio bianco, senza rapporti sessuali. Eppure già Masters e Johnson avevano riportato un indice di guarigione del vaginismo pari al 100%.

Torniamo alla strada principale: stavamo parlando delle cause.

Ha ragione. Vediamole, riprendendo il discorso di prima. 1) Desiderio ipoattivo: le cause si dividono in psicologiche e fisiologiche. Tra queste ultime le più frequenti sono le malattie fisiche gravi, l'alterazione ormonale e l'uso di particolari farmaci. Tra le psicologiche, troviamo depressione, stress e ansia. 2) Disfunzione sessuale generale: prevale nettamente la componente psicologica da rintracciare, caso per caso, nella storia personale e nella relazione di coppia. 3) Anorgasmia. Le cause sono da ricercarsi a tre livelli: salute, psiche, relazione e devono essere valutate con il medico, il sessuologo o lo psicologo. 4) Coito doloroso: molte in questo caso le cause organiche come le malattie a trasmissione sessuale considerate banali (candidiasi, tricomoniasi) spesso sottovalutate dalle donne. 5) Vaginismo: può essere dovuto a infezioni vaginali continue, ferite eccetera. Oppure a cause psicologiche: violenze sessuali o altre esperienze vissute negativamente. 6) Rifiuto della sessualità: qui la componente psicologica è prevalente. Tra le cause più frequenti l'educazione familiare rigida, ancora eventuali esperienze sessuali precedenti vissute negativamente, difficoltà nella relazione di coppia.

Come nasce la diagnosi?

Cerco sempre di partire da due regole fondamentali. La prima: prestare attenzione ai particolari, alle vicende che rendono unico ogni caso. La seconda: ricordare che la diagnosi è il punto di arrivo di un percorso che si può sviluppare in 3-4 sedute. In questi incontri indago la storia «sessuale», erotica della paziente: dal primo bacio al primo rapporto; dalla prima fantasia erotica al primo orgasmo; dalla prima masturbazione al primo appuntamento mancato. La vita sentimentale

e sessuale della persona viene cautamente esplorata. Poiché si è ancora in fase di consultazione, ci si limita a registrare i fatti senza restituire alcuna interpretazione o indicazione terapeutica.

E' un'indagine complessa?

Sì, anche se la paziente ha già dichiarato il suo disturbo. Compito dello specialista è comprendere se il termine usato per definirlo sia corretto. Non è raro infatti che una disfunzione venga confusa con un'altra o che una disfunzione ne nasconda un'altra. Questa indagine conoscitiva termina con un monitoraggio a tutto campo della situazione, includendo, per quanto è possibile, eventuali problemi di salute, conflitti familiari o lavorativi. La definizione del sintomo sessuale si acquisisce considerando il modo in cui si manifesta, il tempo (da quanto è comparso), le situazioni in cui appare con maggior frequenza. A questo punto la diagnosi, in genere, è completata e si passa alla terapia.

Questo è il momento più lungo?

No, le terapie sessuologiche sono per definizione brevi. Perché puntano l'attenzione sul sintomo sessuale al momento, rinunciando a un'analisi psicologica profonda. In genere il primo passo fondamentale riguarda l'indagine sulla la motivazione della paziente a superare i problemi: non sempre infatti ciò che la persona dice corrisponde a quello che profondamente vuole. Una volta accertata la sua disponibilità, le prescrizioni del terapeuta sono soprattutto finalizzate all'esplorazione e alla conoscenza del corpo cominciando dalla visione dei genitali allo specchio. Una tecnica molto utile per imparare ad accettarsi, ad amare il proprio corpo. Per poi accedere al piacere con la masturbazione.

Come si continua?

La seconda fase prevede la collaborazione del partner. Ora la donna sta bene con sé stessa ma deve imparare a star bene con un'altra persona; deve imparare a condividere gesti, emozioni e sensazioni con chi ha accanto. Il passaggio da una fase a quella successiva deve avvenire solo se la persona ha ben acquisito i risultati precedenti. Gli esercizi di focalizzazione sensoriale, le carezze, l'esplorazione al tatto del corpo dell'altro, aiutano la coppia ad individuare un modo diverso e spesso nuovo di conoscersi e amarsi. La stimolazione dei genitali di lei da parte del partner è un altro delicato passaggio del lavoro terapeutico. L'accesso alla vagina prima con le dita e poi con la penetrazione viene prescritto

solo quando la donna dimostra di desiderarlo. La scelta delle posizioni da indicare varia da coppia a coppia.

Quando finisce la terapia?

Quando è stato raggiunto, secondo il giudizio del terapeuta, il miglior risultato possibile per quella persona, in quel particolare momento della sua vita, in quella particolare coppia. Questo risultato, nella maggior parte dei casi coincide con il superamento del sintomo sessuologico.

A chi si rivolgono le donne?

Nonostante sia stato calcolato che il 30% delle persone soffrano di disfunzionalità sessuali in alcuni momenti della loro vita, sono le donne che si rivolgono più frequentemente a un medico. La ragione va cercata probabilmente nella cultura ginecologica che ormai da decenni è patrimonio femminile. Quindi è il ginecologo che raccoglie la prima confidenza. Anche se non sempre la donna trova il coraggio per raccontare i suoi dubbi o problemi sessuali. E non sempre il medico si predispone ad un'indagine in questo senso. Questa è un'occasione perduta: è fondamentale infatti che proprio dal ginecologo emergano i problemi sessuali, se non altro per poter escludere tutte quelle patologie di origine organica **quali??** che possono interferire con una normale attività sessuale.

Tutto interessante, ma vorrei soffermarmi un po' su alcune delle domande emerse dalle numerose lettere che ha ricevuto. Comincio dalla diciottenne «accusata» dal suo ragazzo di non raggiungere una «buona lubrificazione vaginale».

A 18 anni è molto frequente che l'inesperienza sessuale provochi un leggero stato di tensione emotiva che può interferire con l'eccitazione, diminuendo le secrezioni vaginali. Ogni donna, comunque, risponde in maniera soggettiva agli stimoli sessuali. Non è determinante la lubrificazione ma la certezza di essere a proprio agio.

Lo chiede un ragazzo: «E' vero che il clitoride grosso è indice di maggiore disponibilità sessuale?».

Il clitoride è una piccola protuberanza di tessuto, ricca di terminazioni nervose, che provoca sensazioni di intenso piacere nella maggior parte delle donne. Le sue

dimensioni non influenzano la disponibilità sessuale che è determinata più da fattori psicologici che fisici.

Una signora di 35 anni dice: «Ogni rapporto con mio marito è una “montagna da scalare”: ci metto un sacco di tempo (come dice lui) a “carburare”, perché?».

Il tempo dell'eccitazione è soggettivo e legato molto spesso alle situazioni. L'uomo ha solitamente una risposta più rapida della donna sia nella fase dell'eccitazione che in quella dell'orgasmo. Tra le donne esistono alcune che hanno una soglia più bassa di reazione e altre che hanno necessità di maggiori stimoli. Tutto ciò rientra nella normalità. Per migliorare la situazione può essere utile decidere di «scalare» insieme la montagna, condividendo preliminari graditi ad entrambi.

Una studentessa: «E' vero che l'orgasmo simultaneo è un mito?».

Avere un orgasmo contemporaneo è estremamente difficile e richiede uno sforzo notevole. Eppure molti continuano a pensare che sia l'esperienza sessuale ideale. E sbagliano perché l'impegno verso questo obiettivo può togliere spontaneità e piacere all'atto sessuale. Nulla impedisce di apprezzare l'orgasmo simultaneo quando si verifica casualmente, ma non va vissuto come una corsa ad ostacoli.

Sono molte e di tutte le età le donne che scrivono: «Raggiungo l'orgasmo solo quando mi stimolo da sola e non con il partner. Perché?».

E' una situazione molto frequente che spesso si risolve da sé sbloccando l'ansia di doverci riuscire a tutti i costi per ottenere ottimi risultati. A volte, invece, può essere necessario aiutare il partner a individuare comportamenti più efficaci, per stimolare il coinvolgimento della donna.

Un'altra domanda ricorrente: «E' vero che esistono diversi tipi di orgasmo?».

Ne esiste uno solo, che prende l'avvio dalla zona del clitoride. Esistono, invece, migliaia di orgasmi diversi per ogni individuo: ogni orgasmo ha infatti una sua unica ed irripetibile sfumatura psicologica. L'importante è coglierla.

Una ragazza: «Provo l'orgasmo mentre dormo».

E' frequente anche se le donne ne parlano con pudore per paura di essere considerate troppo calde. In realtà i sogni a contenuto sessuale o simbolicamente sessuali sono presenti sia negli uomini che nelle donne.

C'è anche il contrario dell'anorgasmia. «Sono una venticinquenne, molto invidiata dalle amiche perché provo diversi orgasmi durante un rapporto. Ho paura che sia una cosa negativa».

Anche l'essere pluriorgasmica rientra tra gli obiettivi di una certa cultura proposta negli anni passati. Oggi l'argomento orgasmo viene affrontato più nei termini della qualità che della quantità: non è raro infatti che le donne pluriorgasmiche si lamentino della superficialità della scarica emotiva che toglierebbe molto al piacere espresso in un orgasmo unico. Nessun timore, comunque, a provarne tanti non c'è nulla di male.

Curiosa: «Esiste una posizione che favorisce l'orgasmo?».

Teoricamente no. Qualsiasi posizione che susciti un maggior coinvolgimento e una migliore eccitazione può essere considerata quella giusta. Alcuni studiosi però sostengono che la posizione donna sopra/uomo sotto, sia la più efficace per lei grazie al contatto/sfregamento tra i genitali dei due partner che favorirebbe una migliore risposta.

Preoccupata: «Mi hanno consigliato di ricorrere al vibratore. E' giusto?»

Nelle terapie sessuologiche non è raro prescrivere l'utilizzo del vibratore per favorire nella donna anorgasmica l'esperienza del piacere. A volte diventa difficile abbandonarlo per la paura di ripiombare nell'assenza di reazioni. E' proprio su questa paura che bisogna lavorare riuscendo a convincere la donna che il superamento di un ostacolo non è il raggiungimento dell'obiettivo. Comunque, anche il vibratore può avere una funzione di stimolo, soprattutto in quelle coppie che hanno grosse difficoltà a vivere il piacere.

Una trentenne: «Sono contentissima dei rapporti con il marito. Ma, se non mi tocco durante la penetrazione, non arrivo all'orgasmo».

Questo non è un vero problema. Ma spesso lo diventa per l'insofferenza che causa nel partner che si sente un po' sminuito nella sua capacità amatoria. Potrebbe essere utile fargli comprendere che il toccarsi da parte della donna è un segno di grande intimità raggiunta e non un «brutto voto» al modo in cui vive e comunica l'erotismo.

Molte non sanno dire al partner che «vorrebbero farlo in modo diverso».

Occorre scegliere bene il momento e il luogo. Poi, con dolcezza ma determinazione si spiega che il rapporto è bello, ma potrebbe esserlo molto di più se... L'abilità è riuscire dopo il «se» a esprimere con garbo i propri bisogni.

Una ventiduenne racconta: «Ogni volta che faccio l'amore con il mio ragazzo mi sento quasi male per il dolore».

Bisogna andare subito dal ginecologo per escludere eventuali problemi di infiammazione (candidiosi, vaginite, ecc.) in grado di provocare il dolore. Se non risulta nulla occorre interrogarsi sul modo di fare l'amore. I preliminari sono sufficienti? Lei è abbastanza eccitata e quindi lubrificata quando inizia la penetrazione? Lui si comporta proprio come desidera lei? E infine la ragazza deve chiedersi: sto bene con lui o aspetto altro dalla vita? Rispondendo con sincerità a queste domande, è già fatto il primo passo verso il superamento del problema.

Ricorrente anche questa: «Cos'è la dispareunia?».

Si chiama anche coito doloroso e può affliggere ogni donna per ragioni diversissime. Molto spesso è temporanea e legata a processi infiammatori trascurati, oppure a traumi locali come un parto particolarmente laborioso. A volte può avere un'origine psicologica dovuta ad uno stato di tensione emotiva che impedisce una sufficiente lubrificazione vaginale, ostacolando l'atto della penetrazione.

Un universitario chiede: «Perché alle volte sembra che l'uomo si trovi davanti un muro?».

E' la contrazione dei muscoli intorno all'orifizio vaginale. Si produce una reale impossibilità a entrare in vagina. Questa contrazione del tutto involontaria, può avere origini psicologiche diverse che vanno indagate caso per caso.

Una donna di 43 anni che ha subito l'isterectomia (l'asportazione dell'utero) non riesce più ad avere rapporti col marito. Dice: «E' come se si chiudesse una saracinesca e dietro ci fosse il vuoto».

La reazione di vaginismo sembra proprio causata da quel vuoto che si sente dentro e che non ha ancora accettato. Togliere l'utero e gli annessi non cambia la possibilità di far bene l'amore, semmai vieta la procreazione. Può essere utile chiedersi se e fino a qual punto fosse importante per lei l'idea di essere fertile.

Una ventenne: «Un intervento sull'imene può facilitare i rapporti sessuali».

L'imenectomia ha precise indicazioni cliniche che hanno poco a che fare con il problema dei rapporti sessuali. Fino a qualche anno fa, nei casi di vaginismo l'intervento veniva consigliato per eliminare o ridurre la resistenza opposta dall'imene (che è una membrana solitamente elastica) alla penetrazione. Si è poi constatato come da un punto di vista psicologico questo intervento creasse più problemi di quanti ne risolvesse.

Una signora trentacinquenne: «Durante il rapporto il mio partner parla e a volte dice cose che feriscono. Mi capita di bloccarmi e di non arrivare all'orgasmo».

L'esigenza di parlare durante il rapporto sembra proprio essere più maschile che femminile. Il problema riguarda però il contenuto delle espressioni verbali. Se i termini sono sgradevoli, possono raggelare il coinvolgimento emotivo. E' utile far comprendere al partner che esistono contenuti più accettabili che non ledano la sensibilità.

Divertente ma non troppo: «Soffro molto il solletico. E alle carezze reagisco con salti e risate. Ma alla lunga non riesco a fare bene l'amore».

Certo ed è un problema per due motivi. Primo: toglie la possibilità di vivere piacevolmente la parte dei preliminari, riducendo l'atto alla penetrazione o poco più. Secondo: è un modo per difendersi dalla possibilità di un coinvolgimento più completo nell'intimità. In entrambi i casi, bisognerebbe indagare meglio ponendosi alcune domande; quando mi succede? perché? eccetera.

C'è anche chi non resiste più all'eccessivo desiderio di lui. Una donna le ha scritto: «Vorrei eliminare il sesso dalla mia vita».

Quando si fa indigestione di un certo alimento si tende poi a rifiutarlo per molto tempo, escludendolo dalla propria dieta. Anche con la sessualità può capitare qualcosa di simile. In questo caso, però, non esistono alternative. Bisognerebbe capire, con l'aiuto di uno psicoterapeuta, perché si sono accettati rapporti non desiderati per anni.

Un ricordo traumatizzante: «Ho subito una molestia sessuale quand'ero piccola e ora provo un blocco verso il sesso. Cosa fare?».

E' importante trovare il coraggio di parlarne con qualcuno. Si può scegliere una persona di fiducia: per esempio il medico curante, perché possa indicare uno specialista psicologo o sessuologo, che aiuti a parlarne per elaborare il trauma.

Ansiosa: «Voglio bene al mio partner, ma non provo alcun piacere nei momenti di intimità sessuale, significa che sono frigida?».

Per formulare una diagnosi di frigidità bisogna possedere molte informazioni sulla persona e sulla sua storia. Posso però dire che una donna frigida non soffre per la sua freddezza ma solo per il disagio provato dal suo partner. Viverlo come problema, infatti, è già un buon segnale del possibile superamento della situazione.

Ci racconti alcune storie legate alla sua esperienza di specialista. Per esempio, quella dei «campanelli».

Quando L. entrò nello studio per la prima volta era pallida e tesa. Sedeva rigida con le spalle erette e sembrava pronta ad affrontare più un'esecuzione che un colloquio. Cercai di tranquillizzarla invitandola a raccontarmi il motivo della sua visita e le spiegai che parlare e ascoltare problemi sessuali è la mia professione e quindi non doveva sentirsi imbarazzata. L. mi disse di avere 40 anni, di essere sposata da 9 e di avere un bambino di 5. Di professione impiegata, soddisfatta del proprio lavoro, piuttosto creativo. Il rapporto con il marito costruito negli anni le dava oggi una sensazione di benessere e appagamento.

Ma il bello anzi il brutto viene dopo.

Ecco il neo, il tormento, l'elemento di disturbo di tanta serenità: l'orgasmo. O meglio, l'assenza dell'orgasmo. L. non aveva mai provato il piacere di abbandonarsi a quei pochi attimi di intenso trasporto. La questione non era stata drammatizzata né da lei né da lui ma ora improvvisamente sembrava insopportabile. Dubbi, perplessità, incertezze: mesi di indecisione. E ora, finalmente da me. Sola per poter dire tutto. Pochi incontri bastano a inquadrare una storia normale fatta di disinformazione, di educazione familiare rigida e velatamente sessuofobica: le brave ragazze non fanno né questo né quello; le brave ragazze non si toccano se non per lavarsi; le brave ragazze aspettano con trepidazione la prima volta e quando provano l'orgasmo sentono vibrare tutto e in lontananza un tintinnio di campanelli.

Ah, i campanelli. E poi?

Rapporto dopo rapporto L. si predispone all'attento ascolto dei campanelli che non si decidono a suonare. Illusione e delusione si alternano per anni, fino a quando il dubbio non si fa certezza: per me non suoneranno mai. Panico. Il marito, ormai abituato a non ottenere grandi risultati nonostante l'impegno, s'accorge che L. sta male e l'aiuta come può. Rinnova l'impegno, usa tutte le arti che conosce, la coccola, la provoca, non la cerca per settimane. Nulla. il problema non è lì. L. sta bene con il marito e la loro relazione è solida. Il problema è nel passato: nessuno le aveva fatto capire quando era bambina che il corpo va scoperto perché è ricco di potenzialità, è fonte di piacere. Nessuno l'aveva silenziosamente o esplicitamente autorizzata a scoprirsi, conoscersi, volersi bene. E l'accesso al piacere era rimasto confuso, oscuro, velato di paura. Ma anche fantasticato, per ovvia reazione, come immensamente travolgente, pericolosamente rischioso perché toglie il controllo di sé, la lucidità. Enfatizzato, deformato nel significato, l'orgasmo diventa una «piccola morte» più da temere che da ricercare.

Insomma un terribile intrico. Come si è sciolto?

Delicatamente si affrontano e si sciolgono i nodi che tengono imprigionata L. Il marito collabora positivamente aiutandola a superare, fase dopo fase, i momenti difficili. Finalmente L. ci riesce, da sola, una sera. Non è sicura che sia proprio quello l'orgasmo, ma è sicuramente una sensazione nuova, mai provata. Spiega, racconta, aspetta conferme. Teme che sia successo per caso e che sicuramente non succederà più. E invece no, succede ancora e L. capisce che ce l'ha fatta. Non è più un'anorgasmica, è una donna come le altre. Ora vuole regalare a lui l'orgasmo più bello, e nulla le può più impedire di farlo.

Una storia esemplare che può essere d'aiuto a tante donne che soffrono per questo problema. Ne racconti un'altra: quella della donna super elegante.

M. sembrava uscita da una rivista di moda. Avvolta in un tailleur marrone, alta, bruna e affascinante sedeva sulla sedia e con aria professionale cercava di spiegare come fosse grande, enorme il suo disinteresse per il sesso. A 35 anni non poteva più rinviare il matrimonio programmato da sei anni e sempre procrastinato per il lavoro e la carriera. In quegli anni di fidanzamento non era stato difficile trovare scuse per ridurre al minimo i momenti di intimità: c'erano sempre una riunione o un mal di testa pronti all'uso, e lui non sembrava prendersela troppo. Ora con il matrimonio le cose sarebbero precipitate e quindi era indispensabile risolvere il problema.

Un affare da sbrigare come tanti, magari un po' noioso?

Esatto, non sembrava che parlasse di un problema che creava disagio. In realtà il disagio non c'era proprio; sembrava più fastidio. Sul bel viso non passavano emozioni ma solo un'ombra di disappunto. Apparve subito chiaro che togliere quella maschera, superare quelle difese così profonde non sarebbe stato lavoro da poco, anche perché la motivazione a guarire era tenue e sottile come un filo. Non fu facile convincere M. della necessità di coinvolgere il partner nella terapia ma alla fine ne comprese l'importanza. Nei colloqui con la coppia emerse chiaramente la solidità della relazione e il partner si mostrò molto partecipe e contento di poter superare questo ostacolo che per anni gli aveva provocato una profonda sofferenza mascherata da un apparente disinteresse. Sempre più nettamente si delineò la fragilità di M. e il terrore profondo che le provocava l'essere parte di una coppia, sentirsi legata ad un'altra persona.

Cosa c'era nel passato di M.?

La sua storia familiare mostrava il conflitto non risolto con la figura di un padre che la gratificava solo per i successi ottenuti nello studio e nella professione. Completamente inesistente era stato l'apprezzamento della prorompente femminilità di M. quasi che il suo corpo di donna fosse più un ostacolo che una fonte di soddisfazione. M. era quindi cresciuta nella convinzione di dover essere sempre la prima della classe e di dover negare la propria femminilità, altrimenti il padre l'avrebbe rifiutata. La madre non aveva saputo aiutarla a integrare dentro di sé la possibilità di far coesistere quelle due parti: brava studentessa e donna affascinante, femminile.

Quindi è cominciata la terapia?

Sì. Nelle sedute individuali con M. si fecero emergere questi profondi conflitti non risolti e lentamente la donna accettò l'idea di avere un corpo che poteva darle piacere. Il partner con pazienza l'aiutò a scoprire le infinite possibilità del gioco erotico che venivano di volta in volta prescritte. Recuperando questa sensibilità, M. si rese conto che qualcosa di fondamentale stava accadendo: riconosceva la sua paura di affrontare la relazione stabile di coppia e si sentiva in grado di superarla. Non aveva più bisogno di impegnare tante energie per convincersi di essere una donna forte priva di bisogni affettivi e sessuali e accettava le sue fragilità imparando a controllarle. Sul viso di M. cominciarono a comparire le emozioni: gli occhi brillavano, le guance arrossivano di gioia... Sembrava che

finalmente M. avesse deciso di liberarsi dalla sua «maschera». Il partner si trovò accanto una donna diversa e fu necessario qualche incontro individuale per aiutarlo a superare questo turbamento. Entrambi avevano scoperto lati del carattere dell'altro che non sospettavano e ne erano felici.

3. STIMOLARE L'AMORE: UN'ILLUSIONE (O QUASI) DI TUTTI I TEMPI

Le lettere

Da quando mia moglie assume un antidepressivo della nuova generazione dimostra una maggiore disponibilità ai rapporti amorosi. Ciò è un fatto casuale o una conseguenza di quel farmaco? Forse funziona da afrodisiaco?

Alberto, Trapani

Professore, cosa sono gli afrodisiaci?

Devono il loro nome ad Afrodite, la dea greca dell'amore che i latini chiamavano Venere, e sono sostanze dotate della capacità, vera o presunta, di suscitare lo stimolo erotico, di incrementare l'attività sessuale e, in particolare nel maschio, di produrre l'erezione. Si tratta di erbe, cibi, bevande che la tradizione ritiene capaci di riaccendere la sessualità. Giacomo Casanova, il seduttore, si nutriva di ostriche prima di un incontro erotico. Sedano, fiori freschi di mandragola, peperoncino rosso, gamberi, tartufi sono sempre stati considerati i principali ingredienti dei filtri d'amore. Il corno del rinocernte (costo: 3 kg, 12 milioni!), ridotto a finissima polvere, è sempre stato considerato un potente afrodisiaco, non solo in Cina.

Andiamo subito al dunque: alcune sostanze funzionano ?

Dal punto di vista farmacologico, non esistono sostanze dotate di una specifica attività afrodisiaca, e tra quelle che ne hanno qualcuna, nessuna è priva di effetti collaterali. Comunque, l'unico estratto vegetale che sembra avere un «serio» e notevole effetto afrodisiaco è la yohimbina, alcaloide che provoca la vasodilatazione di tutta l'area lombo-sacrale, genitali compresi. Può essere introdotta per via orale o distribuita su tutta la pelle in forma di gel. Tra le controindicazioni, quella di poter determinare uno stato di erezione permanente, il cosiddetto priapismo, doloroso e pericoloso. Altre sostanze agiscono semplicemente come stimolanti nervosi perché attivano i neuromediatrici del piacere, come l'alcool etilico, la noce vomica e i suoi derivati (stricnina), tutti di grande pericolosità, e droghe, vietate dalla legge, come: LSD, mescalina, canapa indiana.

E il cibo influenza l'amore?

Sì, certo. C'è una dieta «erotica» ed è quella che stimola l'acetilcolina e la dopamina, i messaggeri chimici del piacere, e contrasta l'azione dei mediatori ostili, come la serotonina. Tra le sostanze che attivano il piacere, ci sono gli zuccheri, i grassi, le proteine della carne e dei cereali, la tiroxina che si trova nelle pesche, nell'ananas, nelle alghe, le vitamine (soprattutto la C contenuta negli agrumi e nei frutti).

Alcuni «preparati», chiamiamoli così, sembrano davvero incredibili.

In Tailandia, Corea, Indonesia e Cina i depressi dell'amore si tirano su con testicoli di orso e di uccelli rapaci. Le polveri disidratate delle varie parti anatomiche vengono mescolate a eccipienti e prendono la forma di creme da spalmare. Altri cercano il rimedio con pillole di corna di cervo. Secondo quanto hanno scoperto scienziati sovietici, contengono un discreto cocktail di ormoni sessuali e sostanze nutritive di varia natura, per cui potrebbe essere giustificato il loro impiego come prodotti per combattere il sesso in declino. In linea di massima, però, queste sostanze non contengono elementi in grado di avere un reale effetto sulla sfera sessuale.

Allora hanno soprattutto un effetto placebo?

Sì, perché inducono risposte positive, senza contenere particolari principi farmacologici. Ma hanno anche un altro valore di tipo simbolico. Assumendole sembra di potersi appropriare della «forza vitale» dell'animale da cui sono estratte.

Come orientarsi in questo affascinante universo?

E' un campo troppo delicato per poter rispondere correttamente, in poche righe, a questa domanda. Le reazioni variano da soggetto a soggetto e, come ho già detto, l'aspetto psicologico ha una grande importanza. Comunque, si può certamente dire che solo pochi elementi possono intensificare l'impulso sessuale senza alterare lo stato di coscienza o il comportamento. Sono gli ormoni del desiderio che noi stessi liberiamo attraverso l'azione del cervello (ossitocina, luliberina, dopamina ecc.). Ma non è per niente semplice riprodurli in laboratorio e farli diventare una pillola, da assumere quando occorre. C'è poi il testosterone (ormone maschile) che, tuttavia, è utile somministrare solo se è presente nell'organismo in bassa quantità e non serve a nulla se i problemi sessuali sono determinati da motivi psicologici o da malattie.

Mi pare, quindi, che il suo parere è di non farsi troppe illusioni.

Sì e no. In realtà sono svariati gli escamotage cui ricorrere per potenziare la sessualità. Fra questi metterei gli abiti, gli odori. La moda ha sempre evidenziato, enfatizzandoli, i caratteri sessuali secondari: vita stretta per le donne, spalle larghe per l'uomo. Le uniformi militari hanno tutte le spalline per sottolineare la forza. Anche il colore gioca un ruolo chiave. Il giallo è sempre stato considerato ebergetico, sensuale. Le meretrici romane si tingevano i capelli di biondo; nel Medioevo le prostitute usavano abiti gialli. Il piercing, oggi tanto di moda, è anch'esso un richiamo erotico: non a caso le perforazioni con spille e aghi vengono effettuate in particolari zone erogene: l'ombelico, il lobo dell'orecchio, la lingua.

E l'olfatto che ruolo ha?

Che gli odori influenzino emozioni e comportamenti, gli scienziati lo hanno dimostrato senz'ombra di dubbio. Due psicologi, Booth e Kirk-Smith, nel 1980, hanno spruzzato di androsterone (presente nel sudore ascellare maschile) alcune sedie di una sala attesa di un dentista. Risultato: quelle sedie sono state meno ambite dai maschi e più ricercate dalle donne. I fisiologi hanno scoperto che certe fragranze influiscono sul cervello come stimolanti sessuali: rosa, gelsomino, ginepro, sandalo, maggiorana sono le più indiziate. Il modo in cui gli odori agiscono sul cervello, però, non è ancora ben conosciuta. Di certo, l'olfatto, attraverso il naso, ha rapporti stretti con il sistema nervoso vegetativo e con il cosiddetto sistema limbico, la parte più antica del cervello, che regola le nostre emozioni. Si sa, per esempio, che Napoleone chiedeva a Giuseppina di non lavarsi, prima degli incontri erotici. Einstein amava l'odore di donna e aveva una certa avversione per l'igiene femminile. recenti ricerche hanno dimostrato che le secrezioni vaginali contengono una sostanza del tutto simile alla copulina, l'acido grasso che nel mondo delle scimmie funziona da potente afrodisiaco.

Una curiosità: ho sentito che c'è un muschio che attira le donne.

La moschea di Tauris (oggi Tabriz), fu costruita con calcina contenente muschio. Ancora oggi, quando i muri sono scaldati dal sole, si libera dalle pareti un forte odore, che ha fama di inebriare d'amore e di passione le coppie che vi si avvicinano. E' stato provato che le donne percepiscono bassissime concentrazioni di sostanze che evocano l'odore del muschio animale. L'essenza (che non va confusa con quella del muschio vegetale) viene estratta dalle ghiandole genitali di un cervo, diffuso nell'Asia centrale e nord orientale, tra i 2500 e i 3000 metri. Il

liquido odoroso costa 70 mila dollari al chilo e ogni maschio ne può produrre circa 30 grammi. Ogni anno ne vengono immessi sul mercato 300 chili.

Le erbe hanno fama di stimolanti sessuali. Quali sono quelle di cui la scienza ha accertato qualche effetto?

Da migliaia d'anni i curanderos dell'altipiano andino e gli sciamani africani adoperano pozioni vegetali a base di menta, origano, rosmarino, santoreggia, salvia per risvegliare la passione. I cinesi usano il ginseng, considerato un tonico delle energie sessuali, e le farmacie di Pechino, Hong Kong e Taiwan lo tengono accanto ai cavallucci marini, alla lingua di pavone, al corno di rinoceronte e alle pinne di pescecane. Ma gli estimatori del ginseng non sono solo in Oriente. Nei sex shop europei e americani, va a ruba. I potentati arabi, nel 1990, ne hanno consumato quantità corrispondenti a una fortuna: mezzo milione di dollari! Sull'enigmatico elisir c'è una sconfinata letteratura scientifica. Con opinioni contraddittorie. Di sicuro, il ginseng è un anti-stress innocuo e efficace. Poiché conosciamo il rapporto negativo fra tensione nervosa e rendimento sessuale, oggi si ipotizza che l'effetto afrodisiaco della mitica radice è racchiuso nella sua capacità di restituire serenità e uno stato di relax fisico e mentale.

*Centro e Sud America sono considerati grandi produttori di piante afrodisiache. Damiana e Muira Puama, due altre erbe, rispettivamente del Brasile e del Messico, dividono con la piazza d'onore tra i vegetali alleati del sesso. Il nome botanico della prima, *Tumera aphrodisiacal*, la dice lunga sulla stima che questa erba brasiliana gode. Adesso, anche la scienza ha accordato loro una cauta apertura di credito: agirebbero, nel maschio, stimolando i centri nervosi dell'erezione e dell'eiaculazione, custoditi nelle vertebre sacrali della colonna.*

Una novità arriva da Cuba.

E' il PPG, sigla di «parado para ganar», che tradotto significa: eretto per vincere. Ma nonostante il colorito nome è un farmaco, ricavato dalla canna da zucchero, venduto all'Avana contro l'arterosclerosi. Usato in realtà come afrodisiaco, ha provocato un intenso flusso di turismo nell'isola caraibica di uomini, anche di una certa età, alla ricerca della virilità perduta. Adesso non occorre viaggiare perché il PPG è invendita anche in Italia come integratore alimentare. Cioè si può comprare senza ricetta. Ma sulla sua effettiva validità non c'è ancora nessuna dimostrazione scientifica.

Molti ricorrono all'alcool. Che ne pensa?

Quasi da sempre le bevande alcoliche sono considerate come atte a favorire l'attività sessuale (*sine Baccho et Cerer friget Venus*, senza vino e senza cibo l'attività sessuale si raffredda, dice un proverbio latino). Ma non è il caso di farsi illusioni. L'alcool può avere un'azione afrodisiaca in senso lato, grazie al suo effetto stimolante ed euforizzante, oltre alla capacità di allentare i freni inibitori. E' però assai facile superare la quantità di alcool utile a questo, raggiungendo un risultato contrario: l'assenza di erezione. E' noto che l'ingestione di dosi anche modeste di alcool provoca uno stato di depressione (ciò che popolarmente, si definisce «avere il vino triste»), o causa sensazioni fisicamente sgradevoli (vertigini, mal di testa, ecc.), sfavorevoli all'intesa erotica. Dal punto di vista farmacologico l'alcool è un depressivo generale del cervello, che agisce provocando una cascata di effetti. Incomincia col diminuire l'attività dei centri cerebrali che governano la paura e pertanto riduce l'ansia e provoca «disinibizione». Poi, soprattutto se assunto ad alte dosi, deprime l'attività della corteccia cerebrale e danneggia le funzioni conoscitive. In dosi ancora maggiori causa perdita della coscienza e uno stato di paralisi, simile a quello provocata da sedativi, ipnotici e anestetici.

E allora, quant'è dannoso al sesso l'alcolismo cronico?

Molto. Come anche l'ingerimento abitudinario di alcolici in alte dosi, danneggia sensibilmente la reazione sessuale in ambedue i sessi, ma in modo specifico nei maschi. Presumibilmente ciò è una conseguenza di un danno neurologico e degli effetti debilitanti generici dell'alcoolismo. Ecco perché è importante accertare eventuali abitudini all'alcool in pazienti affetti da disfunzioni sessuali al momento di fare la diagnosi. Spesso l'uomo che manifesta difficoltà erettive è lo stesso che beve tre martini a pranzo, uno scotch con gli amici e altri tre bicchieri a cena.

Barbiturici e altri farmaci ipnotici servono a qualcosa?

Hanno effetti comportamentali e sessuali simili a quelli dell'alcool. Depressori del sistema nervoso centrale, a piccole dosi possono liberare temporaneamente il comportamento sessuale dalle inibizioni, in quantità maggiori possono diminuire i riflessi che portano all'eccitazione.

Professore, ci chiarisca gli effetti specifici delle varie droghe sull'attività sessuale.

In farmacologia si definisce droga ogni prodotto naturale contenente uno o più principi biologicamente attivi. Ma, nel campo di nostro interesse, riguarda qualsiasi sostanza vegetale o chimica ad azione eccitante, stupefacente o allucinogena (per es. hashish, eroina, LSD, ecc.), capace di intervenire sull'equilibrio psicofisico di chi l'assume, con effetti più o meno temporanei e dannosi. Viene classificata come droga una sostanza che induce dipendenza (non se ne può più fare a meno), assuefazione (perdita di efficacia se non a dosi sempre superiori) e sindrome di astinenza (ricerca a ogni costo del farmaco, con allucinazioni motorie e convulsioni). Sono spesso impiegati come afrodisiaci gli allucinogeni, specificamente l'LSD. I dati sui loro effetti sessuali non sono chiari. Ma allo stato attuale degli studi si è rilevato che possono influenzare la sessualità nel quadro generale della loro azione sul sistema nervoso centrale. L'LSD provoca alterazioni assai drammatiche sullo stato di coscienza e di percezione. Si ritiene che abbia effetti dirompenti sui mediatori che comunicano con il laboratorio cerebrale delle emozioni, il sistema limbico. Chi se ne serve, anche se generalmente mantiene il senso d'orientamento e la memoria, sperimenta un allentamento dei processi conoscitivi ed inibitori, con il risultato di una tempesta di vivide immagini e pensieri. Il rapporto sessuale in questo stato di intossicazione non è generalmente sperimentato come intensamente erotico, ma è quasi sempre riferito come «diverso» dall'esperienza normale.

Passiamo all'anfetamina.

E' uno stimolante del cervello sui cui effetti sessuali ci sono opinioni discordi. Alcune persone riferiscono che in forti dosi intensifica l'interesse per il sesso, le prestazioni, la fiducia in sé e l'abbandono. Altri sono di parere opposto. Un dato è allarmante: alcuni soggetti assuefatti sostengono di non poter svolgere funzioni sessuali, senza l'impiego della medesima. Ci sono però studi che mostrano una diminuzione nell'interesse e nella capacità sessuali in soggetti che fanno uso cronico di anfetamina. Una persona dedita all'anfetamina o gravemente intossicata è solitamente molto disturbata e non interessata al sesso.

La cocaina è probabilmente la droga cui si attribuisce maggiore efficacia.

Anche coloro che fanno uso di cocaina sostengono che il sesso è insolitamente piacevole ed eccitante quando si trovano sotto la influenza di tale sostanza. E' vero, però, che gli individui gravemente assuefatti tendono a preoccuparsi molto di più del soddisfacimento del desiderio di droga che del piacere sessuale. I dati raccolti sulla classe di stupefacenti cui appartengono l'anfetamina e la cocaina

sembrano rilevare che, a certi livelli, queste sostanze possono avere un effetto accrescente l'interesse erotico e la prestazione. Tuttavia, in dosi più alte, l'interesse per la sessualità decade con l'aumento della dipendenza dalla sostanza.

Si dice che gli incidenti stradali che capitano il sabato sera ai ragazzi sono determinati dall'assunzione di droghe e di alcool: lei è d'accordo?

Non sempre è così. Almeno nel 40% dei casi i conducenti di veicoli coinvolti in incidenti non erano né ubriachi né sotto l'effetto di farmaci. Anche il frastuono continuato di musica a 95 e più decibel e il movimento ripetuto di alcuni balli nonché la stanchezza finale possano essere cause di alterazione dello stato funzionale ottimale del nostro cervello, definito arousal. Un'attivazione eccessiva è per l'organismo altrettanto nociva degli stimoli insufficienti. L'eccesso di desiderio paralizza l'amante e in guerra solo il 20% dei soldati spara le pallottole disponibili nel fucile in occasione di un attacco. Lo psicologo P. Hebb ha definito scientificamente la relazione fra risposta dell'organismo e livello di eccitazione. La risposta migliora sino ad un certo livello, oltre decresce con manifestazioni di disagio, turbe emotive, sino a disorganizzazione mentale. Vi sono condizioni estreme: la deprivazione sensoriale (eremiti e estasi religiosa) e il fragore (musica ad alto volume appunto e movimenti ripetuti) in cui il filtro del sistema nervoso compie sempre più errori e i comportamenti automatici saltano, la condotta diviene sempre più sbagliata e sconnessa (per esempio andare contromano in auto).

Cosa risponde a quel giovane che in una lettera le racconta che in discoteca gli hanno proposto fiale, bevande, pillole della felicità?

Sconsiglio risolutamente di assumere qualsiasi sostanza distribuita dagli «amici» nelle discoteche, nei bar. In commercio esistono oltre 140 sostanze, naturali o di sintesi, che si pensa siano in grado di migliorare la memoria e aumentare l'intelligenza. Ma non sono tutte uguali: si va dai farmaci veri e propri a un cocktail di pseudo integratori alimentari, per finire con un vasto campionario di erbe e i cosiddetti «smart drinks». C'è tutto un mercato di «droghe intelligenti» che dovrebbero migliorare le capacità intellettuali, minimizzando i processi naturali di invecchiamento. Il fatturato totale di questo colossale business ammonta al miliardo di dollari l'anno. Si consumano nei techno-bar o agli incontri rave, dove è accettata l'idea del cervello-macchina, «predicata» dalla cybercultura. Ma nessuno finora ne ha dimostrato l'innocuità.

Rimangono ancora da esaminare due sostanze ad azione locale.

Sono cantaride e amile-nitrito, che promettono di intensificare la reattività dei genitali. La mosca spagnola o cantaride ha un effetto afrodisiaco. Ma è una sostanza tossica ad azione periferica che irrita la vescica e l'uretra e perciò può provocare nell'uomo una sensazione di eccitamento pseudo-sessuale e di priapismo. Questo effetto è dovuto all'irritazione del tratto genito-urinario e non a un incremento del desiderio sessuale. Quindi la sostanza è tutt'altro che raccomandabile, come afrodisiaco, perché è molto pericolosa. Recentemente ha acquistato popolarità l'amile-nitrito. Coloro che se ne servono sostengono che tale sostanza intensifica il piacere dell'orgasmo. E' un vasodilatatore che talvolta viene prescritto per alleviare il dolore delle vittime dell'angina pectoris. Teoricamente questa droga, che entra in gioco nel momento del culmine dell'eccitamento sessuale, potrebbe incrementare la reazione vascolare degli organi genitali. Anche qui, però, vi sono seri dubbi nell'uso di questa sostanza. Non solo non ci sono validi dati scientifici che confermino i suoi presunti effetti afrodisiaci, ma l'uso di questo farmaco è pericoloso dal punto di vista medico. Si riferisce il verificarsi di occlusioni coronariche, alcune delle quali con la morte del paziente, a seguito dell'uso di amile-nitrito durante il rapporto sessuale.

Di male in peggio, insomma. Però l'America non ha promesso la «pillola della felicità»?

«E' arrivata la pillola della felicità»: quante volte i giornali hanno titolato così negli ultimi anni. Sono secoli, se non millenni, che l'uomo la cerca. Oggi è stata scoperta? Non ancora, in verità, ma la strada della neurochimica è aperta. In un tempo antico veniva ricercata sotto le forme di una specie di pozione o di elisir o persino di pietra (filosofale) ed ecco, alla fine degli anni '90, giungere l'attesa notizia di un preparato in pillola. Oltre Atlantico la notizia della scoperta ha suscitato grande rumore. Fluoxetina è il nome farmacologico di uno psicofarmaco che ha inaugurato una nuova generazione di antidepressivi. Infatti, questa pillola è fondamentalmente un antidepressivo e agisce modulando la secrezione di serotonina, il neurotrasmettitore cerebrale che più è indiziato per la depressione. Come abbiamo detto, tanto più un soggetto è fiducioso in se stesso tanto è meglio anche per l'attività sessuale. Dunque il passo è stato breve. L'indicazione in qualche caso di astenia sessuale ha dato gli effetti sperati. Ma prima dei termini scientifici ci è arrivato il soprannome *bye blues* (addio malinconia). I giornali hanno scritto che in America era uscito un «farmaco-miracolo» che tutti ormai prendevano, quasi una nuova cocaina di gran moda, per tirarsi su e viaggiare al

massimo nella vita. Poi, classico contraltare del successo, sono arrivate accuse gravissime: il farmaco induce al suicidio oppure comportamenti di aggressione criminale. Sono piovute le denunce contro la casa farmaceutica produttrice. Da tutte le 78 cause già discusse nei tribunali Usa il farmaco è uscito assolto. Altre 160 denunce sono tuttora pendenti. La Food and Drug Administration, la severa commissione statale che concede il nulla osta per cibi e farmaci, ha nel frattempo riconfermato per tre volte la validità della fluoxetina.

Si dice anche che il miglior afrodisiaco sia proprio il sesso.

Persone con una libido forte si stancano meno di quelle con una libido debole. Nonostante il rapporto sessuale provochi una perdita di energia, nello stesso tempo rigenera l'intero metabolismo. La frequenza e l'intensità dei rapporti sessuali nella persona sana sono dunque inversamente proporzionali all'affaticamento. L'amore corrisposto da parte di un soggetto ammirato e rispettato conferisce al corpo una straordinaria vitalità. La persona che ama ed è riamata ha bisogno di meno sonno e riposo e può sostenere un carico di lavoro maggiore della media.

4. DEFICIT ERETTIVO.

Le lettere

Siamo una coppia sposata da 15 anni, ci amiamo tanto ma non siamo mai riusciti ad avere un rapporto completo perché mio marito al momento della penetrazione perde l'erezione. Ha fatto molte analisi e ci dicono che non ha nessun problema fisico. Quali le soluzioni?

Vincenza, Foggia

Ho 20 anni e il mio problema è l'impotenza. Ho tanti contatti d'amicizia con le ragazze ma mi blocco quando capisco che può nascere una storia d'amore. Ho paura di non farcela a soddisfare una donna e quindi di avere solo delusioni e vergogne. So che esistono le iniezioni di prostaglandina. Mi possono aiutare?

Giovanni, Cesena

Insieme con la sterilità, l'impotenza sembra costituire il maggiore problema di questi anni.

Negli Usa 10 milioni di uomini hanno disturbi erettivi, il 10% della popolazione adulta. Oltre i 60 anni il problema è valutato nell'ordine del 25-30%. Nel mondo la popolazione maschile fra i 20 e 60 anni soffre di disturbi erettivi in circa il 20% dei casi e i maschi adulti affetti da disturbi eiaculatori sono almeno il 30%. Occorre precisare, poi, che l'impotenza erettiva è un sintomo, non una malattia. Può essere definita come l'incapacità di raggiungere o mantenere l'erezione per il coito.

Quali sono le cause dell'impotenza?

Esistono due tipi d'impotenza: la psicologica o emozionale e l'organica. Negli anni '70 si riteneva che il 90% dei casi fosse causato da problemi psicologici. Ma, con i progressi fatti nelle diagnosi, oggi sappiamo che nella metà dei casi l'impotenza è causata da problemi organici come alterazioni ormonali, uso di droghe, conseguenze di un incidente.

Psicologica? Cosa succede al maschio?

Occasionale o costante, questo tipo d'impotenza deriva dalla paura di non farcela, di non riuscire ad avere un rapporto sessuale. Può anche essere conseguenza di depressione, sensi di colpa o vergogna, paura di gravidanza, stress, preoccupazioni, problemi coniugali, ansia. Ci sono alcuni sintomi caratteristici

dell'impotenza psicologica quali un'erezione normale durante i preliminari con perdita del volume al momento del coito; un'erezione normale con alcune partner e non con altre; la presenza di erezioni esclusivamente notturne e/o mattutine o erezioni normali solo con la masturbazione. Può comparire all'improvviso nei soggetti giovani ed è transitoria, legata ad un evento scatenante: per esempio, essere stati abbandonati da lui o da lei.

Insomma, c'è una vasta scelta. E fra le cause organiche?

La più frequente è l'arteriosclerosi, molto comune nei pazienti anziani, ipertesi o diabetici. Le pareti delle arterie diventano spesse e dure, di conseguenza il flusso di sangue al pene diminuisce non permettendo l'erezione. Anche un'insufficienza venosa può determinare l'impotenza. Un aumentato deflusso di sangue dal sistema vascolare locale provoca un'erezione fugace e di breve durata. Altre anomalie artero-venose sono più rare. I fattori vascolari incidono per un 30% sulle impotenze organiche.

Quali altri disturbi possono portare all'impotenza?

Il diabete, provocando un danno ai nervi e/o ai vasi sanguigni, può causare un afflusso di sangue inadeguato ai corpi cavernosi. Malattie ereditarie o acquisite che interessano i nervi periferici o il midollo spinale (per esempio la sclerosi multipla, i tumori del midollo spinale, gli interventi chirurgici demolitivi e la radioterapia) possono danneggiare le strutture nervose deputate al meccanismo dell'erezione. Anche lesioni alla colonna vertebrale, alle pelvi, ai genitali possono causare problemi. Le cause endocrine rappresentano il 6% di tutti i casi d'impotenza organica. Sono disfunzioni delle ghiandole che producono ormoni e che agiscono attraverso una riduzione del testosterone (ormone maschile, chiave d'accensione del desiderio). Il sospetto di un'anomalia endocrina sorge in presenza di un notevole calo del desiderio, di sterilità o di un mancato sviluppo dei caratteri maschili. Infine, altre malattie quali la cirrosi epatica, i tumori, l'insufficienza renale, alterando il metabolismo, possono essere altrettante cause d'impotenza.

E, talvolta, ci si mettono anche i farmaci, vero?

Sì, con diversi meccanismi. Le medicine per la cura della pressione alta (ipertensione) possono, per esempio, interferire con i segnali che il sistema nervoso invia al pene. A queste vanno aggiunti i farmaci a base di ormoni femminili o quelli per l'ulcera gastro-duodenale. Inoltre l'alcool, i barbiturici, i

sedativi, gli stupefacenti in genere, possono causare impotenza sempre per lo stesso meccanismo. Anche se alcune terapie possono avere come effetto secondario l'impotenza, è pericoloso interromperle senza prima avere consultato il medico di fiducia: il loro ruolo può essere più importante del sesso.

Anche il fumo può essere un nemico?

La nicotina può causare disturbi erettivi. Klaus Peter Jonemann, urologo dell'università di Mannheim (Germania), ha dimostrato che fumare anche due sigarette può impedire l'erezione provocata da un'iniezione di papaverina (si utilizzava in modo specifico contro l'impotenza). La ragione? Le pareti delle arterie del pene si contraggono e il flusso di sangue si riduce. Come forma di prevenzione anche nei confronti di questi disturbi, si dovrebbe abbandonare per sempre la sigaretta.

E' vero che l'infertilità maschile porta a disturbi erettivi?

Sì, quando lui si trova a dover programmare sistematicamente il rapporto in funzione dell'ovulazione di lei. E' frequente, dopo un lungo periodo di rapporti finalizzati solo al concepimento, sentirsi strumentalizzati. La reazione? Calo della libido, deficit erettivo, insomma rifiuto della sessualità.

Come si formula la diagnosi?

L'impotenza è un problema che genera paura e ansietà e la prima consultazione ha un'importanza fondamentale nel determinare un rapporto di fiducia tra medico e paziente. Quest'ultimo dev'essere indagato non solo dal punto di vista fisico ma anche sociale e psicologico: è importante sapere che lavoro fa, se è soddisfatto della sua vita affettiva, dell'attività che svolge. Dati necessari per orientare la terapia sul fronte farmacologico o più strettamente psicologico. L'anamnesi può evidenziare la causa del problema erettivo. E' importante ricordare che l'impotenza deve essere considerata un sintomo ed è, quindi, prioritario escludere la possibilità di altre patologie. Va richiesta una precisa descrizione del problema sessuale e se questo sia accompagnato da calo del desiderio, disfunzioni eiaculatorie o difficoltà a raggiungere l'orgasmo. Occorre verificare se ci sono erezioni notturne e mattutine, puntualizzarne la frequenza, rilevare se erezione, eiaculazione e orgasmo avvengono durante la masturbazione. Oppure con partner nuove od occasionali o ancora durante la notte o al risveglio.

Sono utili gli esami?

Sì. Suggestisco di valutare il dosaggio della glicemia, dei grassi nel sangue e della funzionalità epatica e renale. Da un punto di vista ormonale, il monitoraggio di alcuni ormoni (esempio: testosterone). Ulteriori indagini endocrinologiche possono essere indicate in casi particolari (es. patologie della tiroide).

Un nome misterioso: potenziali evocati. Cosa sono?

La cute del pene viene stimolata elettricamente e vengono eseguite registrazioni tramite un elettrodo ad ago che viene inserito nei muscoli posizionati sotto il bacino, a lato del pene. Si misura poi il tempo che intercorre tra la stimolazione e la prima risposta a livello muscolare. La normalità viene valutata in circa 40 msec. Il riflesso che determina l'erezione può anche essere studiato attraverso la misurazione della velocità di conduzione del nervo dorsale del pene.

Ha parlato di erezioni notturne. Serve «studiarle»?

Alcuni hanno sostenuto la necessità di monitorare le erezioni notturne durante il sonno per tre notti consecutive, tramite rilevatori ad anello posti alla base ed alla punta del pene. Quando il pene va in erezione, il rilevatore ne misura volume e rigidità. Si tratta di erezioni che compaiono durante certe fasi del sonno (chiamate REM) e indipendenti da una stimolazione genitale. Durata, frequenza e intensità delle erezioni notturne variano con l'età. In un adolescente di 15 anni si verificheranno in media 4 episodi di circa 30 minuti per notte; in un individuo di 70 anni le erezioni saranno solamente 2 e di durata più breve. Questa tecnica non è da ritenersi assolutamente esatta e sono stati riscontrati numerosi falsi positivi; inoltre, è stato ipotizzato che le vie nervose che determinano l'erezione durante il sonno REM non siano le stesse coinvolte nel processo erettivo durante un rapporto sessuale.

Come si controlla la circolazione sanguigna nel pene?

Numerosi test sono stati sviluppati in passato per studiarla, ma i risultati ottenuti erano poco soddisfacenti, dato che la maggior parte di queste prove veniva fatta col pene a riposo. Iniezioni di farmaci vasodilatatori nel pene ci hanno permesso di studiare l'organo in erezione rivoluzionando l'approccio al paziente impotente. Ora la maggior parte dei medici concorda sul fatto che, se dopo queste iniezioni di 20 mg. di papaverina (farmaco oggi superato) o 10 microgrammi di PGE1 (prostaglandine), un paziente raggiunge in meno di 10 minuti un'erezione che perduri per più di 30 min., sia possibile escludere un danno arterioso. In presenza di una insufficienza arteriosa il tempo per l'erezione potrà essere maggiore di 20

minuti. Con l'ecocolordoppler vengono valutati tutti i parametri necessari per una diagnosi. Quando si deve identificare un restringimento arterioso o un deficit venoso durante l'erezione è necessario affidarsi a metodiche più invasive: la cavernosometria e la cavernosografia dinamica e l'arteriografia pelvica con l'arteriografia selettiva dinamica delle arterie peniene. **Un'immagine per renderle tutte?**

Passiamo alla terapia: la gente si aspetta la fine di tanti e dolorosi problemi.

Andiamoci piano, anche se le speranze sono molte. L'orientamento della ricerca va verso farmaci dotati della capacità di riprodurre il meccanismo che conduce all'erezione. L'esperienza ha dimostrato che l'approccio andrologico e sessuologico in un lavoro d'équipe, è il più corretto anche nei casi a prevalente diagnosi organica. E' importante che il medico discuta, non solo con il paziente, ma con la coppia, le conclusioni diagnostiche e le possibili scelte terapeutiche. L'aiuto e la comprensione della partner sono altrettanto importanti. Le terapie possono essere distinte in tre categorie: mediche, chirurgiche, psicosessuologiche.

Da dove si comincia?

Prima «regola»: suggerire di astenersi dalla penetrazione per alcune settimane al fine soprattutto di interrompere il perpetuarsi dell'ansia. Seconda: chiedere alla partner un atteggiamento collaborativo, poco esigente rispetto ai propri bisogni, bensì rassicuranti e gratificanti nei confronti di lui. Ribadisco l'utilità di indicare letture divulgative di educazione sessuale. Inoltre consiglio di evitare l'assunzione di farmaci non indispensabili o di sostituirli eventualmente con altri senza controindicazioni sul piano sessuale (es. antipertensivi). Serve inoltre ridurre il fumo, le bevande alcoliche e il caffè, cercando anche diminuire il più possibile le condizioni di stress.

E' il momento di parlare dei farmaci.

Si possono usare ormoni androgeni (es. testosterone) non in modo indiscriminato (come talvolta è successo in passato) ma dopo aver fatto una serie di accertamenti endocrinologici. **Quali??** Vi sono poi farmaci aspecifici (es.: Yohimbina) con azione sia a livello nervoso sia sull'apparato genitale. Pochi dati clinici suggeriscono un reale successo terapeutico.

Possono servire anche gli psicofarmaci?

Alcuni medici sostengono l'uso di ansiolitici per brevi periodi nei casi a particolare componente ansiosa. Risultati incostanti si sono avuti con il Trazodone, antidepressivo. I controlli su altri farmaci modulatori dell'umore (es. Fluoxetina) non hanno mostrato dati significativi. La ricerca è attiva soprattutto nel campo dei neurotrasmettitori e sono attese nuove molecole per l'impiego clinico.

E le famose, «miracolose», iniezioni?

Del tutto rivoluzionaria è stata l'introduzione delle iniezioni di farmaci vasoattivi che inducono l'erezione. La segnalazione di tali effetti è stata fatta da Virag nel 1982 e, durante il meeting annuale dell'American Urological Association, nel 1983 Brindley ha dimostrato, iniettandosi personalmente un farmaco che contrasta l'azione dell'adrenalina (ormone dello stress), la possibilità di procurarsi e mantenere un'erezione. L'iniezione ha valore diagnostico e terapeutico, inoltre consente di capire se l'impotenza è di origine psicologica od organica. Il paziente stesso, opportunamente istruito, è nella condizione di verificare da sé l'efficacia dell'iniezione prima di un atto sessuale. Stabilito il dosaggio personalizzato, e dopo «training» ambulatoriale di 3-4 autosomministrazioni sotto controllo medico, se ne prescrive l'impiego per brevi periodi di tempo. Si controllano i riscontri immediati (es.: riduzione dell'ansia da prestazione) e, spesso, prolungati nel tempo. Ai pazienti con disturbi vascolari arteriosi si consiglia l'uso di prostaglandine (PGE 1), unitamente a farmaci vasodilatatori per via orale. Infatti, le PGE 1, oltre a dimostrare una buona efficacia terapeutica, non sembrano presentare gli effetti collaterali della papaverina, soprattutto il priapismo.

Cos'è il priapismo? Cosa si deve fare se capita?

E' il disturbo che induce erezioni interminabili (da Priapo, il dio greco della procreazione e del fallo eretto). Provoca a volte forti dolori e danneggia il sistema vascolare del pene, tenuto a lungo sotto sforzo. Può compromettere per sempre la capacità di erezione. Richiede l'immediato intervento medico. Il disturbo non ha alcuna relazione con la stimolazione sessuale, è dovuto al mancato funzionamento del meccanismo che fa defluire il sangue trattenuto all'interno del pene eretto. A indurre il priapismo, sono oggi anche la papaverina, la phentolamina e la prostaglandina E. Pensando che «se poco fa bene, di più fa ancora meglio», qualcuno si inietta volontariamente una dose eccessiva, abuso che provoca la formazione di coaguli di sangue all'interno del pene e la

conseguente incapacità di farlo defluire. Sono ormai numerosi i servizi di pronto soccorso che denunciano casi di uomini che hanno avuto erezioni di quattro, sei, persino dieci ore, con intensi dolori.

Tornando alle iniezioni?

Questi farmaci, comunque, non agiscono contro qualsiasi tipo di impotenza. I loro effetti sono ottimi nei casi dovuti a cause neurologiche e psicologiche; sono discreti quando l'impotenza è da addebitare a lesioni ai vasi sanguigni di lieve e medio livello.

L'iniezione è dolorosa?

No, può essere paragonata, per intensità, alla puntura di una zanzara. Vengono usati migroaghi ancora più sottili di quelli per l'insulina.

Aiuta a guarire?

Sul breve periodo si possono riscontrare dolore, irritazione, priapismo e alterazioni della pressione sanguigna. Secondo il nuovo «Rapporto Kinsey», la percentuale di successo varia dal 65 al 100 per cento, quella degli effetti collaterali dal 2 al 13 per cento; il 50 per cento degli uomini decide di abbandonare il trattamento. È tuttavia interessante notare che dopo una decina di iniezioni, alcuni riescono a riavere erezioni naturali. Il farmaco in realtà è un sostegno che permette l'erezione. Il fatto di rimettere in moto questo meccanismo può portare, in alcuni casi, al ritorno alla normalità, a una guarigione totale dall'impotenza. Succede almeno in un caso su tre, specialmente già dopo le prime 4/5 iniezioni. Ma, per evitare possibili complicazioni, è importante affidarsi a questa tecnica sempre sotto il costante controllo medico. Recenti ricerche segnalano che il pene produce NO (ossidonitrico, un vasodilatatore). Meno erezioni ci sono, inferiore è la produzione di NO. E viceversa. Dopo alcune erezioni farmacoindotte in molti uomini il processo si riattiva.

Adesso c'è un nuovo sistema che evita l'iniezione?

Sì e viene dagli Usa. Si chiama MUSA, è un gel che contiene prostaglandine. Viene inserito, tramite un apposito e sottilissimo tubo, direttamente dall'uretra. Non c'è nessuna puntura anche se non appare ancora come la soluzione più comoda possibile. I risultati sono positivi nel 65% dei casi. Basate sullo stesso principio sono le sottili candelette da inserire nell'uretra con un apposito

beccuccio. Le microsopposte liberano le prostaglandine che innescano la vasodilatazione.

Ecco pronta, però, la soluzione delle soluzioni, ovvero la «pillola della virilità». E' vero, arriva in farmacia una pillola della virilità. Il massimo della comodità e il sogno degli uomini da sempre. Nome commerciale Viagra, principio attivo sildenafil ????: sarà forse la nuova arma contro i deficit erettivi. E' testata dal 1993, ed è ormai, con risultati estremamente promettenti, all'ultima tappa di quel lungo processo di prove di laboratorio e di sperimentazioni cliniche che ogni farmaco deve superare per essere ammesso in commercio. Il farmaco potrebbe essere il più valido complemento insieme con le iniezioni di prostaglandine, microchirurgia, impianto di protesi e ogni altro rimedio attualmente in uso. Va precisato che con il sildenafil l'erezione avviene soltanto in seguito a uno stimolo erotico, e non subito dopo la somministrazione del farmaco. Un vantaggio che si somma a quello della non invasività.

Che cosa sono le protesi del pene?

Sono dispositivi impiantati chirurgicamente all'interno del pene per consentirne l'erezione. Ve ne è un tipo semirigido, che si ripiega sul ventre quando non viene usato e che si riporta all'esterno per urinare o per avere rapporti. L'altro è provvisto di un serbatoio impiantato nello scroto e collegato a corpi cavi impiantati nel pene. Da utilizzare in caso di malattia che diminuisce l'elasticità del pene e causa formazione di placche rigide.

Come funzionano?

Per avere un'erezione, l'uomo agisce sulla pompa inserita nello scroto e invia così il liquido ai contenitori all'interno del pene che, colmandosi, raggiunge l'erezione.

In quale caso si impiantano?

Si tratta di protesi costose e non prive di rischi. Che talvolta vanno sostituite o riparate. Inoltre gli impianti compromettono permanentemente quel poco di erezione eventualmente posseduta e sono da riservarsi solo ai casi in cui la capacità è già totalmente compromessa a causa di un incidente o di malattie come cancro o diabete. Prima di sottoporsi a un intervento così radicale, comunque, è bene prendere in considerazione tutte le possibili alternative.

In che cosa consiste praticamente un impianto di protesi?

Nell'introduzione di una protesi nel basso addome (zona sovra-pubica) o nella linea d'incontro tra il pene e lo scroto o, ancora, lungo l'asta del pene, mediante una sola incisione qualunque sia il tipo di protesi prescelto.

L'intervento è doloroso? Presenta rischi? E' possibile il rigetto?

Durante le prime settimane si sentirà un po' di dolore nella zona dell'incisione chirurgica. Il rischio è un'infezione. Ma è raro. Nel caso di scarso funzionamento è sufficiente, di solito, un secondo, piccolo, intervento per eliminare il disagio.

Dopo quanto tempo si può riprendere ad avere rapporti sessuali? Saranno normali?

La maggior parte degli urologi consiglia di attendere fino a sei settimane dalla data dell'introduzione della protesi. I rapporti saranno soddisfacenti nella maggior parte dei casi, permettendo all'uomo di avere un'erezione (con eiaculazione e orgasmo) e di procreare. Nella maggior parte dei casi la coppia vive la sua esperienza sessuale con rinnovata serenità e rilassatezza.

L'erezione, quando è naturale, come avviene?

E' un riflesso. Ha inizio quando il cervello interpreta come sessualmente eccitanti determinati stimoli fisici o mentali, e fra questi fantasie provenienti dagli organi dei sensi. Questi stimoli si possono valutare anche dalle variazioni di sostanze biologico-chimiche chiamate neurotrasmettitori. I mediatori cerebrali reagiscono inviando al midollo spinale un messaggio che attraverso i sistemi nervoso e ormonale provoca l'erezione. Una notevole quantità di sangue, infatti, riempie il tessuto spugnoso del pene; contemporaneamente il cervello inibisce la capacità delle vene di far defluire sangue dal pene, che pertanto rimane eretto. Se l'uomo è eccessivamente ansioso, prova rabbia, paura, stanchezza o tristezza, il processo può venire interrotto in qualunque punto della catena.

E' più importante quanto l'uomo è eccitato o quanto la donna lo eccita?

Molti uomini credono di dover dimostrare la loro virilità avendo un'erezione anche senza ricevere dalla partner particolari stimolazioni. Questo si verifica di frequente durante l'adolescenza. Con la maturazione, per avere un'erezione e conservarla l'uomo adulto ha bisogno di varie stimolazioni: baci, carezze eccetera. Non solo. Deve essere in grado di rilassarsi per riuscire a perdere volontariamente il controllo. In assenza di queste condizioni non vi è contatto che possa provocargli l'erezione.

E' vero che le dimensioni non hanno importanza?

Dipende da quello che si desidera. Per procreare, le dimensioni sono del tutto ininfluenti, ciò che conta è la quantità degli spermatozoi. Per dare piacere a una compagna, le dimensioni sono del tutto ininfluenti, conta la disponibilità affettiva. Per godere, infine, le dimensioni sono ininfluenti: è importante riuscire a rilassarsi. Ma se lei si riferisce all'autostima, alla sensazione di adeguatezza e di virilità, allora questo varia da persona a persona. Ma non è questione di centimetri. In termini medici, l'erezione inferiore a 6 centimetri viene considerata sintomo di disturbi ormonali o di altra origine. Ma al di sopra dei 6 centimetri ci si può sentire del tutto a posto.

A quale età si perde la capacità di erezione?

L'età non è un fattore determinante. Se la salute è buona, un uomo di sessanta, settanta o anche ottant'anni può avere erezioni del tutto normali.

Perché con una donna sì e un'altra no, le chiede un giovane in una lettera?

Se gli piace di più il modo in cui lo fa con una rispetto all'altra, allora la risposta è tutta lì. Se non è così, si tratta allora di ragioni emotive: probabilmente lui si sente più rilassato e sicuro con una donna piuttosto che con un'altra. Per capirlo suggerisco di ascoltare il corpo e le sue reazioni.

Anche lo stress influenza l'erezione?

Certamente sì. Lo stress può esprimersi attraverso sensazioni di rabbia, tristezza, paura o ansia da prestazione e può bloccare la percezione degli stimoli da parte del corpo, o la capacità di rispondervi, inibendo il riflesso dell'erezione. Se c'è già, può anche farla svanire.

Che cosa si intende per ansia da prestazione?

È la paura che hanno certi uomini (soprattutto i più giovani) di non fare bella figura a letto. Oggi la donna è sempre più intraprendente ed esigente e questo crea uno stato di ansia in alcuni. Più questi sono preoccupati di non essere all'altezza, maggiore sarà la possibilità di un loro insuccesso. Per vincere questi casi di impotenza è in genere necessaria una terapia di coppia.

E' vero che durante lo stesso rapporto si può perdere l'erezione e poi riaverla?

Si, succede a parecchi uomini. Ma sicuramente non capita se ci si fissa di farla ritornare. Voglio dire che se si perde l'erezione non si deve aver timore di aver fallito qualcosa, non si deve temere il giudizio della compagna e non c'è nessun bisogno di doversi allontanare umiliati e rassegnati a dover interrompere il rapporto. È soltanto un'erezione svanita, niente più. Ma neppure si deve fingere di non provare tutte queste cose, perchè il nostro corpo tradirebbe comunque il nostro stato d'animo. Se si finge di sentirsi perfettamente a nostro agio, la cosa non funziona.

D'accordo, perdere l'erezione non è la fine del mondo, però le lettere che riceve dimostrano che quando capita gli uomini non sanno cosa fare.

Bisogna mantenere il contatto fisico, continuare ad accarezzarsi, baciarsi, ricorrere a una buona dose di ironia e cercare di spiegare il senso di disagio che si prova. E poi, se se ne ha voglia, riprendere il rapporto, ricordando che perdere l'erezione non equivale a perdere la testa!

Una signora le scrive per sapere se è colpa sua quando suo marito perde l'erezione. Cosa le risponde?

Questo genere di problema non è quasi mai provocato dal comportamento del partner, bensì da sensazioni che l'uomo prova prima di fare l'amore o durante l'atto sessuale. Quando accade, la cosa più importante è che lei si mantenga emozionalmente vicina a suo marito e che non ne faccia un dramma. La coppia dovrà poi parlarne con calma, «a freddo», fuori dall'intimità, in un momento in cui i due partner si sentono vicini. «Cosa possiamo fare?» può essere la domanda da cui partire.

Molti si lamentano di perdere l'erezione al momento di indossare il preservativo. Perché?

E' un momento vissuto dal maschio come un'interruzione della continuità del rapporto sessuale. Questo determina una perdita di stimolo e quindi di erezione. Un problema psicologico che si può superare considerando il profilattico come un gioco.

Dalla lettera di un trentenne: «È strano. Posso essere a letto con la più seducente delle donne ma per raggiungere la massima eccitazione ho bisogno di fantasticare altri luoghi, posizioni strane, persone diverse. Sarò malato?»

No. E' come l'80% degli uomini e delle donne. Quindi, avere per un istante durante il rapporto delle fantasie non legate a quell'ambiente, a quel letto o a quel partner è perfettamente normale se lo si vive bene.

Un giovane: «Tra un rapporto e l'altro ho bisogno di “riposare”. Perché?».

L'uomo, al contrario della donna, non può avere più orgasmi di seguito perché c'è un periodo di tempo in cui non reagisce agli stimoli erotici e difficilmente arriva ad avere altre erezioni. Questo periodo viene chiamato «refrattario», è una fase di recupero metabolico per poi avere successivi rapporti. La sua durata varia con l'età: bastano alcuni minuti nell'adolescenza, mentre possono essere necessari ore o anche giorni nell'età adulta. Per la donna, invece, l'orgasmo è un evento strettamente legato al tipo e all'intensità della stimolazione ricevuta, al coinvolgimento mentale ed emotivo del momento, per cui può arrivare a provarne diversi in più rapida successione.

5. VERSO IL «PILLOLO»

Le lettere

Io e la mia ragazza abbiamo la stessa età: 22 anni. Fra noi va tutto bene, tranne una cosa. Lei non vuol prendere la pillola e mi costringe a usare il preservativo. Io mi adeguo ma insisto a dire che sarebbe più bello senza. Ho letto che la pillola non crea problemi alla salute. Ma Ida non ne vuol sapere: ha comunque paura.

Aldo, Busto Arsizio

Insieme con mio marito (lui 30 anni, io 29) da un anno e mezzo stiamo tentando inutilmente di avere un figlio. Agli esami risultiamo perfettamente normali. Purtroppo io durante i rapporti non riesco a rilassarmi. Per tanti anni abbiamo praticato il coito interrotto e questo ha lasciato un segno. Al momento dell'eiaculazione di mio marito, il mio piacere si blocca e rimango insoddisfatta. Sono molto nervosa e stressata.

Antonietta, Albano Laziale

Quanti problemi dietro la contraccezione! Da quelli individuali, legati a necessità o a libere scelte, all'esplosione demografica che in alcune zone del mondo mette in discussione la sopravvivenza di milioni di persone. Un argomento, insomma, di estremo interesse.

Contraccezione e pianificazione familiare sono concetti che oggi appaiono abbastanza familiari ma che hanno accompagnato l'uomo come un «mitico desiderio» sin dagli albori della Civiltà. Attualmente vi sono circa 2 miliardi di individui in età fertile e di questi circa 500 milioni utilizzano metodi contraccettivi. Intanto, sei miliardi di «passeggeri» sono in viaggio a bordo della nave Terra. E diventeranno 12 o addirittura 15 allo scadere dell'anno 2.100, secondo stime delle Nazioni Unite. Ci sarà un limite a questa crescita? E come sarà il futuro della popolazione mondiale?

In questo campo le curiosità storico-scientifiche sono molte. Ce ne racconta qualcuna?

Quale paese farebbe mai coniare dalla zecca di Stato monete con il simbolo di anticoncezionale (per esempio, un preservativo)? Oggi le polemiche sarebbero tantissime. Eppure in passato è accaduto. Nella colonia greca di Cirene (fondata nel VII secolo avanti Cristo sulle coste di quella che oggi è la Libia) circolavano

curiose monete sulle quali campeggiava una pianticella con grandi foglie e delicati fiori ad ombrello: si trattava del *silphium* (silfio), simile al finocchio selvatico e appartenente al genere *Ferula*, i cui semi e la linfa dal sapore pungente (estratta dal fusto e dalle radici) erano ricercatissimi dalle signore dell'epoca come pillola anticoncezionale *ante litteram*, come emmenagogo (sostanza che induce le mestruazioni) e come farmaco che provoca l'aborto. Il silfio era utilizzato anche per preparare sciroppi antitosse e come spezia prelibatissima: il suo prezzo era molto elevato (cresceva solo allo stato selvatico nella zona di Cirene ed era impossibile da coltivare) e se ne esportavano grandi quantità. Fece la fortuna di molti commercianti di Cirene, ma intorno al III- IV secolo a.C. si estinse e oggi il suo ricordo rimane solo sulle monete, sui vasi e negli antichi trattati di medicina. Le esportazioni continuarono con la *Ferula asafoetida*, una pianta parente del silfio, più abbondante e meno costosa, anch'essa dotata d'effetto contraccettivo e abortivo. Le altre sostanze vegetali in grado di ridurre la fertilità o d'interrompere le gravidanze sono: i semi di carota selvatica e i semi di melograno, la ruta, l'artemisia, la mirra. Alcuni vengono utilizzati ancora oggi: negli Stati Uniti, per esempio, nella contea di Wataunga (Nord Carolina) dopo aver fatto l'amore le donne bevono un bicchiere d'acqua contenente un cucchiaino di semi di carota selvatica (*Daucus carota*), mentre nel Rajasthan si usa masticarli allo scopo di ridurre la fertilità. Dietro questi metodi si nasconde talvolta una saggezza scientifica. Nel 1986 è stato dimostrato che i semi di *Daucus carota* contengono una sostanza che inibisce la secrezione di progesterone, l'ormone della gravidanza. In tutta l'America Latina inoltre, la ruta è nota come sostanza in grado di provocare l'aborto. Le ricette sono arrivate fino a noi soprattutto fra le pagine di antichi trattati di medicina e di botanica: già nell'antico Egitto esistevano testi medici contenenti istruzioni per evitare il concepimento. Il papiro di Ebers, risalente al 1.500 avanti Cristo, elenca ricette per preparare pessari composti da fibre vegetali, miele, datteri e germogli di acacia finemente tritati, da apporre sul collo dell'utero come un diaframma.

Che cosa sappiamo dell'efficacia di queste metodiche?

Ricerche compiute pochi anni orsono hanno stabilito che verosimilmente potevano funzionare: difatti, fermentando, la gomma arabica contenuta nei germogli di acacia produce uno dei componenti dei gel e delle schiume spermicide attuali. Negli animali i semi e le foglie di acacia inoltre risultano efficaci anche se assunti per bocca: in un esperimento compiuto su ratti, è stato dimostrato che semi di acacia somministrati due volte al giorno per cinque giorni

hanno un effetto anticoncezionale del cento per cento. Alcuni dei più prestigiosi medici dell'antichità come Dioscoride nato nel 50 d.C. (descrisse le proprietà farmacologiche di 600 piante medicinali di cui ancora oggi 54 sono riconosciute come essenziali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e tuttora utilizzate) e Galeno (131-201) suggeriscono l'uso di sostanze anticoncezionali a base di salice, di datteri e di melograno. Mentre Sorano da Efeso (secondo secolo d.C.), il più autorevole dei ginecologi del suo tempo, scrisse un intero trattato medico facendo un distinguo fra mezzi atti a prevenire il concepimento durante e subito dopo il coito e metodiche atte a provocare l'interruzione della gravidanza.

Oggi c'è tutta una serie di metodi, più o meno efficaci.

I sistemi contraccettivi sono stati da sempre suddivisi in metodi «naturali» e «artificiali». Dovremo attenerci per comodità a questa suddivisione anche se non la condivido. Perché è difficile stabilire la differenza tra naturale e artificiale. Non solo. Si tende, inoltre, e spesso in modo acritico, a privilegiare un prodotto definito «naturale» rispetto a quello «artificiale».

Cominciamo dai naturali.

Sono il coito interrotto, l'astinenza periodica o Ogino-Knaus, l'osservazione delle secrezioni vaginali o Billings (dal nome del medico che l'ha descritto), l'osservazione della temperatura basale.

Questi metodi possono oggi essere più precisi?

Sì, grazie all'elaborazione dei dati termici fornita dal computer, contenuto in un kit insieme con il termometro. Nuove apparecchiature consentono di registrare le variazioni ormonali nell'urina tramite un lettore connesso con la macchina. Questo sistema è accettato anche dalla Chiesa Cattolica.

Elenchiamo anche gli artificiali.

Anzitutto devono essere ulteriormente divisi in due gruppi: metodi contraccettivi invasivi e non invasivi. Al secondo appartengono i metodi contraccettivi «di barriera» (profilattico, schiume, diaframma, cappuccio cervicale, prodotti spermicidi) e quelli con uso di associazioni ormonali da assumere per bocca (la cosiddetta pillola). Fanno parte del primo gruppo i dispositivi intrauterini che si possono rimuovere (la cosiddetta spirale o IUD) e la sterilizzazione irreversibile a seguito della chiusura tubarica.

Qual è il metodo contraccettivo più diffuso?

Ai primi posti un terzetto composto da coito interrotto, profilattico e pillola; in seconda posizione i metodi naturali Ogino-Knaus e Billings e la spirale; poi, distanziati, gli altri. Nei sondaggi più recenti risulta che oltre l'80% dei giovani si sia posto il problema contraccettivo e abbia cercato di porvi riparo, sia pure, spesso, in modo improprio. I divieti della Chiesa non sembrano essere l'elemento di maggior rilievo alla limitazione d'impiego della pillola e della spirale. Semmai l'eventuale rifiuto di questi metodi è legato ad altri sospetti. La pillola è un farmaco ormonale che modifica delicati meccanismi fisiologici e di questo le donne hanno istintivamente timore. Le dimostrazioni scientifico-statistiche della sostanziale innocuità della pillola convincono, di solito, solo le donne di maggiore preparazione culturale e, anche in questo caso, con frequenti esitazioni e ripensamenti. La spirale è invasiva e per questo motivo è vissuta con problematicità da molte donne.

Da lei a lui. Oggi studiosi, scienziati, mass media insistono molto nel consigliare l'uso del profilattico. Un metodo molto antico, mi pare.

Secondo la mitologia greca il re Minosse, nel cui sperma si annidavano serpenti, al fine di depurarsi dagli intrusi, decise di accoppiarsi con una cortigiana. Quest'ultima, consapevole del rischio cui andava incontro, avrebbe predisposto con successo nella vagina una guaina confezionata con una vescica di cervo. Chi ha divulgato il mito non ha citato la compliance di Minosse nell'occasione. A parte la preistoria del profilattico, si deve ricordare che sin dall'antico Egitto vi sono testimonianze sull'impiego di questo presidio anticoncezionale. Gli Egizi lo producevano con foglie di papiro, i Cinesi, invece, con sottili guaine di lino imbevute di sostanze antisettiche. Sono dunque già evidenti le due funzioni del manufatto: contraccettiva e di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

E poi, cosa è successo?

Il profilattico, più o meno come lo conosciamo noi, apparve nel XVII secolo, pare grazie all'ingegnosità di un colonnello della guardia inglese, tale Cundum (da cui poi *condom*). Ma solo alla metà dell'Ottocento, con la messa a punto dei processi di vulcanizzazione della gomma, si è ottenuta la realizzazione di profilattici più sottili e sensibili, oltre che economicamente più vantaggiosi delle membrane animali o vegetali. In Italia abbiamo dovuto aspettare fino al 1991 perché venisse promulgata, anche sotto la spinta della diffusione eterosessuale

dell'AIDS, una legge che indica i requisiti di fabbricazione e di sicurezza di questo «presidio medico-chirurgico».

Requisiti? Quali devono essere?

Devono essere preparati con lattice naturale e possono essere lubrificati mediante olio di silicone di grado medicale. Sulle dimensioni la legge dice: «I profilattici maschili debbono avere una lunghezza minima di mm. 160, una larghezza di 50 mm +/- 3 mm. e uno spessore minimo di 0,03 mm.». Devono essere sottoposti alle seguenti prove: trazione (l'allungamento non deve essere inferiore al 600%), verifica dell'assenza di fori con l'infusione di 300 cc. di acqua, stabilità del colore, invecchiamento e saggi chimici.

Tutte cose che danno sicurezza. Ma il suo uso non è ancora generalizzato?

In Italia, dal 1983 al 1988, si è avuto un aumento annuo del 15% nella vendita dei profilattici. Si è interpretato il fenomeno come la naturale reazione alla diffusione dell'AIDS. Sorprendentemente, dopo il 1988 il tasso d'incremento è disceso all'1-2% annuo. Le spiegazioni di psicologia di massa si sprecano. Ritengo che soprattutto per i giovani, la continua e corretta (non angosciata) informazione e formazione all'educazione sanitaria e sessuale debba essere affidata al medico, preparato culturalmente e psicologicamente ad affrontare con serenità e con tecnicismo proprio queste tematiche. Il profilattico di marca e conservato in luogo idoneo e impiegato correttamente, ha un'alta efficacia anticoncezionale. Infine, si può affermare che, a parte la castità, sia l'unico mezzo ad offrire, se ben usato, le più alte garanzie contro l'AIDS e le altre malattie a trasmissione sessuale. Importantissimo è conoscere le norme d'uso del profilattico.

Le elenchi professore.

Ecco un decalogo utile. 1) Fare attenzione che, aprendo la confezione, il profilattico non venga danneggiato. 2) Infilarlo sul pene asciutto, ma soltanto ad erezione completata. 3) Infilare il preservativo sempre prima dell'inizio del rapporto sessuale. 4) Tenere la parte da srotolare all'esterno e fare pressione con le dita sulla punta del preservativo per eliminare l'aria all'interno del serbatoio. 5) Far scorrere il preservativo fino alla base del pene, facendo attenzione a non danneggiarlo con le unghie. 6) Badare che non si sfilii durante il rapporto. 7) Alla fine del rapporto annodarlo e gettarlo nel cestino dei rifiuti. 8) Non usarlo mai più di una volta. 9) Evitare i preservativi troppo sottili. 10) Non ricorrere a lubrificanti grassi: se serve, usare quelli a base acquosa.

Due domande sul profilattico tratte dalle lettere che riceve. La prima: perché alcuni uomini perdono l'erezione quando infilano il preservativo?

E' un momento che il maschio vive come un'interruzione della continuità del rapporto sessuale. Questo determina una perdita di stimolo e quindi d'erezione. E' un problema psicologico che si può superare considerando il profilattico come un gioco dei preliminari sessuali.

La seconda: si può essere allergici al preservativo?

Si può essere allergici al lattice o alle sostanze lubrificanti all'interno del profilattico. Si può provare a cambiare la marca del profilattico. Se il problema si ripresenta, occorre rivolgersi a un allergologo.

Che percentuale di successo hanno i vari metodi contraccettivi?

A parte la sterilizzazione tubarica e la legatura dei deferenti, la cui efficacia è totale se l'intervento è stato eseguito in modo corretto, è certamente la pillola, giustamente assunta, la metodica contraccettiva più sicura. La percentuale di insuccesso, infatti, è compresa tra 0,16 e 0,30 casi ogni 100 donne/anno; al secondo posto c'è la spirale con una percentuale di insuccesso compresa tra 1,2 e 3 casi ogni 100 donne/anno; segue il profilattico con 3,5 - 4 casi ogni 100 donne/anno, il coitus interruptus con 6,5 - 7 casi ogni 100 donne /anno, gli spermicidi e le schiume con 12 casi ogni 100 donne /anno, i metodi naturali (Ogino-Knaus, Billings, temperatura basale) con oltre 15 casi ogni 100 donne /anno.

Insomma, la pillola è il top. Eppure, come ha già detto, su questo metodo continuano a circolare preoccupazioni di ogni tipo. Possiamo vedere da vicino come funziona?

La pillola è generalmente ben tollerata dalla donna, è di facile somministrazione, ha un costo ridotto rispetto ai benefici e consente un comportamento sessuale assolutamente spontaneo. E' composta da due ormoni sintetici simili a quelli prodotti naturalmente dall'ovaio femminile, ovvero estrogeni e progesterone. Per capire come funziona dobbiamo riferirci al ciclo mestruale femminile. L'ipofisi, piccola e importante ghiandola situata sotto il cervello, invia ogni mese messaggi alle ovaie per indurre l'ovulazione. Se c'è una gravidanza, la situazione cambia perché si innalzano i livelli di ormoni di estrogeni e progesterone e l'ipofisi è indotta a far sospendere l'ovulazione. Prendendo la pillola, si stabilisce

nell'organismo una situazione ormonale simile a quella causata dalla gravidanza, per cui l'ipofisi non manda il messaggio dell'ovulazione, in assenza della quale è impossibile la fecondazione. Inoltre, la pillola rende più viscosi le secrezioni vaginali, ostacolando così la risalita e la sopravvivenza degli spermatozoi, rendendo l'utero inadatto all'annidamento dell'ovulo fecondato e alterando la motilità delle tube uterine.

Quali sono le controindicazioni ed effetti collaterali?

Iperensione di media o grave entità, diabete mellito, aumento dei grassi nel sangue, malattie vascolari di importante entità (varici ecc.). Non esiste nessuna prova scientificamente accertata che indichi una maggiore incidenza di cancro della mammella o dell'utero in donne sottoposte a trattamento con la pillola antifecondativa, anzi è accertata una notevole protezione dal cancro dell'ovaio ed è probabile un effetto protettivo anche nei confronti delle patologie benigne della mammella. Da evitare l'autoprescrizione: bisogna rivolgersi a uno specialista che faccia eseguire esami di controllo e imposti la terapia con una pillola, il più possibile indicata per le necessità specifiche della singola paziente. E' consigliabile non fumare, «vizio» che predispone alle malattie cardiovascolari. Anche per le giovani che hanno cicli irregolari è necessario un controllo medico che ne chiarisca le cause. Dato il basso dosaggio ormonale, altri effetti collaterali sono rari. Possono comparire lievi disturbi, di solito soltanto nei primi mesi di assunzione: cefalea, tensione al seno, nausea, leggera depressione, piccole perdite di sangue tra una mestruazione e l'altra (spotting), leggero aumento di peso.

Quando diminuisce la sua capacità contraccettiva?

Può accadere se si prendono, contemporaneamente alla pillola, particolari medicine (alcuni antibiotici, analgesici, barbiturici (come i sonniferi), specie se ciò avviene in dosi massicce e per lunghi periodi. La capacità diminuisce anche in caso di forte diarrea o vomito dopo l'assunzione. In questa circostanza si registra un minore assorbimento del farmaco, meglio consultare il medico.

Può influenzare gravidanze future?

L'infertilità è totalmente reversibile: si può intraprendere una gravidanza già un mese dopo la sospensione del trattamento senza che l'embrione possa riportarne alcun danno.

Quanti tipi di pillola ci sono?

Tre: sequenziale, tradizionale e minipillola. La pillola sequenziale (bifasica o trifasica) vuole imitare il ciclo normale di produzione di ormoni, per cui si hanno diverse combinazioni di dosaggio di estrogeno e progestinico a seconda del periodo del ciclo. La tradizionale, quella classica, contiene una combinazione di estrogeni e progestinici. La minipillola è composta di solo progestinico. Rispetto alle altre due è meno efficace, in quanto non garantisce il blocco dell'ovulazione. E' anche necessaria qualche precauzione in più: bastano 3 ore di ritardo dall'orario solito di somministrazione perché la sicurezza contraccettiva venga meno.

Chiariamo i dubbi per quel che riguarda la spirale?

Il vantaggio principale della spirale consiste nel fatto che, dopo il suo posizionamento da parte del ginecologo, essa non richiede più alcuna "manutenzione" al di fuori di una visita annuale di controllo e della sua rimozione alla data di scadenza. La spirale è indicata particolarmente in donne che abbiano già portato a termine gravidanze e non possano o non vogliano intraprendere una terapia contraccettiva con la pillola; è anche indicata in pazienti che, pur desiderando una contraccezione efficace, non siano in grado di prendere la pillola con regolarità. La spirale è controindicata in pazienti con anomalie anatomiche degli organi genitali e in pazienti che in passato hanno avuto ripetute infezioni o infiammazioni della pelvi: potrebbe provocarne una riacutizzazione. Il suo meccanismo di azione è estremamente semplice e consiste nel rendere l'endometrio (la mucosa che riveste l'interno della cavità uterina) non recettivo per l'impianto di una gravidanza. Non sono noti effetti negativi sulla futura prole in donne che abbiano impiegato la spirale per uno o più cicli e che si siano attenute correttamente alle normali regole di igiene.

Cos'è esattamente?

Lo IUD (Intra Uterine Device), o spirale, è costituito da un piccolo dispositivo di plastica (o metallo), molto elastico e leggero (pesa circa un grammo) che viene inserito nell'utero dal ginecologo, dopo un preliminare esame medico. A seconda del modello, la sua forma può essere quella di una spirale, di una T, di un 7, di una Y o di semicerchio. Può essere di materiale plastico, cui in alcuni casi è associato un filamento di rame o un ormone, il progesterone che, rilasciato gradualmente nell'arco di 1 o più anni, ne aumenta l'efficacia contraccettiva. Tutti hanno uno o due fili di nylon che, quando lo IUD è al suo posto, sporgono per alcuni centimetri in vagina, rendendo più semplice verificarne la corretta posizione e il suo disinserimento da parte del ginecologo al momento opportuno.

Lo specialista, dopo aver raccolto l'anamnesi e dopo l'esame medico, consiglia in base alle dimensioni dell'utero, allo stato fisico, ai progetti di gravidanze future, lo IUD più adatto. L'inserimento dura pochi minuti e non è particolarmente doloroso.

Qual è la sua durata?

Una volta inserito, si può tenere per anni (generalmente da 2 a 5 anni per i modelli medicati, e un tempo indefinito per quelli non medicati), sottoponendosi periodicamente a un controllo ginecologico, sia per verificare - se la donna non lo fa da sola - la presenza del filo, sia per escludere la presenza di disturbi infiammatori pelvici e per valutare gli effetti collaterali (perdite di sangue, dolori, eccessivo aumento del flusso mestruale). L'eventualità che si verifichi una gravidanza in presenza dello IUD è molto remota, riguarda non più del 2% dei casi; se succede è probabile sopravvenga un aborto entro le prime settimane di gravidanza. In ogni caso bisogna consultare subito il proprio ginecologo.

I fili che pendono non possono dare fastidio durante i rapporti?

Il fatto che durante il rapporto sessuale il maschio possa sentire i fili che sporgono nella vagina e provare irritazione o dolore, è una paura piuttosto diffusa, ma è un'eventualità molto rara nella realtà. Può succedere nei rari casi in cui il filo di nylon sia stato tagliato troppo corto, o in cui lo IUD si sia spostato e sporga dal canale cervicale. Basta rivolgersi ad un ginecologo per risolvere il problema.

Come funziona lo IUD?

In quanto corpo estraneo, può esercitare una azione infiammatoria sia sulla mucosa che riveste le pareti interne dell'utero (endometrio) che a livello delle tube, impedendo l'impianto di un ovulo fecondato. Questo principio era sfruttato già diversi secoli fa dai cammellieri arabi, i quali prima di intraprendere i lunghi viaggi nel deserto inserivano alcune piccole pietre nell'utero delle loro cammelle, al fine di evitare gravidanze non desiderate. Il rame crea un ambiente tossico, e gli spermatozoi oltre ad essere ostacolati nel loro movimento verso le tube vengono inibiti nella loro motilità in conseguenza dei cambiamenti indotti nel muco cervicale.

Ci sarà in un prossimo futuro una spirale più adatta a tutte?

La ricerca sta procedendo verso la creazione di uno IUD con basso rischio di espulsione, che sia esente da effetti collaterali, che non diminuisca le difese nei confronti delle infezioni. Si stanno sperimentando spirali cui sono associate nuovi principi attivi che siano in grado di ridurre la motilità e la capacità fecondante degli spermatozoi, o IUD con pile miniaturizzate che, inducendo un debolissimo campo elettrico, immobilizzi gli spermatozoi nel canale cervicale. Per ridurre gli effetti collaterali si stanno sperimentando IUD con associate diverse sostanze farmacologiche, tra cui gli antibiotici

Stessi interrogativi sui metodi chimici e meccanici.

I meccanici (profilattico, diaframma, cappuccio cervicale) e chimici (schiume, spermicidi) hanno il vantaggio di non richiedere manutenzione a lungo termine, di permetterne l'uso occasionale. Inoltre il profilattico contribuisce alla prevenzione della trasmissione di malattie sessuali (AIDS, sifilide etc.). Il meccanismo di azione, ritenuto a ragione il più antico che l'uomo abbia mai escogitato, si basa sul tentativo di impedire la penetrazione degli spermatozoi nell'utero, sia togliendogli la vitalità (creme spermicide), sia impedendone il passaggio con barriere (profilattico, schiume spermicide, diaframma, cappuccio cervicale).

Scusi se l'interrompo, ma non tutti questi metodi sono facili da usare. E magari pregiudicano un clima. O sbaglio?

Effettivamente, alcuni (schiume spermicide, diaframma, cappuccio cervicale) richiedono di essere posizionati almeno 10 minuti prima del rapporto e di essere estratti dalla cavità vaginale non prima di 4-6 ore dopo il rapporto. Non sono l'ideale, è vero, ma tutto dipende dall'affiatamento che c'è nella coppia.

Torniamo alle controindicazioni.

L'unica è l'intolleranza (allergia) nei confronti dei componenti. Il loro impiego è indicato nei soggetti che conoscono bene il proprio corpo e le manovre necessarie per il posizionamento. Non sono note alterazioni della prole legate al loro impiego, anche quando la gravidanza sia iniziata proprio per il fallimento di uno di queste metodiche.

Esaminiamo adesso i metodi naturali.

Coito interrotto, astinenza periodica o Ogino-Knaus, osservazione dei muchi cervicali o Billings, osservazione della temperatura basale, prescindendo dalla loro efficacia, sono tutti metodi indicati per le coppie stabili e monogame, in

grado di osservare astensioni periodiche dai rapporti. Inoltre, la partner femminile deve godere di buona o ottima ritmicità del ciclo mestruale ed essere in grado (per quanto attiene al metodo Billings e alla temperatura basale) di esercitare un controllo attento e scrupoloso della progressione fisiologica del proprio ciclo mestruale per poter individuare con la massima precisione possibile i periodi ritenuti di sicurezza. Il meccanismo di azione si basa sul presupposto di individuare i periodi in cui non ci sia un ovulo maturo per la fecondazione, tenendo conto che la vitalità degli spermatozoi nella cavità uterina può giungere sino a 4-6 giorni. Ovviamente non esistono possibili alterazioni sulla futura prole. E' però da notare, da un punto di vista psico-sessuologico, che soprattutto il coitus interruptus può provocare in ambo i partner una situazione di stress che, in casi particolarmente acuti, può trasformarsi in frigidity, impotenza psicologica etc.

Cos'è la pillola del giorno dopo?

Si tratta di una normale pillola contraccettiva (estroprogestinica) che può essere presa nel caso si sia avuto un rapporto sessuale a rischio di gravidanza, al massimo entro 72 ore (ma prima si prende, meglio è). E' il medico che la prescrive, spiegando quante prenderne e per quanti giorni (di solito due o tre al giorno per 3 giorni). Viene considerato un metodo abortivo in quanto se si è verificata la fecondazione, queste pillole, inducendo le mestruazioni, interrompono la prosecuzione della gravidanza. E', comunque, un intervento di emergenza, non va certo usato come metodo contraccettivo: oltre a comportare possibili disturbi (nausea, etc.) bisogna tener presente che non è sicuro al 100%! In circa 2 casi su 100 non funziona.

E quella abortiva?

E' una pillola introdotta in alcune nazioni come alternativa all'intervento chirurgico nei casi di interruzione volontaria di gravidanza, e viene somministrata in ospedale sotto controllo medico. Le sostanze che contiene (esempio: prostaglandine???) interferiscono con i processi della gravidanza bloccando l'azione del progesterone e inducendo contrazioni dell'utero, portando all'aborto in circa il 95% dei casi. E' conosciuta con il nome di RU-486 in Francia, Inghilterra e Svezia. Si sta discutendo sulla sua possibile introduzione in altri paesi. Suscita le proteste degli antiabortisti che negli Usa, con una dura campagna, hanno costretto la Hoechst a rinunciare alla commercializzazione.

Una nuova frontiera è stata aperta dai contraccettivi «long acting». Cosa sono?
La pillola comporta per la donna un impegno quotidiano ad assumere il confetto, possibilmente alla stessa ora (per mantenere alto e costante il livello di ormoni in circolo): dimenticanze ed errori compromettono l'efficacia contraccettiva. Per ovviare a questo, sono stati studiati sistemi alternativi di somministrazione dei prodotti ormonali, denominati «long acting», in quanto esplicano la loro azione gradualmente, rilasciando per un periodo di tempo prefissato (di settimane, mesi o anni) e in modo continuo il loro contenuto ormonale (si tratta di solito di progestinici). La loro efficacia contraccettiva è molto alta, attorno al 98/99%.

Una bella sicurezza anche per le donne più distratte. Se non sono pillole, di che si tratta?

Oltre agli IUD che rilasciano ormoni, vi sono l'iniezione di progestinici, gli impianti sottocutanei e gli anelli vaginali.

Andiamo per ordine.

L'iniezione di progestinici mantiene una efficacia contraccettiva per due, tre mesi o anche più, e poi va ripetuta se si vuole mantenere la protezione. La sua efficacia è stimata attorno al 99%. Le controindicazioni, peraltro piuttosto limitate in quanto non vi sono contenuti estrogeni (come nella pillola classica) ma solo progestinici, includono tumori in corso della mammella e dell'apparato genitale, sanguinamento uterino non diagnosticato, sospetta gravidanza. In caso di malattie circolatorie, del cuore, del fegato, diabete o iperlipidemie è opportuna una particolare attenzione medica. I vantaggi sono legati all'alta efficacia senza la necessità di assunzione quotidiana. Gli svantaggi riguardano gli effetti collaterali connessi all'uso dei progestinici, ovvero perdite di sangue intermestruali, irregolarità del ciclo mestruale, modificazioni del flusso. Il ripristino della fecondità avviene entro alcuni mesi dalla sospensione (in un intervallo di tempo mediamente più lungo rispetto a quello relativo alla pillola e allo IUD).

Adesso ci spieghi gli impianti sottocutanei.

Hanno fatto la loro comparsa in tempi più recenti e consistono in capsule contenenti progestinici che vengono impiantate, attraverso una piccola incisione, sotto la cute del braccio o dell'avambraccio (l'operazione con anestesia locale dura una decina di minuti e non necessita di punti di sutura). Una volta inserite, queste capsule rilasciano quotidianamente, in modo costante e continuo, una piccola quantità di ormone (pressappoco la stessa dose che si assume con la

minipillola). La sua azione consiste nel rendere il muco cervicale più spesso, più ostile alla sopravvivenza e risalita degli spermatozoi, alla influenza sull'endometrio, oltre alla inibizione, non costante però, dell'ovulazione. La sua efficacia, che parte dal giorno successivo all'inserzione e dura per ben 5 anni, è attorno al 99% il primo anno, calando un poco negli anni successivi (ma è ancora vicina al 98% il quinto anno). Gli impianti sottocutanei sono controindicati in casi di sospetta gravidanza, malattie acute del fegato, ittero, disturbi tromboembolici o tromboflebitici, delle coronarie o cerebrovascolari, così come nel tumore del seno e nel sanguinamento genitale non diagnosticato. Gli effetti collaterali sono quelli comuni all'uso di soli progestinici: irregolarità mestruali, sanguinamenti tipo spotting, che pur tendendo a scomparire nel tempo, sono una delle cause principali dell'abbandono del metodo. Effetti collaterali meno frequenti: cefalea, e dolenzia al seno. Come per gli altri preparati ormonali, l'interazione con certi farmaci può diminuire l'efficacia (barbiturici, alcuni antibiotici, ecc.). La fertilità si ripristina regolarmente dopo che l'impianto viene rimosso. Sono allo studio impianti biodegradabili (eliminano il problema della rimozione una volta scaduta l'efficacia) e di microcapsule biodegradabili da iniettare.

Infine, gli anelli vaginali.

Sono fatti dello stesso materiale usato per gli impianti sottocutanei (il silastic). Vanno inseriti in vagina dove, per un periodo che varia da 3 settimane a 3 mesi (a seconda del tipo di anello), rilasciano in quantità costanti gli ormoni in essi contenuti, che vengono assorbiti attraverso le pareti della vagina ed entrano così in circolo. La loro azione non è di barriera, ma consegue all'effetto degli ormoni sul muco cervicale, sulla ovulazione e sull'endometrio. Un tipo di anello rilascia una combinazione estroprogestinica (come la pillola tradizionale), per cui va tenuto in vagina per tre settimane, quindi rimosso per i sette giorni delle mestruazioni. L'altro tipo contiene solo progestinici e può essere lasciato in vagina per circa 3 mesi: la sua efficacia è minore rispetto a quella degli impianti sottocutanei e dei preparati iniettabili.

Tenendo conto tutto quello che ha detto, quali possono essere i metodi contraccettivi più indicati?

Non ci sono metodi migliori o peggiori. La scelta varia secondo le esigenze della coppia e si modifica con i cambiamenti della coppia. esempio: suggerisco il profilattico da giovani, poi la pillola, nella coppia stabile eventualmente metodi naturali, infine prima della menopausa ancora il profilattico.

Rimane il fatto che, ancora oggi, molte ragazze restano incinte senza volerlo. Come mai? Cosa impedisce a tanti ragazzi e tante coppie di usare, e usare bene, i metodi contraccettivi?

In molti casi si tratta di timori, perplessità, paure, resistenze anche inconsapevoli. Consideriamo quelle più diffuse. Alcuni ragazzi sono disturbati dall'idea che la contraccezione interferisca con l'atmosfera romantica, la spontaneità del rapporto, interrompendo il piacere. Questa idea, che riguarda solo alcuni tipi di contraccettivi (il profilattico, il diaframma, gli spermicidi) è contrastata dall'esperienza di tante coppie che vivono una sessualità libera e felice usando proprio quei metodi, che possono far parte dei preliminari o addirittura nei giochi di coppia. E poi, val la pena ricordarlo ancora: anche la paura di una gravidanza non desiderata disturba l'intimità.

Forse è anche difficile parlarne in due.

Si può affrontare l'argomento in un modo diverso: la dolcezza, l'affetto, anche l'umorismo, l'intimità possono coesistere con il senso di responsabilità. E la scelta del metodo dovrebbe essere fatta in due. Per alcuni ragazzi è imbarazzante procurarsi i contraccettivi: il colloquio e la visita dal medico, gli esami per la pillola, l'andare in farmacia ad acquistarla, oppure l'acquisto del profilattico o di un altro mezzo possono creare disagio, paura di essere scoperti e per qualcuno anche sensi di colpa. Ma se ci si sente pronti per avere un rapporto sessuale, bisogna anche sentirsi pronti per adottare fino in fondo tutte le precauzioni per evitare rischi per noi e il nostro partner. Acquistare un contraccettivo è segno di maturità e responsabilità. Inoltre diversi contraccettivi non richiedono visita medica, e possono essere acquistati non solo in farmacia. Altre volte ci può essere una parte di noi pronta a sabotare la volontà di usare i metodi contraccettivi. Forse una fantasia sull'aver un bambino, forse il bisogno di sentirsi adulti o di avere una conferma sulla nostra capacità di procreare, o ancora di legarci più strettamente al partner. E' bene far venire alla luce questi desideri e paure, e trovare soluzioni più vantaggiose e consapevoli!

Forse tutto sarà risolto con il «pillolo», cioè la pillola per lui.

Sta avanzando la ricerca per individuare anche per il maschio un preparato ormonale (pillola, iniezione) in grado di bloccare la fertilità. Non è facile: mentre per la donna si tratta di bloccare il singolo uovo che produce in un mese, per l'uomo si tratta di bloccare milioni di spermatozoi che vengono per di più

prodotti continuamente. La formazione degli spermatozoi è regolata da due ormoni secreti dall'ipofisi, l'ormone follicolo-stimolante FSH e l'ormone luteinizzante LH che stimola anche la produzione di testosterone (ormone maschile) da parte dei testicoli. Questo influenza, oltre allo sviluppo dei caratteri maschili, anche il desiderio e la potenza sessuali. Sono state provate sostanze diverse che raggiungono questo scopo ma si è visto che, bloccando la fertilità (inducendo una azoospermia, ovvero l'assenza di spermatozoi nell'eiaculato), anche la risposta sessuale viene inibita e compaiono problemi di impotenza. Una soluzione allo studio è quella di abbinare al «pillolo» (per esempio di solo progestinico) iniezioni di testosterone. Si sono fatti molti passi avanti, tuttavia sono ancora da chiarire eventuali effetti collaterali e la reversibilità della sterilità. In Italia il gruppo pilota è quello di Bologna diretto dal prof. Flamigni.

Malattie a trasmissione sessuale 1

6. QUANDO NON SI TRASMETTE SOLO AMORE

Le lettere

La mia ragazza ha bruciori al momento della penetrazione. Il ginecologo le ha trovato stafilococchi aurei. Io non ho fatto nessun controllo perché non ho nessun disturbo. Posso stare tranquillo? Ho sempre usato profilattici, soltanto una volta si è rotto.

Gerardo, Napoli

Ho 24 anni e da cinque sono perseguitato da prostatite e uretrite cronica, tutto a seguito di un rapporto occasionale. I germi responsabili sono Candica e stafilococchi. Le perdite sono andate via subito ma i bruciori sono rimasti. Mi hanno detto che la mia fertilità si può ridurre.

Ugo, Ancona

Un fenomeno crescente

E' proprio vero che le malattie sessualmente trasmesse (MTS) sono in crescente diffusione? Come è possibile?

Nel corso dell'ultima generazione, i medici ed il personale sanitario non sono stati adeguatamente aggiornati sull'evoluzione delle MTS a causa di una scarsa pubblicistica sull'argomento. La diffusione dell'Aids ha inoltre assorbito l'attenzione della ricerca medica lasciando in secondo piano lo studio delle MTS facilitandone la diffusione. Risulta perciò carente anche la prevenzione legata sempre ad una corretta informazione: i casi clinici che presentano MTS sono in sensibile aumento. Ecco un dato, fra i tanti, ricavati da statistiche mediche: negli Usa la maggioranza delle persone è a rischio di MTS. Non solo, si manifestano sempre più complicanze.

Sembra incredibile.

Ma è la verità. Nuovi agenti di trasmissione delle malattie sono comparsi in grande numero, grazie al costante progresso in campo microbiologico ed immunologico che ne ha ampliato la conoscenza, rendendo complesse diagnosi e terapie. Tanto che le MTS sono uscite dall'ambito della dermatovenereologia e rientrano anche in quello di andrologia, urologia e ginecologia.

Professore, stavolta cominciamo con una panoramica delle varie patologie, visitandole attraverso le domande tratte dalle tante lettere che lei riceve. Con un'avvertenza: dell'Aids parleremo alla fine del capitolo. La prima domanda: cosa può significare un arrossamento del glande? Gli arrossamenti del glande sono definiti balaniti. Quando lo stato infiammatorio coinvolge anche la cute del prepuzio si definisce balanopostite. In genere derivano da un rapporto sessuale: sia la contaminazione micotica che quella batterica risultano estremamente favorite dal contatto genitale.

E quando, invece, sul glande appaiono piccole vescicole dolorose? E' la classica manifestazione della malattia herpetica. L'herpes virus tipo II (detto anche genitale) si contrae prevalentemente con rapporto sessuale e si manifesta come lesione papulo-vescicolare causando, in taluni casi, anche vivo dolore e prurito. Può essere pericoloso quando colpisce l'apparato genitale femminile: la lesione herpetica a carico della cervice uterina può favorire la degenerazione neoplastica. Nel sesso maschile le complicanze sono assai meno gravi anche se la diffusione dell'infezione può interessare estese zone genitali. Inoltre l'herpes virus anche quando non si manifesta rimane nell'organismo, annidato nei gangli nervosi. Può fare la sua ricomparsa nei momenti di stress o quando il soggetto ha le difese immunitarie abbassate.

Basta un solo rapporto sessuale, magari durante una vacanza al mare, per contrarre una MTS?

La possibilità di contrarre malattie infettive anche in un singolo rapporto esiste. La percentuale di probabilità ovviamente aumenta in funzione del numero dei rapporti sessuali, delle partner e dal grado di infettività dell'agente batterico o virale eventualmente trasmissibile. Quindi, non sottovalutare mai la presenza di sintomi.

Dopo quanto tempo, in genere, si manifestano i sintomi delle MTS?

Ci sono malattie che si possono trasmettere col sesso orale o addirittura con il bacio?

Può capitare di avvertire bruciore durante la minzione. Scompare dopo qualche giorno, poi si ripresenta.

Può essere l'unico sintomo di un problema infiammatorio dell'uretra

(uretrite) o della prostata (prostatite). Il quadro clinico è più chiaro quando al bruciore si associano altre manifestazioni quali secrezione spontanea dal meato urinario o febricola. La diagnosi deve essere sempre microbiologica.

Cosa significa la perdita di liquido trasparente, a volte un po' opaco, dal pene?

Questo tipo di secrezione si nota frequentemente nella fase preliminare del rapporto sessuale ed è di origine prostatica. Ha funzione lubrificatoria. Tale fenomeno può diventare quantitativamente importante anche se non è legato a particolari stati fisiologici o in altri casi ancora durante la defecazione. In tal caso la si definisce con il termine di prostatorrea. L'analisi microbiologica del liquido è l'unico modo per avere certezza sulla sua natura.

La presenza di sangue nello sperma è una delle cose che spaventa di più gli uomini.

Emospermia è il termine scientifico che definisce la presenza di sangue nello sperma. Può capitare una sola volta nella vita oppure essere il primo di una più o meno lunga serie di manifestazioni. Desto preoccupazione ma, fortunatamente, in genere è secondaria a cause funzionali o infiammatorie delle vescicole seminali. In bassa percentuale esistono le cause neoplastiche sia vescicolari che prostatiche. E' possibile l'emospermia anche dopo ripetuti rapporti sessuali ravvicinati nel tempo (stress vescicolare).

Se il partner ha bruciore e macchioline rosse sul glande, cosa bisogna fare?

Quando in uno dei partner esiste un'infezione la possibilità di contaminazione risulta assai probabile. Meglio avere una corretta diagnosi microbiologica in entrambi, anche in chi non ha sintomi, per evitare che l'infezione passi dall'uno all'altra e viceversa con l'effetto ping-pong. Nella fase diagnostica e terapeutica i rapporti sessuali dovranno essere sospesi o effettuati col preservativo. Comunque, piccole aree rossastre a capocchia di spillo sul glande appaiono frequentemente e, nella maggior parte dei casi, si tratta solo di una irritazione cutanea con coinvolgimento della componente ghiandolare locale. Di solito regredisce spontaneamente o dopo semplice trattamento locale con detergenti aventi anche blando effetto antinfiammatorio.

Una ragazza segnala bruciore vaginale insistente accompagnato da

secrezione, a volte di colorito verdastro.

Le secrezioni vaginali sono espressione di contaminazione batterica e il colorito può essere di aiuto per indirizzare il sospetto verso un particolare batterio. Ad esempio una secrezione biancastra potrebbe segnalare la blenorragia (gonorrea) o la candidosi. Nel caso specifico esposto si può pensare a un *Trichomonas vaginalis*, un batterio che spesso popola l'apparato genitale femminile e si trasmette prevalentemente col rapporto sessuale.

Un ragazzo, invece, racconta che la pelle che ricopre il glande appare con carne crescente, aumentata spropositatamente di volume. Non ha nessun tipo di fastidio locale. Cosa potrebbe essere?

Lesioni di tipo proliferativo della cute e delle mucose popolano con maggior frequenza la regione genito-animale. Di particolare interesse, nell'ambito della trasmissione sessuale, sono le condilomatosi. Si tratta di lesioni che possono avere diverse dimensioni in funzione dello stadio evolutivo. Vengono trasmesse nel corso del rapporto sessuale. Il contagio si verifica con una frequenza pari a circa il 50-60% dei soggetti che hanno avuto rapporti con persone affette e si localizza preferibilmente sulle mucose. Nell'uomo la sede abituale è il foglietto prepuziale interno (all'interno della cute che ricopre il glande) e nella donna è la fossetta navicolare (regione inferiore delle piccole labbra fra frenulo vaginale ed imene). Il trattamento radicale consiste nella diatermocoagulazione (bisturi elettrico) in anestesia locale. Esiste la possibilità di recidiva (ritorno della lesione) in una percentuale pari al 20% circa che però diminuisce con un successivo trattamento. Queste infezioni derivano da Human Papilloma Virus (HPV) del basso tratto genitale, soprattutto femminile, e rappresentano una patologia a trasmissione sessuale emergente per la sua frequenza (è coinvolto statisticamente il 2-3% della popolazione generale) e per l'incidenza che essa ha nei soggetti di giovane età. L'importanza della diagnosi nel sesso femminile è dovuta all'evidenza epidemiologica che lega l'infezione da HPV con il carcinoma a cellule squamose della cervice uterina. Evidenza recentemente rafforzata dalla scoperta di alcuni tipi di HPV (tipo 16, 18, 31 e 33). Nell'uomo invece non esiste una connessione diretta fra infezione da HPV e carcinoma del pene.

Trentaduenne, sposato, un figlio. Due anni fa ha avuto bruciori durante la minzione e una dolenzia vicino alla regione anale. Gli è stata diagnosticata una prostatite, curata con antibiotici. Il disturbo è passato ma da allora, frequentemente, ha un bruciore sulla punta del pene.

Per la diagnosi di prostatite batterica è necessaria l'ecografica della prostata eseguita per via transrettale che dimostri la presenza di aree infiammatorie e il contestuale isolamento del germe nella secrezione prostatica. Se non viene isolato alcun batterio, lo stato infiammatorio potrebbe avere origine virale.

Un'ecografia prostatica a un cinquantenne ha rivelato grosse calcificazioni . Il riscontro di aree calcifiche, definite anche iperecogene, all'interno della prostata è molto frequente e spesso occasionale. Rappresentano, normalmente, l'esito di un pregresso processo infiammatorio privo di sintomi. Queste aree non devono destare timori dato che non evolvono verso la degenerazione neoplastica ma sono più sensibili ulteriori contaminazioni batteriche e quindi vengono definite prostatiti croniche.

Forte bruciore alla minzione e secrezione giallognola dal pene. Molto probabilmente si tratta di uretrite batterica. È indispensabile raccogliere con un tampone sterile la secrezione sulla quale il laboratorio d'analisi eseguirà la valutazione batteriologica identificando il germe responsabile.

Storie estive maschili: in vacanza con amici, ha conosciuto alcune ragazze con le quali ho avuto rapporti sessuali. Ha poi accusato bruciore durante l'eiaculazione che gli ha impedito di averne altri. Un farmacista gli ha consigliato un antibiotico per sette giorni. Il disturbo è passato ma non del tutto.

Non avendo la possibilità di eseguire in tempi brevi una spermicoltura (esame microbiologico dello sperma) l'assunzione di un antibiotico evita ulteriori complicanze. Rimane l'assoluta necessità di eseguire comunque l'esame, dopo circa sette giorni dalla sospensione della terapia, per avere la certezza che nella secrezione non persistano batteri.

A due giorni da un rapporto sessuale, ha bruciore a urinare. Dopo altri tre giorni gli si è gonfiato il testicolo, molto dolorante.

Probabilmente si tratta di una orchiepididimite batterica contratta in seguito al rapporto sessuale. Bisognerebbe accertare se la partner è affetta da vaginite (infiammazione vaginale) il che potrebbe giustificare i diversi sintomi. Occorre sempre fare molta attenzione ai disturbi ai testicoli: l'orchite è un'infiammazione pericolosa. Il sospetto clinico insorge quando il paziente riferisce di un dolore locale, di solito progressivo, accentuato dalla palpazione. La tempestività terapeutica

(antibiotici e antinfiammatori) è fondamentale. Va eseguita immediatamente una ecografia scrotale per escludere altre cause che si presentano con le medesime caratteristiche cliniche (esempio la torsione testicolare).

Purtroppo in una percentuale pari al 5 %, nonostante la corretta impostazione sia diagnostica che terapeutica, in seguito al coinvolgimento della componente circolatoria arteriosa locale, si hanno complicanze che comportano l'atrofia del testicolo. Il danno è irreversibile con perdita della capacità di produrre spermatozoi.

Pelle arrossata all'inguine, al pene e allo scroto? Inoltre, in alcune zone la pelle si desquama.

Dovrebbe trattarsi di una micosi ovvero dei cosiddetti funghi. La manifestazione più frequente è proprio come quella descritta, a volte associata a prurito. L'applicazione di pomate antimicotiche e la deterzione con saponi aventi la stessa funzione dovrebbe risolvere il problema in circa 15-20 giorni.

In un esame d'urina sono stati riscontrati Escherichia Coli. Questi batteri possono derivare da un rapporto sessuale?

In assenza di sintomatologia cistitica, la presenza dei batteri può essere considerata come semplice contaminazione senza infezione. Se l'indagine microbiologica conferma, va eseguita una terapia antibiotica. Non deve destare particolare preoccupazione anche se in realtà la possibilità che il batterio risalga lungo la via urinaria esiste. Dopo il trattamento medico bisogna lasciar passare circa una settimana e rieseguire l'esame delle urine.

Omosessuale di trent'anni. Frequenta un amico con il quale ha rapporti sessuali. Però gli è comparsa un'irritazione del glande che non regredisce nonostante la sospensione dell'attività sessuale.

Il rapporto sessuale di tipo omosessuale deve essere considerato a rischio per il fatto che, in seguito alla diversa conformazione istologica (diversità del tessuto) della mucosa dell'uretra e del canale anale, esiste una tolleranza diversa nei confronti dei batteri. Infatti si definiscono abituali quelli che, normalmente, popolano in determinato ambiente corporeo senza creare né danni né fenomeni infiammatori, per cui la mucosa uretrale non ha caratteristiche di tolleranza per alcuni batteri abituali del canale anale con conseguente facile contaminazione. La costante presenza di un'infiammazione tende a evolvere verso la cronicizzazione che comporta alterazioni strutturali e irreversibili del tessuto interessato.

Questo significa che il rapporto anale è sempre a rischio, anche in una relazione eterosessuale?

Nelle lettere nessuno scrive più di sifilide. E' stata debellata o c'è ancora?

Mi pare, comunque, che le patologie sono veramente tante.

Oggi, accanto allo studio degli agenti batterici tradizionali si affianca l'indagine sulle cause di diversa natura che possono determinare alterazioni funzionali di organi e apparati della riproduzione sia nell'uomo che nella donna. Un esempio, tra gli altri, è lo studio condotto sul batterio *Clamydia Trachomatis*: negli Usa vengono segnalati 3 milioni di casi ogni anno, in Svezia il 67% delle salpingiti acute risulta conseguente all'infezione da *Clamydia*. La molteplicità di microrganismi responsabili di infezione rende sempre più difficile una precisa diagnosi in seguito alla concomitanza di sintomi e di segni clinici. La ricerca (condotta mediante terreni di coltura) dei germi responsabili di proctatiti, vesciculiti, uretriti, vaginiti, cerviciti e salpingiti consente di giungere alla identificazione degli agenti infettivi in una percentuale variabile ma che, solitamente, non supera il 50%.

Ma, all'origine di tanto aumento, ci sono ragioni che non hanno a che vedere con la medicina.

Quella che i sociologi chiamano «spettacolarizzazione dell'erotismo», peraltro sempre più esplicita, ha creato modelli di comportamento sessuale che, se acriticamente accettati, possono indurre comportamenti tali che favoriscono la diffusione di patologie.

Allora, si sostituisca un momento ai sociologi: quali sono le cause che concorrono alla diffusione delle MTS?

Ci provo. 1) Lo sviluppo di interscambi sociali, sia per motivi di lavoro che di turismo. Questa situazione rende, molto spesso, impossibile la ricerca del portatore contaminante. 2) L'incertezza sul periodo di incubazione e l'esistenza di forme e di manifestazioni cliniche atipiche. 3) La diffusione capillare dei metodi anticoncezionali (non condom) che permette all'adolescente di iniziare molto presto la propria vita sessuale. Cosa che comporta un abbassamento dell'età degli ammalati (a rischio soprattutto i giovanissimi). 4) La difficoltà ad accettare presidi quali il condom che escluderebbe la possibilità di contagio. 5) Non trascurabile è la scarsa igiene genitale che frequentemente si riscontra durante la

visita medica. La raccolta di secrezioni, fisiologiche, all'interno del cappuccio prepuziale, facilita l'accrescimento batterico e quindi l'insorgenza di fenomeni infiammatori (questo dimostra la bassissima incidenza di neoplasie del pene in alcune culture, quali la ebraica, in cui i bambini alla nascita sono circoncisi). Nella donna esiste un habitat più idoneo data la conformazione anatomica dei genitali. In realtà, nel sesso femminile, risulta altrettanto scorretta la continua detersione dei genitali dato che comporta l'eliminazione anche di quei batteri considerati protettivi (bacillo di Douderlein) ossia che ostacolano l'accrescimento batterico. 6) Il completo cambiamento verificatosi nel modo e nel luogo d'infezione. Responsabili sono spesso «l'amico o l'amica», i rapporti occasionali legati al concetto della sessualità «usa e getta» che sembra essere una linea di condotta spesso praticata oltre che proclamata. 7) Anche una terapia farmacologica in alcuni casi può predisporre, se non addirittura esserne responsabile, a un'infezione batterica. Ciò si può verificare durante trattamento topico (locale) di lunga durata con cortisonici. È necessaria quindi una conoscenza dell'effetto specifico, di solito assente nell'autoprescrizione.

Insomma, siamo ben lontani dalla credenza, pure ancora diffusa, che le MTS si contraggono perlopiù nei rapporti con le prostitute.

Il profilattico è l'unica forma di prevenzione contro la MTS?

Come può avvenire il contagio oltre che per via sessuale? Mi riferisco ai locali pubblici, ma anche la doccia o il bagno in casa o ancora il contatto con la biancheria.

La diagnosi è complessa

Ho capito che la diagnosi non è facilissima. Ci può spiegare come si procede? Nella fase anamnestica vengono ricercate condizioni e situazioni che possano essere ritenute causa della manifestazione clinica: come, ad esempio, l'aver avuto rapporti a rischio (si definisce così ogni contatto sessuale, senza profilattico, avuto con persona non abituale ma occasionale anche se conosciuta) oppure semplicemente l'abituale frequenza di ambienti pubblici quali docce, servizi igienici in assenza delle normali precauzioni che devono entrare nella pratica quotidiana.

Poi si procede all'esame clinico.

Si fa disporre il paziente supino (pancia in su) con gli arti inferiori leggermente divaricati e quelli superiori posti ai lati del corpo. La valutazione comincia dalla cute alla ricerca di eventuali modificazioni del colorito e del trofismo (grado di elasticità e idratazione), di lesioni sia vegetanti che ulcerative. Non sono da sottovalutare quantità e disposizione del pelo pubico. Nell'uomo particolare attenzione va rivolta alla cute prepuziale (ricopre il glande) che rappresenta la prima regione dove si manifestano segni di infiammazione, i quali assumono caratteristiche diverse a seconda che si tratti di un disturbo recente (arrossamento) oppure di vecchia data (sclerosi), riconoscibile anche dal diffuso colorito biancastro e dalla progressiva perdita di elasticità del tessuto (forme croniche recidivanti). L'osservazione prosegue con la palpazione delle principali stazioni di linfonodi, in particolare nella regione inguinale. Segue la valutazione della forma e del volume dei testicoli e il riscontro di eventuali aree dolenti alla palpazione. L'esplorazione rettale nell'uomo e vaginale nella donna s'impongono di routine.

Passiamo agli accertamenti.

L'ecografia è l'indagine meno invasiva che consente una precisa valutazione del singolo organo che vi è sottoposto. Contestualmente si richiede l'indagine microbiologica per individuare l'agente batterico contaminante. Il test di Stamey, richiesto sia nell'uomo che nella donna, è considerato l'accertamento microbiologico più completo e consiste in una ricerca di batteri aerobi ed anaerobi (con rispettivo antibiogramma), micoplasmi, esame microscopico completo, ricerca di *Trichomonas*, eseguito sulle varie secrezioni genitali e quindi su tampone del solco balano prepuziale, tampone uretrale, secreto prostatico, sperma e urine nell'uomo e su tampone uretrale, tampone vaginale, cervicale e urine nella donna. In base ai dati ottenuti risulta possibile una corretta diagnosi causale che facilita la terapia per consentire l'eliminazione radicale dell'agente contaminante e prevenirne sia la diffusione che la recidiva.

Perché vuol mettere l'accento sul momento-diagnosi?

Nell'ambito delle malattie a trasmissione sessuale, frequentemente ci si basa sulla propria esperienza clinica, sui dati sintomatologici e su eventuali segni clinici presenti tralasciando la corretta impostazione diagnostica microbiologica, istopatologica e strumentale, che ho appena descritto. L'errore abbastanza comune è pensare che il processo infettivo interessi una sola zona o regione corporea escludendo, a priori, la possibilità di diffusione del processo infettivo. Questo accade con le

forme infettive ritenute tenui o poco importanti e con una scarsa sintomatologia (il cosiddetto fastidio) ma che possono essere causa di importanti disfunzioni di organi dell'apparato genito-urinario come la prostata, le vescicole seminali nell'uomo, tube ed ovaie nella donna. Basti pensare l'aumento dell'incidenza delle salpingiti (infezioni delle tube) e prostatite-vescicoliti (infezioni della prostata e vescicole seminali) da Clamydia che sono frequente causa di diminuzione della fertilità nella coppia, per comprendere quanto sia importante l'identificazione dei batteri anche in assenza di sintomatologia specifica. Altrettanta importanza rivestono le uretriti aspecifiche che possono complicarsi con flogosi (infiammazioni) ascendenti e lasciare segni indelebili a carico della prostata (le comuni calcificazioni intraprostatiche).

Finalmente, è il momento della terapia.

Anzitutto, alcuni consigli generali per escludere fattori che possano agire sia come irritanti che come tossici: controllo alimentare, bere molta acqua non gassata sia ai pasti principali che fuori, evitare alcolici e tabacco. L'astensione dai rapporti sessuali è consigliata al fine di evitare una eventuale contaminazione o ricontaminazione della e dalla partner, con il rischio della cronicizzazione del fenomeno infiammatorio. La terapia farmacologica si avvale di antibiotici e antinfiammatori. I primi, di solito, vengono testati sul singolo batterio isolato valutandone resistenza o sensibilità. Verifica eseguita dal laboratorio analisi su richiesta dello specialista. L'associazione con l'antinfiammatorio serve a limitare lo stato infiammatorio, di solito connesso all'infezione. Esistono forme particolarmente resistenti alla terapia (in genere, le postatiti batteriche) che richiedono un trattamento prolungato.

Ci sono anche trattamenti fisici?

Sì. Per esempio, la crioterapia, che distrugge piccole neoformazioni cutanee (verruche, papillomi ecc.). Poi la radioterapia, utilizzabile in alcune dermatosi infiammatorie e nella distruzione di tumori cutanei; però, a distanza anche di anni, possono comparire radiodermi. La diatermocoagulazione, impiegata nella distruzione di piccoli tumori cutanei, di neoformazioni cutanee infiammatorie, in alcune patologie virali (condilomi, verruche ecc.).

Aids, una guerra in corso

Tocchiamo ora l'argomento Aids, di triste attualità.

Aids è l'acronimo inglese di Acquired Immunodeficiency Syndrome ovvero Sindrome di Immunodeficienza Acquisita. È una condizione patologica causata dal virus Hiv che va ad attaccare alcune cellule del sistema immunitario, le distrugge e, nell'arco degli anni, deprime le funzioni di difesa ed espone l'organismo a malattie costituite da infezioni opportunistiche e da insolite forme di tumori maligni. I primi casi di Aids sono stati scoperti negli Stati Uniti nei primissimi anni '80 tra giovani omosessuali di S. Francisco e New York; in seguito l'epidemia si è estesa anche ai tossicodipendenti e gli emotrasfusi. Ora non è più così. Sono variate le vie di trasmissione: vi è una notevole riduzione della trasfusione di sangue e derivati, è modesta quella per via omosessuale e da siringa; in forte aumento, invece, quella per contatto eterosessuale, soprattutto di età tra i 15 ed i 30 anni, con importanti variazioni del rapporto uomo-donna che si sta spostando rapidamente a favore del sesso femminile. L'Italia è il terzo paese europeo per diffusione, dopo la Francia e la Spagna.

Come avviene il contagio?

Esclusivamente attraverso il contatto con sangue, sperma o mucose vaginali infette. L'uso di una siringa non sterile per iniettarsi sostanze stupefacenti in vena è frequente tra i tossicodipendenti: questo espone ad un elevato rischio di infezione. Gli omosessuali maschi sono invece stati inizialmente il gruppo più colpito dal contagio per via sessuale in quanto alcune caratteristiche delle loro abitudini sessuali, quali la frequenza, la promiscuità e le modalità stesse dell'atto sessuale, predispongono maggiormente alla trasmissione del virus. Ma adesso sono molto più attenti degli eterosessuali nell'uso costante del preservativo. Questa, infatti, è l'unica prevenzione efficace per quel che riguarda la trasmissione per via sessuale. Per il suo corretto uso rimando al capitolo sulla contraccezione. L'infezione comincia quando il virus Hiv penetra nell'organismo umano, o direttamente attraverso il circolo sanguigno, oppure per via mediata: attraverso ferite o punture accidentali; attraverso liquidi biologici contaminati come quelli sessuali; per via prenatale o perinatale da madre a figlio. Il lasso di tempo che intercorre tra la penetrazione del virus e la sierconversione è il periodo di latenza o di «finestra immunologica»; nel 95% dei casi dura dalle 3 alle 12 settimane, comunque entro sei mesi la risposta corporale è presente a tutti gli effetti. Con la sierconversione inizia l'infezione cronica da Hiv, con un lunghissimo periodo di incubazione, in cui il virus è efficacemente combattuto dal sistema immunitario e non dà alcun sintomo.

È vero che l'Aids può essere trasmesso anche attraverso le lacrime e la saliva? No, il virus passa attraverso i liquidi e le secrezioni degli organi genitali ed il sangue. Se, però, il virus è presente in grande quantità nella saliva la trasmissione diviene teoricamente possibile. Ma finora questa circostanza non è stata mai verificata.

Come si fa la diagnosi?

La presenza del virus Hiv può essere accertata solo attraverso il test. Quello più usato è l'Elisa. E' di facile esecuzione, poco costoso, molto affidabile e con una sensibilità e specificità superiore al 98%. Nel caso in cui il test dia risultato positivo, viene ulteriormente controllato con un secondo test, il Western Blot, il quale permette di individuare gli anticorpi specifici per i vari antigeni virali. Il test per la sieropositività deve essere eseguito quando si ritiene di avere avuto un comportamento a rischio, ovvero quando si è venuti a contatto con sangue infetto, o ritenuto tale, oppure quando si sono avuti rapporti sessuali con partner occasionali. Il test va eseguito non prima di 6-8 settimane dal comportamento a rischio e ripetuto a sei mesi dal presunto contagio, questo per neutralizzare il «periodo finestra». Il risultato è assolutamente anonimo e personale; il personale medico che esegue il test è vincolato dal segreto professionale. Tuttavia far conoscere il risultato del test ad altri medici è lecito e doveroso se corrisponde agli interessi del malato. Alcuni farmaci, ad esempio, vanno evitati per le persone sieropositive; alcuni interventi chirurgici vanno ben meditati prima di essere praticati.

In che modo si manifesta, quando diventa sintomatico?

L'Aids provoca una grave compromissione del sistema immunitario, in seguito alla quale l'organismo è esposto all'aggressione dei più svariati agenti infettivi (batteri, virus, funghi, etc.) senza un'adeguata reazione di difesa da parte delle cellule preposte a questo compito. Ne deriva una predisposizione all'infezione e un'incapacità a far fronte alle gravi alterazioni che queste comportano. L'organismo è quindi minato in una delle sue funzioni più essenziali e presenta una grande vulnerabilità; la febbre, il dimagrimento, il rallentamento psicomotorio sono i sintomi esteriori di un danno più profondo e diffuso. Questa fase si chiama Aids conclamato. Le patologie Hiv-correlate sono causate da agenti infettivi opportunisti che vanno a colpire uno o più organi. Fra le più frequenti ricordiamo la polmonite da P. carinii, la Toxoplasmosi cerebrale, l'esofagite da Candida, la Micobatteriosi, e l'infezione oculare e sistemica da Citomegalovirus.

Inoltre si annoverano tra le manifestazioni morbose dell'Aids anche alcuni tumori maligni quali il sarcoma di Kaposi ed i linfomi.

Qual è la situazione terapeutica?

La ricerca punta alla scoperta di un agente antivirale capace di guarire gli ammalati e di un vaccino efficace per prevenire l'infezione. Purtroppo, per ora, nessuno di questi due obiettivi è stato raggiunto. Negli ultimi anni si è avuto un grosso impulso nella preparazione e nella sperimentazione dei cosiddetti farmaci antiretrovirali: queste sostanze sono in grado di limitare la replicazione del virus, ma sono purtroppo caratterizzate da una certa tossicità. Inoltre, stanno ottenendo successo le associazioni tra farmaci, tanto da poter far credere che, se non è ancora possibile vincere la malattia, si possa trovare il modo di far convivere il malato con essa. Per quanto riguarda il vaccino, che normalmente si usa ai fini di produrre anticorpi protettivi, quelli prodotti finora contro l'Hiv non sono risultati validi; le speranze di successo sono limitate per la grande variabilità dei virus finora isolati, anche se molti scienziati invitano a nutrire fondate speranze. La sperimentazione inoltre è difficile: la prova risolutiva, infatti, consisterebbe nell'inoculare il virus in soggetti sani, per poter valutare se il vaccino protegge realmente dall'infezione. Una procedura che non è certamente etica nell'uomo e che non può essere utilizzata sugli animali, poiché l'Hiv, per il momento, produce l'infezione solo nell'essere umano. Alcune sperimentazioni sugli scimpanzè rappresentano l'eccezione a questo quadro: è una strada in cui i ricercatori sembrano avere molta fiducia.

7. IL SESSO CHE NON C'E': IL TERZO

Le lettere

Ho 36 anni e sono single. Spesso provo un senso di disagio nei confronti delle donne. Eppure se passa una ragazza mi volto a guardarla. L'idea di entrare in rapporto con una donna mi blocca totalmente; pensare di abbracciarla, baciarla, mi fa andare in tilt. E' un fatto di cromosomi?

Antonio, Brescia

Sono preoccupata per il mio nipotino di 4 anni. Anziché giocare, ama fare i lavori di casa, la pasta, il minestrone e tutto ciò che vede fare a sua madre. Gli piace «travestirsi» con gli abiti della mamma. Il pediatra ci ha tranquillizzato, ma noi non ci siamo convinti. Non è meglio intervenire subito?

Giorgia, Treviso

Cominciamo dalla definizione di omosessualità

Questo termine, coniato da Krafft-Ebing, è spesso interpretato come «amore tra uomini» per lo scorretto collegamento di «omo» con il latino «homo» ossia uomo e non come correttamente si deve fare con il greco «homos» ossia uguale. Omosessualità è perciò la tendenza spontanea a rivolgere l'attenzione erotica e sessuale verso persone dello stesso sesso. L'omosessualità comprende dunque anche l'inclinazione omoerotica femminile, definita anche lesbismo (dall'isola di Lesbo dove viveva la poetessa Saffo che la tradizione vuole omosessuale).

Negli ultimi anni gli omosessuali hanno saputo porre i loro problemi all'attenzione della società. Quanti sono?

Già Alfred Kinsey, intorno agli anni '50, suscitando grande scandalo, calcolò che il 37% della popolazione maschile aveva avuto almeno qualche esperienza omosessuale fra l'adolescenza e l'età avanzata; il 10% era stato più o meno esclusivamente omosessuale per almeno tre anni nel corso della vita; il 4% lo era stato sempre dall'adolescenza in poi. Dopo Kinsey sono stati fatti molti altri tentativi, sia negli Stati Uniti che in altri Paesi, di studiare l'orientamento sessuale usando tecniche più rigorose e sono risultate stime notevolmente più basse. Al momento la più attendibile sembra essere quella per cui circa il 2-4% della popolazione maschile e lo 0,5-1% della popolazione femminile è prevalentemente

omosessuale per gran parte della vita (secondo queste percentuali in Italia ci sarebbero circa due milioni e mezzo di omosessuali).

Non è stata facile la vita per gli omosessuali.

Per moltissimo tempo si è pensato che l'omosessualità fosse una patologia da cui la società si doveva difendere. Gli omosessuali erano visti come «corruttori di giovinetti» che dovevano essere allontanati dal circuito del viver civile. Essi venivano quindi rinchiusi in galera o nei manicomi perché considerati delinquenti o, peggio ancora, psicopatici. Lentamente, anche grazie all'impegno continuo degli stessi omosessuali, questa visione è andata lentamente modificandosi. Ancora oggi, però, vi sono molti strati della popolazione che considerano gli omosessuali come «pericolosi» o «ridicoli». L'omosessualità continua a essere argomento per trattazioni scientifiche, anche se la morale sta cambiando e questa preferenza sessuale è sempre meno considerata una «colpa».

Stabilire le cause non è facile. Anzi è un argomento controverso.

Sì, soprattutto la questione se l'omosessualità sia dovuta a fattori genetici, morfologici, biologici o sociali. L'antropometria, che studia la misurazione dei caratteri somatici, riteneva ad esempio che gli omosessuali fossero un gruppo «diverso», il cui destino è segnato fin dalla nascita a causa delle forme e misure del proprio corpo, in particolare, dalla larghezza e forma del bacino. La maggior parte degli psicoanalisti ritiene che l'omosessualità sia un fenomeno causato dalla fondamentale bisessualità dell'individuo e che sia indotta dai rapporti familiari. Ossia il giovane o la giovane che non riescono a prendere le giuste distanze dal genitore dello stesso sesso, possono sviluppare una tendenza all'omosessualità.

Freud ha approfondito l'argomento?

Arrivò ad attribuire l'omosessualità maschile all'incapacità del bambino di staccarsi dall'intenso legame sessuale con la madre: una volta cresciuto il giovane si identifica con la figura materna anziché con quella paterna. E' l'inversione del complesso di Edipo, personaggio della tragedia greca, che uccise il padre e si congiunse con la madre. Freud individuava poi le cause della mancata separazione nel carattere estremamente vincolante della madre, nell'ostilità, nella debolezza o assenza del padre. Per Freud, dunque, l'eterosessualità rappresenta la condizione adulta normale e l'omosessualità uno stato patologico derivante dall'arresto dello sviluppo causato soprattutto da un cattivo rapporto con i

genitori. Alcuni sessuologi, invece, ritengono che le due ipotesi possono essere riunite tra loro.

Per l'omosessualità femminile si parla di complesso di Elettra. Cos'è?

E' il corrispettivo femminile del complesso di Edipo. Il nome deriva da una tragedia greca. Elettra era figlia di Agamennone e di Clitennestra. Per vendicare la morte del padre si alleò con il fratello Oreste per uccidere la madre. Questa tragedia diede lo spunto per descrivere quel periodo dell'infanzia, che si situa intorno ai 5 anni, in cui la bambina passa appunto attraverso il complesso di Elettra. Nel momento in cui scopre di non possedere un pene comincia a provare rabbia verso la madre (non l'ha generata col pene) e desidera compensare tale mancanza avendo un figlio dal padre. Nell'impossibilità di competere con la madre per la conquista del padre la bambina comincia a non vederla più come una rivale ma come una figura da imitare e da prendere a esempio. A questo punto riesce a spostare i suoi interessi amorosi dal padre alle altre figure maschili. Meccanismo che è inconscio. La sua mancata risoluzione può avere come conseguenza la scelta omosessuale.

Ci sono ancora altre opinioni.

E' estremamente incerto se l'ereditarietà o la costituzione ormonica abbiano influenza sul comportamento omosessuale. Anche l'interpretazione biologica non spiega il fatto che la frequenza dell'omosessualità è soggetta a fortissime variazioni a seconda dei paesi, delle culture, dei tempi, delle mode del momento e soprattutto dell'atteggiamento della gente nei confronti del fenomeno. Recenti ricerche segnalano che alcune aree dei cromosomi sessuali condizionano l'orientamento mentale dell'individuo. Un soggetto maschio, geneticamente predisposto a un atteggiamento femminile, in particolari condizioni ambientali (iperprotezione familiare, contatti solo con bambine) può orientare il suo comportamento verso l'omosessualità. Insomma, sembra che non sia soltanto la genetica e neppure la sola influenza ambientale bensì la presenza di ambedue i condizionamenti a determinare la scelta omosessuale.

Quali situazioni possono indurre omosessualità transitorie?

Il servizio militare, la lunga navigazione, la permanenza in gruppi tecnici che lavorano in zone deserte, il collegio, il carcere.

Si può fare una suddivisione secondo i vari atteggiamenti?

Secondo alcuni autori si deve sempre tenere presente la struttura della personalità. Gli studiosi distinguono tre grosse famiglie. Nella prima rientrano le persone con una struttura della personalità in «posizione perversa». L'aggettivo qui non ha valore morale ma sta a significare che in loro vi è una accettazione completa della situazione «diversa». Da questi soggetti l'omosessualità è liberamente vissuta senza troppe paure o condizionamenti sociali. Generalmente non si rivolgono al medico in quanto stanno benissimo così come sono. Le persone della seconda categoria si dicono in «posizione nevrotica». In questa fascia rientra la maggioranza dei soggetti omosessuali. La loro condizione è mal tollerata e genera quindi grossi carichi di ansia e sentimenti di colpa che li porta a chiedere aiuto alla figura di uno specialista per riuscire a risolvere questa situazione per loro intollerabile. Generalmente le prime avvisaglie si hanno nell'adolescenza. La ragazza (o il ragazzo) non riesce più a staccarsi da questa abitudine sessuale. Spesso anche le esperienze eterosessuali che risultano molto insoddisfacenti, portano a rafforzare la ricerca dell'amore omosessuale. In un'ultima categoria si fanno rientrare le personalità in «posizione psicotica» dove la psicosi (che mette a nudo le tendenze inconscie) può portare bruscamente alla ribalta quel tanto di omosessualità che è presente in tutti noi.

Cosa si può dire di diverso per l'omosessualità femminile?

I meccanismi profondi che portano all'omosessualità femminile sono molto meno noti. Le donne si rivolgono più raramente al medico con richieste di aiuto. Forse adesso l'ammissione di lesbismo da parte di attrici e scrittrici note potrebbe cambiare la situazione. Per una bambina il momento più importante per il suo sviluppo sessuale è la vista di un pene. Praticamente questa visione può suscitare due paure immediate. La prima: quella di essere penetrata, «violata». La seconda riguarda il senso di diversità rispetto all'altro (perché io non sono uguale a lui? Forse ero fatta così anch'io e poi per punizione sono stata mutilata?). Tali paure e questi pensieri possono (quando la bambina è diventata una donna) disturbare il godimento sessuale rendendolo possibile solo escludendo il pene.

E quindi cosa succede?

Questi meccanismi (sempre e comunque inconsci) comportano un paio di conseguenze. La bambina rifiuta la figura paterna considerata minacciosa e quindi vive sentimenti di tipo persecutorio nei confronti degli uomini. Idealizzerà la madre (o meglio la femminilità) e diventerà questo il suo oggetto di ricerca amorosa. Oppure, anziché rifiutare il padre, si identifica con lui portatore del

pene. Di conseguenza ricerca una relazione di tipo attivo con figure femminili che rappresentano un sostitutivo della madre. Una variante di questo meccanismo è quella in cui la ricerca è focalizzata su ragazze molto giovani.

Quale terapia può adottare il medico?

Per prima cosa chiunque abbia a che fare con l'omosessualità deve sgombrare il campo da eventuali incomprensioni ed errori di diagnosi. Che possono essere un alibi per quei soggetti che preferiscono credere a un'anomalia congenita piuttosto che affrontare il problema. Un altro punto cardine è la distinzione che si deve operare tra un caso di omosessualità passeggera di tipo adolescenziale da un caso di omosessualità adulta. In genere i colloqui in questi casi tendono a banalizzare l'episodio e a ridare fiducia in sé stesso al soggetto proprio per evitare che viva come una colpa ciò che, al contrario, può essere un episodio di poca importanza. Sgombrato il campo da eventuali incomprensioni, si deve passare a una dettagliata analisi della personalità. Può essere significativo un aforisma: è sempre meglio un omosessuale felice del suo stato che un eterosessuale infelice.

Non tutti accettano le proprie inclinazioni sessuali.

Non sempre i sentimenti coincidono con il comportamento. Vi sono persone con sentimenti decisamente omosessuali che per vari motivi (religione, conformismo sociale e altro) non tradurranno mai la loro tendenza nella pratica. Così come altre persone, con sentimenti eterosessuali hanno in gran parte attività omosessuale per motivi di sussistenza o perché non trovano partner di sesso opposto. Vorrei precisare che i termini eterosessuale, bisessuale e omosessuale non descrivono in maniera esauriente la sessualità di una persona: all'interno di tutte e tre queste categorie i singoli individui differiscono notevolmente nelle loro attività e ruoli.

Cosa vuol dire? Che ognuno è o non è gay a modo proprio?

All'interno dei rapporti omosessuali vi sono uomini che hanno un comportamento molto effeminato e preferiscono il ruolo recettivo nel rapporto anale e altri che si comportano da eterosessuali se non addirittura da veri macho e che nel rapporto assumono solo il ruolo attivo. Tuttavia le preferenze non sono prevedibili in base al comportamento generale dell'individuo e, inoltre, numerosi studi hanno messo in luce che molti gay non manifestano una predilezione particolare per l'uno o l'altro dei ruoli tanto da cambiarli liberamente anche con lo stesso partner. L'erotismo omosessuale si caratterizza in genere per l'estrema

varietà e libertà dei rapporti, tesi il più delle volte al rapido soddisfacimento del desiderio sessuale.

Le associazioni gay puntano al riconoscimento di vere e proprie famiglie.

Esiste una tendenza alla formazione di unioni stabili e durature, ma queste, ancora in mancanza di un legame sociale riconosciuto, rimangono perennemente sull'orlo della disgregazione. Perciò, come hanno dimostrato varie indagini svolte soprattutto negli Usa, la vita erotica di un gay è contraddistinta, in particolare tra i 20 e i 40 anni, da un'alta frequenza di rapporti sessuali e da un altrettanto cospicuo numero di partner.

Può chiarire la differenza tra omosessuali, travestiti e transessuali?

Omosessuale è chi ha un richiamo verso l'individuo del suo stesso sesso. Travestito è un soggetto che, pur mantenendo la sua identità maschile, desidera ogni tanto vestirsi da donna. Il transessuale è un soggetto che invece non sta bene nel suo sesso anatomico e può essere un uomo o una donna che vive con disagio i propri attributi genitali (in genere trasformano le loro sembianze con interventi chirurgici).

Esistono i bisessuali?

Ci sono persone con istanze omosessuali ed eterosessuali. Del resto, ognuno di noi ha dentro di sé una componente di omosessualità e un'altra di eterosessualità. È importante cercare di capire quella che prevale. Potrebbe esserci una coesistenza di entrambe le istanze: si parla in questo caso di bisessualità. Se le fantasie erotiche di un uomo sono orientate prevalentemente verso gli uomini, si può pensare che non ha ancora avuto un incontro con una partner che lo abbia gratificato e che forse la scelta di rapporti omosessuali sia stata frutto di circostanze, ad esempio il collegio o altre situazioni del genere.

Il cruccio di molti omosessuali è quello di non riuscire a confidarsi con i genitori.

Eppure è molto importante dialogare con i familiari cercando di valutare innanzitutto la loro disponibilità a parlare e l'apertura verso queste tematiche. L'informazione da dare è che l'omosessualità, se vissuta bene, è considerata oggi dalla medicina come normale.

Adesso una serie di curiosità pratiche, tratte dalle numerose lettere che riceve. E' vero che gli omosessuali si riconoscono tra loro con gesti e segni convenzionali?

E' vero per gli omosessuali quanto per gli eterosessuali. Infatti ci sono codici di comportamento, una manifestazione del proprio pensiero e della propria volontà che avviene attraverso la parola ma anche attraverso i gesti, gli ammiccamenti, cosa tipica anche del mondo animale. Questi rituali di corteggiamento negli omosessuali talvolta sono un poco più evidenti sia per certe esteriorità che per certe coloriture del comportamento.

Perché all'inizio l'Aids ha colpito particolarmente gli omosessuali?

Sono a rischio gli atteggiamenti e i comportamenti sessuali: sia di un eterosessuale sia di un omosessuale. L'Aids si è diffusa tra gli omosessuali e i tossicodipendenti perché erano e sono soggetti che più frequentemente hanno comportamenti a rischio. Quindi non esiste una categoria a rischio bensì esistono dei comportamenti a rischio. Il rapporto genito-ale è sempre quello più pericoloso, in assenza di profilattico.

Eppure c'è un giovane, per esempio, che le chiede se può assecondare il suo partner che non vuole usare il preservativo.

Non deve assecondarlo. L'uso del profilattico nel rapporto genito-ale è un imperativo categorico che deve essere seguito tanto da omosessuali quanto da eterosessuali. Infatti non si deve temere solo il contagio Aids. Le patologie che possono essere trasmesse con questo tipo di rapporto determinano poi problemi non solo all'individuo ma alla coppia perché si ritrasmettono. Sono patologie infiammatorie, in particolare uretriti e prostatiti.

Un ragazzo di 17 anni : «Da piccolo ho sempre amato indossare gli abiti della mamma». Ora si sente più a suo agio con gli amici perché le ragazze gli fanno paura. Deve considerarsi omosessuale?

La pubertà è un momento molto difficile in cui si cerca la propria identità sessuale. Certe omosessualità di quel periodo le abbiamo vissute tutti. In questo caso è possibile che ci siano difficoltà nell'elaborazione dell'identità sessuale, non anatomica chiaramente, ma psicologica. A 17-18 anni è opportuno parlarne con il medico o con uno psicologo che sicuramente aiuteranno a capire quali sono le istanze del ragazzo.

Un omosessuale racconta che molti dei suoi compagni occasionali sono uomini felicemente sposati e padri di famiglia. E' possibile?

E' esperienza di ogni medico conoscere individui all'apparenza felicemente sposati, con una vita «normale», che poi di sera ricercano avventure con omosessuali, travestiti o transessuali. Sono persone disturbate nella loro sessualità, nelle loro scelte e, al di là di questo, determinano gravi rischi per sé stessi e per gli altri perché i loro rapporti occasionali sono frequentemente senza preservativo. Quindi con la possibilità di contrarre malattie a trasmissione sessuale che poi trasferiscono alla moglie o alla loro partner.

Un ragazzo di 18 anni racconta con tenerezza di essersi innamorato di un compagno di classe che lo contraccambia. Sono entrambi alla prima esperienza sessuale e vorrebbero un consiglio affinché il loro primo rapporto sia all'altezza dei sentimenti.

Se a 18 anni ha identificato la sua vera volontà e se quella del compagno è assolutamente certa, se non è qualcosa di occasionale o che viene fatto per fare un dispetto ad altri e infine se ambedue non hanno il minimo dubbio su quello che potrà essere il loro futuro, consiglio di iniziare con rapporti reciproci non penetrativi al fine di conoscersi meglio non solo dal punto di vista genitale ma dei desideri e della sensibilità.

Un altro giovane è attratto da persone del suo stesso sesso. Ha fatto di tutto per contrastare questa tendenza fino ad avere rapporti sessuali con ragazze che però sono serviti solo a rafforzare la sua paura. Si vergogna tantissimo.

Il fatto che senta una forte attrazione per le persone del suo stesso sesso è chiaramente indice di omosessualità. Preoccupa però il fatto che se ne vergogni perché è il sintomo che non vive serenamente questo desiderio. E allora deve cercare di capire se si vergogna perché gli altri lo beffeggiano. In questo caso il problema è superare i giudizi altrui. Se, invece, c'è un contrasto fra la volontà razionale di sposarsi e di avere dei figli e il desiderio di avere un rapporto con un altro uomo, c'è un conflitto che può provocare disturbi, manifestazioni di instabilità anche psicologica. Sono soprattutto questi i casi in cui è opportuno ricorrere a un supporto di tipo comportamentale, a cominciare dal proprio medico.

Tra gli omosessuali esiste il sentimento della gelosia?

L'amore, l'odio, la gelosia, o qualsiasi altro sentimento, sono universali in ogni essere umano. Ciò che è specifico nella grande maggioranza degli omosessuali è una certa insicurezza in sé stessi causata dalla struttura della loro personalità. L'essere omosessuali è una condizione per molti aspetti non totalmente accettata né dalla persona stessa, né dalla famiglia, né tantomeno dalla società. Questo insieme di fattori concorre a porre le basi di quella insicurezza che si ripercuote sul rapporto di coppia sfociando a volte in sentimenti conflittuali. Si potrebbe quasi dire che l'omosessuale è molto più esposto ai turbamenti sentimentali che non una persona eterosessuale.

Una ventenne da un paio di anni ha un rapporto omosessuale con un'amica. All'inizio sembrava andare tutto a meraviglia, ma dopo un po' non era più convinta della situazione. Quindi ha diradato gli incontri, ma non vuole smettere di vedere l'amica. Chiede un consiglio.

La prima cosa da fare è capire se veramente ha istinti e desideri di tipo omosessuale. In questo processo potrebbe farsi aiutare da un esperto. Oppure parlarne proprio con l'amica. Nel momento in cui avrà le idee chiare allora potrà essere più decisa nelle scelte. È abbastanza frequente avere esperienze omosessuali, più o meno lunghe, senza che questo comporti una fissazione definitiva a questo orientamento.

Abbiamo parlato di uomini che, pur essendo regolarmente sposati, hanno una seconda vita con rapporti omosessuali. Capita anche alle donne?

Abbiamo visto che è abbastanza comune avere gusti sessuali non precisamente definiti. Si tratta di persone che possono sposarsi e avere una vita matrimoniale all'apparenza regolare e tranquilla. I problemi sorgono se l'omosessualità latente in loro comincia a farsi evidente. Questo processo vale sia per gli uomini che per le donne.

Mi pare che ci sia una storia che dimostra come alle volte una madre può creare condizionamenti negativi.

Una collega ha avuto in cura una giovane con problemi di omosessualità. G. (come chiamerò da ora in poi la paziente) era stata mandata dalla madre, che durante la telefonata si era manifestata molto turbata ma anche decisa nel dire che sua figlia era disturbata, senza specificare come e perché. Ed era ansiosa nell'aggiungere che G. aveva bisogno di aiuto. Arrivò il momento del primo colloquio e la dottoressa si trovò di fronte una giovane ben curata e di

intelligenza pronta e vivace. Per parecchie sedute non giunse a specificare nulla che avesse potuto allarmare così tanto la madre. Dopo poco tempo G. (durante una seduta che si preannunciava senza grosse novità) disse che doveva confessare un terribile segreto: un episodio (avvenuto tre anni prima) di amore omosessuale. Questo episodio era stato di breve durata e non aveva turbato più di tanto la personalità di G. che lo aveva vissuto come un'esperienza un po' spinta ma non pericolosa.

E allora, come nacque il problema?

G. aveva sentito il bisogno di confidarsi con la madre per capire meglio ciò che le era successo. La trovò molto dura tanto che riuscì a inculcarle l'idea di essere una persona anormale. Per G. la madre era una figura importante e, a seguito di questi rimproveri, la ragazza non riuscì più ad avere rapporti sessuali né omo né etero. In lei era nata l'idea che l'amore era qualcosa di sporco, da evitare. Si cominciò a questo punto ad approfondire quelli che erano stati i suoi rapporti con i genitori e in particolare con la madre. Fin dall'infanzia la figura materna era stata vista da G. come predominante. Il padre era una figura quasi del tutto assente, soprattutto per motivi di lavoro. G. era, da un lato, pentita di essersi aperta con la madre viste le conseguenze della sua confidenza e, dall'altro, diceva di non averne potuto fare a meno.

Come è finita?

Dopo molto tempo e lavoro si giunse a capire che l'episodio omosessuale era solo una vicenda adolescenziale passeggera e che non avrebbe avuto assolutamente nessuno strascico se la madre avesse reagito meglio. Ciò che era necessario prendere in considerazione era il rapporto tra G. e la madre. Lentamente in G. si manifestò il desiderio di diventare indipendente, che la portò a strutturare un'idea di sé molto solida. Arrivò poi a conoscere e innamorarsi di un ragazzo con il quale ebbe una lunga e proficua relazione.

8. QUANDO L'AMORE DELUDE

Le lettere

Sono una donna di 52 anni, sposata, con due figli. La mia vita familiare è stata sempre serena. Ma cinque anni fa ho conosciuto un uomo che mi ha sconvolto. Io così riservata, ho avuto una breve avventura conclusasi con un rapporto intimo. Mio marito se ne è accorto, ho ammesso la verità, lui è stato molto comprensivo, mi ha perdonato e io non ho più rivisto l'altro. Ma da allora non riesco più a eccitarmi quando faccio l'amore, se non pensando a quel mio incontro di una volta.

Anita, Teramo

La mia unione è felice, tuttavia non riesco sempre a trovare piacere nei rapporti sessuali con mio marito. Confesso che alcuni anni, stanca di essere tradita, ci ho provato anch'io. Ma anche in quel caso le mie sensazioni sono state alterne.

Giovanna, Porto San Giorgio

Cominciamo dalla gelosia, presente in quasi tutti i rapporti di coppia. Cos'è?

La parola gelosia deriva dal latino medievale di origine greca *zelus* che significa zelo, ardore e anche spirito di emulazione, ansia, invidia. Consiste in uno stato di alterazione dell'equilibrio interiore, che si manifesta con dubbio e sospetto nei confronti della persona amata, paura di perderne il possesso e l'affetto esclusivo.

Si dice che la gelosia sia incompatibile con la civiltà.

Al contrario. E' la nevrosi tipica della civilizzazione, nasce nelle società patriarcali che hanno introdotto il concetto di proprietà privata e decretato che la donna è proprietà dell'uomo, anzi la proprietà più importante. Anche la gelosia femminile è una conseguenza dei valori diffusi nelle società patriarcali: la donna teme il tradimento perché non vuole perdere il partner che rappresenta per lei e per i propri figli il sostegno economico e morale.

C'è chi sostiene che la gelosia sia una caratteristica biologica, innata, dell'uomo. E' d'accordo?

No, è un'idea errata. Nelle civiltà matriarcali e in quelle dove né l'uomo né la donna si considerano proprietà reciproca, la gelosia non esiste. L'istituzione del «prestito della donna», che sopravvive in molte culture, conferma che l'uomo non

si sente affatto disonorato, ma anzi orgoglioso e ritiene una componente integrante e ovvia dell'amicizia, mettere a disposizione dell'ospite la moglie o la figlia. Anzi, in questi casi è ancora più frequente che la donna stessa abbia il diritto di scegliersi l'ospite come partner sessuale se ne ha voglia. È discussa anche l'idea che le lotte tra animali durante il periodo degli amori esprimano una sorta di gelosia. Infatti non si configurano come la difesa del diritto maschile a rapporti sessuali esclusivi con la femmina, bensì come la chiarificazione di una gerarchia sessuale. Il maschio più forte si conquista il diritto alla prima copula e quindi alla più probabile trasmissione dei propri geni alla prole.

In alcuni strati sociali la gelosia è più sentita.

Sì. Da una ricerca psicologica svolta negli Stati Uniti risulta che si è più inclini alla gelosia nei seguenti casi: se si è in condizione di svantaggio economico; quando si ha un carattere insicuro; si convive senza essere sposati.

Che cosa si intende di preciso per tradimento?

Il termine tradimento ha un significato ampio in quanto si può tradire sia il proprio partner che un amico, la fiducia che una persona ha riposto in noi, anche se stessi e i propri ideali. Giuridicamente viene usato il termine adulterio che significa proprio delitto contro il matrimonio connesso con l'atto sessuale della moglie con persona diversa dal marito; si parla comunemente anche di adulterio del marito, ma l'esatto termine legale è concubinato. In Italia, fino al 1968, l'adultera e il suo correo erano punibili con la reclusione fino a un anno e, in caso di relazione abituale, fino a due anni. Ben più severe erano le pene inflitte nell'antichità e, tuttora, in alcuni Paesi musulmani. Ormai nel linguaggio comune il termine adulterio è caduto in disuso sostituito da «relazione extraconiugale» o «infedeltà» ma le motivazioni che ne sono alla radice sono sempre uguali: ricerca di evasione, generica insoddisfazione nel rapporto di coppia, desiderio, anche se momentaneo, di un partner diverso dal solito.

AVETE TRADITO IL PARTNER?		
	UOMINI %	DONNE%
NO	33,7	44,5
SI, UNA SOLA VOLTA	26,8	19,4

SI, SPORADICAMENTE	16,5	13,1
SI, SISTEMATICAMENTE	13,6	12,0
NON LO DICONO	9,4	11,0
MOTIVAZIONI ALL'ADULTERIO		
EVASIONE ROUTINE	25,4	28,1
DISAGIO CONIUGALE	20,1	26,1
RITORSIONE A TRADIMENTO	10,5	13,2
DESIDERIO ALTRO PARTENER	31,3	20,1
EMOZIONE PER TRASGRESSIONE	5,7	6,2
ALTRO	7,0	6,3
I GIORNI DELLA SETTIMANA IN CUI SI TRADISCE DI PIÙ VENERDÌ e LUNEDÌ		

E' vero che il tradimento può portare alla depressione?

E' una circostanza emersa da una ricerca effettuata dal Telefono Verde Aids della Regione Emilia Romagna su un campione di 5516 utenti del servizio. Il 14,36% dei mariti e il 25% delle mogli che hanno avuto uno o più rapporti sessuali extramatrimoniali, hanno avuto come conseguenza reazioni psicologiche legate a forti sensi di colpa che scatenano depressione, ipocondria o fobia. In alcuni casi talmente gravi da rendere necessario l'intervento di psicologi o di psichiatri.

C'è chi cambia idea in corso di relazione. Traggo da una lettera: «Ho 34 anni e un buon rapporto con il mio partner che ne ha 40. La nostra storia è iniziata all'insegna della coppia aperta, teoria che condividavamo e che ci ha uniti per molto tempo. Da un po' però io non riesco più a sopportare le sue relazioni extra e i racconti successivi che mi fa. Ma non ho il coraggio di dirglielo perché ho paura di perderlo». E chiede aiuto.

Se lei razionalmente ha accettato questa moda è possibile che successivamente la sua sfera emotiva abbia prevalso, a dimostrare che l'amore è stretta condivisione. Cioè non è né libero né coatto ma è solo amore.

Un altro problema: «Ho 54 anni e un marito di 58. Da molto tempo abbiamo scarsissimi rapporti sessuali ma la cosa la giudicavo normale vista la nostra età e le tante preoccupazioni sia lavorative che economiche. Ma qualche giorno fa, entrando in bagno, mi sono accorta che mio marito si masturbava di nascosto. Non sono mai stata gelosa ma il sentimento che ho provato in quel momento credo si sia trattato proprio di gelosia: perché da solo si e con me no?».

La possibilità che un uomo in costanza di matrimonio abbia occasionalmente attività autoerotica è frequente. Le esigenze di un uomo e di una donna in campo sessuale sono diverse e possono variare nel corso degli anni. C'è un momento in cui la libido può essere maggiore nella donna e minore nell'uomo, altri in cui una donna per ragioni mediche, sanitarie non può avere rapporti. In quelle situazioni secondo me è normale che un uomo ricorra all'autoerotismo. Quando però diventa un modo per supplire completamente al rapporto coniugale, è una spia di malessere sia interiore che di coppia. E quindi bisogna parlare e confrontarsi.

Una donna ogni tanto tradisce il marito e si giustifica dicendo che le serve per ricaricarsi e per portare nuove energie nel rapporto che ne esce più rafforzato. Lei cosa ne pensa?

E' l'applicazione di quello che qualcuno ha definito il «tradimento terapeutico». Io non ci credo perché penso che il tradimento può essere considerato in positivo solo in rarissime circostanze; molte volte è invece una situazione di comodo, in cui uno si rifugia forse proprio perché ha difficoltà a dire all'altro cosa desidera o l'altro è chiuso, poco disponibile al dialogo. La teoria secondo la quale il rapporto esce più rafforzato da un tradimento mi lascia perplesso perché un rapporto d'amore è una relazione, perciò mi domando come si possa fare bene in due una cosa quando uno ha in mano una parte del segreto e l'altro no.

Due fidanzati fanno le ferie separate. Al rientro, quasi per gioco, si raccontano le avventurette. Risultato: da allora il loro rapporto non è più come prima. Ci sono continui sospetti e rivendicazioni. Hanno sbagliato?

Forse hanno esagerato. Si sono veramente raccontati la verità o l'hanno amplificata? Occorre sempre trovare la causa vera, cosa veramente ci ingelosisce. Per esempio, che il partner sia attraente per gli altri o il fatto che esca da solo con un'altra o ancora il timore che se ci lasciasse resteremmo soli per sempre. Dunque rendiamoci conto se abbiamo esagerato nella descrizione o se, invece, ci ritroviamo in una delle condizioni citate.

Anche questa è una situazione non più tanto rara: «Ho 35 anni, sono sposata da 10 e da qualche mese ho una storia con un ragazzo più giovane di me che però non mi gratifica. Se ci penso bene, lui neppure mi piace. Perché mi succede questo e non riesco a lasciarlo?».

Dobbiamo analizzare quali sono le cause per le quali è stata attratta oppure non è stata attratta ma voleva semplicemente sedurlo per provarsi di essere capace ancora di sedurre un uomo, di dominare un uomo. Forse la chiave di lettura può essere questa e se allora vuoi stare con un uomo non perché lo ami ma per dominarlo hai in te un atteggiamento di rivincita e questo fa sì che tu usi quest'uomo perché qualche altro uomo ti ha fatto del male o tu hai subito certe situazioni. La conclusione: se sei stata maltrattata o usata da un altro perché vuoi comportarti così, tu come donna che dovresti avere invece una sensibilità ben maggiore, con un individuo più giovane di te?

Questa è proprio una situazione tipica, anzi supercollaudata: «Da 8 anni ho una relazione con un uomo sposato e non sono mai stata gelosa di sua moglie perché lui mi ha sempre detto di stare con lei solo per i figli e di non avere nessun rapporto sessuale con lei. Ora mi ha detto che sua moglie aspetta un altro bambino e mi è caduto il mondo addosso. Mi sono accorta che mi ha sempre mentito e adesso sto male pensandolo tra le braccia di lei».

Lui non avrebbe mai lasciato la sua famiglia. E questo era chiaro fin dall'inizio. Capisco che per lei fosse molto rassicurante credere che il suo partner non aveva rapporti sessuali con la moglie. Ora però non ne faccia un dramma! Valuti piuttosto se e quanto riesce ancora a sentire vicino quest'uomo.

Capita di lasciarsi con il fidanzato e poi di essere gelose quando lui comincia una storia con un'altra. Come mai?

In realtà non si tratta di gelosia ma di invidia. Invidia che un'altra possa provare quelle sensazioni ed emozioni già provate da lei.

Ecco il tipo vendicativo: «Mio marito mi ha confessato di avere avuto qualche mese fa una relazione con una sua collega. Da allora continuo a pensare a cosa fare per fargliela pagare».

Non so se il marito ha fatto bene o male a confessare. Se è stata una situazione passeggera poteva anche evitarlo, quanto meno non avrebbe ferito la moglie. E' difficile dare suggerimenti. La gelosia è un meccanismo di difesa, se c'è amore c'è anche gelosia e tanto più esso è grande tanto più si cerca di difenderlo. Se un

marito in un momento di debolezza ha commesso un errore ed è stato così aperto e forse anche un po' ingenuo da raccontarlo, secondo me è scorretto fargliela pagare: meglio lasciar cadere la cosa per non complicare ulteriormente i rapporti.

Insomma, è meglio confessare o nascondere?

Quale che sia l'atteggiamento della coppia rispetto all'infedeltà, occorre ricordare che le crisi vanno vissute, non evitate. Qualche volta la sincerità premia; altre volte non è così. Bisognerebbe porsi l'obiettivo di dire la verità, per quanto sgradevole; però ci sono verità che rivelate hanno lo scopo di fare del male all'altro scaricando su di lui la responsabilità di un fallimento. E' una valutazione che ognuno deve fare di volta in volta.

9. ALLA RICERCA DEL DESIDERIO PERDUTO

Le lettere

Sono sposata da 24 anni (ne ho 51) e il mio è stato un matrimonio difficile. Sempre discussioni con mio marito finché non gli ho voluto più bene. Abbiamo fatto l'amore senza baci e senza carezze e non abbiamo mai parlato di sesso. Adesso ho conosciuto un uomo di cui mi sono innamorata. Sono in menopausa, ma con lui ho riscoperto l'orgasmo.

Roberta, Rieti

Ho 75 anni, mia moglie 73. Siamo sposati da oltre 50 anni. Lei vorrebbe, dopo la penetrazione, una più lunga durata di erezione. Ma in me adesso è diminuita. Ha ragione a lamentarsi?

Adolfo, Sassari

Intesa di coppia: un campo vastissimo ed estremamente soggettivo?

Sì. Ogni essere umano ha a disposizione la possibilità di accedere a quattro risorse della vita: amore, sesso, erotismo e piacere. Combinati, però, in maniera diversa secondo le persone, i tempi, le situazioni.

Ci faccia capire.

Indico alcune delle possibili combinazioni. 1) Sesso ed erotismo: non sempre vanno di pari passo. Molto spesso la componente erotica viene mortificata dalla ripetitività dell'atto e dalla scarsa fantasia dei partner. A volte l'erotismo vive una sua vita autonoma, senza sfociare necessariamente nell'atto sessuale. 2) Sesso e

piacere: l'ampia gamma di disfunzioni sessuali e la frequenza con cui si riscontrano (circa il 30%) dimostra che non sempre fare sesso provoca piacere. 3) Sesso e amore: il mito vorrebbe che fossero inscindibili. In realtà spesso viaggiano separati. Si può fare sesso senza provare sentimenti ma solo attrazione e si può amare senza riuscire a costruire alcuna intesa sessuale. 4) Erotismo e piacere: uno sostiene l'altro e ne è intrinsecamente legato. Unica discriminante è la soggettività: ciò che è erotico e piacevole per qualcuno, può non esserlo per qualcun altro. 5) Erotismo e amore: l'ideale a cui tutti tendono. Riuscire ad erotizzare il sentimento d'amore può rendere la vita di coppia appagante e sempre nuova. Pochi ci riescono. 6) Piacere e amore: se non è relegato alla sola vita sessuale, ma trova in essa il suo apice, il piacere è inscindibile dall'amore. Si manifesta nei modi più vari e personali. 7) Sesso, erotismo, piacere e amore: nel progetto di vita affettiva, la coppia dovrebbe poter mettere un pizzico di tutti e quattro. Chi non ci riesce, dovrebbe interrogarsi sul perché dell'assenza di uno o più di questi elementi.

Mi pare di comprendere che in questo campo andare d'accordo non sia così facile.

Si valuta che circa tre milioni di persone nel nostro Paese soffrano di disturbi, più o meno gravi, della sessualità. Teoricamente tutti gli altri non dovrebbero lamentarsi delle loro prestazioni sessuali: in realtà, sono pochi gli individui che non desiderino migliorare la propria sessualità in termini quantitativi e qualitativi. Negli ultimi vent'anni l'insoddisfazione sembra essere divenuta più femminile che maschile, anche se l'uomo non ha mai smesso di fantasticare una sessualità più hard di quella casalinga.

Questo ha cambiato prospettiva al problema?

L'insoddisfazione della donna ha posto al centro dell'attenzione proprio il piacere sessuale in tutte le sue espressioni: dal corteggiamento ai preliminari; dal piacere orgasmico a quello del dopo rapporto nella condivisione dell'intimità. E' fuori di dubbio che in questi anni l'uomo, dopo un iniziale stupore, abbia lentamente imparato a sperimentare e condividere quelle esigenze di intimità e di affetto che sembravano solo femminili. D'altro canto, la radicale differenza tra l'erotismo maschile e quello femminile vede ancora oggi l'uomo tendenzialmente insoddisfatto dell'atteggiamento erotico di lei che talvolta è ancora un po' troppo romantico. Di qui l'idea ancora viva nell'immaginario maschile, di una donna che

può esprimersi solo per estremi: o aggressiva ed estremamente seduttiva, oppure dolce compagna, poco erotica ma rassicurante.

Allora devo chiederglielo per forza: che cos'è l'amore?

Nec sine te nec tecum vivere possum! Non posso vivere né senza di te né con te, scrive il poeta Ovidio per segnalarci i contraddittori sentimenti di chi ama e già da questo possiamo comprendere quanto sia arduo trovare una definizione dell'amore. C'è l'amore tra due persone considerato come dedizione appassionata ed esclusiva, istintiva e intuitiva, volta ad assicurare reciproca felicità o benessere, o godimento dei sensi (Devoto-Oli). In questa definizione troviamo segnalati più elementi che ci fanno pensare che tale situazione sia un obiettivo più che una reale acquisizione. Nella fase dell'innamoramento ognuno di noi ha la profonda convinzione di aver individuato la formula magica che gli consentirà di trasformare in oro quello che prova per l'altro e le cose che sta condividendo col partner. L'errore più diffuso sembra essere quello di riporre in uno scrigno questo oro, senza curarsi di mantenerlo brillante con la cura e l'attenzione necessaria.

E, quindi, cosa succede a questo povero amore?

Il filosofo Erich Fromm nel libro *L'arte di amare* descrive l'amore maturo come un'unione nella quale è necessario preservare la propria integrità e individualità e il paradosso dell'amore come due persone che diventano una pur rimanendo due. Pur accettando con i sessuologi Masters e Johnson che l'individuo possa meglio conoscersi proprio grazie ad una relazione affettivo-sessuale, riteniamo che uno dei modi patologici di vivere l'amore trasformandolo in non-amore, sia proprio da ricercare in quell'incapacità di mantenere la propria integrità. Attribuire all'altro il potere e la capacità di rispondere a tutti i nostri bisogni ponendolo al centro della realtà non solo affettiva, snatura il sentimento d'amore rendendolo più simile alla dipendenza.

Ho capito: l'amore si ammala. Con quali sintomi?

Non è facile dirlo, tanto che è decisamente difficile diagnosticare le malattie dell'amore. Secondo il sociologo americano J.A.Lee esistono sei tipi di amore romantico e, aggiungo io, altrettanti disturbi da diagnosticare. Vediamoli in breve: *Eros* (amore), basato sull'attrazione fisica, quello definito comunemente fuoco di paglia. Secondo Lee ha poche possibilità di trasformarsi in un sentimento profondo e duraturo. *Ludus* (gioco) è l'amore giocoso e casuale. Secondo Lee qui l'intimità e il coinvolgimento sono minimi e la passione è concentrata solo sul

divertimento. *Storge* (tenerezza), l'amore solido che senza febbre, né tumulto, né follia nasce solitamente dall'amicizia e manca della componente passionale. *Mania* (furia) o amore burrascoso, maniacale nella ricerca di forti emozioni, siano esse di estasi o di disperazione. *Pragma* (realtà) o amore ragionato e costruito all'insegna delle esigenze personali. *Agapè* (carità) è l'amore-dedizione fatto di pazienza e gentilezza. Lee sostiene di non averlo mai incontrato; credo che appartenga più alla cultura orientale che colloca la donna in un ruolo di totale dedizione.

Che cosa può distruggere il sentimento d'amore?

Una «malattia» più delle altre ha il potere di distruggere lentamente, quotidianamente, l'amore tra due persone: l'incapacità di comunicare. Fortunatamente è anche la più curabile. Importante è che la coppia impari a dialogare. Troppo spesso sogni e desideri restano chiusi nella testa e non si è in grado di trovare le parole per raccontarli e dividerli con il partner. Questo silenzio favorisce l'allontanamento, l'incomprensione. Senza contare che proprio a causa di questo silenzio possono conservare per anni l'uno dell'altro, un'immagine che non corrisponde al vero. Bisogna invece comunicare inventando giochi, stratagemmi per farlo. Un'idea. Regalare al proprio partner lo «scricigno dei desideri». Un semplice salvadanaio che contenga i desideri appunto, in tanti bigliettini, uno per ogni giorno dell'anno. Su ciascun fogliettino suggerisco di annotare i sogni e soprattutto i bisogni insoddisfatti. E' un modo dolce e preciso di dirsi le cose, che non implica accuse, offese.

E oltre il dialogo?

E' molto importante la capacità di progettare a lunga scadenza. La maggior parte delle persone ha imparato a progettare e pianificare gli acquisti da compiere, l'automobile, la casa e i mobili, ma non la relazione affettiva. Come se l'aver trovato un partner volesse dire aver assolto un compito che non richiederà più verifiche o bilanci. E' vero che non basta possedere un progetto per garantirsi la possibilità di raggiungere il benessere personale e di coppia. E' necessario, però, stabilire alcuni parametri di riferimento anche per cambiare percorso, direzione.

Possibile che non si parli più di seduzione? Non è una cosa importante per arrivare all'amore?

Nel corso degli ultimi decenni l'etologia, che studia il comportamento degli animali, ha dimostrato l'importanza del rituale di seduzione come preliminare

all'accoppiamento e quindi come strumento indispensabile per la continuazione della specie. Per gli esseri umani il concetto di seduzione ha assunto recentemente un significato molto più vasto e articolato, trasformandosi in ingrediente irrinunciabile in ogni ambito della comunicazione. Cultura, politica, moda, pubblicità, sono ormai organizzate con l'obiettivo preciso di sedurre il potenziale fruitore del prodotto, per indurlo a consumare o a condividere ora un programma politico, ora un libro o uno stile di abbigliamento. Questo utilizzo della seduzione, lontano da quello del mondo animale, spesso ricorre al messaggio sessuale per rendere ancora più accattivante il prodotto proposto. Un abuso che ha mortificato il rituale che per gli esseri umani, era preludio dell'amore.

Prima, invece, la seduzione cos'era?

Dante nella *Divina Commedia* pone all'Inferno, nel cerchio dei fraudolenti, coloro che esercitano la seduzione e, nella morale cristiana, viene messo a fuoco l'aspetto dell'inganno ad opera del seduttore nei confronti della vittima. In realtà però, la seduzione ha sempre riunito in sé due aspetti di segno opposto: l'inganno e la valorizzazione della capacità di conquistare. La presenza di questi due opposti ha reso la seduzione difficile da qualificare e quantificare.

E oggi?

Nella realtà attuale la seduzione è strumento indispensabile per ottenere ciò che si desidera, anche se non necessariamente ciò che si desidera è conquistare una persona. In questa logica ognuno di noi è sedotto e seduttore: la finalità non è più l'accoppiamento, ma un particolare risultato: raggiungere il successo, essere riconosciuti dalla collettività, emergere rispetto al gruppo sociale o culturale a cui si appartiene. L'aver superato l'idea che il rituale di corteggiamento deve essere finalizzato all'accoppiamento, costringe ad esasperare l'uso della seduttività per attirare. E allora: la minigonna è sempre più mini, le trasparenze sono sempre più esplicite, i profumi più aggressivi, gli sguardi più diretti. Solo nell'adolescenza ritroviamo alcuni dei turbamenti e dei modi di corteggiamento tipici del mondo animale: arrossire, abbassare gli occhi, sorridere. Forse per questi motivi è proprio nell'adolescenza che la seduzione ritrova il suo significato di preludio all'innamoramento.

Questa è una buona notizia. Ma cosa vuol dire innamorarsi?

Francesco Alberoni nel suo libro *Innamoramento e Amore* lo definisce «una ricerca della propria più profonda autenticità, un cercare se stessi fino in fondo» attraverso l'altro. L'innamoramento può provocare una rivoluzione della personalità e non a caso gli innamorati appaiono a chi li osserva belli, vitali, e raggianti. I francesi con una bella espressione dicono: *Les amoureux sont seuls au monde* (gli innamorati sono soli al mondo). Per Roland Barthes l'innamoramento è anche un ritorno all'abbraccio materno. In *Frammenti di un discorso amoroso* descrive così la fase iniziale dell'amore: «Siamo ammaliati, stregati: siamo nel sonno senza dormire; è il momento delle storie raccontate, della voce che giunge a ipnotizzarmi, è il ritorno alla madre». E il partner non è reale, aggiunge lo scrittore francese: «Come il seno materno per il poppante io lo creo e lo ricreo continuamente a cominciare dalla mia capacità di amare, dal bisogno che ho di lui». Forse è per questi motivi che raramente i terapeuti affrontano situazioni di coppia durante la fase di innamoramento e difficilmente alle coppie in crisi propongono di recuperare quei momenti: in realtà sarebbe molto terapeutico tornare a quei ricordi fatti di sguardi, di tenerezze, di turbamenti; ripensare a quanto fosse unica quella persona e magico quel momento.

Comunque, sedurre alle volte diventa un bisogno patologico. Perché?

Sappiamo ormai per certo che i grandi seduttori come Don Giovanni in realtà nascondevano una profonda fragilità dell'identità maschile. Questa insicurezza viene tenuta sotto controllo grazie al continuo ricambio di partner che hanno il compito di placare la fame insaziabile di riconoscimento affettivo e sessuale.

Occorre una terapia?

Sì, ma limitarsi alla pura prescrizione di tecniche sessuologiche è una scelta perdente. Il problema da chiarire è il disagio psicologico sia del seduttore che del sedotto, elementi indispensabili del meccanismo vittima-carnefice. Entrambi, tra l'altro, e per motivi opposti approdano allo stesso disturbo: la depressione. Da affrontare con il sostegno farmacologico e l'analisi psicologica.

Aveva accennato ai sedotti.

Va sottolineato un denominatore che accomuna sia uomini che donne: in entrambi i casi ci troviamo di fronte a personalità tese ad affrontare la relazione affettiva come una sorta di pronto soccorso rivolto al seduttore. Frasi tipiche sono: «Credevo che la forza del mio amore potesse aiutarlo» oppure «Speravo di

essere la chiave giusta per aprire lo scrigno». Sono convinti di aver colto dietro la maschera del seduttore infinite sofferenze che la forza dell'amore, del proprio amore, può eliminare. Il percorso psicoterapeutico cerca di andare alle origini del problema, ai bisogni profondi legati a situazioni infantili non risolte.

Ecco una serie di domande tratte dalle lettere che riceve. «Siamo sposati da circa quarant'anni e ancora proviamo attrazione sessuale l'uno per l'altra. Quando facciamo l'amore non sempre arriviamo all'orgasmo ma a noi sembra bello anche così. E' strano?»

Non è strano ed è molto apprezzabile. Sono molte le coppie che sanno accettare le modificazioni portate dagli anni trovando nuovi modi per continuare a vivere la sessualità come appagante momento di intimità. Se una persona anziana è sana e sta bene con sé stessa, non ha motivo per rinunciare al sesso con il proprio partner.

Lui trova che sia molto erotico non fare l'amore sempre nel letto, ma cambiare. La moglie però è poco disponibile. Finiscono spesso per litigare.

L'incontro tra i bisogni femminili e quelli maschili richiede sempre (o spesso) una lunga opera di mediazione. Il desiderio di sperimentare nuove situazioni è sano e positivo; ma lo è anche quello di lei di sentirsi protetta e sicura nel letto coniugale. Suggerisco di individuare quelle situazioni che non creano a lei troppa ansia e che possono essere concordate anticipatamente. Questa mediazione toglierà forse un po' di spontaneità alla situazione, ma risparmierà lunghe e pesanti discussioni.

Come si fa a tenere viva la componente erotica di un rapporto dopo vent'anni di matrimonio?

Con lo stesso impegno, curiosità, allegria, disponibilità dei primi venti giorni. Esiste la convinzione diffusa che il letto coniugale sia la morte dell'erotismo. Credo che la coppia non dovrebbe mai arrivare a vivere il rapporto sessuale come un obbligo o un'azione necessaria per liberarsi di quella fastidiosa tensione sessuale che periodicamente bussa alla porta del corpo e della mente. Superare questa visione della sessualità può aiutare a tenere viva la voglia di rinnovare ogni volta una sana complicità erotica.

Crede di essere un po' strana: «Ogni volta che un uomo mi interessa provo un forte desiderio che mi procura un'intensa sensazione di piacere. Il rapporto sessuale invece mi coinvolge molto meno».

Nessuna stranezza, ha semplicemente sviluppato una maggiore attenzione al piacere che deriva dal desiderio. Questo non vuol dire che non possa trovare altrettanto piacere durante il rapporto: forse dovrebbe chiedersi se i partner con cui ha avuto rapporti erano all'altezza delle sue aspettative o se queste aspettative non fossero poco realistiche.

Ha scoperto il piacere di non prendere l'iniziativa, lasciandola a lei. Fa bene?

Sì, soprattutto se questo gli procura piacere. Non esiste una regola che indichi chi dei due deve prendere l'iniziativa. È importante solo non restare intrappolati in ruoli fissi che, alla lunga, non soddisfano né l'uno né l'altra.

Dopo il rapporto sessuale vorrebbe che lui non si allontanasse da lei e continuasse ad accarezzarla. Siccome non lo fa spontaneamente, non trova il coraggio di chiederglielo.

La fase dell'eccitazione maschile, dopo l'orgasmo, si spegne rapidamente, mentre la donna rimane in uno stato di lieve eccitazione fisica che si quietava proprio con la tenerezza del contatto fisico. Per lui non è un bisogno, ma può diventare un piacere condividere con lei la fine del rapporto. Deve trovare la forza di chiederglielo.

Seguito della precedente: «Sono un uomo di 37 anni e ho da poco una nuova partner che mi ha fatto scoprire il piacere di stare vicini dopo il rapporto. Perché non si insegna agli uomini il piacere del dopo?»

Per anni abbiamo visto film in cui dopo il rapporto sessuale lui si accendeva una sigaretta e lei lo guardava elemosinando l'ultima carezza; per anni ci hanno fatto credere che la donna, dopo, sia un po' troppo appiccicosa. Oggi per fortuna non è più così. Soprattutto i giovani non hanno più timore di mostrare il desiderio della tenerezza e il piacere di condividerla con la loro partner.

Sono sposati da cinque anni e stanno bene insieme. Ogni tanto però lui dubita del suo amore: è così diverso da come lo vorrebbe.

Niente tormenta più delle aspettative deluse. Un rapporto d'amore obbliga quotidianamente a trovare un punto di incontro tra quello che ci aspettiamo e quanto l'altro è in grado di darci. Tra gli errori più diffusi c'è la segreta speranza

di poter cambiare il partner, rendendolo a nostra immagine e somiglianza. L'altro, poi, non cambierà e siamo invece noi a dover adattare le nostre aspettative. Forse questo è il prezzo più alto dei rapporti d'amore: accettare le nostre delusioni rispettando il modo d'amare dell'altro.

Una coppia: «Siamo diventati genitori da un anno circa. Da quando è nato il bambino, mio marito ha sempre l'aria di chi è escluso e non amato. Come posso aiutarlo?»

Per prima cosa provi a domandarsi se da quando è nato il piccolo è sicura di non aver trascurato il rapporto col marito perché troppo impegnata nel nuovo ruolo di madre. Se è sicura di averlo fatto partecipe della sua vita emotiva con il bambino, affronti la questione con lui, spiegandogli quello che ha percepito e rassicurandolo sulla profondità dei suoi sentimenti. Quanto stanno vivendo succede frequentemente alle giovani coppie: il segreto per superare queste piccole crisi, è nella capacità di parlarne senza timori.

Da dieci anni non fanno altro che litigare e far pace: è possibile che questo sia amore?

Certo, è possibilissimo. Sono molte le coppie che, per carattere o educazione, scelgono questo stile relazionale un po' turbolento. Credo che l'amore possa esprimersi in mille modi diversi e che non ci sia un modo migliore di un altro; è importante però che questo stile sia condiviso da entrambi e non leda la sensibilità di uno dei due.

Ha vent'anni e le sembra di vivere due vite: di giorno è una ragazza normale, di sera in discoteca le piace trasformarsi in una donna tutta fascino e seduzione. Deve preoccuparsi?

Direi di no. Ogni persona ha in sé più anime che convivono. Bisognerebbe capire perché ha operato una distinzione così netta tra normalità e trasgressione. Forse potrebbe provare a sperimentare un po' della sua capacità di seduzione anche quando brilla il sole: essere normali non vuol dire essere insignificanti.

E' una studentessa di 17 anni e si è innamorata di un professore non bello ma intelligentissimo: lo ascolterebbe per ore, farebbe di tutto per lui.

Succede spesso che un'adolescente subisca il fascino di un «modello» come può essere un professore. A sedurla è il potere dell'intelligenza. Attenzione però:

questo non è amore ma infatuazione. A confondere questi due sentimenti, potrebbe ritrovarsi delusa.

Un'altra ragazza: «Mi ha conquistata con il suo sorriso e ho accettato di uscire con lui un paio di volte. Abbiamo fatto l'amore ed è stato bellissimo. Poi è sparito. Soffro terribilmente perché mi sento presa in giro. Cosa posso fare?».

Cominciare a dimenticare quanto è accaduto: assomiglia troppo a quelle storie da letteratura rosa, tipo «Sedotta ed abbandonata». Quando ha accettato di condividere l'intimità sessuale con lui, si è assunta anche la responsabilità di correre qualche rischio. I seduttori di professione esistono ancora e non solo tra i personaggi del bel mondo. La può considerare un'esperienza importante per quello che ne ha tratto: una piacevole notte di sesso e la consapevolezza di dover valutare con più attenzione le intenzioni che stanno dietro a un bel sorriso.

Scene da un matrimonio: «Sono sposato da cinque anni e il nostro modo di fare l'amore è molto cambiato: prima lei faceva di tutto per sedurmi ed eccitarmi; oggi invece aspetta sempre che sia io a fare il primo passo e se le propongo di giocare un po', s'infastidisce».

Se è vero che il modo di fare l'amore si trasforma nel tempo, è anche vero che bisognerebbe capire come mai un certo comportamento, piacevole e condiviso, venga abbandonato totalmente. Potrebbe cercare di parlarne con la moglie evitando di accusarla, ma tentando di comprendere le ragioni di questo cambiamento. E' possibile che in questo momento abbia più bisogno di tenerezza che di gioco. Oppure che preferisca essere scelta e conquistata piuttosto che sedurre e conquistare. Ogni coppia dovrebbe saper cogliere e godere il presente, senza restare ancorata al rimpianto di un passato troppo idealizzato.

Come sopra: «Ho scoperto che mio marito ha una relazione. Quando ho affrontato il problema mi ha spiegato di essere stato affascinato non tanto dalla persona quanto dalla possibilità di vivere nuove emozioni: è possibile o è una scusa?».

Credo che sia proprio questa una delle spinte più potenti verso il tradimento. Certamente l'altra persona piace, ma ciò che fa scattare la molla del tradimento è il bisogno di ritrovare quelle emozioni da batticuore che un rapporto stabile talvolta neutralizza. Dovrebbe provare a interrogarsi sulla qualità del rapporto negli ultimi anni e forse scoprirà che si sono lasciati prendere dai problemi della

routine quotidiana, piuttosto che dalle emozioni. Inoltre, è bene ricordare che il tradimento è frequentemente la conseguenza e non la causa di una crisi di coppia.

Noia e monotonia appartengono a tanti legami. Come evitarle?

Molti considerano la noia un ostacolo insuperabile. Eppure non è così. Se si cambia punto di vista e atteggiamento. Per esempio, introducendo sogni e fantasie nel rapporto. Questo non significa cercare nuovi livelli di eccitazione attraverso libri e film erotici. Oppure con internet. Vuol dire rinnovare la comunicazione, parlare al partner mantenendo sempre una tonalità affettiva. Gli escamotage possono essere tanti: scrivergli un bigliettino, preparargli una nuova cena, fantasticare su quello che si desidera fare. Un gesto simile implica uno spostamento di energia: equivale a lanciare il sassolino nello stagno che muove tante onde...

Ma ci sono anche l'inibizione, il calo del desiderio.

Sono problemi crescenti nelle moderne società occidentali. Raro nella forma primaria (la persona che non ha mai provato eccitazione), il calo del desiderio è invece frequente nella forma secondaria, che compare dopo un periodo di normalità. Se occasionale, non deve preoccupare. Ognuno, nel corso della vita, può avere periodi in cui il desiderio è meno intenso. Nelle donne è un fenomeno fisiologico. Soprattutto durante il puerperio e la menopausa. Periodi caratterizzati dalla carenza di ormoni sessuali femminili. Temporanea, nel puerperio, finché il ciclo non riprende. Duratura, dopo la menopausa, a meno che la donna non ricorra alle terapie ormonali sostitutive, con estrogeni e progesterone.

C'è anche lo stress.

E' vero. Sembra che chi ha ritmi di vita più convulsi sia più vulnerabile alla caduta di desiderio di quanto lo sia chi ha una vita più serena ed equilibrata: questo spiegherebbe perché gli abitanti delle metropoli e le persone molto stressate dal lavoro e dalla vita presentino una caduta di desiderio molto più frequente e intensa di chi vive in campagna, in piccole città o comunque con ritmi più umani.

Più precisamente quali sono le cause dei disturbi del desiderio?

Possono essere di origine biologica, dipendenti da alterazioni metaboliche dovute a disturbi alimentari come l'anoressia. Oppure da squilibri ormonali, legati a

carenze di estrogeni. A compromettere la sessualità ci sono poi l'uso di droghe, alcol e alcuni problemi di tipo psicologico fra cui la depressione e le fobie.

Come capire se il desiderio è davvero in calo?

Provate a fare una piccola autoanalisi considerando la frequenza che avete di sogni a sfondo sessuale e di «sexual day dreams», fantasie a contenuto sessuale che affiorano spontaneamente alla coscienza mentre si è impegnati in altre attività. Tenete presente che raggiungono il picco massimo durante - l'innamoramento. Se continuate a registrare episodi di eccitazione sessuale spontanea durante il giorno, anche quando non siete all'inizio di una storia, significa che la vostra componente istintiva, pulsionale è integra. E questo è già un bel punto a vostro favore.

Poi, come si continua?

Bisogna chiedersi quale sia la frequenza delle fantasie sessuali volontarie e della masturbazione. La loro presenza conferma la persistenza della componente istintiva fisica e ci dice che la sua espressione continua a essere presente a livello immaginario.

Prima ha accennato alla menopausa come un periodo in cui la donna subisce un calo del desiderio. Perché?

Dalla mitologia greca alla religione cattolica, scopo e funzione principale della donna sembra essere la sua capacità procreativa: se ha un ventre fertile capace di «fare» figli e di donarli al padre si nobilita. Viceversa, quando è sterile, potrà farsi perdonare solo se bella come una dea e quindi amata per il piacere sessuale che saprà regalare all'uomo. Sono miti profondamente radicati in ognuno di noi. E talvolta alle soglie della menopausa riemergono insonsapevolmente anche oggi, epoca in cui la donna è apprezzata per la sua capacità di creare non solo biologicamente.

E la pillola del «piacere» per la donna in menopausa?

E' un nuovo trattamento per i disturbi che accompagnano la menopausa, che sembra essere particolarmente efficace nel restituire una normale vita sessuale alle donne giunte alla fine della loro età fertile. Si tratta di una combinazione di due ormoni: un estrogeno e un progestinico. La pillola che li contiene va assunta ogni mese per 21 giorni, seguiti da un intervallo di sette, proprio come quella anticoncezionale. Serve a ripristinare i normali livelli di ormoni femminili

(estrogeni e progestinici appunto), precedenti alla fine dell'età fertile, riducendo di conseguenza tutti i disturbi legati al loro calo. Uno studio effettuato nell'Università di Cagliari ha riscontrato, in moltissimi casi dopo appena dieci giorni, un cambiamento del carattere e una ripresa dell'interesse per il sesso.

Un uomo racconta le sue difficoltà in una relazione extraconiugale: mentre con la moglie non ha mai avuto problemi di erezione e continua a non averne, con l'altra non riesce a mantenere l'erezione che per pochi minuti. Come può essere possibile?

La ragione sta tutta nelle ghiandole surrenali e cioè nell'adrenalina, l'ormone dello stress che affiora e inonda il sangue. Soprattutto quando ci si trova con una compagna occasionale che, proprio perché piace moltissimo, crea situazioni di stress. Troppa adrenalina può rovinare tutto. Ci sono quindi due possibilità. Primo, rinunciare. Secondo, calmarsi, controllarsi, anche con l'aiuto del medico. Mi chiedo: ne vale la pena? Fino a che punto si può andare avanti?

Dopo un viaggio premio in Brasile in cui ha avuto rapporti occasionali che non lo lasciano tranquillo e in attesa dell'esito delle analisi, un marito vorrebbe usare il profilattico con la moglie. Cosa, però, che in 23 anni di matrimonio non ha mai fatto. Quindi ha paura che lei si insospettisca.

Può semplicemente affermare che a seguito del viaggio in Brasile e della diversa alimentazione gli sono comparse irritazioni a livello genitale e quindi il medico, nell'indicare talune terapie, per esempio disinfettanti, ha consigliato di usare il profilattico per evitare di contagiare la moglie. Lei ci crederà o non ci crederà; quanto meno da un punto di vista sanitario l'atteggiamento del marito è giustificabile.

10.OLTRE IL CONSENTITO

Le lettere

Ho 22 anni e sono attratta soltanto da uomini maturi, brutti. E che siano disposti a fingere di spararmi. Una fantasia che mi perseguita da tempo e che ora è diventata realtà, da quando ho conosciuto un signore di 55 anni, sadico dichiarato. Non c'è sesso fra noi. Ci incontriamo, lui mi spara proiettili di gomma da una pistola e qualche volta mi frusta. Tutto questo mi piace moltissimo. Sono masochista? Posso guarire?

Anna, Latina

Ho 20 anni e sono particolarmente attratto da tutto ciò che è di plastica: impermeabili, tovaglie, guanti. Mi piace indossarli, anche indumenti intimi (per incontinenti). Ma la mia ragazza, che pure mi vuole bene, si rifiuta di assecondare questa mia mania. Per esempio, mi piacerebbe fare l'amore con l'impermeabile. E allora litighiamo.

Filippo, Firenze

Deviazioni e perversioni. A leggere i giornali si tratta di un capitolo tremendamente diffuso. Può cominciare a dirci cosa sono?

Le deviazioni o parafilie sono atti che deviano dal cosiddetto normale obiettivo sessuale: l'aver rapporti con un adulto consenziente, scambiandosi piacere. Spesso i soggetti che soffrono di questi disturbi raggiungono l'eccitazione sessuale e l'orgasmo utilizzando oggetti inanimati, ricorrendo ad attività che implicano sofferenza o la presenza di individui non consenzienti. Il vero perverso, diversamente da come si pensa, non mostra grande fantasia in fatto di sessualità: tende a ripetere, come in un rituale obbligato, determinate scene uguali a se stesse.

Niente a che vedere con le fantasie.

La presenza di fantasie all'apparenza insolite non va assolutamente considerata segno di malattia o perversione: avere un interesse per una parte del corpo femminile o maschile (seno, gambe, natiche) o per un «oggetto erotico» (biancheria intima) non significa essere feticisti, così come provare piacere nel mostrare il proprio corpo nudo non significa necessariamente essere esibizionista. Allo stesso modo trarre piacere nel guardare spettacoli erotici non significa

essere un voyeur. Si parla di deviazioni sessuali (o perversioni) quando le fantasie o il comportamento sessuale variante diventano «obbligatorie» per la persona, l'esclusivo modo per ottenere soddisfazione sessuale. Alcune varianti sono innocue, altre comportano invece una violenza e un danno verso sé o verso altre persone, come in certi casi di masochismo e sadismo o nella pedofilia.

C'è materia non solo di sessuologia ma anche di codice penale.

Infatti, sono necessarie due precisazioni. Prima: il concetto di perversione che noi usiamo ha una connotazione esclusivamente medica. Seconda: in rapporto alla normalità giuridica, ma anche all'evoluzione storico-culturale dei vari contesti, alcuni comportamenti definibili oggi come perversi possono non essere stati tali nel passato o in altre culture. Un esempio è costituito dall'omosessualità che, approvata e incoraggiata nella Grecia antica, pesantemente osteggiata nel Medioevo, perseguita fino a pochi decenni fa con il carcere in alcuni stati, fra cui l'Inghilterra vittoriana, è stata ormai depennata dall'elenco delle perversioni ed è intesa oggi come una variazione dell'atteggiamento sessuale.

E l'aggressività?

Sfogata nel sesso può portare a comportamenti estremi come lo stupro. Le vittime di rapporti sessuali ottenuti con la minaccia o l'uso della forza appartengono a tutte le classi socioeconomiche. E così gli stupratori, dei quali è molto difficile abbozzare un profilo. Chi subisce lo stupro, comunque, è di solito una donna: le più a rischio sono quelle fra i 13 e i 25, in genere le nubili. Lo stupro può essere compiuto anche dal marito, come ha riconosciuto in Italia, per la prima volta, una sentenza del 1982.

Rimane sempre in primo piano il problema dell'incesto.

C'è una nuova attenzione al problema dell'abuso sessuale nell'infanzia. Sappiamo che è l'incesto in primo piano. La maggior parte delle violenze sessuali sui minori avvengono all'interno della famiglia, compiute da padri naturali o acquisiti, e frequentemente l'abuso sessuale, prima di essere scoperto, ha una storia molto lunga che coinvolge tutti i membri del contesto familiare. La maggior parte delle vittime non raccontano mai a nessuno quello che sta succedendo, e questa impossibilità a comunicare con gli altri la propria esperienza può determinare gravi problemi nello sviluppo affettivo.

Cosa accomuna le perversioni?

La maggior parte delle perversioni, soprattutto nelle loro forme estreme, sono nettamente più diffuse tra gli uomini che tra le donne. Alcune, come la pedofilia e il feticismo, si trovano quasi esclusivamente tra i maschi. Il perverso è un individuo che spesso lavora, si sposa, può aver figli e atteggiarsi a genitore esemplare. In particolare, può condurre una vita sessuale normale e spesso quantitativamente intensa, che però gli procura un piacere nettamente inferiore a quello che può ottenere mettendo in moto i meccanismi della sua perversione. Pertanto viene a trovarsi in una condizione di doppia personalità.

Ma c'è anche chi pensa a «refinatezze erotiche».

Purtroppo, è diffusa l'idea che certe perversioni, come il sadismo e il masochismo, siano raffinatezze. Perciò vi sono persone che, sentendosi «trasgressive», si avventurano in club specializzati o comprano nei sex shop catene, fruste e costumi di pelle: con il risultato di partecipare a una finzione, di fare la parodia di un comportamento patologico, che anche se imitato, può essere pericoloso. Le perversioni sessuali sono frequentemente l'esito di problemi personali profondamente radicati, non di esperimenti fatti per curiosità o per divertimento.

Più precisamente, quali sono e in che cosa consistono le parafilie?

Risponderò schematicamente. *Sadismo* è un comportamento sessuale dove il piacere viene raggiunto attraverso una serie di sofferenze da infliggere al partner. Si parla di sadismo solo quando è centrale l'aspetto del dolore indipendentemente dalla natura del rapporto e dal tipo di partner (uomo, donna, bambino, animale). *Masochismo*, una perversione in cui il soggetto trae godimento dalle sofferenze che riceve da altri. *Feticismo*: si raggiunge l'orgasmo se è presente un particolare oggetto (calze, scarpe, lingerie) oppure grazie alla sopravvalutazione di una parte del corpo del partner (capigliature, bocca eccetera). *Travestitismo*, detto anche *cross-dressing*. L'eccitazione sessuale viene raggiunta attraverso il travestimento con abiti o trucco tipici del sesso opposto. È quasi esclusivamente maschile e si collega a una attività sessuale solitamente di tipo autoerotico. Attenzione: ci si può travestire per divertimento o per provocazione, e questo non ha a che fare con una deviazione sessuale. Si parla di travestitismo quando la persona trova soddisfazione sessuale solo attraverso il travestimento, parziale o totale. Non va confuso né con l'omosessualità, cui di solito non è collegato, né con il transessualismo, perché i travestiti non sono a disagio nel loro corpo maschile, non desiderano cambiare sesso. *Pedofilia*: è un'attrazione erotica per

bambini o adolescenti del proprio o dell'altro sesso. *Esibizionismo*: è l'impulso a esporre i propri genitali a una o più persone con l'obiettivo di suscitare una reazione di sorpresa, di terrore, di disgusto. Si tende a ripetere con le stesse caratteristiche di ore, luoghi e modalità, quasi come un comportamento coatto. L'autentico esibizionismo non comporta aggressione nei confronti dell'altro, esaurendosi infatti tutta la carica di piacere nella semplice esibizione. Una curiosità: il soggetto tende a esporsi in situazioni sempre più rischiose, sino ad incappare nella giustizia. *Voyeurismo*: il piacere sessuale che deriva dal guardare le attività e gli orgasmi sessuali di un'altra persona. Spesso convive con l'esibizionismo. *Frotteurismo*: la sensazione di piacere sperimentata nel toccare o nello strofinarsi contro una persona non consapevole (sui tram o nei luoghi affollati). *Coprofilia*: particolare interesse per gli escrementi (urine, feci) che diventano oggetto di eccitazione sessuale. *Zoofilia*: è un particolare amore per gli animali che si esprime in cure, carezze. Fino a spingersi alla masturbazione dell'animale oppure a un vero e proprio accoppiamento. *Necrofilia*: consiste in un rito macabro che richiede la presenza di uno o più cadaveri come oggetto di rapporto sessuale o strumento per poterlo consumare con un partner. Tale pratica è espressione di vera psicopatia o grave disturbo mentale. *Scatologia telefonica*: forma di perversione caratterizzata dal pronunciare al telefono frasi oscene oppure racconti a sfondo erotico, il tutto nell'ambito dell'anonimato.

Un campionario piuttosto complesso. Ritengo che anche le terapie siano piuttosto complesse.

Sì, perché lo stesso comportamento sessuale perverso è difficile da delimitare. Riguarda problemi di vario tipo: medico-biologici, psicologici, sociologici, culturali. Le terapie sono principalmente psicologiche e solo in piccola parte di tipo medico-biologiche, con psicofarmaci e, più raramente, la terapia ormonale.

Le lettere che riceve su questo argomento sono spesso ingenue e propongono comportamenti del tutto normali. O, comunque, non preoccupanti. Altre, invece, sono la spia di autentiche perversioni e contengono drammatiche richieste d'aiuto. Eccone una: «Siamo una coppia di 29 anni. Dopo averne a lungo parlato siamo stati in uno di quei locali di scambio delle coppie. Non lo abbiamo praticato completamente, ma mia moglie ha avuto un rapporto orogenitale con un altro uomo, mentre io mi masturbavo. Da allora le cose funzionano decisamente meglio tra noi». Come può essere?

C'era il consenso, quindi anche il rapporto a tre non è anomalo. Non si tratta di perversioni. Avete dato sfogo a delle fantasie che entrambi avevate. L'importante è che questo sfogo sia governato dalla ragione. Altrimenti la situazione può solo peggiorare.

Sullo stesso argomento: «Io e mia moglie abbiamo deciso insieme di frequentare i club privè dove si effettuano scambi di coppia. All'inizio la cosa era molto coinvolgente ma da un po' di tempo mi sono accorto che dopo avere avuto un rapporto di questo tipo mia moglie non vuole averne con me per alcuni giorni. Io penso che sia gelosa ma non riesco a capire perché non me ne parli e perché abbia cambiato idea».

Quante volte nella vita facciamo cose pensando di esserne convinti. Se ci pensiamo bene, invece, ci rendiamo conto di quante volte accettiamo di uscire con un amico, con una compagna, accettiamo un invito semplicemente per evitare di creare situazioni disdicevoli, per buona educazione, perché non siamo capaci di dire di no. Credo che lei era poco convinta, o addirittura non lo era assolutamente ma ha detto di sì solo per fare un piacere o non dare un dispiacere. Già aveva il dubbio e quando si è trovata nella situazione concreta, che lei non condivideva, forse ne ha avuto disgusto. Tutto questo è sufficiente per capire che lei non ha cambiato idea ma ha confermato quella iniziale che sfortunatamente non ha avuto il coraggio di esprimere.

Durante il rapporto non può fare a meno di pensare a situazioni di violenza come picchiare la partner o umiliarla e le stesse fantasie lo accompagnano nella masturbazione. Vuol sapere se è un sadico.

In questo caso di sadico c'è il contenuto delle fantasie. Perché si possa parlare di perversione vi deve essere un comportamento agito. Alla fantasia, invece, non poniamo un limite.

Un'altra lettera: «Ho 45 anni e, per avere un rapporto soddisfacente, obbligo mia moglie ad indossare biancheria intima di tipo particolare, trasparente. Che cosa significa?».

È evidente l'interesse feticistico per gli indumenti femminili, non è detto però che nel suo caso costituiscano un problema, sembrerebbe invece un modo per aumentare il desiderio verso la moglie. Altra cosa sarebbe invece se il protagonista nel rapporto fosse proprio l'indumento e la moglie solo un «accessorio».

Ha 28 anni, non è sposato e non gli interessa avere una ragazza fissa; Spiega: «Da qualche anno ho scoperto l'intenso piacere che deriva dal cercare di mettere a disagio le donne che incontro in autobus, in treno o in una sala d'attesa. Il gioco consiste nel masturbarsi sotto gli abiti in maniera che sia evidente l'erezione attraverso la stoffa, se la ragazza non si allontana io giungo all'orgasmo; vuol dire che sono un'esibizionista?».

E' una forma di esibizionismo «indiretto», in altri termini non si spoglia ma tende a suggerire le fattezze degli attributi come chi sceglie di indossare abiti troppo aderenti. Tutto ciò può incontrare il favore dello spettatore occasionale, ma può più spesso disturbarlo e in effetti il comportamento non è privo di violenza perché non tiene conto degli altri. Inoltre questa attività mi sembra ben poco appagante in quanto esclude ogni contatto. Consiglio di rivolgersi a uno psicoterapeuta, ma attenti al reato!

Ha 32 anni ed è sposato felicemente da cinque anni con un però: «Mia moglie, per raggiungere l'orgasmo, pretende che io le baci i piedi, anzi gran parte del rapporto si riduce in carezze, baci e piccoli morsi alle estremità. Tutto questo non è una grande soddisfazione per me».

Il problema è soprattutto della moglie che soffre di quella forma di feticismo, chiamata parzialismo. L'interesse sessuale è prevalentemente o esclusivamente incentrato su una parte del proprio corpo. Se come lui dice il matrimonio è felice, si può provare con un buon dialogo prima di rivolgersi a uno specialista psicosessuologo.

Necessariamente ridotta ma è una lettera drammatica: «Ho 35 anni, sono fidanzato e ho normali rapporti con la ragazza alla quale voglio molto bene e ci dovremmo sposare a breve, tuttavia non riesco a confidarle la mia passione per gli indumenti femminili che appena posso indosso in privato. Ogni volta che ci sono vendite promozionali mi rifornisco sia di abiti che di biancheria intima al punto da possedere un vero guardaroba per tutte le occasioni. Mi chiedo come dirlo alla mia fidanzata e se diventerò un transessuale».

Non mi sembra un problema di transessualismo, bensì di travestitismo. Anche se per ora non si traveste in pubblico non è detto che ciò non possa accadere in futuro, inoltre anche se ha rapporti con la sua ragazza queste abitudini potrebbero anche non fermarsi al semplice collezionismo di biancheria. È opportuno pertanto

che si rivolga a uno psicoterapeuta: vi sono rischi di disturbo della propria immagine corporea e questo è bene accertarlo prima del matrimonio.

Un altro tipo di problema: «È cominciato quasi per gioco: prima il mio ragazzo per avere rapporti mi serrava i polsi come se mi tenesse incatenata, poi mi ha chiesto di legarmi al letto con un lenzuolo, recentemente ha acquistato un set di catene e lucchetti per potermi bloccare in posizioni sempre più contorte, ma la cosa che mi spaventa di più è che non mi dispiace».

Ha trovato un cultore di quella forma soft di sadismo che ama circondarsi di catene, legacci, fruste e corsetteria di cuoio? Ha scoperto che le piace interpretare un ruolo masochistico? Nel rispetto della reciproca libertà e piacere potrebbe anche continuare. In casi simili il limite è sottoporre una persona ad una pratica contro la sua volontà.

Nel partner c'è sempre qualcosa da scoprire: «Sono sposata da quattro anni con un uomo di 30 anni, abbiamo frequenti rapporti sessuali con reciproca soddisfazione. Mio marito è molto premuroso e gentile, unica stranezza non perde occasione per spingermi ad acquistare scarpe. Anzi posso essere sicura che il regalo per ogni circostanza sarà proprio un paio di scarpe. Ma ciò che mi ha sconvolto è che nello scendere in un locale attrezzato annesso al garage della nostra casa ho notato un grande armadio metallico che mio marito deve aver dimenticato di chiudere: in esso ci sono almeno 200 paia di scarpe femminili, nuove, della mia misura! Mio marito è perverso?».

Credo che nella sessualità di coppia non ci dovrebbero essere segreti, perciò è opportuno arrivare a una spiegazione. Probabilmente il marito è un feticista delle calzature femminili e, se la sessualità non ne risente, questo comportamento può essere tollerato ma senza zone d'ombra; se invece il feticismo, una volta svelato, diviene un problema, va affrontato. Lui dovrebbe sentirsi in obbligo di fare qualcosa, per esempio rivolgersi ad uno psicoterapeuta.

I pericoli dell'ufficio: «Ho 42 anni e sono caposezione in un ufficio, da molto tempo sono perseguitato dall'idea di spiare i miei impiegati. Sono arrivato al punto di praticare un piccolo foro nella porta del bagno che è accanto al mio ufficio e ogni qualvolta qualcuno vi entra sono indotto a spiarlo e ciò mi provoca un piacere intenso».

Si tratta di voyeurismo e potrebbe creare in futuro non pochi problemi. Questo bisogno quasi impulsivo di spiare merita l'attenzione di uno specialista.

Questo è un SOS: «Sono un professionista di 52 anni, separato, con grosse difficoltà sul lavoro per via dei miei problemi: da circa cinque anni sto male, esco pochissimo da casa perché sono angosciato dal timore di aggredire donne e ragazze, in particolare per strada, ma anche nei locali pubblici. Quando vedo una giovane donna sono portato a insultarla volgarmente, vorrei aggredirla e avere rapporti ma naturalmente tutto questo non avviene. Per evitare di espormi al rischio di uno scandalo ho ridotto le mie uscite».

Non è una perversione perché manca l'azione. Questa situazione in psichiatria ha un nome ben preciso: nevrosi fobico-ossessiva. E' curabile.

Ci racconta un caso esemplare?

Carlo e Vittoria si sono presentati nello studio del medico dopo aver preso un appuntamento dichiarando telefonicamente che si trattava di un problema di eiaculazione precoce. Carlo ha 46 anni ed è titolare di una concessionaria automobilistica; alto, di aspetto elegante, è riservato e taciturno. Vittoria ha 41 anni, è maestra ma non lavora; di aspetto gradevole ma severo, forse autoritario, ha un abbigliamento dimesso. Sono sposati da dieci anni e non hanno figli. Il racconto sembra in sintonia con quanto annunciato: Carlo da più di due anni ha accentuato quello che è sempre stato un suo problema: la «velocità d'arrivo». Ora il rapporto termina in tre-quattro minuti. Carlo non sembra così ben disposto verso la terapia, in ogni caso l'iniziativa è stata della moglie e nell'insieme quella coppia appare come reticente. Si decide di approfondire il livello di conoscenza con una prima serie di incontri che puntalmente danno i primi risultati: infatti spesso i veri problemi non sono quelli che affiorano per primi.

Cosa si è scoperto?

Vittoria si sente trascurata, il lavoro tiene il marito parecchio lontano da casa, è sempre più distratto e infine la scoperta decisiva: nelle tasche di Carlo un capo intimo femminile e la quasi ovvia conclusione di una relazione extraconiugale. Carlo ammette un'avventura ma nega si tratti di una vera relazione. Vittoria pretende rapporti più frequenti e la risposta di Carlo è l'aggravarsi del problema. Lui stesso si descrive come depresso, chiuso in se stesso, insonne. Si sceglie un trattamento psicoterapeutico unito ad una adeguata terapia farmacologica ansiolitica. Tutto ciò contribuisce in breve a chiarire definitivamente il problema che è di ben altra entità e natura.

Ancora una volta la diagnosi è un'indagine?

Proprio così: ed è risultato che non vi era nessuna relazione extraconiugale; Carlo è sempre molto legato affettivamente alla moglie ma non vi è mai stata una vera intimità fra i coniugi. Un marito inibito non ha mai osato confessare a una moglie forse un po' troppo fredda la sua passione segreta: la biancheria femminile. In realtà nei primi mesi di matrimonio ne aveva regalata alla moglie e l'aveva spinta ad indossarla, ma Vittoria si era rifiutata e fu subito chiaro che a lei non interessava questo genere di cose. Così Carlo aveva cominciato a raccogliercela in segreto. Ben presto si pose il problema di dove conservarla e decise di affittare un piccolo appartamento ove si recava nei momenti di libertà. Negli ultimi due anni vi era stata un'evoluzione nei suoi gusti: prima usava la biancheria per raggiungere l'orgasmo, poi iniziò a provare il desiderio di indossarla e ben presto divenne un'abitudine correre nell'appartamento ogni volta che poteva e lì si cambiava completamente indossando gli abiti femminili; talvolta si arrischiava a uscire ma il più delle volte rimaneva in casa e si masturbava.

Una vita segreta?

Tutto questo è durato sette anni ma da quando Vittoria scoprì l'indumento femminile era finita la felicità; non avendo il coraggio di raccontare la verità, lui aveva ammesso l'esistenza di un'altra donna, contribuendo così alla messa in crisi del rapporto.

Di cosa si trattava?

Non, come parrebbe a prima vista, di travestitismo, quanto piuttosto di una forma di feticismo: l'indumento infatti non vuole significare il rifiuto del proprio ruolo sessuale quanto piuttosto il valore strumentale della biancheria femminile per raggiungere l'orgasmo. Non a caso Carlo è giunto ad indossarli solo dopo il rifiuto della moglie. È altresì vero che la progressiva sostituzione della moglie con indumenti non lo ha soddisfatto pienamente fino al punto di alzare il tiro elaborando travestitismi sempre più completi che sembrano negare la propria sessualità. Il paziente peraltro è attratto dalle donne e seriamente angosciato per la sua crisi matrimoniale al punto che il suo timore principale è quello di essere abbandonato dalla moglie.

E ora?

Il trattamento, inevitabilmente lungo, ha dato i primi risultati; il paziente è più sereno e ha ripreso con una certa frequenza ad avere rapporti, ma l'obiettivo ambizioso è da un lato di chiarire alcuni aspetti relativi alla sua identità corporea, dall'altro di giungere ad una chiarificazione con la moglie.

11.FACCIAMO L'AMORE SENZA INCONTRARCI

Le lettere

Io e mio marito abbiamo ambedue 50 anni e finora avevo creduto che il nostro fosse un matrimonio un felice. Ma ora sono disperata. L'ultima bolletta telefonica superava il milione di lire. Ho pensato subito male della nostra collaboratrice domestica straniera e sono andata alla Telecom per controllare i numeri formati dal mio apparecchio. Così ho saputo che si trattava di telefonate erotiche, a un numero che poi ho visto pubblicizzato sul giornale come quello di «casalinghe bollenti». Adesso guardo mio marito come se si fosse rivelato un altro uomo rispetto a quello che conoscevo. Ho voglia di lasciarlo.

Anna, Cuneo

Da quando abbiamo in casa il collegamento con internet, mio figlio, 23 anni, passa notti intere davanti al computer. Mi sono preoccupata e una volta mi sono alzata per vedere cosa faceva. Purtroppo sul monitor c'erano immagini decisamente pornografiche e quello che stava facendo il mio ragazzo era inequivocabile: si masturbava. Devo portarlo da un medico?

Anastasia, Trento

Dal telefono al computer, alle due tecnologie insieme per Internet. Dovrebbero essere un aiuto per l'uomo, pure sono diventate il canale privilegiato del cosiddetto «sesso virtuale», superando con la loro interattività le barriere dei giornali porno o delle videocassette hard. Da cosa dipende tanto successo?

Credo che fondamentalmente si tratti sempre di un problema di comunicazione, rapportato ai mezzi tecnici che abbiamo a disposizione. Ricorda i monaci medievali raccontati da Eco nel *Nome della rosa*? Consultavano testi con riferimenti sessuali: era quello che avevano a disposizione. Adesso si ricorre a modem, chat line e altro ancora.

Perché è un problema di comunicazione?

In sostanza si tenta di «surrogare» l'essere umano in carne e ossa perché non si riesce a entrare in rapporto con lui. Al telefono si sa che dall'altra parte della cornetta c'è un uomo o una donna ma non c'è la necessità di un contatto diretto. Soprattutto, è sempre possibile mantenere l'anonimato, se si vuole.

Viene evitato l'incontro?

Certo. Ma è più grave il fatto che questa società si sta disabituando ad avere luoghi di incontro, come un tempo c'erano nelle piccole città: la strada principale, la piazza. Oggi i giovani si vedono in discoteca, dove tutti ballano con tutti e il frastuono assordante impedisce il dialogo. Anche a scuola o all'università le attività che prevedono la socializzazione non sono sufficienti. E allora non bisogna meravigliarsi se si ricorre alla «strada», alla «piazza» telematica per incontrarsi.

Questo potrebbe essere un pregio delle tecnologie?

Sicuramente sì. C'è un'apertura di orizzonti, la possibilità di conoscere altre esperienze. Anche se mi fa un po' di paura il fatto che qualcuno dialoghi per ore su Internet e si esprima a monosillabi con il compagno di banco. Anche la mia personale esperienza dimostra che uomini e donne si fidano di più se «protetti» da qualcosa. Durante la trasmissione tv che conduco ormai da parecchio tempo, attraverso le telefonate ho sentito le storie più incredibili, più coinvolgenti che mi siano capitate. Molto di più rispetto ai pazienti che in studio affrontano direttamente i loro problemi.

E quindi a quale conclusione vuol arrivare?

Che l'esperienza dei colloqui tecnologici è positiva se ha un valore complementare rispetto alla comunicazione vis à vis, diretta. Se, invece, diventa l'unica forma di dialogo credo che sotto sotto ci siano problemi, paure da affrontare. Considerazione che vale maggiormente per il sesso di celluloido o video o cyber. O ancora sesso virtuale. E' chiaro che davanti al computer la persona che ha un rapporto sereno con la propria sessualità porta la tranquillità che vive. E usa Internet per avere nuovi incontri, lo considera un mezzo. Invece, chi ha problemi o, peggio ancora, chi soffre di deviazioni e perversioni, tende a riprodurli anche per via tecnologica. C'è però un aspetto positivo, quello di ritualizzare in una realtà virtuale eventuali perversioni, dal sadomasochismo al voyeurismo, senza il rischio di coinvolgere altre persone che possono non essere del tutto consapevoli. Ciò può accadere soltanto se la cyberdimensione dia un'autentica possibilità di azione virtuale perché le fantasie non sono mai perversioni. Sarebbe come dire che reale e virtuale coincidono, almeno da quel punto di vista.

A parte l'ultima osservazione, fin qui nulla di diverso rispetto a quello che accade con o senza computer.

Ho paura. E il mio timore è che in qualche modo il computer porti a restringere sempre di più il campo dei rapporti umani. Renda inutilizzata e poi inutilizzabile una parte della nostra capacità di stare con gli altri. Faccio un esempio: ho notato come alcuni giovani comunichino tra loro per email, la posta elettronica. Escludendo il dialogo in diretta anche dal computer, danno l'immagine di sé che vogliono, cioè si concedono sempre parzialmente. Usando l'attachment inviano la propria voce registrata come anche, se vogliono, un'immagine o un lungo testo. Decidendo sempre a priori cosa dare e cosa no. Escludendo in partenza la spontaneità rivelatrice che una conversazione, anche per telefono, mantiene. Mi pare che tutto questo possa diventare pericoloso. Mi spiego: il rischio è quello di utilizzare la simulazione non come strumento di conoscenza del mondo ma come veicolo per replicare, far conoscere solo i modelli ideali da noi costruiti.

Eppure i molti fautori di queste conoscenze telematiche dicono che l'incontro via Internet è più completo, perché è un modo di conoscere l'anima dell'altro. La sicurezza dell'anonimato consente di rivelarsi a fondo. E se poi si decide di conoscersi per davvero quella che si vede per la prima volta è una persona di cui si sa già tutta l'interiorità.

Sono certo che succede anche questo ed è sicuramente interessante. Ognuno di noi ha voglia di trovare un interlocutore con cui lasciarsi andare completamente. Ma c'è una differenza ed è quella di un'eccessiva mentalizzazione. Manca in questo dialogo la dimensione corporea fatta di gestualità, calore, odore.

Ma già da tempo sono in vendita scent maker boards, schede per trasmettere odori via Internet.

Sì, è un'idea geniale quella di percepire un odore di salsedine mentre si sta praticando surf virtuale sulle onde del Pacifico. Ma si tratta sempre e soltanto di simulazioni, anche se corrispondono precisamente a immagini definite.

Quali sono i mezzi più usati per il sesso virtuale?

Ancora è al primo posto il telefono, come dimostrano anche le numerose pubblicità che promettono, a suon di costosissimi scatti, voci sensuali disposte a parlare assolutamente di tutto. Con un campionario di scelta vastissimo. Per capire come orientarsi, occhio al prefisso teleselettivo, indizio utile anche per avere un'idea del costo della chiamata. I prefissi con doppio zero identificano linee internazionali, quelle esplicitamente erotiche. A seconda che si tratti di un servizio registrato o dal vivo, si possono ascoltare storielle hard nel primo caso, o

dialogare con una signorina molto accondiscendente e propositiva, nel secondo. Racconti e testimonianze eccitanti sono l'offerta principale delle linee con il prefisso 166. Questi servizi sono a pagamento diretto, ossia il costo (salato) della telefonata viene addebitato in bolletta. Componendo invece il numero di un centralino sexy con prefisso nazionale, o corrispondente a un radiomobile, si riceveranno le istruzioni per la prenotazione di una conversazione. In genere bisogna effettuare un versamento postale che dà diritto a una telefonata dopo qualche giorno dalla prenotazione.

Torniamo al computer. Chissà quali saranno le frontiere del cybersex?

Ben oltre le frasi peccaminose e gli inviti audaci che i partner telematici si trasmettono in video: oltreoceano si parla di «orgasmo cibernetico». Con varie modalità d'uso. Si va dalla cybertuta, da cui partono una serie di cavi che collegano certe zone erogenee del corpo a un computer, manovrato dall'amante-operatore, alla «dream machine», che attraverso gli spostamenti del mouse, permette di visitare varie stanze d'appartamento e di interagire con i personaggi intenti a praticare diverse varianti sessuali. Il top (forse) si otterrà quando sarà possibile mettere su dischetto l'immagine del proprio attore (o attrice) preferito, e muniti di casco, guanti e protesi genitali si potrà dire: «Anch'io ho fatto l'amore con Richard Gere». Intanto, grazie a microfono e telecamerina, chiunque può organizzare casarecce orge telematiche in cui si appare in tre o in quattro contemporaneamente sul video, ognuno intento a fare da solo quello che sul monitor appare in gruppo. Un altro risultato dell'interattività è l'uso di guanti speciali e lenti particolari per vedere, «incontrare» oggetti d'amore attraenti con cui è possibile unirsi per poi, una volta eliminati gli occhiali, «abbandonarli» ad altri navigatori della rete. Tutto quanto accade è reale ma non concreto: è solo la «materializzazione» di una fantasia.

Dietro a tutto questo non ci sono alienazione e solitudine?

Possono esserci senso di estraneità e solitudine ma non necessariamente. La virtualità potrebbe aggiungere al sesso una nuova dimensione di autoaffermazione ed esplorazione. Così come potrebbe rafforzare il senso di marginalità. Dipende dalla percezione che ognuno ha di sé. se ci si sente soli, alienati oppure felici e integrati.

Esiste poi una virtualità più collaudata come può essere quella del cinema, della televisione della pubblicità. Con messaggi sempre più sottili e sofisticati e quindi particolarmente insidiosi.

Anche questo è un problema che la società sta sottovalutando. E che invece porta a un impoverimento della fantasia piuttosto nevrotizzante. Un caso eclatante è quello del serial tv *Baywatch*. Le donne sono tutte bionde e siliconate, fatte in serie. Gli uomini, quasi con messaggio subliminale, dai pantaloni aderenti fanno intravedere attributi corposi. Va in onda alle ore 20 ed è diretta a un pubblico giovanile. Di fronte a quei modelli, ragazzi e ragazze si sentiranno insufficienti e cominceranno ad avere paura a mostrarsi agli altri in un incontro sessuale. Mi pare che queste considerazioni, insieme con l'illusorio paravento che può offrire Internet, portino a concludere che si tenderà a sottrarsi sempre di più ai rapporti personali. Soprattutto in campo sessuale. E' questo il pericolo che non tutti hanno intuito e che viene considerato secondario rispetto all'omologazione presente in Occidente.

Lei parla sempre dei giovani. Come spiega che anche persone di mezza età o più avanti ancora negli anni si dedichino alla navigazione col computer e sempre meno alla vita sociale?

E' più spiegabile. I maturi delusi «lucchettano» le proprie emozioni attraverso tastiera e monitor. Obbediscono al loro bisogno di comunicare ma hanno trovato il modo di farlo senza doversi coinvolgere per intero.

Ma non può essere che in realtà ci sia un maggiore desiderio di riservatezza nei sentimenti, una voglia di mistero dopo i tempi della rivoluzione sessuale?

Sì, questo vale soprattutto per gli adulti che hanno vissuto tre fasi del sesso. Prima: è peccato, non lo devi fare. Seconda: lo devi fare ma così, come te lo prescrive il manuale di sessuologia. Ambedue nevrotizzanti. Terza: lo puoi fare in modo personale e libero, con il recupero dei sentimenti e dell'intimità. Il sesso è normale se lo è per te, non ci sono né sensi di colpa né prescrizioni. Chi ha vissuto male le prime due fasi, ha difficoltà a entrare serenamente nella terza. I ragazzi che messaggi hanno avuto? Di pericolo: attento all'Aids e ad altre malattie, usa sempre il profilattico. Con pochissime spiegazioni. E a loro volta non parlano. Quando vado nelle scuole hanno difficoltà a raccontare di sé stessi. Loro si rifugiano nella virtualità per mantenersi impenetrabili, difesi, non per un'esigenza di riservatezza.

Pensare al futuro in campo sessuale può allora indurre al pessimismo?

Questo diffuso disagio psicologico unito all'evoluzione tecnologica fa ritenere pienamente legittima l'ipotesi di uomini e donne sempre più impegnati a fornire piacere a se stessi senza avere né il bisogno né il desiderio di farlo insieme con un partner. Quante volte letteratura e cinema hanno previsto un'umanità del futuro in cui nessuno o quasi sa più cos'è l'atto sessuale? E quante volte questo tipo di previsioni, giudicate subito solo fantasiose e impraticabili, si sono poi rivelate perfettamente indovinate? Oggi il sesso virtuale, sostitutivo di ogni altro rapporto, appartiene a una minoranza esigua. Ma nessuno può dire con certezza che non sia un fenomeno destinato a diventare generale.

Anche su questo argomento ha ricevuto molte lettere. Scrive una madre: «Mio figlio, 20 anni, sta notti intere al computer a parlare di sesso. Con chi non lo so. E' preoccupante?».

Vorrei fare una domanda anch'io: dov'è il padre di questo ragazzo? Gli ha mai parlato? Perché non lo fa adesso? Molti genitori non sanno cosa dire sulla sessualità. Invece dovrebbero raccontare le proprie esperienze, ammettendo di essere stati giovani imbranati e di aver fatto qualche volta cilecca.

Una ragazza: «Ho 23 anni e da alcuni mesi parlo con un giovane via Internet. Il nostro colloquio è diventato sempre più erotico e spinto e mi ha coinvolto. Adesso lui vuole conoscermi e mi chiede un appuntamento. Ho paura ma sono molto tentata».

Se non ha un ragazzo e vive la solitudine, può essere un modo per passare dalla virtualità alla realtà. Con le dovute attenzioni (mai luoghi solitari le prime volte). Per avere un vero confronto, non soltanto sul piano sessuale. Se invece ha un ragazzo, si chieda cos'è che non le sta dando, cosa le manca. O se il suo è solo bisogno di trasgressione.

Una moglie disperata: «Mio marito parla di sesso con uomini e donne via Internet. Ha comprato la telecamera e si scambiano immagini. Vuole che anch'io partecipi a un'orgia telematica, tanto, dice, avrai il volto coperto. Ho detto no ma lui si è offeso».

Si tratta di un marito diseducato sessualmente. Il sesso è etico solo quando il piacere dell'uno è connesso a quello dell'altro. Ha fatto bene a rispondere di no.

LE NOSTRE LETTURE PER QUESTO LIBRO

- ABRAHAM G., CARUSO S., *Sessuologia clinica*, Masson, 1992
- ANDREOLI V., CASSANO G.B., ROSSI R. (a cura di), *Mini DSM-IV-R*, Masson, 1996
- ANGELETTI S., *Il cervello nelle mani*, Longanesi, 1995
- BARTHES R., *Frammenti di un discorso amoroso*, Einaudi, 1979
- BERNARDI M., *Sessualità, educazione et al.*, Rizzoli, 1993
- BOGGIONE V., CASALEGNO G., *Dizionario storico del lessico erotico italiano*, Longanesi, 1997
- BOSSI M.C. *Pagine di educazione sessuale*, Consulta 1992
- BOSSI M.C. e coll. *Tabù -Enciclopedia di educazione sessuale*, Fabbri ed. 1995
- BOSSI M.C., *Dottore, sono normale ?*, Rusconi 1996
- BOSSI M.C., Masino M. *Intanto parliamone*, Rusconi 1997
- BORNEMAN E., *Dizionario dell'erotismo*, Rizzoli, 1988
- CAFARO D., *Secondo rapporto Asper*, Asper 1994
- CAFARO D., *Il grande manuale di sessuologia in 2701 parole*, Rizzoli, 1989
- CANTARELLA E., *Secondo natura*, Rizzoli, 1995
- CAROTENUTO A., *Eros e Pathos*, Bompiani, 1993
- COMFORT A., *La gioia del sesso*, Bompiani, 1991
- COOPER W., *Sesso estremo*, Castelvevchi, 1996
- FOUCAULT M., *La cura di sé*, Feltrinelli, 1993
- FROMM E., *L'arte di amare*, Mondadori, 1990
- FRYDAI N., *Donne sopra*, Mondadori, 1992
- GIOMMI R., PERROTTA M., *Programma di educazione sessuale*, Mondadori, 1992
- GREGERSEN E., *Pratiche sessuali*, Lyra libri, 1987
- GRIFFITH H.W., *Guida completa alle vitamine*, Edra, 1988
- HARRISON, *Principi di medicina interna*, McGraw-Hill Italia, 1994
- HITE S., *Il rapporto Hite*, Bompiani, 1977
- JANNINI E.A., *Il sesso guarito*, Sperling & Kupfer, 1997
- KAPLAN H.S., *The new sex therapy*, Bompiani, 1990
- KINSEY A.C. ET COLL., *Il comportamento sessuale dell'uomo*, Bompiani, 1969
- KINSEY A.C. ET COLL., *Il comportamento sessuale della donna*, Bompiani, 1970
- LATTES COIFMANN I., *L'amore? Gli animali lo fanno così*, Rizzoli, 1995
- LEVAY S., *Le radici della sessualità*, Laterza, 1994

- MARANDOLA P. ET COLL., *Andrologia e sessuologia clinica*, La Goliardica Pavese, 1995
- MASTER W.H., JOHNSON V.E., *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli, 1978
- MALIZIA E., PONTI H., *Coca e cocaina*, Newton, 1995
- MENCHINI FABRIS F., ROSSI P., TURCHI P. (a cura di), *Andrologia '96*, Monduzzi, 1996
- MORALI-DANINOS A., *Storia della sessualità*, Newton, 1994
- MORRIS D., *La scimmia nuda*, Bompiani, 1995
- OLIVERIO A., *Biologia e filosofia della mente*, Laterza, 1995
- PASINI W., CRÉPAULT C., GALIMBERTI U., *L'immaginario sessuale*, Raffaello Cortina, 1993
- PONTI G., *Compendio di criminologia*, Raffaello Cortina, 1990
- RANKE-HEINEMANN U., *Eunuchi per il regno dei cieli*, Rizzoli, 1990
- RIFELLI G., *Sessuologia clinica*, Masson, 1996
- RIFELLI G., ZIGLIO C., *Per una storia dell'educazione sessuale. 1870-1920*, La Nuova Italia, 1991
- ROUGEMONT (DE) D., *L'amore e l'Occidente*, Rizzoli, 1993
- SENECA, *Breviario*, Rusconi, 1994
- SIBOULET A., *Malattie sessualmente trasmissibili (MST)*, Masson Italia, 1990
- SKRABANEK P., *Follie e inganni della medicina*, Marsilio, 1995
- SLEPOJ V., *Capire i sentimenti*, Mondadori, 1996
- SPECIANI A., *Breviario contro l'inquinamento*, Mondadori, 1994
- STETTINI P., *Sessualità e amore. Guida all'educazione sessuale*, Giunti, 1995
- STONE L., *La sessualità nella storia*, Laterza, 1995
- TANNAHILL R., *Storia dei costumi sessuali*, Rizzoli, 1985
- VELENA HELÈNA, *Dal cybersex al transgender*, Castelvevchi, 1995
- VENÈ M., *Attrazione bestiale*, Sperling & Kupfer, 1993
- VINCENT J.D., *Biologia delle passioni*, Einaudi, 1988
- WEIL A., *Guarire da soli*, Mondadori, 1995
- WESTHEIMER R.K., *Buon sesso*, McGraw-Hill Italia, 1996
- ZONGHI SPONTINI G.C., *Della cucina erotica*, Meb, 1982
- ZWANG G., *Sessuologia*, Masson Italia, 1990

