

Deficit erettivo: eziologia e trattamento

Definizione: Il Deficit Erettivo è una disfunzione sessuale che, nel ciclo della risposta sessuale descritto inizialmente da Master& Johnson e in seguito arricchito ulteriormente dalla H.S. Kaplan e da W. Pasini, si manifesta nella fase dell'eccitazione e consiste nella incapacità di raggiungere o mantenere una adeguata erezione necessaria alla penetrazione ed al compimento dell'atto sessuale. Nel passato questa disfunzione veniva chiamata "impotenza" assumendo poi per estensione un significato più generale che andava ben oltre la sfera sessuale e pertanto il termine impotente è diventato anche sinonimo di: incapacità di agire, sentirsi o vedersi inadeguato, non avere i mezzi per affrontare una determinata situazione. Ritornando al suo significato clinico, riferito all'ambito sessuale. Il D.E può essere classificato in:

- **Generalizzato:** Se Il disturbo non è limitato a determinati tipi di stimolazioni, situazioni o partners
- **Situazionale** se invece si verifica con determinati tipi di stimolazioni, situazioni o partners

Altra distinzione utile ai fini diagnostici e quella tra:

- **Permanente:** Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo
- **Acquisito:** La disfunzione compare dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale

In base alla gravità può essere infine classificato in lieve, moderato o grave.

L'eziologia (le cause) del deficit erettivo

Dal punto di vista eziologico, per la individuazione delle cause del D.E ci avvaliamo del modello proposto da W. Pasini (Diagnosi basati sui cinque centri concentrici) secondo il quale le cause possono essere divise in:

- Cause organiche –biologiche
- Cause psicologiche riferibili al singolo individuo
- Cause psicologiche riferibili alla relazione di coppia
- Cause psicologiche-relazionali riferibili alle relazioni con la famiglia di origine
- Cause riferibili all'area socio-economica etico-valoriale e culturale della persona

1. Cause organiche

Diverse possono essere le cause organiche che possono predisporre o comunque concorrere in associazione ad altre cause di tipo psicogeno al deficit erettivo; qui di seguito vengono solo menzionate le più importanti e, che anche il sessuologo non di formazione medica, può rilevare già con una accurata raccolta anamnestica lasciando la loro disamina più approfondita ai colleghi sessuologi medici. Esse possono essere suddivise in: a) cause di tipo vascolare (vedi ad esempio la correlazione tra il D.E con problemi cardiovascolari sempre più evidenti), b) cause che risalgono a malattie metaboliche (vedi ad es. il ruolo del diabete), c) cause di tipo ormonale (possibile quadro di ipogonadismo), d) problematiche afferenti la salute mentale della persona: depressione, ansia, crisi di panico e altre patologie psichiatriche d) operazioni chirurgiche subite; in particolare la chirurgia pelvica (es. prostatectomia) e loro possibili esiti negativi e) problemi urologici tipo: prostatiti, uretriti ecc..) farmaci assunti con effetti collaterali negativi sulla vascolarizzazione come nel caso di certi farmaci antiipertensivi o come certi psicofarmaci e certi antidepressivi che possono incidere negativamente sul desiderio sessuale che sta a

monte del ciclo della risposta sessuale e di riflesso sulla erezione g) assunzione di droghe "ricreative" che possono abbassare i livelli sierici di testosterone e/o assunzione di alcool che può concorrere ugualmente alla comparsa del D.E.

2. Cause psicologiche riferibili alla singola persona

Questa seconda categoria comprende a sua volta una ampia gamma di situazioni riferibili al singolo individuo; in ogni caso però relativamente indipendenti dalla relazione (eterosessuale o omosessuale) instaurata con il partner. Qui di seguito prendiamo in considerazione le situazioni più ricorrenti che si presentano alla consultazione: a) Alcune e forse le più semplici sono riconducibili alla così detta "Ansia da prestazione" che nella nostra società contemporanea -caratterizza in particolar modo i giovani alle loro prime esperienze sessuali. Questo aspetto però per essere compreso più a fondo, va inserito nel contesto sociale e antropologico degli ultimi 50 anni dopo la cosiddetta rivoluzione sessuale che ha "sdoganato" la sessualità non più vissuta in precedenza come un tabù, e che grazie anche alla contraccezione, ha reso le giovani donne più emancipate e meno succubi dell'uomo da un punto di vista sessuale. Di conseguenza, a differenza del secolo scorso, non è raro che la giovane donna abbia già avuto precoci esperienze sessuali a volte anche prima dei coetanei maschi. Di conseguenza i giovani maschi nell'approccio sessuale si pongono già il problema di soddisfare sessualmente la partner a maggior ragione se questa ha già avuto esperienze precedenti; in questo caso infatti scatta nel maschio la preoccupazione di fornire una prestazione non inferiore rispetto a quella fornita dai precedenti partners. b) Una seconda causa è riferibile più alla immagine "inconscia" della sessualità ricavata dall'individuo già da piccolo e non riferibile solo ai così detti "conflitti edipici" non risolti. Queste esperienze di "imprinting" negativo si evidenziano spesso anche con una accurata anamnesi sessuologica e non necessitano per forza di sedute psicoanalitiche. Le prime esperienze sessuali, le fantasie, l'essere stato o meno oggetto di attenzioni sessuali da parte di una persona adulta (maschio o femmina), l'essere stato esposto precocemente a situazioni sessuali troppo impegnative per la psiche di un bambino possono creare nella mente una immagine della sessualità come connotata da una aspetto sporco peccaminoso o "aggressivo" che poi crescendo si fa a fatica a inglobare nella propria personalità e ad accettare come una parte importante e "naturale" della realizzazione di sé. c) Una terza possibile causa può derivare dalla mancata risoluzione della propria identità sessuale. Questa è la situazione di Gianni di 35 anni e che si palesa solo durante una consultazione di coppia richiesta dalla partner a fronte di un suo desiderio sessuale ipoattivo accompagnato da episodi di Deficit erettivo. Gianni che di professione è veterinario e lavora in un ambulatorio veterinario di cui non è titolare, è convivente da 4 anni con Angela che ha 37anni di professione impiegata comunale. All'inizio della convivenza, non c'erano problemi particolari nella coppia a parte le lamentele di Angela per i turni di lavoro di Gianni che lo impegnavano spesso nei giorni festivi e per la sua bassa retribuzione che Angela imputava al carattere remissivo di Gianni che non sapeva farsi valere nei confronti del suo collega datore di lavoro. Ma Angela nell'ultimo anno incomincia a percepire Gianni un po' sfuggente sul piano sessuale e lo imputa inizialmente a episodi di deficit erettivo in cui era incappato Gianni motivo per cui chiedono la consultazione. Quando però la consulenza deve trasformarsi in terapia vera e propria emerge un fatto inaspettato e "sconvolgente" per Angela che scopre dall'immane cellulare che Gianni aveva instaurato ultimamente una corrispondenza "erotica" con un'altra persona più grande di età che però.....era un uomo e così improvvisamente si scopre il vaso di Pandora. Gianni fino ad allora non aveva avuto relazioni omosessuali ma quando era più giovane dentro di sé aveva avuto delle avvisaglie che aveva preferito rimuovere anche per non dover rimandare ai propri genitori una diversa immagine di sé che difficilmente avrebbero accettato. La consultazione in questo caso aveva fatto venire allo scoperto questa parte nascosta di Gianni; nascosta dal falso sé esibito a familiari, colleghi, partner. Angela pur essendo molto delusa non ha reagito con aggressività o con atteggiamenti denigratori ed è stata piuttosto comprensiva ma, volendo costruire una famiglia "normale" arricchita anche dall'arrivo di un figlio, si è sentita

costretta a lasciare Gianni e a riprendersi seppur a malincuore la propria libertà per cercare di rilanciare il proprio progetto di vita .ricominciando da capo.

D) Altre volte lo “Scherzo” può essere provocato dalla paura inconscia del cambiamento della propria vita come sarà evidenziato con il caso di Giancarlo(diventare padre) e Paolo (La donna che non ti aspettavi ma che abita lontano)descritti più avanti nella sezione :”La terapia della D.E in una ottica psicodinamica . Le persone a volte pensano e credono in buona fede di essere pronte al cambiamento di vita come ad esempio iniziare una convivenza o diventare genitori ma “l’inconscio” ti avverte che non lo sei ancora e, si incarica di mandarti un segnale forte quasi come se ti creasse la disfunzione sessuale per avvisarti che non sei pronto. Il segnale però va decodificato dal sessuologo con formazione psicologica altrimenti con “l’autointerpretazione” si rischia di trarre convincenti errati con seri danni per sé stessi e per la relazione di coppia.

3. **Cause psicologiche riferibili alla relazione di coppia:** Non mi dilungherò più del necessario su questo aspetto non perché non meriti una attenta disamina, ma perché già trattato in un articolo precedente sulla crisi di coppia e terapia di coppia pubblicato in questo stesso sito. Qui mi limito a evidenziare che in questo caso la disfunzione è in pratica verosimilmente di tipo situazionale cioè come richiamato all’inizio, dipende in buona parte dalla relazione instaurata con la partner, dall’immaginario erotico proprio e della partner e dai ruoli che si intendono ricoprire in modo consapevole e inconscio nell’intimità sessuale. Pertanto, in questi casi, è possibile migliorare/risolvere la disfunzione con l’aiuto della terapia sessuale come indicato più avanti e vedi a questo proposito il protocollo redatto ad hoc dalla H.S. Kaplan per il D.E con gli arricchimenti integrativi del prof. W. Pasini. In altre situazione , la disfunzione sessuale è il sintomo di una relazione sentimentale “malata” o disfunzionale che richiede invece una vera e propria terapia di coppia centrata sulla relazione che, come è noto può portare al rilancio della coppia oppure all’evidenza che la relazione purtroppo è finita già da qualche tempo e la disfunzione sessuale ,accompagnata o anche preceduta da un calo del desiderio sessuale ,non è altro che un modo inconscio di comunicarlo a sé stessi e alla partner negando però al tempo stesso di renderlo esplicito per non dover poi affrontare le inevitabili conseguenze che ne conseguono.

4. **Cause psicologiche riferibile alla relazione con le famiglie di origine**
Questa è un’altra possibile causa psicologica che può concorrere alla formazione del sintomo e può avere radice nel passato o nel presente o in entrambe le dimensioni temporali. Le radici nel passato vanno innanzitutto ravvisate nella cultura familiare in cui è cresciuta la persona. Anche se siamo ormai nel 2020 non è raro quando si raccoglie l’anamnesi sessuologica del paziente sentire ancora che in famiglia la sessualità era ancora un taboo e che quando il giovane era arrivato nel periodo della preadolescenza in cui il mistero del cambiamento del proprio corpo, e il risveglio ormonale lo portava alla sperimentazione alla curiosità come ad esempio comprare o a farsi dare dai compagni più grandi o già “più esperti ” (ad es preservativi o giornali o video porno), può essere persino incappato in reprimende più o meno severe. Tali Reprimende o stigmatizzazioni agendo in sostituzione dell’ educazione sessuale-sentimentale, non hanno di certo aiutato alcuni giovani a entrare in questa nuova dimensione di adulti seppur con tutte la contraddittorietà proprio tipiche del periodo adolescenziale .Alcuni ragazzi quindi hanno ancora ricevuto l’immagine del sesso come tabù o di una cosa sporca o pericolosa anche se, per ragioni culturali, in percentuale ben minore rispetto alle giovani ragazze che arrivano all’adolescenza e, che nel passato erano ancora ben più penalizzate. Un aspetto più inconscio e per certi versi più “subdolo” è il così detto processo di “individuazione-separazione” rispetto alle figure genitoriali e in particolar modo rispetto alla propria madre; in modo più attenuato ma che comunque può. dare il suo contributo alla disfunzione sessuale è il mancato sganciamento dalla propria famiglia di origine sganciamento non solo fisico-logistico e di autonomia economica ma anche appunto mentale cioè percepirsi definitivamente come entità a sé stante sganciata dalla propria famiglia di origine e non è raro nella consultazione di coppia apprendere che il partner nonostante abbia iniziato la convivenza ha lasciato ancora la propria residenza anagrafica...presso la famiglia di origine.. Ci sono poi delle condizioni di vita che rendono più complicato e difficile questo sganciamento pensiamo ad esempio al figlio unico (o rimasto per ultimo in famiglia) di

madre vedova o anche separata o di padre vedovo che vive ancora in famiglia che può indurlo a vivere lo sganciamento con senso di colpa verso il genitore rimasto solo; situazione ancora peggiore se il genitore ha problemi di salute o scarsa autonomia

5. Cause riferibili al sistema etico-valoriale culturale della persona

Anche se non è la causa che incide con più frequenza soprattutto ai giorni nostri; comunque va indagata perché anche se raramente, possono comunque presentarsi delle situazioni in cui il desiderio sessuale e di intimità con la partner, può confliggere con il proprio sistema etico valoriale perché troppo rigido o differente dal suo. A questo proposito mi viene in mente un esempio clinico apparentemente curioso di un paio di anni fa. Si tratta di Guido ragazzo religioso cresciuto con una visione molto ortodossa della sessualità che non gli permetteva di dare spazio ad una sessualità completa prematrimoniale e fidanzato con Sara ragazza seria ma laica. Ciò premesso, quando la partner gli chiede di trasformare la relazione in convivenza e , di avere rapporti prematrimoniali completi, Guido acconsente ma previa promessa –impegno della partner.. a convolare a “giuste nozze” prima dell’inizio stabile della convivenza perché altrimenti sarebbe entrato in conflitto con il suo sistema valoriale di “cattolico integralista” che gli permetteva solo delle parziali e graduali concessioni prima del matrimonio. Il matrimonio però non libera subito Guido completamente dalle sue “contrattitudini” morali e pertanto la coppia giunge in consultazione per un D.E di Guido che però si risolve con un percorso breve di terapia sessuale fatto con la coppia.

La terapia del deficit erettivo

Premessa: In questa sede gli approcci terapeutici sono affrontati in una ottica psicosomatica in quanto come ci ha insegnato la H.S. Kaplan, le reazioni sessuali sono delicate e non “naturali” come pensa la grande maggioranza delle persone, e possono essere facilmente danneggiate da una emozione negativa o da conflitti e inibizioni di genere psicologico. Va inoltre ricordato come nel paragrafo sopra descritto: “L’eziologia della D.E.” che la Sessuologia Clinica va trattata in una ottica di approccio integrato e pertanto non si esclude affatto che gli approcci terapeutici qui di seguito descritti debbano anche vedere il concorso del medico specialista per le aree di loro competenza. In linea generale riprendendo la H.S Kaplan possiamo condividere l’idea che affinché si verifichi un corretto funzionamento sessuale, una persona non solo deve essere libera da intense emozioni negative, ma deve essere anche libera da un eccessivo controllo mentale in modo da potersi “abbandonare” all’esperienza erotica. Master& Jhonson ci hanno spiegato che l’ansia che di fatto è la causa psicogena principale che sta alla base della disfunzione, non necessariamente va trovata nel profondo dell’inconscio della persona e in conflitti edipici irrisolti ,ma può derivare anche da insicurezze più superficiali come ad esempio l’ansia di fornire una buona prestazione sessuale che non deluda la partner, oppure da tensioni dovute alla scarsità di comunicazione col proprio partner , o al timore di procurare una gravidanza indesiderata o ..di rovinare la propria reputazione di “maschio prestante” agli occhi del proprio gruppo amicale e/o di riferimento. Infine come ci ricordano anche la Kaplan e W.Pasini, ,l’ ansia può essere causata dal timore che si ripresenti una “défaillance” avvenuta in precedenza causata a sua volta semplicemente da eccessiva stanchezza o da uno stato momentaneamente alterato dall’uso di alcool. Ma, come ben evidenzia la Kaplan stessa, da un punto di vista fisiologico l’ansia sessualmente dirompente, è del tutto identica tanto se causata da conflitti inconsci più o meno profondi, quanto se causata da una “semplice” ansia da prestazione; la conseguenza è la stessa: il D.E. Come sottolinea W. Pasini bastano solo 1-2 episodi di De che, indipendentemente dalla causa che l’hanno prodotto, predispongono la persona ad affrontare l’intimità sessuale con ancora più ansia aumentando così la più probabilità che si ripeta un ulteriore episodio di D.E. (la profezia che si autoadempie)

Meccanismo fisiologico che traduce l’ansia in D.E: Ma quale è il meccanismo fisiologico che traduce l’ansia nel deficit erettivo? Senza riprendere il discorso completo sugli aspetti somatici dell’ansia già esposti in un altro articolo a cui si rimanda, qui ricordiamo brevemente due aspetti:
1) L’ansia di per sé è un meccanismo di difesa dell’individuo e quindi utile che prepara lo stesso a fronteggiare un pericolo e , a tale scopo, induce nel corpo dei cambiamenti idonei a mettere in atto

le due strategie fondamentali per la sopravvivenza : a) il combattimento b) la fuga ; sia nel primo caso che nel secondo nel corpo avvengono dei cambiamenti come ad esempio un maggior apporto di sangue per potenziare o i muscoli delle braccia o delle gambe a seconda della strategia di sopravvivenza scelta sopra menzionata. Dovrebbe essere già a questo punto intuibile che dato che il livello ematico nel nostro corpo è relativamente costante, per apportarne un flusso maggiore in un'altra parte del corpo come ad es nelle gambe, bisognerà drenarlo /toglierlo da altre parti del corpo non finalizzate al combattimento/fuga. ; ovviamente in queste situazioni non serve che giunga sangue nelle arterie del pene e quindi a parità di altre condizioni psicologiche-fisiologiche lo stesso non può andare in erezione perché gli viene a mancare giusto la “materia prima” cioè il sangue che attraverso le arterie del pene giungendo poi ai corpi cavernosi permette di avere l'erezione. Questo sistema di redistribuzione del livello ematico(deviazione del flusso del sangue) è agito grazie ad alcuni neurotrasmettitori in primis l'adrenalina che per l'appunto agisce con effetto vasodilatativo su alcune parti del corpo e vasocostrittivo su altre 2) Il secondo aspetto non meno importante consiste nella assoluta soggettività della percezione del pericolo e a questo proposito riteniamo opportuno ricordare ancora una volta l'aforisma di Hildgard che recita: “La stessa fiamma che scioglie il burro rassoda l'uovo”. metafora che ci ricorda che una situazione fatta eccezione per i pericoli estremi, può essere vissuta come pericolosa o meno e con vari gradi di intensità emotiva dalle persone in modo diverso. Per quanto riguarda il D.E poi per paradosso più un ragazzo/uomo dà importanza alla relazione con la partner, maggiore è la possibilità che in lui si mobili ansia e che questa attraverso i meccanismi fisiologici accennati sopra abbia un DE. Questa è stata la situazione di Miguel giovane paziente di 24 anni arrivato in consultazione circa 1 anno fa. M aveva avuto nonostante la sua giovane età, numerose relazioni o meglio avventure sessuali fin quando non ha incontrato una ragazza di cui si è innamorato e allora ..sono comparsi i primi episodi di DE. della sua vita situazione che si sono risolti poi velocemente i 4 sedute con una consultazione sessuologica senza nemmeno mettere in atto un vero e proprio protocollo terapeutico.

Quali sono le strategie più efficaci da un punto di vista psico-sessuologico per risolvere il D.E?

Qui di seguito riporto in sintesi tre modalità che hanno radici nella mia pratica clinica quindi non parlo di tre modelli astratti ma di tre modelli praticati sul campo messi in atto in base alla tipologia di pazienti con una domanda di DE che avevano a monte cause psicologiche e/o situazioni di vita e relazionali differenti

- 1) **Prima strategia terapeutica:** Questa prima strategia terapeutica che viene descritta qui di seguito è rivolta principalmente ai giovani maschi alle loro prime esperienze sessuali e che non hanno una relazione fissa con una partner. Si basa fondamentalmente sulla consulenza sessuale che si sostanzia in pratica su una “psicoeducazione sessuale” mirata a “sgonfiare il più possibile quella parte di ansia da prestazione legata ad una mancata educazione sessuale pregressa, a stereotipi, o a suggestioni indotte da “leggende metropolitane” e non a quella parte dell'ansia legata più a cause emozionali inconsce o relazionali. Consulenza sessuologica vuol dire in pratica fornire alla persona le spiegazioni causali sull'origine dell'ansia da prestazione e soprattutto sul meccanismo fisiologico che parte dall'ansia e culmina nel deficit erettivo passando per il processo della vasocostrizione sopra descritto che fa mancare alle arterie del pene la “materia prima” indispensabile per il processo fisiologico dell'erezione che è ritenuto in genere erroneamente “naturale” e al riparo dai processi fisiologici psicosomatici avversi sopra descritti. Inoltre, sempre per ridurre il livello di ansia, si incoraggia eventualmente il giovane a ricorrere anche all'uso temporaneo, se le sue condizioni cliniche lo consentono, di un farmaco vasodilatativo per diminuire la probabilità del ripetersi della defaillance sessuale e per poi utilizzare l'esperienza sessuale positiva come rinforzo positivo per aiutare il soggetto a operare una ristrutturazione cognitiva riguardo il fenomeno dell'erezione. A questo proposito è opportuno ricordare due avvertenze importanti: a) la prima è che la decisione della prescrizione spetta in ogni caso al medico curante o specialista che è l'unico a poter decidere se ci siano o meno controindicazioni al suo eventuale uso. b) La seconda è quella che bisogna saper gestire la paura manifesta o inconsapevole del paziente di

diventare dipendente dal farmaco e questo spetta al psico-sessuologo.. A tale proposito è buona prassi innanzitutto affrontare con franchezza il problema con il paziente e poi fargli intravedere la possibilità una volta ritrovata l'efficienza erettiva, di potersi di nuovo "liberare" dalla "stampella" del farmaco attraverso un apposito programma di riduzione a scalare nell'assunzione del farmaco studiato ad hoc per il paziente). In questa casistica di pazienti descritti in premessa, l'esperienza clinica ci ha dimostrato che la consulenza sessuologica dopo una accurata valutazione delle varie possibili cause accompagnata da una accurata restituzione "empatica" del D.E al paziente, può essere già di per sé risolutiva della disfunzione stessa..

- 2) **Seconda strategia terapeutica:** Questa che descriviamo qui di seguito è adatta invece a persone che hanno una relazione di coppia stabile; in questo caso si possono presentare due sottospecie di situazioni: a) situazione in cui alla base della disfunzione c'è della tensione o un conflitto di coppia sottostante accompagnato in genere anzi più spesso preceduto da un calo del desiderio sessuale che già di per sé predispone all'insuccesso l'esperienza sessuale stessa. In questo caso è buona prassi affrontare i problemi sottostanti in una ottica di terapia di coppia preferibilmente con il modello sistemico relazionale in modo da attenuare-eliminare, se è possibile, al più presto le tensioni-rivalse sopite che ostacolano l'intimità sessuale b) Situazioni in cui alla base più che un conflitto di coppia sopito, ci sono delle fantasie negative non esplicitate in entrambi i partner riguardo la causa della disfunzione che predispongono negativamente all'incontro sessuale o peggio ancora all'evitamento dello stesso introducendo timori sospetti nella coppia che a loro volta complicano ancor di più l'intimità sessuale. Ci riferiamo soprattutto al timore-ipotesi di non essere più innamorato della propria partner o timore che sia la stessa partner a interpretare male la disfunzione del partner attribuita erroneamente ad un sopraggiunto disinteresse nei suoi confronti, o al non trovarla più attraente o addirittura dall'essersi invaghito di un'altra donna. In tutti questi casi è fondamentale introdurre una metodologia-protocollo che ristabilisca una adeguata comunicazione verbale e **non verbale** tra i partner per fugare dubbi o convinzioni negative che albergano nell'uno o nell'altro partner o in entrambi. A tale proposito è sicuramente di aiuto la metodologia-il protocollo messo a punto dalla Kaplan per la cura del D.E che non riportiamo qui di seguito rinviandolo ai suoi scritti ma, a mio avviso, sono soprattutto utili quelle sue prescrizioni di base non specifiche per il D.E, ma che di cui ho tratto molto vantaggio nella mia pratica terapeutica e che a volte si sono mostrate risolutive senza dover ricorrere all'uso del suo intero protocollo e ci riferiamo alla Focalizzazione sensoriale n° 1 e alla Focalizzazione sensoriale n°2. Queste sono prescrizioni date alla coppia che consistono in sostanza nell'imporre alla stessa di rinunciare ad avere il rapporto sessuale e l'orgasmo per un determinato periodo di tempo (per diversi giorni e/o alcune settimane), durante il quale i partners, in sostituzione del rapporto sessuale, si danno piacere accarezzandosi reciprocamente con tenerezza il corpo (nella Focalizzazione. N° 1) e i genitali (nella Focalizzazione° 2). La spiegazione della sua efficacia ce la fornisce la stessa Kaplan: "Ogni partner viene liberato dall'aspettativa secondo cui lui o lei sono tenuti a produrre una reazione adeguata in sé stessi o nel proprio partner; lui non ha bisogno di avere una erezione, e non è dovere della donna fare in modo che lui ne abbia una". L'ansia anticipatoria connessa con l'idea di subire un insuccesso o addirittura un "trauma" viene drasticamente ridotta inoltre le reazioni gradevoli che emergono servono anche a riconciliarsi e a riavvicinarsi con l'intimità sessuale prima temute.

- 3) **Terza Strategia terapeutica La terapia del D.E in una ottica psicodinamica**
La psicoterapia psicodinamica è rivolta in generale alla comprensione della causa e/o delle cause "inconsce" che creano ansia, tensione, sensazione di pericolo ecc.. che poi può tradursi attraverso un processo di conversione da stato emotivo negativo a sintomo provocando così i disturbi "psicosomatici" o di sofferenza a carico di una o più parti del corpo. e anche l'apparato sessuale o meglio la funzione sessuale non è esente.". In Questa ottica rientrano in realtà una vasta gamma di interventi perché il problema sessuale può essere associato a conflitti inconsci più o meno profondi; in questa sede però ci riferiamo a interventi che non sono legati a importanti conflitti edipici non risolti o a traumi pregressi... che richiederebbero un trattamento psicoterapeutico a indirizzo psicodinamico

non di breve durata ,ma ci riferiamo invece a conflitti “inconsci” legati più a certi passaggi del ciclo di vita della persona così come li ha ben descritti E. Erikson in “Infanzia e società” .Ci riferiamo ad esempio al passaggio dalla dimensione individuale alla costruzione della coppia stabile o a quello successivo dalla coppia alla famiglia cioè al diventare genitore e qui di seguito per esemplificare e rendere più comprensibile questo tipo di intervento originato da queste problematiche, riportiamo in breve la descrizione di un caso clinico di D E trattato una ventina di anni fa causato appunto dalla “inconscia paura” del cambiamento di vita connesso al progetto genitoriale della coppia e un secondo caso più sintetico che riguarda la disfunzione sessuale connessa al passaggio dalla dimensione individuale alla creazione della coppia stabile.

Il caso di Enrico (nome fittizio) è ' Stato uno dei primi casi di trattamento di Disfunzione Erettile al tempo in cui lavoravo ancora in un Consultorio familiare della ASL di Varese. Enrico all'epoca aveva circa 35 anni, da 7 anni conviveva con Anna, entrambi occupati nella stessa ditta “familiare” anche se in filiali diverse e con mansioni diverse. Dato che la coppia desiderava avere un figlio e che la nascita avvenisse nel matrimonio, Enrico e Anna si sposano e vanno in viaggio di nozze in Australia e qui succede l'imprevedibile e cioè che dalla prima notte di nozze e successivamente anche dopo il rientro a casa, Enrico incomincia a soffrire di disfunzione rettile, disfunzione che nei sette anni precedenti non aveva mai conosciuto. La consultazione inizia con Enrico ma dai colloqui e dati anamnestici raccolti, non si intravede una possibile causa né di tipo medico né di tipo psicogeno. Programmo allora una seduta di coppia per verificare se sono subentrate nel frattempo problematiche nella loro relazione e verifico che questa ipotesi va scartata perché tra i partner c'è una buona relazione affettuosa e la neo-moglie appare tutt'ora molto innamorata del suo Enrico. Programmo allora una seduta individuale con la moglie che si rivela una mossa vincente perché emergono dei particolari non emersi precedentemente nelle sedute con E (portatore del sintomo) e che si rivelano determinanti nella comprensione delle cause della disfunzione e che orientano poi le azioni da mettere in campo per superare la stessa. Dal colloquio infatti emerge quanto segue: Anna, dal giorno prima del matrimonio, coerentemente con la decisione condivisa con Enrico di “allargare” la famiglia con l'arrivo di un figlio, aveva dismesso l'assunzione della pillola contraccettiva e, guarda caso già dalla prima notte successiva in Australia, Enrico aveva cominciato a soffrire di D.E senza riuscire a darsene una spiegazione. A volte capita che nei primi giorni del viaggio di nozze e soprattutto nella prima notte di nozze si possa andare in bianco per la stanchezza, lo stress la preoccupazione per i preparativi che hanno preceduto il matrimonio, per l'emozione del grosso cambiamento introdotto nella propria vita ma, il viaggio di nozze ormai era finito da almeno un paio di mesi, e la disfunzione persisteva quindi le cause andavano cercate altrove! La consultazione riprende con sedute individuali con Enrico e dopo poche sedute emerge a mano a mano anche attraverso l'impiego di alcuni test (Collage e altri) un fatto inaspettato e trascurato dallo scrivente e cioè che pur desiderando diventare padre, in realtà era molto preoccupato del cambiamento che la nascita di un figlio avrebbe portato. Innanzitutto, era preoccupato sull'impatto che avrebbe avuto sulla complicità e intesa di coppia; Enrico aveva una forte passione per la moto condivisa da Anna e gran parte dei weekend nella bella stagione prevedevano dei viaggi in moto da soli o con amici. Enrico era consapevole che la nascita di un figlio lo avrebbe indotto ad archiviare o a ridimensionare molto questa passione e modalità di svago. A questo si aggiungeva un ulteriore elemento non meno importante e cioè che E aveva un gruppo di amici con cui si ritrovava in settimana praticamente quasi tutti single e si rendeva conto che con la nascita di un figlio anche questo secondo aspetto della sua vita di tipo relazionale avrebbe subito un deciso cambiamento. Enrico infatti essendo una persona matura e responsabile , era consapevole che non avrebbe potuto condurre la vita relazionale di prima delegando la cura e l'accudimento del neonato a Anna e al tempo stesso continuare la frequentazione degli amici single come prima. Individuata la causa dell'ansia che produceva questo disturbo psicosomatico e in concreto il D.E come si è rimediato alla situazione? Riconvoco in seduta la coppia, restituisco a entrambi il mio punto di vista sulla causa della disfunzione e cioè in sintesi che E. anche se era consapevole che la contraccezione da parte della moglie era stata dismessa, in realtà non era pronto a diventare genitore e , pertanto chiedevo a Anna se era disposta a rinviare la ricerca di un figlio per circa 8 mesi. Riprendendo temporaneamente l'uso della contraccezione orale. Alla mia proposta A aveva aderito senza difficoltà e la situazione problematica cioè la D.E di Enrico è

stata superata; vorrei sottolineare che in questo caso la ricerca della causa psicogena dopo avere escluso quelle di tipo medico e le altre previste dal modello W. Pasini è stata la strategia vincente.

Un'altra situazione molto più recente che esemplifica la situazione in cui il sintomo (disfunzione sessuale) è il segnale inconscio della paura per il cambiamento della propria vita è rappresentato dalla vicenda di Agostino. Agostino (40 anni) pur essendo un professionista affermato e di bell'aspetto e in grado di risultare interessante per il gentil sesso lo ha sempre tenuto a debita distanza facendo in modo di non allacciare vincoli troppo stretti o amorosi con le donne fin quando durante una vacanza ha incontrato Elisa che ha fatto breccia nel suo cuore facendogli intravedere una nuova prospettiva di vita. Quando però la relazione si fa più stretta e l'occasione di avere intimità con Elisa si concretizza, Agostino sviluppa un Deficit erettivo. Ricercandone le cause che sono sia recenti che remote, emerge che, pur vivendo da solo, condivide molto tempo, interessi con il proprio padre vedovo a cui è molto legato e che non vuole abbandonare a sé stesso anche perché Elisa abita in un'altra regione e per motivi lavorativi e familiari ha più vincoli che le impediscono di trasferirsi. Anche in questo caso il timore di dover fare una scelta, recidendo o meglio ridefinendo il legame con il padre operazione per lui emotivamente difficile e foriera di sensi di colpa, è la principale causa "inconscia" anzi in questo caso "preconscia" della disfunzione sessuale di A. Il lavoro terapeutico in questo caso l'ha fatta emergere e soprattutto "smascherandola" ha contribuito a ridimensionare altre paure che facevano da copertura e che "depistavano" dalla causa principale legittimando infine e liberando dai sensi di colpa il suo legittimo diritto e bisogno di costruirsi finalmente un legame affettivo solido e in nuce probabilmente anche finalmente una propria famiglia.

Dr. Fernando Cesarano