

APPROCCIO SESSUOLOGICO ALL'IMPOTENZA (DISFUNZIONE ERETTILE)

Tecniche riabilitative: Training Sessuale Sofrologico (TSS)

Per quanto riguarda le **Tecniche riabilitative**, in particolare, si fa riferimento al **Training Sofrologico Sessuale (TSS)**.

Le tecniche di rilassamento della Sofrologia, da più di quindici anni, sono state applicate con successo alla sessuologia.

Il metodo che si utilizza è il **Training Sessuale Sofrologico (TSS)**, il cui campo di applicazione comprende le disfunzioni sessuali che non hanno cause organiche.

Tra le principali cause di Disfunzione Erettile troviamo gli stati d'ansia e di stress che, attivando una risposta biochimica negativa, producono una sfavorevole situazione psico-fisica tale da impedire l'erezione.

Il pene, infatti, quando entra in erezione non è un muscolo che si contrae, ma una struttura muscolare che si distende favorendo l'ingresso della circolazione sanguigna. La rigidità è così prodotta dalla pressione del sangue all'interno del pene. E' evidente, a questo punto, che più si è contratti fisicamente e mentalmente e più difficile risulta l'erezione. Al contrario, come durante il sonno, ad uno stato di completo rilassamento corrisponde un'erezione perfettamente rigida.

Un soggetto rilassato mentalmente e fisicamente, quindi, ottiene e mantiene facilmente l'erezione a seguito di eccitazione.

Il training Sessuale Sofrologico consiste nell'apprendimento di profondo stato di calma e di benessere, attraverso un metodo personalizzato di rilassamento che consente di liberarsi dalle tensioni indesiderate e di gestire al meglio la funzione sessuale.

Fin dal primo incontro le metodiche del Training Sofrologico, - basato sulle più moderne tecniche di rilassamento - conducono a sperimentare una completa distensione fisica e mentale che, con il procedere dell'allenamento, diviene permanente.

Il Training Sessuale Sofrologico – è bene sottolineare – **non consiste in una terapia, ma in un percorso attivo di apprendimento e d'addestramento**, attraverso il quale si potenziano le naturali difese individuali contro l'ansia. Ciò contribuisce a rendere inefficaci gli effetti nocivi dello stress e – quando è stato accertato dal medico specialista che non vi siano cause organiche o psicologiche alla base dell'impotenza - di ottenere e mantenere un'ottima erezione durante tutto il rapporto sessuale.

S'impara così a gestire le risorse psicofisiche armonizzando l'equilibrio interiore ed ottimizzando le proprie prestazioni sessuali.

Si precisa che il Training si svolge sdraiati, vestiti, in posizione di relax e senza dover fare alcun movimento, in quanto i procedimenti che si attivano sono interni.

Il Training Sessuale Sofrologico ha mediamente una cadenza settimanale, con sedute di 60 minuti. La sua durata non eccede, di solito, oltre i quattro - cinque mesi.

La Disfunzione Erettile

L'Impotenza o -come oggi più frequentemente viene definita- la Disfunzione Erettile è un sintomo, non una patologia.

Il pene è parte integrante dell'uomo, risponde agli equilibri organici così come a quelli psicologici, alle paure, ai desideri, ai sentimenti, ai valori. L'influenza della natura sui fenomeni erettili non è inferiore a quella esercitata dalla psiche e dalla cultura.

Lo studio e la terapia della D.E., pertanto, non possono prescindere da un articolato approccio psico-sessuologico.

La sessualità è **un sistema integrato multifattoriale**. Al suo formarsi e manifestarsi -normale o patologico- concorrono diversi elementi, la cui genesi ed evoluzione è sempre un incontro tra storia personale e contesto sociale.

Definizione

La Disfunzione Erettile consiste in una persistente o ricorrente impossibilità di raggiungere o mantenere un'erezione adeguata del pene sufficiente a consentire la soddisfazione sessuale.

Classificazione

In relazione alle cause, la Disfunzione Erettile può essere distinta in **organica e non organica**. Le Disfunzioni Erettili organiche hanno cause di natura fisica (anatomiche, neurologiche, disendocrine, arteriogeniche, venogeniche, ecc.). Le **non organiche si distinguono in psicogene** ("quando si ritiene che fattori psicologici abbiano un ruolo preminente nell'insorgenza, nella gravità, nell'esacerbazione o nel mantenimento della disfunzione" DSM – IV) e **funzionali** (quando non vi è una causa né psicogena né organica che le determina, ma sono generate da una risposta d'ansia eccessiva o di stress).

Le più frequenti, soprattutto fino ai 50 anni, sono non organiche e tra queste le più presenti sono le disfunzioni erettili **funzionali, ovvero quelle generate da uno stato d'ansia più o meno percepito**.

Diagnosi e Terapia

La diagnosi di Disfunzione Erettile deve essere fatta sempre da un medico, meglio se uno specialista: andrologo o urologo. Accertate le cause si può, sempre dietro indicazione medica, intraprendere il percorso terapeutico che può essere: farmacologico, chirurgico, psicoterapeutico o sessuologico-riabilitativo.

Nel caso di Disfunzione Erettile organica, in genere, la terapia è farmacologica o chirurgica. Nelle Disfunzioni Erettile psicogene si ricorre alla psicoterapia, con eventualmente un supporto farmacologico. Per le Disfunzioni Erettile funzionali è sufficiente un training riabilitativo (**Training Sessuale Sofrologico TSS**)

Fattori non organici che influenzano la Disfunzione Erettile

Vediamo, ora, i principali fattori che possono determinare una D.E. psicogenica, una D.E. funzionale o concorrere ad aggravare un deficit erettile di natura organica.

I principali fattori che influenzano la D.E. possono essere raggruppati in quattro categorie:

- a) Psicologici
- b) Socio-culturali
- c) Relazionali
- d) Storia personale

A **livello psicologico**, la frequente causa di D.E. è rappresentata da un disturbo psicopatologico primario. La D.E. si manifesta così come espressione secondaria di una patologia psichica dal quadro ben delineato. Il caso della depressione, soprattutto nella sua forma di depressione maggiore, è uno dei più frequenti. Si osserva, infatti che il soggetto depresso, non solo perde quasi completamente il desiderio sessuale, ma ha anche persistenti difficoltà nel conseguire l'erezione. Va notato in proposito che, in caso di depressione non curata e protrattasi per lungo tempo, anche le erezioni notturne tendono a scomparire. Ciò può fuorviare nella lettura del tracciato del Rigiscan che analizza le erezioni presenti nel sonno, indirizzando verso una patologia di natura organica.

Sono noti poi altri disturbi mentali che possono rendere difficile od ostacolare completamente l'erezione. Citiamo tra questi il disturbo Ossessivo-Compulsivo che esita frequentemente in Avversione Sessuale; il disturbo di Dismorfismo Corporeo (soprattutto se orientato verso i genitali: ad esempio, il vissuto delle scarse dimensioni del pene); i disturbi che originano i comportamenti parafiliaci (comportamenti devianti dell'eccitazione). In quest'ultimo caso, in genere la D.E. si manifesta solo quando non è possibile mettere in atto il comportamento

oggetto della parafilia (quando, ad esempio, per il masochista non è possibile essere umiliato, percosso, ecc.).

Annoveriamo inoltre e più genericamente il Disturbo di Personalità (“modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente dalle aspettative della cultura dell’individuo, è pervasivo ed inflessibile, stabile nel tempo e determina disagio o menomazione” DSM – IV. Disturbo Paranoide, attesa costante di giudizi negativi; Disturbo Schizotipico, difficoltà nella comunicazione faccia a faccia; Disturbo Narcisistico, con fantasie di potere illimitato che vengono disattese dai fatti).

Vanno infine ricordate, anche se non particolarmente frequenti, le dinamiche inconscie che possono divenire un ostacolo sia nell’ottenimento che nel mantenimento dell’erezione, come ad esempio la proiezione della figura materna sulla propria partner che risveglia il tabù dell’incesto.

In conclusione citiamo i Disturbi d’Ansia, caratterizzati da continua presenza d’ansia. Da questi ultimi vanno però distinti i casi di risposta d’ansia, non psicogenici, di fronte all’attività sessuale: una situazione assai frequente, che configura però una D.E. *funzionale* o *disreattiva*, ovvero non riconducibile ad un quadro psicopatologico, ma più realisticamente a fattori socio-culturali o relazionali. Dobbiamo, infatti, distinguere tra disturbi secondari a psicopatologie o direttamente psicogenici (“quando si ritiene che fattori psicologici abbiano un ruolo preminente nell’insorgenza, nella gravità, nell’esacerbazione o nel mantenimento della disfunzione” DSM – IV) e disturbi dell’erezione situazionali, relazionali, o dovuti a fattori socio-culturali.

L’influenza socio-culturale sulla sessualità può in molti casi rappresentare il fattore determinante o una concausa nella genesi della D.E.. L’esempio più evidente – e a noi prossimo – può essere rappresentato dall’*ansia da prestazione*. Tale stato di turbamento emotivo, infatti, è molto frequente e si manifesta con attenta autoosservazione ed attesa di giudizio. È noto che il combinato di siffatti atteggiamenti produce un forte stato d’ansia che a sua volta attiva una risposta biochimica ostativa all’erezione. Vanno poi considerati gli innumerevoli pregiudizi sulla sessualità che non solo rendono fragili - poiché per lo più rimandano a stereotipi irraggiungibili (dimensioni esagerate del pene, prestazioni plurime, ecc) – ma che sono capaci di trasformare comportamenti normali in patologici (se si è convinti che la partner debba raggiungere più orgasmi durante la penetrazione per essere soddisfatta, l’insorgere dell’urgenza eiaculatoria, anche dopo il suo primo orgasmo, può essere vissuto come un fenomeno d’eiaculazione precoce).

I fattori relazionali all’interno della coppia sono altrettanto importanti e possono predisporre a disturbi dell’erezione. Oltre alle note

psicodinamiche sostenute da problematiche inconscie, vanno ricordati i fenomeni traslativi in cui l'aggressività accumulata verso la partner viene manifestata con D.E. o eiaculazione precoce o i casi in cui viene proiettata sulla partner (spesso inconsapevolmente complice) la figura materna, con conseguente blocco libidico e dell'erezione.

Notiamo, infine, il peso determinante che può avere la **storia personale**. Traumi subiti nell'infanzia o nell'adolescenza ed anche nell'età adulta possono condizionare fortemente la capacità sessuale. Ma vanno altresì considerati i riflessi esistenziali. Questi ultimi, infatti, possono pervasivamente raggiungere la sessualità, minando la risposta erettile. Non è infrequente che frustrazioni o insuccessi in campo sociale e lavorativo o l'impossibilità di rimuovere una causa d'infelicità espandano il senso d'impotenza situazionale alla sessualità.

L'anamnesi psico-sessuologica deve, pertanto, tenere conto di tutti questi fattori e porci in condizione di valutarli attentamente.

L'anamnesi psico-sessuologica

L'anamnesi psico-sessuologica comprende:

1. **Storia personale:** accertamento di eventuali traumi psichici, rapporti familiari, rapporti sociali, dinamiche lavorative, ambizioni e frustrazioni.
2. **Storia sessuale:** dall'insorgere cosciente delle pulsioni sessuali fino al momento attuale.
3. **Abitudini sessuali:** individuali e di coppia. Remote ed attuali.
4. **Convincimenti personali:** religiosi, del gruppo d'appartenenza. Pregiudizi culturali, stereotipi sociali.
5. **Percezione psico-fisica:** rapporto con i genitali, con il proprio corpo, con il corpo altrui. Lettura piacere-dolore.
6. **Percezione psico-emozionale:** vissuti sessuali e loro aggregati.
7. **Partner sessuali:** presenza di partner. Età, livello culturale, carattere, appetibilità, disponibilità, ecc.
8. **Situazione di coppia:** felice, normale, conflittuale.
9. **Eventi e situazioni stressanti:** sociali, lavorative, familiari, di coppia.
10. **Test psicologici di base:** per accertare e valutare: eventuale stato depressivo, ansia di tratto (personalità ansiosa), ansia di stato (situazionale).

L'approccio psico-sessuologico alla Disfunzione erettile

L'approccio psico-sessuologico alla D.E. va modulato a seconda che ci si trovi di fronte ad una D.E. organica o non organica.

Le Disfunzioni Erettili non organiche – ricordiamo - si distinguono in psicogene (“quando si ritiene che fattori psicologici abbiano un ruolo preminente nell’insorgenza, nella gravità, nell’esacerbazione o nel mantenimento della disfunzione” DSM – IV) e funzionali o disreattive (quando non vi è una causa né psicogena né organica che le determina, ma sono generate da una risposta d’ansia eccessiva).

L’approccio psico-sessuologico si articola:

- nella D.E. organica

- Terapia medica + supporto psico-sessuologico
- Terapia chirurgica + counseling e supporto psico-sessuologico

- nella D.E. psicogena

- Psicoterapia associata a terapia medica

- nella D.E. funzionale

- Tecniche riabilitative: Training di rilassamento per il controllo degli stati emozionali: **Training Sessuale Sofrologico (TSS)**