

Disturbi dell'orgasmo: i sintomi

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

| | | |
|---|------|---|
| Premessa | pag. | 1 |
| Che significato ha l'orgasmo per la donna? | pag. | 1 |
| Quali fattori influiscono sull'orgasmo? | pag. | 2 |
| Come si fa a capire che la donna soffre effettivamente di anorgasmia? | pag. | 2 |
| A questo punto come si procede? | pag. | 3 |
| Per quale motivo c'è differenza tra l'orgasmo ottenuto con la stimolazione "esterna" ("orgasmo clitorideo") e quello ottenuto con la penetrazione ("orgasmo vaginale")? | pag. | 3 |
| In questo caso cosa il medico cosa deve fare? | pag. | 4 |
| Ci sono altre domande importanti da fare? | pag. | 4 |
| Riguardo all'eccitazione che cosa chiede il medico? | pag. | 4 |
| E per il desiderio? | pag. | 5 |
| Conclusione | pag. | 5 |
| Approfondimenti generali | pag. | 5 |
| Approfondimenti specialistici | pag. | 5 |

Premessa

La mancanza di orgasmo (anorgasmia) può rappresentare, per una donna, una "ferita" per la sua identità sessuale, che la porta a sentirsi meno donna, ma può tradursi anche in una penalizzazione per il partner con il rischio che la relazione di coppia, poco per volta, si deteriori. In passato i disturbi dell'orgasmo venivano letti prevalentemente in chiave psicologica, soprattutto a causa di una scarsa conoscenza dei meccanismi biologici della sessualità femminile. Solo recentemente la ricerca medica ha iniziato ad approfondire la fisiologia della sessualità femminile non legata esclusivamente alla funzione riproduttiva (1).

Un ulteriore aspetto da tenere ben presente è che il disturbo dell'orgasmo si accompagna spesso ad altri problemi sessuali, fra i quali spiccano la ridotta eccitazione e la mancanza di desiderio. Al punto che oggi si parla di disturbo dell'orgasmo in sé e per sé solo quando l'eccitazione sessuale sia elevata, o comunque a livelli normali.

In questa scheda vediamo come, attraverso l'analisi dei sintomi, il ginecologo, o il medico sessuologo, arrivino a definire quale tipo di disturbo abbia effettivamente la donna. In una scheda successiva vedremo quali siano gli ulteriori approfondimenti diagnostici da fare prima di decidere la terapia.

Le domande che saranno illustrate, e che durante la visita dovrebbero essere poste dal medico, possono servire anche alla donna per riflettere sul proprio disturbo e prepararsi meglio e con più consapevolezza alla visita stessa.

Che significato ha l'orgasmo per la donna?

L'orgasmo ha due fondamentali significati:

a) a livello individuale, è un evento che consente di scaricare l'eccitazione e di trovare così un nuovo, più appagato stato di equilibrio e di benessere (2), e di sentirsi inoltre completamente donna al di là della maternità;

b) a livello relazionale, è un indice della qualità del rapporto di coppia, e non solo per la donna: l'uomo, infatti, trae dall'orgasmo femminile un'importante conferma della propria seduttività, della propria capacità di suscitare il desiderio – fisico ed emotivo – nella compagna e di soddisfarlo.

Quali fattori influiscono sull'orgasmo?

Ogni area della sessualità umana ha tre componenti fondamentali: biologica, psicologica e culturale. Tutte e tre vanno attentamente considerate dal ginecologo o dal sessuologo medico (3), perché ciascuna di esse può rappresentare, da sola o in sinergia con le altre due, l'elemento che determina la comparsa o il mantenimento del disturbo sessuale. Il medico tiene quindi conto sia dei vari significati dell'orgasmo femminile, sia delle differenti cause che possono impedirne il raggiungimento.

I fattori culturali, in particolare, possono avere un peso determinante e "spiazzare" molte nostre convinzioni. Alcune donne infibulate, per esempio, hanno una buona capacità orgasmica perché – nonostante la grave mutilazione fisica che può arrivare all'escissione parziale del clitoride – la loro cultura attribuisce un significato altamente positivo alla mutilazione stessa e al suo rapporto con la vita sociale e di coppia (4).

In altri casi, e questo vale soprattutto per l'Occidente, la richiesta terapeutica può derivare dall'esigenza di adeguarsi alle aspettative, spesso irrealistiche, indotte dai media: un altro esempio dell'importanza dei condizionamenti ambientali e culturali.

Come si fa a capire che la donna soffre effettivamente di anorgasmia?

Dal punto di vista pratico, spesso è la donna a parlarne durante la visita ginecologica o sessuologica. In altri casi, meno frequenti, il disturbo emerge per iniziativa del medico che indaga direttamente la sua sessualità.

In ogni caso, e come prima cosa, il medico si deve chiedere: cosa intende questa donna e a quali situazioni si riferisce quando dice di non raggiungere l'orgasmo? La risposta emerge da una serie di domande volte ad approfondire il problema:

1) *Da quanto tempo avverte questo disturbo?* Si tratta di un quesito fondamentale che consente di capire se l'anorgasmia è primaria o secondaria. Nell'anorgasmia primaria il problema è presente da sempre e ha caratterizzato tutte le esperienze sessuali precedenti; nell'anorgasmia secondaria il disturbo è emerso in un determinato momento della vita;

2) *Le capitava anche con i partner precedenti?* Questa domanda è strettamente legata alla precedente. Se la risposta al primo quesito è "L'ho sempre avuto" e quella al secondo è "Sì", la

donna soffre certamente di anorgasmia primaria, quindi non condizionata esclusivamente dalla relazione attuale. In questo caso andranno maggiormente approfondite la sessualità della donna e le sue esperienze. Se invece la risposta alla prima domanda indica che il sintomo è comparso solo dopo aver goduto di una soddisfacente vita sessuale, andranno ricercate le possibili cause scatenanti:

- organiche: ormonali, genitali, iatrogene e così via;
- psicologiche: stati depressivi, eventi luttuosi reali o simbolici;
- relazionali: conflitti di coppia, cambio del partner, disturbi sessuali del partner, come eiaculazione precoce o deficit erettivi.

A questo punto come si procede?

Prima di proseguire con gli approfondimenti sulla sessualità individuale e relazionale, il medico dovrebbe fare ancora due domande, che sono utili a definire meglio la risposta orgasmica e il sintomo:

3) *Ha difficoltà a raggiungere l'orgasmo solo durante la penetrazione, o anche con la stimolazione clitoridea?* Se la risposta è affermativa anche riguardo alla stimolazione esterna, l'anorgasmia è totale;

4) *Le è mai successo di raggiungere l'orgasmo con la masturbazione o durante i sogni?* Se la risposta è "Sì", si aprono ulteriori possibilità diagnostiche. La possibilità per molte donne di raggiungere l'orgasmo solo attraverso la stimolazione esterna, autoindotta o praticata dal partner, è infatti importante per comprendere meglio l'origine del problema. La presenza di orgasmi, anche saltuariamente, in associazione a sogni, non necessariamente erotici, è importante sia perché ci dice che i meccanismi fisiologici sono integri (anche se inibiti durante il giorno) sia perché la donna ha un'esperienza di riferimento di "che cosa sia" l'orgasmo.

Per quale motivo c'è differenza tra l'orgasmo ottenuto con la stimolazione "esterna" ("orgasmo clitorideo") e quello ottenuto con la penetrazione ("orgasmo vaginale")?

L'elevata sensibilità della vulva – e in particolare del clitoride, dell'area periuretrale e dell'ingresso vaginale – fa sì che una stimolazione adeguata dei genitali esterni porti facilmente all'orgasmo. Al contrario, la scarsa sensibilità superficiale delle pareti della vagina – perché scarsamente innervate, altrimenti il parto per via vaginale sarebbe così doloroso da essere intollerabile – può far sì che l'eccitazione e il piacere riescano ad essere evocati solo da un'efficace pressione esercitata sulle pareti vaginali stesse. Questo avviene più facilmente in presenza di un adeguato tono del muscolo "elevatore dell'ano", che circonda la vagina e dal quale dipende la componente "motoria" del riflesso orgasmico stesso. Per l'orgasmo vaginale, tuttavia, è anche importante il significato – erotico e affettivo – che per la donna ha la penetrazione con quel determinato partner in quella fase della vita. Significato che condiziona la sua capacità di "erotizzare" la penetrazione e di lasciarsi andare al piacere.

L'orgasmo vaginale, in altre parole, richiede una "storia personale" di esperienze coitali positive, nella quali cioè la penetrazione sia stata vissuta bene a livello sia psico-affettivo sia corporeo. L'assenza di rigidità e tensioni somatiche, accompagnata da un'adeguata "fluidità" corporea, è

infatti un requisito importante per percepire il piacere e l'eccitazione vaginale e consentire il successivo innesco del riflesso orgasmico (5).

In questo caso cosa il medico cosa deve fare?

Se si evidenzia un'anorgasmia coitale solo – ripeto, solo – vaginale, il ginecologo o il medico sessuologo passeranno a valutare le esperienze della donna rispetto alla penetrazione e il ruolo del partner durante la penetrazione stessa. A tale scopo possono essere utili le seguenti domande:

- 5) *Che importanza ha per lei la penetrazione nel rapporto sessuale?* Questa domanda mira a fare emergere il valore e il significato che la donna attribuisce all'orgasmo;
- 6) *Prova piacere durante la penetrazione?* Segnala la capacità della donna di riconoscere le sensazioni vaginali profonde e di percepire positivamente il piacere;
- 7) *Il piacere e l'eccitazione crescono con il proseguire della penetrazione?* La domanda punta a verificare l'efficacia dello stimolo, la "fluidità" corporea della donna, l'eventuale presenza di tensioni muscolari o di ansia;
- 8) *Se la penetrazione durasse di più ritiene che arriverebbe più facilmente all'orgasmo?* In questo modo si mette a fuoco il ruolo del partner, e in particolare la sua capacità di controllo ejaculatorio. L'eiaculazione precoce è infatti una nemica giurata – e sottovalutata – dell'orgasmo vaginale;
- 9) *Si sente tesa, contratta o prova qualche fastidio o dolore durante la penetrazione?* Evidenzia la presenza di tensioni muscolari, generalizzate o genitali, nonché di dolore alla penetrazione ("dispareunia") che inibisce sia la capacità di eccitazione, sia, evidentemente, di orgasmo vaginale;
- 10) *Le è mai capitato di non riuscire ad essere penetrata, come fosse chiusa? E/o ha, o aveva, paura della penetrazione?* Queste domande verificano la presenza di una tensione muscolare del pavimento pelvico, e di una specifica fobia della penetrazione, sino al vaginismo.

Ci sono altre domande importanti da fare?

La tappa successiva per la definizione del sintomo riguarda gli altri aspetti della risposta sessuale e, in particolare, l'eccitazione e il desiderio. Come dicevo infatti nella premessa, è dimostrato che la maggior parte delle donne che riferiscono un disturbo dell'orgasmo presentano anche un'insufficiente risposta eccitatoria, talvolta associata anche a una carenza o alla mancanza di desiderio, delle quali la difficoltà orgasmica è solo la conseguenza (6).

Riguardo all'eccitazione che cosa chiede il medico?

Per prima cosa indaga la capacità della donna a "riconoscere" la propria eccitazione genitale, a livello sia mentale sia fisico: questa capacità è infatti un presupposto fondamentale per raggiungere l'orgasmo (7). Ecco alcuni esempi di domande volte ad approfondire l'argomento:

- 11) *Cosa intende per eccitazione sessuale?*
- 12) *Come potrebbe descriverla, come la sente nel corpo?*

Poiché l'orgasmo è un riflesso che si attiva per effetto di stimoli eccitatori di intensità crescente che provengono sia dal corpo (e dalla zona genitale, in particolare), sia dal sistema nervoso centrale (sensazioni visive, uditive, olfattive, tattili, ma anche pensieri e immagini mentali), è opportuno valutare anche la qualità e l'efficacia di questi stimoli:

13) Come si svolge di solito il rapporto sessuale?

14) Ciò che accade, dai preliminari alla penetrazione, è efficace per eccitarla e per far crescere l'eccitazione? Le dà piacere o si sente indifferente, o quasi, rispetto a quanto succede?

15) Quali stimoli riconosce più efficaci a far crescere l'eccitazione?

16) Cosa sarebbe utile che accadesse per aumentare il suo coinvolgimento e la sua eccitazione?

E per il desiderio?

Anche la carenza del desiderio può rivelarsi in molti casi il vero problema. L'assenza di desiderio relativa a un determinato partner può, per esempio, essere espressione di un rapporto di coppia conflittuale. Sul versante opposto, la totale mancanza di desiderio sessuale per qualunque partner (incluso il disinteresse verso la masturbazione) può esprimere disfunzioni ormonali (carenza androgenica), un vissuto negativo rispetto alla sessualità (profondi sentimenti di colpa e vergogna, eventi traumatizzanti del passato) o un'omosessualità negata.

Conclusione

La disfunzione orgasmica a questo punto può essere definita come primaria o secondaria, assoluta (con qualunque partner e in qualsiasi situazione) o relativa (limitata ad un partner e/o a specifiche situazioni), e collegata o meno a una o a tutte le modalità di stimolazione e di attività sessuale. Questa definizione del sintomo orienterà i successivi approfondimenti diagnostici e la strategia terapeutica.

Approfondimenti generali

Graziottin A.

Il dolore segreto

Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2005

Graziottin A. Maraschiello T.

Farmaci e sessualità

Airon Edizioni, Milano, 2002

Todella R. Baldaro Verde J.

La diagnosi dei disturbi dell'orgasmo: il ruolo del ginecologo

in Graziottin A. (Guest Ed.), Disfunzioni sessuali femminili: quando il medico conta, Giornale Italiano di Ginecologia, CIC Edizioni Internazionali, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006

Approfondimenti specialistici

1) Mah K. Binik Y.M.

Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction

J. Sex Marital Ther. 2005, 31: 187-200

2) Liggio F.

Funzione primaria e funzioni secondarie dell'erotismo e della reazione orgasmica nella specie umana

Rivista di Sessuologia, 1998, Vol. 22 N1: 61-73

3) Todella R.

Le terapie integrate

in: Baldaro Verde J., Genazzani A.R. (a cura di) Identità sessuale: percorsi a confronto, CIC Edizioni Internazionali, 2002

4) Catania L. Baldaro Verde J. Sirigatti S. Casale S.

Indagine preliminare sulla sessualità in un gruppo di donne con mutilazione dei genitali femminili in assenza di complicanze a distanza

Rivista di Sessuologia, Vol. 28-1: 26-34

5) Desjardins J.Y.

Approche integrative et sexocorporelle

Sexologies, 1996, 5-21: 43-48

6) Heiman J.

I disturbi dell'orgasmo femminile

in: Leiblum SR. Rosen R. (2000)

Principi e pratica di terapia sessuale

Edizione italiana aggiornata a cura di A. Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004, pag. 160-193

7) Bartlik B. Goldberg J.

Il disturbo dell'eccitazione sessuale femminile

in: Leiblum SR. Rosen R. (2000)

Principi e pratica di terapia sessuale

Edizione italiana aggiornata a cura di A. Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004, pag. 128-159