

## LXXIX. DESIDERIO E “REAZIONE ORGASMICA” (\*).

Con il termine “*desiderio*” — che, essendo composto dal prefisso privativo “*de*” e dal sostantivo latino neutro plurale “*sidera*” (“*stelle*”), significa letteralmente “*privato dalle stelle*” col sottinteso di sentirsi in bramosa attesa di poterle rivedere — si suole convenzionalmente indicare quella capacità intellettuale, propria della specie umana, quale “*l'avvertire nell'introspezione cosciente l'impellente bisogno di dover realizzare un vissuto gratificante*”.

La “*Reazione Orgasmica*” (R.O.), anch'essa tipica della specie umana — provocata dalla stimolazione ad oltranza dei recettori erogeni, concentratesi selettivamente, durante l'ultimo periodo dell'evoluzione filogenetica, in particolari zone muco-dermiche dei segmenti più esterni degli organi genitali dei primati più evoluti, con la massima espressione nell’“*homo sapiens*”— costituisce una “*potente droga*” del tutto gratuita a disposizione dell'intera umanità. Infatti, la R.O., come ormai è ben documentato, induce nel contesto del Sistema Nervoso Centrale (S.N.C.) umano, un tempestivo incremento massivo, oltre che degli ormoni neuroipofisari “*ossitocina*”, “*vasopressina*” e “*prolattina*” e dei neuromediatrici sinaptici “*serotonina*”, “*dopamina*” e “*noradrenalina*”, anche, e soprattutto, dei neuromodulatori “*encefalinici*” ed “*endorfinici*” (in particolare, la “*β-endorfina*”, vera e propria “*morfina endogena*”). Pertanto, appare essenziale delineare brevemente le loro rispettive funzioni, implicanti la modulazione del “*desiderio*” in tutti i suoi aspetti.

L’“*ossitocina*”, indicata anche come “*ormone dell'amore*”, sintetizzata nell'ipotalamo ed accumulata nella neuroipofisi, inizia ad essere secreta già fin dall'inizio della stimolazione erotorecettoriale, cioè durante la cosiddetta “*fase logaritmica*” dell'eccitazione erotica, ma si diffonde massivamente in coincidenza con l'acme orgasmico a completamento della R.O., specialmente nella donna, in cui il livello ossitocinico ematico post-orgasmico risulta, addirittura, quintuplicato, tanto da provocare notevole vasodilatazione, ben evidenziata dal tipico rossore post-orgasmico che invade la regione mammaria e il volto femminile. Inoltre, l’“*ossitocina*”, prodotta dalla R.O. espleta la funzione di indurre il “*desiderio*” di fedeltà e la funzione di stabilizzare il legame sentimentale verso il partner e di incentivare la protezione verso la prole. Tale “*desiderio*” permane a lungo, nonostante che il tasso ematico di “*ossitocina*” torni al livello standard originario entro una decina di minuti. L’“*ossitocina*”, prodotta dalla R.O., nel maschio induce soddisfazione e sentimento di affetto e fedeltà per la partner.

La “*vasopressina*”, altro ormone sintetizzato nell'ipotalamo ed accumulato nella neuroipofisi, è massivamente secreto durante la R.O., esclusivamente negli uomini, con la conseguenza di smorzare l'impeto aggressivo, di indurre l'appagamento e di suscitare l'innamoramento verso la partner.

La “*prolattina*”, altro ormone che, sintetizzato nell'ipotalamo ed accumulato nella neuroipofisi, si libera massivamente con la R.O. ed il suo tasso ematico elevato perdura per oltre un'ora. La “*prolattina*”, al pari della “*serotonina*” e della “*β-endorfina*” è una delle molecole responsabile dell'effetto consumatorio della R.O. in quanto la riduzione post-orgasmica del “*desiderio*” correla direttamente con il suo tasso ematico indotto dalla R.O. Tale evenienza è confermata anche dal fatto che la “*prolattina*”, la cui produzione è ostacolata dall'attività del sistema dopaminergico, aumenta allorché è inibita la neurotrasmissione dopaminergica, con la conseguente soppressione del “*desiderio erotico*”. Infatti, la somministrazione dell’“*aloperidolo*”, antagonista della trasmissione dopaminergica, induce aumento della “*prolattina*” con la conseguenza di una notevole caduta del “*desiderio erotico*”, e quindi soppressione dell'attività sessuale. Mentre, la somministrazione della “*bromocriptina*”, inibitore della secrezione di “*prolattina*”, induce un notevole aumento del “*desiderio erotico*”.

La “*serotonina*” — che nel S.N.C. è accumulata nei neuroni del “*nucleo del rafe*”, sito nella regione bulbare posteriore — è massivamente liberata dalla R.O. con l'immediata conseguenza della sua diretta azione specifica di aumentare il tono dell'umore e della

contemporanea sua azione complementare stimolatoria sul rilascio della “*prolattina*”, la quale a sua volta, provoca immediatamente la repentina caduta del “*desiderio erotico*”. D'altra parte, è noto come l'assunzione di farmaci serotoninergici — quali gli antidepressivi inibitori della ricaptazione della “*serotonina*”, ma anche i diretti agonisti recettoriali serotoninergici come la “*quipazina*” e l'assunzione di “*5-idrossitriptofano*”, immediato precursore della “*serotonina*” — pur rialzando il tono dell'umore nei depressi non vi ripristina il “*desiderio erotico*”. Invece, il blocco della fase intermedia della sintesi di “*serotonina*” tramite somministrazione di “*para-cloro-phenilalanina*”, incrementa il “*desiderio*” di ogasmare nell'uomo e la “*compulsività copulativa*” nel ratto. Tale attività è anche incrementata da una dieta alimentare priva dell'aminoacido “*triptofano*” precursore alimentare della “*serotonina*” o da una dieta sfavorente il suo utilizzo nella sintesi della “*serotonina*”, nonostante il suo apporto dietetico.

La “*dopamina*”, principale neurotrasmettitore contenuto nello “*striato*”, nella “*sostanza nigra*” ed in altri nuclei della base encefalica e che, oltre a costituire il cosiddetto “*sistema extrapiramidale*” da cui originano i motoneuroni “*a2*” innervanti le fibre muscolari “*rosse*” a fusione posturale entigravitaria, è anche il neurotrasmettitore specifico delle seguenti regioni cerebrali: “*area grigia centrale*”, “*nucleo arquato*”, “*nucleo caudato*”, “*putamen*”, “*nucleo accumbens*”, “*tubercolo olfattorio*”, “*setto pellucido*”, “*ipotalamo*”, “*talamo*” e “*corteccia fronto-cingolata*”, tutte regioni implicate nell'induzione all'attività “*erotico-sessuale*”. Infatti, la “*dopamina*”, quando raggiunge la massima concentrazione ematica determina l'irresistibile “*desiderio*” compulsivo a dover orgasmare. Per quanto concerne l'implicazione della “*dopamina*” nell'indurre il “*desiderio erotico*” si è potuto constatare una notevole stimolazione in tal senso nei pazienti affetti da “*morbo di Parkinson*” sottoposti a terapia con “*l-dopa*”, diretto precursore della “*dopamina*”. Mentre, i neurolettici che bloccano i recettori della “*dopamina*” (D2 e D5 in specie) sopprimono sia il “*desiderio erotico*” sia l'eiaculazione, al pari della “ *$\alpha$ -ametil-para-tirosina*” che blocca la sintesi della “*dopamina*”.

La “*noradrenalina*”, neuromediatore secreto dalle ghiandole surrenali, è implicato nel determinismo del “*desiderio erotico*” in quanto tale “*desiderio*” risulta tanto più forte quanto maggiore è l'entità della concentrazione dei recettori noradrenergici nell’“*amigdala*” e nell’“*ippocampo*”. L’“*amigdala*” filogeneticamente rappresenta l’“*archistriato*” dei rettili la cui corteccia consiste nell’“*ippocampo*”. Allorché i vertebrati possedevano soltanto l’“*archipallium*”, l’“*amigdala*” rappresentava l'elemento direttivo principale del comportamento aggressivo in genere, mentre con lo sviluppo del “*neopallium*” essa è passata al ruolo di “*modulatore automatico*”, poiché dagli esperimenti di stimolazione si è potuto rilevare che la parte mediale dell’“*amigdala*” sottende a funzioni ergotrope di tipo aggressivo, mentre la parte laterale sottende a funzioni opposte di tipo inibitorio, pur rimanendo in un certo qual modo coinvolta nel comportamento “*sessuale aggressivo*”.

Le “*encefaline*”, neuromodulatrici, secrete dalle ghiandole surrenali ed accumulate nell'adenoipofisi, sono, normalmente devolute allo stimolo della “*fame*” ed all'induzione dell'aggressività predatoria ed hanno i loro recettori specifici nei neuroni di varie aree encefaliche, ma con massima concentrazione, soprattutto, nel “*nucleo interpeduncolare*”. Inoltre, esse sono implicate nella modulazione del rapporto “*piacere*” / “*dolore*” favorendo la tolleranza al “*dolore*” e, poiché sono abbondantemente rilasciate nella fase preorgasmica della R.O, potrebbero essere coinvolte nel sostenere la parafilia sessuale masochistica negli individui predisposti in tal senso.

La “ *$\beta$ -endorfina*”, principale neuromodulatore sinaptico che, accumulatosi nell'adenoipofisi, è secreto in dose massiva con la R.O. e, quanto più questa è intensa e soddisfacente, tanto più risulta significativo l'aumento del tasso ematico di “ *$\beta$ -endorfina*”, con la conseguenza omeostatica dello smorzamento del “*desiderio erotico*”. Infatti, anche la somministrazione sperimentale intracerebrale di “ *$\beta$ -endorfina*” inibisce il “*desiderio erotico*”, al pari della somministrazione dell'endorfinergico “*D- $\alpha$ 2-Metil-Enkephalinamide*” e della “*morfina*” mentre, di contro, la somministrazione di “*naloxone*”, antagonista della “ *$\beta$ -endorfina*”,

accentua il “*desiderio erotico*”. D'altra parte, l'“*acme orgasmico*” umano risulta tanto più intenso e soddisfacente quanto più è stato possibile protrarre la “*fase di mantenimento*” la quale è l'unica fase della R.O. suscettibile di modulazione individuale con la possibilità di essere prolungata al massimo, mediante adeguato addestramento, anche fino ad oltre un'ora! In tal caso, l'intensità della caratteristica sensazione di distensione con euforia e scomparsa del “*desiderio erotico*”, causata dal repentino massivo rilascio di “*β-endorfina*”, è notevole e soddisfacente.

In conclusione, si ritiene opportuno sottolineare che il “*desiderio*” di espletare l'“*attività erotico-sessuale*” è da ritenersi una funzione fisiologica tipicamente umana, poiché in tutti gli altri esseri viventi l'“*attività sessuale*” è automaticamente espletata, in determinati periodi ormonodipendenti obbligati, senza poterla né desiderare né pregustare essendo, tra l'altro, la relativa prassi priva di complementare erotismo introspettivo. Pertanto, nella specie umana la pervasività del “*desiderio erotico-sessuale*” in eccesso, rispetto alla norma, si deve considerare patologica solo se è egodistonica e se determina dipendenza. Mentre, esclusivamente il maschio, se ha un “*desiderio sessuale*” eccessivamente ipoattivo, rispetto a quello della media normale propria della fascia d'età di appartenenza, o se non ha affatto tale desiderio, si deve considerare disturbato in tal senso. Infatti, è sempre stata opinione comune che nel maschio umano, a differenza della donna, non sussiste una reale ipoattività del “*desiderio sessuale*”. A riguardo basta ricordare che, sessanta anni or sono, il famoso sociologo Alfred Kinsey ed i suoi collaboratori, furono portati ad evidenziare come gran parte degli uomini, in età fertile, sia pervasa da un altissimo “*desiderio erotico-sessuale*”, tanto da poter rilevare che non mancavano uomini portati ad avere persino oltre 30 amplessi alla settimana, così da far pensare che solo una parte esigua di uomini in età fertile avverte scarso “*desiderio erotico*” con inefficace spinta a ricercare l'amplesso. Ma, sicuramente, quei pochi uomini che nel lontano 1948 asserivano di essere portati a praticare oltre 30 amplessi alla settimana, oggi sarebbero stati, senz'altro, identificati in quel 6% di maschi affetti dalla “*Dipendenza da Reazione Orgasmica*” che, a causa di una loro predisposizione genetica all'assuefazione con crescente tolleranza, l'incremento endorfinico scatenato dall'“*orgasmo*” non è più sufficiente a smorzare il “*desiderio erotico*”, per cui in essi si determina l'ossessiva ricerca compulsiva a ripetere sempre più ulteriori “*orgasmi*” onde evitare l'instaurarsi della fastidiosissima sindrome di astinenza.

---

(\*) Relazione svolta da FERNANDO LIGGIO alla Tavola Rotonda “*Patologie del desiderio sessuale maschile*” nel VIII CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA GENITALE MASCHILE (Roma 21-22 giugno 2007).