

XCIV. LE “INEFFICENZE EROTICO-SESSUALI”

L’“anarrenia genitale” consiste nell’inefficiente disposizione erotica per disindocrinia genitale congenita o acquisita, ad esempio, quale postumo di ogni genere di orchite o di ovarite come si può verificare per complicità della parodite epidemica, comunemente conosciuta con la denominazione di “orecchioni”.

L’“erezione anaerotica” consiste nell’erezione peniena spontanea completamente priva di concomitante sensazione erotica

La “disreattività psicogena situazionale peniena e ninfo-clitoridsea” consiste nel disturbo della reattività erogena degli organi genitali maschili e femminili causato da disagio ambientale (ambiente rumoroso, presenza di persone in stanze attigue, temperatura troppo calda o troppo fredda, ecc.).

L’“anafrodisia”, detta anche “*afanisia*”, consiste nella mancanza congenita o acquisita del desiderio erotico in situazioni nelle quali sarebbe del tutto naturale ed ovvio manifestarlo. Nella donna l’“anafrodisia” periodica premenstruale si deve considerare fisiologica. L’“anafrodisia” acquisita (occasionale o persistente può derivare da cause sia psicologiche che farmacologiche.

L’“anorgasmia” consiste nell’incapacità a raggiungere l’orgasmo. L’“anorgasmia primaria” è quella quale si riscontra nelle donne che non sono state mai capaci di orgasmare. L’“anorgasmia secondaria” è quella che sopravviene le quali erano state capaci di orgasmare. L’“anorgasmia coitale” è quella che si determina in soggetti di ambo i sessi i quali non riescono a raggiungere l’orgasmo soltanto con il rapporto coitale. L’“anorgasmia casuale” è quella che si determina in soggetti ambo i sessi in particolari situazioni ambientali disturbanti come mancanza di comodità, presenza di estranei nelle adiacenze, rumorosità, ecc. ed in una particolare situazione psicologica caratterizzata da autonegazione determinata da sentimento di colpa.

L’“angoscia da penetrazione” consiste in un caratteristico disturbo maschile consistente nel drammatico calo del desiderio erotico non appena viene introdotto il pene in vagina con impossibilità di portare a termine l’azione coitale e conseguente notevole frustrazione della partner. Gli individui affetti da “*Angoscia di penetrazione*” al di fuori dell’introduzione del pene in vagina hanno erezioni validissime e durature, hanno vivacissime fantasie erotiche e sono iperlibidici. Il rifiuto alla penetrazione, spesso discontinuo, appare come un sintomo di difesa in quanto tali soggetti, se insistono nel tentativo dell’inserimento del pene in vagina, sono invasi dall’angoscia e dal panico. Il disturbo spesso ha radici lontane che risalgono ad un casuale primo insuccesso eterosessuale e, pertanto, è strettamente connesso al timore inconscio di un fallimento. Gli uomini affetti dal predetto disturbo evitano il matrimonio poiché temono di essere umiliati dalla moglie, tuttavia passano per “*dongiovanni*” perché vanno in continua ricerca di avventure amorose che, però, si limitano ad ogni sorta di attività erotica eccettuata quella riguardante l’introduzione del pene in vagina. In alcuni casi l’“angoscia di penetrazione” è dovuta ad un’omosessualità latente che, se si slatentizza, rende tali soggetti attivissimi alla penetrazione anale omogenere.

L’“ansietà da prestazione erotica” la quale consiste in uno stato anticipatorio di tensione psichica e di agitazione generato dal timore e dal dubbio ossessivo di non riuscire ad espletare in modo soddisfacente l’azione erotico-sessuale. Tale disturbo — che spesso è dovuto a conflitti inconsci non risolti, sensi di colpa, pregresse esperienze di insuccesso, timore di essere confrontato con altri o di essere rifiutato dal potenziale partner, ecc. — svolge un ruolo fondamentale nel determinismo dell’impotenza erettiva psicogenetica e dell’ejaculazione precoce nonché nell’anorgasmia psicogenetica femminile.

Le “impotenze sessuali” consistono in disfunzioni delle modificazioni dell’organo copulatorio, necessarie per il congiungimento e per l’efficiente durata copulatoria, identificabili nell’efficienza erettile peniena nell’uomo e nell’efficienza lubrificatoria vaginale nella donna. L’erezione peniena è provocata da un’intensa vasodilatazione — innescata e mantenuta da un

continuo incremento locale del neurotrasmettitore inorganico “ossido di azoto” o “nitrossido” (NO) (1) nel mesotelio vasale specificamente innervati da terminazioni del parasimpatico sacrale (S2-S4) a trasmissione acetilcolinica (2) — dei rami terminali dell’“arteria pudenda” (“arterie elicine”) che irrorano i “corpi cavernosi” del pene (terminazioni arteriolari analoghe irrorano i segmenti di intumescenza dell’apparato genitale femminile). Pertanto, il sangue arterioso, affluendo velocemente nei vacuoli sinusoidali dei corpi cavernosi, comprime contro la guaina albuginea le vene ed, impedendo così lo scarico del flusso ematico, causa una pressione sanguigna intracavernosa di oltre 155 mm di Hg. determinando la rigidità dell’organo erettile che permane finché non si scatena una brusca vasocostrizione simpaticotonica (3) e/o finché il vasodilatatore biologico “guanil-monofosfato-ciclico” (GMPC) non è inattivato dall’isoenzima specifico “5-fosodiesterasi” (5-PDE) (Taher e Coll., 1997; Stief e Coll., 1998; ecc.), contenuto nel tessuto dei corpi cavernosi (4) del pene, che di norma agisce alquanto rapidamente se, a sua volta, non è subito inattivato da un suo selettivo inibitore biologico ancora non identificato. Mentre, sono stati identificati alcuni suoi inibitori selettivi esogeni, fra cui il più efficace si è rivelato il “sildenafil” (Chuang e Coll., 1998; Moreland e Coll., 1998; ecc.) (5), correntemente usato per indurre l’erezione peniena. Le “disfunzioni erettili peniene”, comunemente denominate “impotenze sessuali”, in senso generico sembrano età dipendenti, ma solo nei diabetici, come rilevato da McCulloch e Coll. (1980) raggiunge una frequenza attorno al 35-50 % dei soggetti. Tuttavia, la difficoltà diagnostica preminente con siste nel riuscire a distinguere le forme su base psicologica da quelle su base organica soprattutto per la multifattorialità e per la sovrapposizione eziopatogenetica da cui dipende la maggior parte dei casi. Pertanto, l’inquadramento nosografico di ogni disturbo erettivo richiede una complessa indagine diagnostica che implica innanzi tutto un’accurata raccolta anamnestica ed un completo esame obiettivo con il rilievo del riflesso putendo-bulbocavernoso (6) coadiuvato da esami strumentali (elettrometria notturna per lo studio della tumescenza peniena, ecodoppler, arteriografia-cavernosografia, elettromiografia della muscolatura perineale, studio dei potenziali evocati somatosensoriali, ecc.), di laboratorio (lipidiemia, glicemia e curva da carico del glucosio, spettro ormonale ematico, test papaverinico, ecc.) e psicologici (esame psichico, tests di livello intellettuale, tests proiettivi di personalità, ecc.) idonei a permettere una corretta integrata formulazione diagnostica adeguata per l’orientamento terapeutico. Dal punto di vista clinico sono stati individuate le seguenti varietà di “impotenze sessuali” (“disfunzioni erettili”): 1) l’“impotentia coeundi elettiva” consistente in una forma di impotenza funzionale, sia maschile che femminile, che si manifesta esclusivamente con un determinato partner; 2) l’“Impotenza anticoncezionale” consistente in una forma di impotenza funzionale temporanea che può comparire nell’uomo quando scopre inaspettatamente che la partner fa uso di contraccettivi (che, tra l’altro, ostacolano la lubrificazione vaginale, rendendo impotente anche la donna). Tale impotenza scompare immediatamente quando la partner smette effettivamente di fare uso di anticoncezionali; 3) l’“impotenza coniugale” consistente nella perdita della capacità di coire con la propria partner (o proprio partner) abituale a causa dell’esaurimento di varianti per cui l’attività erotica è divenuta abitudinaria e noiosa o a causa di sopravvenuta malattia oppure a causa di sentimenti, più o meno inconsci, di disgusto o di rancore o di collera verso la propria partner o verso il proprio partner; 4) l’“impotenza da ansia” “impotenza da ansia”, specificatamente maschile, consistente in impotenza funzionale derivante sia dall’ansia esagerata di voler rapidamente raggiungere e mantenere l’erezione a tutti i costi onde offrire una prestazione soddisfacente alla partner sia dal timore, per pregressi fallimenti, di non essere in grado di effettuare il coito; 5) l’“impotenza da complessi incestuosi inconsci” che si verifica allorché il soggetto identifica incoscientemente la propria partner sessuale con la propria madre o con la propria sorella; 6) l’“impotenza da disuso” consistente in una forma d’impotenza sessuale funzionale (=psichica) secondaria ad astinenza sessuale prolungata; 7) l’“impotenza da divieto” consistente in una forma di impotenza sessuale funzionale (= psichica) derivante dalla persistenza o dalla riattivazione di sensi di colpa causati da trasgressioni alle energiche proibizioni, imposte dai genitori o dagli officianti la religione, riguardanti le attività erotico-sessuali (masturbazione in specie); 8) “impotenza da insuccesso” consistente in una forma

di impotenza sessuale funzionale (=psicologica) indotta da un'insopportabile senso di inferiorità sostenuto dalla competizione con una partner superiore per abilità, carriera e successo; 9) l' "impotenza da stress" consistente in una forma di impotenza sessuale funzionale (= psichica) causata da intensa attività lavorativa che implica notevole concentrazione mentale unitamente ad ansia e preoccupazioni; 10) l' "impotenza da concezione" consistente in una forma di impotenza sessuale funzionale (= psichica), che sembra verificarsi in soggetti egoisti ed insicuri, caratterizzata da incapacità a portare a termine il coito e ad eiaculare in vagina per esagerato timore di indurre la gravidanza; 11) l' "impotenza del soldato" consistente in una forma di impotenza sessuale funzionale (= psichica) secondaria ad una serie di fattori come, ad esempio, incontri erotici frettolosi per esigenze di lavoro, lunga separazione dalla partner, vita in comune con individui dello stesso sesso (durante il servizio militare in specie), ecc.; 12) l' "impotenza da luna di miele" consistente in una forma di impotenza sessuale funzionale (= psichica) transitoria causata dalla stanchezza commista alla notevole eccitazione erotica tipica del giorno di nozze ed aggravata dalla impreparazione erotico-sessuale della coppia e, spesso, dalla mancata esperienza erotico-sessuale prematrimoniale; 13) l' "impotenza diabetica" consistente in una grave forma di impotenza sessuale organica che colpisce circa il 50% degli uomini affetti da diabete mellito ed è causata dalla neuropatia specifica la quale, come è noto, costituisce una frequente complicanza del processo diabetico; 14) l' "impotenza iatrogena" consistente in una forma di impotenza biochimica reversibile causata come effetto collaterale negativo dall'uso eccessivo di particolari farmaci come, ad esempio, particolari sostanze ipotensive, neurolettiche, antiandrogene (7), ecc.; 15) l' "impotenza nevrastenica" consistente nella nota impotenza sessuale transitoria dell'erezione, caratterizzata da eiaculazione a pene flaccido, dovuta a distonia da indebolimento del centro dell'erezione; 16) l' "impotenza parziale" consistente nell'indebolimento della potenza sessuale, che si manifesta con erezione insufficiente o instabile o dolorosa, dovuta a cause sia conosciute che sconosciute; 17) l' "impotenza psichica" (o "impotenza funzionale") consistente nell'incapacità ad espletare i rapporti sessuali per inibizione mentale dovuta a timori di vario genere; 18) l' "impotenza da incompatibilità anatomica" consistente nell'impotenza sessuale relativa all'impossibilità di effettuare il coito a causa della notevole sproporzione tra dimensioni del pene in erezione e la capacità volumetrica massimale della cavità vaginale; ecc.

NOTE

(1) Il neurotrasmettitore inorganico NO — per il quale non sussiste un recettore specifico, infatti esso, essendo un gas, si diffonde semplicemente attraverso la membrana cellulare ed, appena assorbito da una cellula adiacente, si lega immediatamente, avendo un'emivita di appena sei secondi, alle molecole di ferro incastonate nell'enzima "guanilciclasi" (GC) che, a sua volta così attivato, catalizza la trasformazione del "guanil-trifosfato" (GTP) in "guanil-monofosfato-ciclico" (GMPC) (Arnold e Coll., 1977) che, diffondendosi nelle cellule muscolari lisce della tunica media arteriolare ne causa la dilatazione (Ignarro e Kadowitz, 1985) — è prodotto, attraverso il ciclo dell' "arginina→citrullina", da un particolare enzima denominato "ossido di azoto sintetasi" (OAS) (Lams e Coll, 1992) codificato da un gene specifico.

(2) Le afferenze degli erotoricettori (clave di Krause) (Fig. 7) penieni, convergendo nel nervo dorsale del pene e quindi nel nervo pudendo, raggiungono le corna posteriori del segmento S2-S3-S4 del midollo spinale dove formano congiuntura sinaptica, oltre che con i neuroni sensoriali ascendenti, anche — ed in massima parte — con i neuroni pregangliari parasimpatici con i quali, tramite un interneurone, formano un arco riflesso che innesca l'erezione da stimolazione erotorecettoriale (Fig. 8). Pertanto, l'erezione deriva da una netta stimolazione parasimpaticotonica.

(3) Infatti, una stimolazione simpaticotonica — come, ad esempio, quella prodotta da una situazione stressante o da un improvviso stato di allarme —, inducendo vasocostrizione sistemica, impedisce l'instaurarsi dell'erezione o ne interrompe il completamento o ne ostacola il mantenimento.

(4) Tuttavia, si deve precisare che il tessuto cavernoso penieno possiede anche l'isoenzima "3-fosodiesterasi" (3-PDE) e l'isoenzima "4-fosodiesterasi" (4-PDE) specifico per l' "adenosin- monofosfato-ciclico" (AMPC) (Taher e Coll.,

1997). Il 3-PDE, in particolare, oltre ad essere inibito dal GMPC endogeno è anche inibito selettivamente da due molecole esogene l' "amrione" ed il "milrone", efficaci nel vasodilatare il tessuto cavernoso umano e produrre l'erezione peniena (Stief e Coll., 1998).

(5) A riguardo, però, si deve precisare che il "sildenafil" risulta completamente inefficace se è antagonizzato da sostanze che inibiscono la OAS oppure se il pene è denervato. Quindi, il "sildenafil" non supplisce un difetto di innervazione peniena, ma può solo potenziare la funzione erettiva deficitaria. Pertanto, è inutile somministrarlo in soggetti semplicemente analibidici e che hanno normali erezioni durante le fasi "REM" (Liggio, 2003) del sonno nonostante non abbiano il desiderio sessuale per vari motivi (stati depressivi, assunzione di certi farmaci ipotensivi, perdita di attrazione per il partner abituale, ecc.).

(6) L'utilità del riflesso "putendo-bulbocavernoso" è stata ben evidenziata da Bors e Blinn (1959). Tale riflesso si evidenzia mediante una breve e rapida compressione stringendo tra il pollice e l'indice sia il glande penieno che il glande clitorideo e se ne constata la risposta fisiologica dalla contrazione riflessa, visibile e palpabile, del muscolo bulbocavernoso a livello perineale la cui assenza è indice di lesioni dei metameri sacrali o delle branche afferenti e/o efferenti del nervo putendo o del relativo muscolo effettore bulbocavernoso. Precise tecniche elettrofisiologiche hanno ormai permesso di sensibilizzare tale riflesso e di quantificarne i parametri (Ertekin e Reel, 1976).

(7) A riguardo si ricorda che una certa percentuale degli uomini sottoposti a terapia antiandrogena per tumore prostatico manifesta disfunzione erettile che, tuttavia, può essere corretta con terapia specifica.

BIBLIOGRAFIA

- Arnold W.P., Mittal C.K., Katsuki S., Murad F.: «*Nitric oxide activates guanylate cyclase and increases guanosine 3/5-cyclic monophosphate levels in various tissues preparations*», Proc. Acad. Natl. Sci., 74, 3203, 1977.
- Bors E., Blin K.A.: «*Bulbocavernosus reflex*», Journal Urol., 82, 128, 1959.
- Chuang A.T., Straus J.D., Murphy R.A., Steers W.D.: «*Sildenafil, a type-5cGMP phosphodiesterase inhibitor, specifically amplifies endogenous cGMP-dependent relaxation in rabbit corpus cavernosum smooth muscle in vitro*», J. Urol., 160, 257, 1998.
- Ertekin C., Reel F.: «*Bulbocavernosus reflex in normal man and in patients with neurogenic bladder and, or impotence*», Journal Neurol Sci., 28, 1, 1976.
- Ignarro L.J., Kadowitz P.J. (1985): «*The pharmacological and physiological role of cyclic GMP in vascular smooth muscle relaxation*», Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol., 25, 171, 1985.
- Lams S., Masden P.A., Li G.K., Tempst P., Michel T. (1992): «*Endothelial nitric oxide synthase: molecular cloning and characterization of a distinct constitutive enzyme isoform*», Proc. Acad. Natl. Sci., 89, 6348, 1992.
- Liggio F.: «*Rapporti tra sessualità ed attività onirica nella specie umana*», Riv. Sessuol. 27, 37, 2003.
- McCulloch D.K., Campbell I.W., Wu F.C., Prescott R.J., Clarke B.F.: «*The prevalence of diabetic impotence*», Diabetologia, 18, 279, 1980.
- Moreland R.B., Goldstein I., Traisk A. (1998): «*Sildenafil, a novel inhibitor of phosphodiesterase type 5 in human corpus cavernosum smooth muscle cells*», Life Sci., 62, 240, 1998.