

L'acme del piacere sessuale durante un rapporto è sicuramente l'orgasmo, momento che non sempre viene raggiunto.

La storia occidentale contemporanea si è in parte costruita intorno alla tematica dell'orgasmo e la nosografia sessuologica deve molto a quella che è stata individuata come prima rivoluzione sessuale che ha coinciso con il sessantottismo.

Il piacere femminile ad esempio, non ha mai rappresentato motivo di riflessione per la cultura allora dominante. In qualche modo fino agli anni '70 il diritto all'orgasmo era prevalentemente maschile. Con il femminismo, e soprattutto con l'introduzione dei primi anticoncezionali, il ruolo sessuale della donna e i rapporti di coppia hanno subito un radicale cambiamento.

Per la donna, infatti, la possibilità di separare l'elemento riproduttivo e la gravidanza dal piacere sessuale ha generato alcune conseguenze dirette e indirette: la rivendicazione dell'orgasmo femminile e una maggiore attenzione verso l'eiaculazione precoce nel maschio. Sebbene le donne abbiano finalmente avuto accesso alla dimensione del piacere sessuale, non tutte riescono a raggiungerlo.

Si stima che tra la popolazione femminile una percentuale compresa tra il 10 e il 30 per cento abbia difficoltà o addirittura non abbia mai esperito l'orgasmo (anorgasmia). Le cause possono essere di natura psichica e relazionale, dato che nelle donne l'eccitazione e l'orgasmo sono modulati da processi psichici che includono l'affettività e il bisogno di intimità con il partner.

Dal punto di vista fisiologico ed anatomico sappiamo che la stimolazione del clitoride partecipa nella risposta orgasmica insieme alla stimolazione del punto G (o di Grafenberg). Nel 2008 è stato dimostrato da ricerche effettuate dal professor Jannini e dal suo gruppo di ricerca che alcune ghiandole presenti sul punto G, se stimulate, in alcune donne attivano l'orgasmo.

Se nella donna la risposta orgasmica non è una certezza per peculiarità psicologiche e

anatomofisiologiche sesso-specifiche, anche nel maschio i disturbi dell'orgasmo non sono affatto rari: tra questi l'eiaculazione precoce è il più frequente. Più del 20% degli uomini ne soffre. Si distinguono due forme di eiaculazione precoce, primaria e secondaria.

La primaria si suppone sia determinata geneticamente e coinvolga fattori neurobiologici specifici dell'individuo. Si manifesta sin dai primi rapporti sessuali e con quasi tutte le partner. La secondaria si manifesta dopo un periodo di normale attività sessuale e dipende da cause organiche (ad esempio prostatiti, patologie endocrine e neurologiche) o cause psicologico/situazionali (ansia da prestazione, fobie e senso di colpa per quanto riguarda gli aspetti psichici).

Secondo le Società scientifiche internazionali (European Association of Urology, International Society for Sexual Medicine, American Urological Association) le 'parole-chiave' per definire l'EP sono tre:

eiaculazione che si verifica, sempre o spesso, in seguito a una stimolazione sessuale anche minima, durante la penetrazione vaginale e perfino prima che quest'ultima sia avvenuta;

incapacità di controllare l'eiaculazione;

conseguenze personali negative, anche in termini di qualità della vita.

Per curare questo disturbo si interviene con esercizi mansionali o con specifiche tecniche cognitivo-comportamentali di controllo sull'ansia. Recentemente sono risultati efficaci anche alcune tipologie di farmaci specifici per questo disturbo. Il maschio inoltre può essere esposto anche ad un ritardo eiaculatorio, nel quale solo dopo un coito di 30-45 minuti avviene l'emissione di sperma e l'orgasmo. Infine, è utile ricordare che in molte patologie organiche si verifica una disregolazione della risposta orgasmica o eiaculatoria.

Daniele DR . LANGELLA