

## ANORGASMIA FEMMINILE

L'**orgasmo femminile** è caratterizzato, a livello fisiologico, da un riflesso generato principalmente dalla stimolazione dei nervi sensoriali localizzati nel clitoride, ma anche tramite impulsi provenienti da altre aree erogene, tra cui l'accesso vaginale e i capezzoli. Tale riflesso si manifesta con contrazioni ritmiche dell'utero, della vagina e dello sfintere rettale, con ipertonìa muscolare generalizzata e contrazioni dei muscoli addominali e dei glutei.

A livello soggettivo le sensazioni solitamente riferite comprendono descrizioni come "raggiungere l'acme", provare l'accumularsi di una tensione e quindi liberarla, un senso di contrazione nell'area genitale e/o un periodo di elevata eccitazione seguita da un improvviso sollievo e rilassamento. In ogni caso, l'orgasmo è un'esperienza unica e ben riconoscibile. Le donne che riferiscono di non sapere se hanno mai raggiunto un orgasmo, non l'hanno certamente mai raggiunto.

La quantità di stimolazione necessaria per promuovere l'orgasmo femminile varia notevolmente, non solo da donna a donna, ma anche nella stessa persona in circostanze diverse (alcune donne riescono a raggiungere l'orgasmo con pochi movimenti penetrativi, mentre altre hanno bisogno di una più o meno lunga stimolazione del clitoride prima di poterlo raggiungere).

Il **disturbo dell'orgasmo femminile** è definito come il persistente o ricorrente ritardo, o l'assenza completa, dell'orgasmo dopo una fase di normale eccitazione sessuale.

La disfunzione orgasmica è detta **primaria** se la persona non ha mai sperimentato un orgasmo; se viceversa il disturbo si è sviluppato dopo un periodo durante il quale la donna raggiungeva l'orgasmo, la disfunzione orgasmica si dice **secondaria**.

Inoltre, tale disturbo sessuale può essere **assoluto** (se la donna non riesce a raggiungere l'orgasmo né a livello coitale, né a livello clitorideo e comunque in nessuna circostanza) oppure **situazionale** (se la donna raggiunge l'orgasmo, ma solo in circostanze particolari e/o con particolari tipi di stimolazione non coitale).

Chi soffre di disfunzione orgasmica ha, generalmente, un normale desiderio sessuale, una normale lubrificazione, prova piacere nei preliminari sessuali e la penetrazione è connotata da sensazioni erotiche gradevoli, anche se insufficienti a far scattare il riflesso.

Le **principali cause** di tale disfunzione sessuale sono spesso rintracciabili nei meccanismi del "trattenersi" e del supercontrollo: molte donne hanno infatti paura di fare o dire qualcosa di sconveniente durante l'apice del piacere. Altre volte all'origine di una situazione di anorgasmia c'è la presenza di un effetto inibitorio dell'ansia che si sviluppa durante il rapporto sessuale. Tale ansia può avere svariate origini tra cui: la novità del partner, le proprie paure sessuali, traumi pregressi (es. abuso sessuale), inadeguatezza relazionale col partner, desiderio di fare una buona prestazione sessuale, ecc. A causa di tale ansia la donna ha paura di "lasciarsi andare" e si "trattiene" di fronte alle piacevoli sensazioni sessuali. Col passare del tempo tale meccanismo di controllo si rafforza sempre di più fino a diventare automatico e a non poter più essere controllato volontariamente. La donna, quindi, non sperimenterà più l'orgasmo nemmeno quando è calma, innamorata, adeguatamente stimolata e reattiva.

La donna anorgasmica insegue continuamente l'orgasmo come dimostrazione di normalità e di amore per il partner, accelerando ad ogni costo l'evento e cercando di "sentire" quanto più possibile. Proprio tale eccessiva attenzione impedisce, ancora una volta, il lasciarsi andare all'immaginazione e alle proprie emozioni, rendendo il rapporto troppo limitato alla sua concretezza.

Pertanto l'**obiettivo primario della terapia** è quello di diminuire o eliminare il supercontrollo involontario del riflesso orgasmico. Il trattamento sessuologico consiste nell'insegnare alla paziente a focalizzare la sua attenzione sulle sue sensazioni premonitorie associate all'orgasmo. La paziente deve imparare a non rinnegarle e per questo deve essere distratta dall'ipercontrollo inibitorio che esercita inconsciamente su questa reazione. Per eliminare il supercontrollo e l'inibizione la paziente si impegnerà in esperienze sessuali prescritte, studiate in modo da insegnarle a smettere di intralciare il naturale processo della scarica orgasmica.

Tramite la psicoterapia, inoltre, si cerca di promuovere la presa di coscienza e la risoluzione dei condizionamenti culturali e educativi che hanno originariamente spinto la paziente a “trattenere” il suo orgasmo.