

IL MIO PAZIENTE HA UN PROBLEMA SESSUALE

Professione

ROBERTO TODELLA

*Medico Psicoterapeuta, Vice-presidente CIRS
(Centro Interdisciplinare per la Ricerca in Sessuologia di Genova)*

Immaginiamo di trovarci di fronte ad un paziente che parla di un problema sessuale. È una situazione che il Medico di Medicina Generale (MMG) sempre più spesso si trova ad affrontare. Per quali ragioni oggi accade con più frequenza? Alla maggior parte della popolazione sono ormai note le possibilità terapeutiche disponibili per le disfunzioni sessuali maschili. Di conseguenza, chi ha bisogno di aiuto o ritiene di averne e non può più rimandarne la richiesta, chi si illude che una compressa trasformi in un raffinato amante, quando non riesce o non vuole ottenere il farmaco dall'amico medico, da internet o in altri modi, deve ricorrere al proprio medico. Ma quest'ultima è anche la soluzione preferita da molti, per il rapporto di confidenza che hanno con il Medico di famiglia e che indirizza in tal senso anche una richiesta di aiuto così delicata.

È anche possibile che il paziente che abbiamo davanti stia parlando delle sue difficoltà sessuali perché lo abbiamo invitato a farlo, anche se accade ancora raramente. Da alcuni anni siamo più consapevoli delle correlazioni tra disfunzioni sessuali e fattori di rischio cardiovascolare, per cui di fronte a un paziente che presenta una o più delle note condizioni (diabete, cardiopatia, dislipidemia, fumo, sovrappeso, sedentarietà), alcuni medici cominciano a porre domande sulla vita sessuale. I medici inoltre, sono a conoscenza del fatto che un problema sessuale può celarsi, e quindi andrebbe ricercato, dietro una serie di condizioni che possono direttamente o indirettamente interferire con la risposta sessuale (una donna incontinente come può vivere bene la sua sessualità? L'intervento sulla prostata che impatto avrà, funzionalmente ed emotivamente, su quel paziente? Il protrarsi di una depressione avrà condizionato l'interesse e la risposta sessuale o il calo dell'umore sarà invece espressione di una sessualità insoddisfacente e disfunzionale? Solo per citare alcuni esempi). Infine siamo stati accuratamente informati dei dati sulla prevalenza delle disfunzioni sessuali nella popolazione. Diversi studi ci informano che la prevalenza del deficit erettivo (DE) cresce vertiginosamente nelle fasce di età, ed è come un iceberg di cui avvistiamo solo la punta: i pazienti in terapia. E forse, ma solo per un istante, ci siamo sentiti in dovere di stanare tutti gli anziani che, per nulla turbati dalla mancanza di sesso, vivono beatamente la loro età.

Dunque per questi ed altri motivi ancora il paziente che ho davanti mi parla del suo problema sessuale, o almeno ci prova. Nel cogliere il suo imbarazzo, talvolta ben celato, mi

chiedo per quanto tempo abbia rimandato questo momento e quante volte avrà immaginato la scena cercando le parole da usare, il tono, l'atteggiamento. Forse ora ne sta parlando con ironia, magari scherzandoci su, per far fronte al disagio. Facilmente userà espressioni generiche che rendono un'idea vaga e approssimativa del suo problema ("... sa, non è più come un tempo ..."). E mentre lo ascoltiamo può capitare di guardarlo per la prima volta in un modo diverso. È stato tante volte in questo studio a parlare della sua salute, ma in questo momento è di quella sessuale che sta parlando. E parlare di vita sessuale significa raccontare il proprio benessere o malessere come uomo. In altri termini della propria "identità sessuale" e di come sia stata "ferita" dal problema per il quale sta chiedendo aiuto. Per lungo tempo ha rimandato l'incontro, perché consciamente o inconsciamente sapeva che parlarne poteva significare aprirsi al racconto di sé fino alle pieghe più nascoste della sua storia. Narrarsi richiede la capacità di farlo, la fiducia in sé stessi di poter mostrare le proprie "ferite" e la fiducia nell'altro di saper ascoltare.

Allora mi chiedo: cosa vorrebbe raccontarmi e forse non trova il coraggio e le parole? Qual è la sua storia, quella che ancora non conosco o non abbastanza? Il suo problema sessuale diventa così la prima pagina di un racconto di cui forse verrò a sapere solo l'inizio (tornerà ancora a parlarne dopo questo primo breve incontro?). Un racconto che parla di affetti, di relazioni e di coppia. Le difficoltà sessuali sono spesso uno specchio fedele di una coppia costantemente in crisi, tra il tentativo di mantenerla in vita, la voglia di fuga, la paura della perdita e dell'abbandono, sentimenti oggi assai frequenti quando l'intimità non soddisfa più. Quel paziente e la partner di cui mi parla, che tante volte ho visto nel mio studio, mi appaiono diversi, mentre ascolto quanto di più segreto appartiene loro. E mi chiedo: come si è modificata la loro vita a seguito della difficoltà sessuale o come la loro sessualità, da tempo o da sempre insoddisfacente ha finito col deteriorare la relazione? La sua partner saprà che lui ha deciso di parlarci dei loro problemi? E cosa ne penserà, lo riterrà inutile e tardivo o confiderà fiduciosa in un aiuto? Queste stesse domande, dopo aver ascoltato il suo racconto, le dovrò porre al mio paziente, per acquisire importanti informazioni. Altre volte il problema sessuale evoca vecchie e nuove paure di maschio: non sentirsi abbastanza adeguati, nell'aspetto, nella seduzione, nella prestazione sessuale (ad esempio il timore del pene

piccolo che inizia alla pubertà può accompagnare l'intero arco della vita). La storia allora parte da lontano, le insicurezze hanno radici più profonde, la fragile mascolinità avrà bisogno di un aiuto più articolato che la rinforzi e la faccia crescere.

Dobbiamo ricordare che diventare e sentirsi maschio (così come femmina) avviene con un lungo percorso attraverso la famiglia prima e poi la scuola, il lavoro, la paternità, le relazioni e quindi la sessualità, oltre che attraverso un positivo rapporto con il proprio corpo (piacersi e verificare di piacere). La sessualità occupa un posto importante nel rinforzare la propria mascolinità e non è certamente rappresentata dalla sola erezione, come da un po' di tempo sembrano aver scoperto molti studiosi dei disturbi sessuali che finalmente evidenziano l'importanza del piacere e della relazione. Allo stesso tempo, tuttavia, è attraverso una valida risposta sessuale che un uomo continua a sentirsi tale. In particolare ci sono periodi o condizioni durante i quali l'identità di maschio può avere pochi o fragili pilastri su cui poggiare. Ad esempio quando si è molto giovani o in età avanzata, quando l'aspetto e le condizioni fisiche non sono eccellenti, quando non si riesce ad ottenere adeguati riconoscimenti lavorativi, sociali e relazionali. La disfunzione sessuale non è quindi solo la perdita di una funzione e del piacere ad essa collegato ma una "ferita" la cui profondità può essere assai diversa da un caso all'altro. Dunque guardare il paziente che ho davanti, ripercorrere rapidamente con la memoria la sua storia e le sue attuali condizioni di vita, relazionale e sociale, mi consente di dare un senso più compiuto al problema che mi sta ponendo e valutare non solo l'approfondimento dello stesso ma anche l'importanza e le ripercussioni che può avere sulla sua salute globalmente intesa.

Tuttavia quello che abbiamo davanti può essere un paziente poco conosciuto, di quelli che non vengono mai in studio. Allora, se pur accoglienti e capaci di stabilire un buon rapporto, possiamo sentirci un po' in difficoltà di fronte ad un quesito inatteso, e provare la stessa difficoltà del paziente, almeno iniziale, ad orientarsi e comprendere. Che fare? Il primo obiettivo, diagnostico e terapeutico al tempo stesso, è di aiutarlo a capire cosa sta accadendo. È questa in molti casi l'esigenza più pressante, anche se non sempre espressa, che lo ha portato a richiedere aiuto. Di fatto non sa darsi una spiegazione, oppure, se ci ha provato, ha pensato all'età (se non troppo giovane "avrò esaurito le cartucce"? ad una malattia sconosciuta, ad una maledizione, alla troppa stanchezza ...). Per prima cosa quindi dovremo "decodificare" la sua richiesta di aiuto. Proviamo a schematizzare un percorso mentale utilizzando alcune domande che innanzitutto poniamo a noi stessi e che allo stesso tempo serviranno a guidare il colloquio con il paziente:

QUAL È IL VERO SINTOMO?

Non sempre il sintomo presentato definisce il reale problema del paziente: un DE può essere secondario alla perdita di desiderio, la mancanza di desiderio può essere la conseguenza di una relazione sessuale diventata scadente,

magari per la difficoltà di controllo eiaculatorio. La rapidità eiaculatoria può nascondere il tentativo di mascherare un iniziale DE, il DE può conseguire ad una scarsa lubrificazione della partner che rende disagiata la penetrazione, ecc.

Mentre lo ascoltiamo lo osserviamo e possiamo ottenere altre importanti informazioni, non solo sul disturbo presentato ma anche sul vissuto emotivo che lo accompagna: quanta ansia e quali emozioni tradisce dal tono della voce, dalla postura, dallo sguardo. Inoltre è sempre necessario porre domande in modo preciso, come ad esempio: "Mi sta dicendo che da un po' di tempo non riesce più ad ottenere una valida erezione o che la ottiene ma non dura abbastanza per concludere il rapporto?" In questo modo forniamo le "parole per dirlo" che spesso mancano al paziente, specie se in forte imbarazzo. Attraverso le domande introduciamo i termini appropriati per evitare malintesi (erezione, difficoltà ad ottenerla o a mantenerla, desiderio, frequenza dei rapporti, controllo eiaculatorio, piacere, autoerotismo, ecc.). Allo stesso tempo mandiamo un primo rassicurante messaggio: "Chi ti ascolta è in grado di valutare, capire e affrontare un problema sessuale". In questo modo, oltre ad ottenere informazioni indispensabili, il paziente stesso comprenderà meglio il suo problema e si sentirà incoraggiato ad esporlo, avendo trovato un interlocutore competente che si fa carico della sua richiesta. Una modalità di indagine quindi che richiede un'alternanza di ascolto passivo (ascoltare la narrazione) e di domande dirette. Attraverso le domande dirette si ottengono quelle informazioni più specifiche che consentono di arrivare ad una diagnosi precisa. Dal racconto del paziente otteniamo informazioni utili anche su come vive e si confronta con il problema, elementi questi di estrema importanza per valutare l'entità del suo "disagio sessuale".

DA QUANTO TEMPO È PRESENTE?

Questa domanda, posta direttamente al paziente, ci informa se il problema disfunzionale è sempre stato presente (lo definiamo primario) ed è quindi espressione delle sue caratteristiche personali e sessuali (identità sessuale fragile, scarsa autostima, prime esperienze negative, ecc.), condizione per la quale in molti casi sarà indicato un intervento più approfondito ed articolato da parte di specialisti. Se è comparso ad un certo momento della vita (secondario) è conseguenza di uno o più fattori sopraggiunti (organici come malattie o terapie o di origine psico-relazionale come conflitti di coppia, stati depressivi, ecc.) che andranno ricercati.

È CONTINUO O INTERMITTENTE?

Se si manifesta in ogni occasione e con ogni partner è "assoluto": anche in questo caso richiederà una valutazione più approfondita, sia sul versante organico che su quello psico-relazionale. Se si presenta solo in determinate situazioni o condizioni è "relativo" (in tal caso difficilmente sono presenti fattori organici importanti e non è necessario un approfondimento diagnostico in tal senso).

QUANDO È COMPARSO LA PRIMA VOLTA? A SEGUITO DI QUALE EVENTO?

Particolarmente interessante per le indicazioni che ci può fornire è il momento di comparsa, le circostanze e le modalità con le quali il problema si è manifestato la prima volta. (fattori scatenanti). Andranno attentamente indagati, sia sul versante organico (ad es. patologie circolatorie che possono manifestarsi come primo sintomo con un DE, l'assunzione di farmaci, ecc.) sia psicologico (lutti reali o simbolici come il pensionamento o la perdita del lavoro, conflitti di coppia, inizio di una nuova relazione, ecc.).

QUALI FATTORI LO MANTENGONO?

In altre parole: "Cosa è accaduto dalla sua comparsa ad oggi e come si è modificata la vita sessuale e relazionale? Sono i "fattori di mantenimento" che al momento della consultazione spesso rappresentano l'ostacolo maggiore alla soluzione del problema. L'intervallo tra la comparsa di un sintomo sessuale e la richiesta di aiuto terapeutico è di solito molto lungo (in media di due anni nei DE) con un conseguente deterioramento del problema e della relazione. Non di rado il paziente chiede aiuto presentando come problema l'ultimo anello di una serie di eventi precedenti senza avere coscienza di tale processo. Ad esempio, una condizione di stress cronico (lavorativo, familiare, economico, relazionale) o un disturbo dell'umore che hanno portato alla perdita del desiderio e successivamente ad un progressivo DE, motivo quest'ultimo che ha indotto alla consultazione. Potrebbero emergere una conflittualità nella relazione di coppia o l'insoddisfazione o difficoltà sessuale della partner come importanti fattori che nel presente mantengono e rinforzano il problema sessuale.

Tutte le informazioni ottenute attraverso l'ascolto e le domande che abbiamo posto vanno a sommarsi a quanto già conosciamo del nostro paziente: il suo stile di vita, la sua storia clinica, la sua vita affettiva e familiare. In molti casi ci renderemo conto che nessuno di questi fattori è in grado da solo di compromettere la risposta sessuale, mentre la contemporanea presenza di più elementi può facilmente generare una situazione disfunzionale.

A questo punto ciò che si va delineando non è più solo la disfunzione sessuale ma una persona con la sua storia e la sua mascolinità intese come frutto delle sue esperienze, della sua vita affettiva e relazionale (attuale e precedente), della sua salute fisica, delle sue abitudini e stile di vita e delle sue aspettative e desideri. E su queste ultime, aspettative e desideri, dobbiamo interrogare non solo il paziente ma anche noi stessi. Si parla recentemente di "disagio sessuale" per sottolineare quel malessere rispetto alla propria vita sessuale che non necessariamente traduce un vero e proprio problema disfunzionale. Proviamo ad interrogarci sul significato dell'espressione "disagio sessuale". È solo una nuova categoria di pazienti che allarga il mercato o qualcosa di più complesso? Di fatto traduce una certa difficoltà per molte persone ad orientarsi nei tumultuosi cambiamenti culturali di questi ultimi decenni che hanno profondamente mutato i costumi sessuali. Le origini del

malessere possono essere in taluni casi espressione di modelli sessuali rispetto ai quali non ci si sente adeguati, modelli proposti ed esaltati dai media. In molti altri casi il disagio ha origine dalla complessità e conflittualità del rapporto uomo-donna che caratterizza la società attuale. Sentirsi adeguati rispetto alle aspettative reali o presunte della partner condiziona (attraverso un'ansia crescente) la risposta sessuale di molti uomini (ma anche un numero crescente di donne). Il disagio sessuale esprime così il timore di una performance non all'altezza, un confronto perdente con i miti di sessualità e prestanza fisica della pubblicità, del cinema, della televisione, della pornografia e di internet. Dal disagio alla disfunzione il passo è breve. Anche la ricerca esasperata del piacere, spesso espressione di disagio, spinge verso comportamenti sessuali sempre più trasgressivi se non bulimici, alimentando a tal fine anche molte richieste farmacologiche, sulla cui opportunità o meno ci dobbiamo interrogare. Anche la sessualità virtuale (internet con la sua sconfinata, immediata offerta di immagini, contatti, incontri) impronta le esperienze di molti, specialmente dei più giovani, esponendoli ad una maggiore probabilità di manifestare disfunzioni sessuali. Infatti, abituati al mondo virtuale, la relazione reale, dove l'altro esiste nella sua totalità, fatta dal corpo, dalle aspettative, dai sentimenti e dalle emozioni, può diventare una dimensione inconsueta o sconosciuta, rispetto alla quale non ci si sente preparati.

Per tutte queste implicazioni, frutto della complessa realtà attuale, chi affronta un problema sessuale si trova inevitabilmente ad interrogarsi sul proprio vissuto e sulla propria esperienza sessuale, sui propri valori e regole, sull'incertezza a definire i confini e la "normalità". Di fronte al disagio sessuale del nostro paziente si confrontano così due narrazioni: la sua e la nostra, anche se quest'ultima non viene verbalizzata. Un compito non facile ma che traduce tutto il valore di una relazione autentica medico-paziente come luogo privilegiato dove potersi raccontare e cercare aiuto.

Il nostro paziente, con buone probabilità, nel raccontarsi e nel rispondere alle nostre domande avrà raggiunto una diversa percezione del suo problema e dato un ordine alle sue emozioni. Il suo "sintomo" gli viene "restituito" arricchito di significato attraverso la spiegazione dei fattori che lo hanno determinato e che lo mantengono nel tempo. Una maggiore consapevolezza rispetto all'origine della sua disfunzione ridimensiona le ansie e i fantasmi, ottenendo così un primo effetto positivo e una più solida adesione all'eventuale successivo approfondimento diagnostico e alla proposta terapeutica.

Scopriremo qualche volta che il problema sessuale serviva a quel paziente solo per parlare di sé, del suo dolore o delle sue paure, per dare voce alle sue emozioni più nascoste. In questi casi, dopo averle espresse, non sarà disposto ad affrontare nessun approfondimento diagnostico e nessuna terapia. Forse non tornerà più sull'argomento ma l'opportunità di narrarsi che gli è stata offerta rappresenta quanto di più utile cercasse in quel momento, unita alla certezza di poter ritrovare lo stesso interlocutore con la stessa disponibilità all'ascolto.