

DISTURBO DEL DESIDERIO SESSUALE IPOATTIVO MASCHILE

INTRODUZIONE

Si ha controversia riguardo alla motivazione sessuale:

- L'impulso sessuale aumenta con la deprivazione in quanto il blocco della pulsione ne produrrebbe l'accumulo → (Teoria pulsionale – Freud) Motivazione sessuale basata su fattori interni
- Il desiderio sessuale dovrebbe diminuire con la deprivazione, come conseguenza di una iporeattività acquisita dei meccanismi innescati da stimoli sessuali. → (Teorie in cui motivazione sessuale sia dipendente da stimoli ambientali e quindi su fattori esterni) La reattività sessuale sarebbe solo in funzione di un'etichettatura cognitiva di stimoli ambientali quindi un sogg con basso desiderio sessuale avrebbe la tendenza a valutare solo pochi stimoli ambientali come potenzialmente sessuali. → (approccio cognitivo)
- Modello motivazionale misto pulsionale-incentivo (cognitivo-comportamentale) → comportamento sessuale è una risposta ad uno stimolo\incentivo esterno\interno ed è dovuto alla tendenza omeostatica del nostro organismo e tale propensione può portare alla produzione di comportamenti sessuali al pari di ogni altra forma di risposta. [l'attività sessuale può infatti costruire uno dei tanti modi per innalzare il livello di attivazione magari troppo basso per esempio dovuto a carenze ambientali → la masturbazione nei bambini è un esempio. Inoltre la loro emissione produce una duplice ricompensa: iniziale aumento dell'attivazione percepito come piacevole soprattutto se si parte da bassi livelli di attivazione e poi seguito dal suo abbassamento in seguito all'orgasmo]

Gli effetti della deprivazione sessuale dipendono dalle circostanze e dalle interpretazioni cognitive dei sogg; molto dipende da come ogni sogg considera il proprio controllo sulla sfera sessuale e dall'importanza di questa per lui.

La deprivazione sessuale non dovrebbe produrre tensione o disagio interni con accumulo di desiderio fino a livelli spiacevoli purchè il sogg interpreti la situazione di astinenza in termini cognitivi per lui soddisfacenti o accettabili. In caso contrario ne può conseguire frustrazione, con relativa ansia, aggressività e conflittualità che costituiscono il risultato della lettura cognitiva in chiave negativa e non dal presunto accumulo di pulsione. (es. dei carcerati e dei ragazzi di una associazione cattolica)

Principio della rettanza psicologica → da quando qualcosa che potrebbe essere a nostra disposizione ci viene vietata per qualsiasi motivo, apparirà soggettivamente incrementato il bisogno che abbiamo di essa.

Nella specie umana, il desiderio sessuale dipende dal grado in cui il sogg ha elaborato delle aspettative positive nei confronti del comportamento sessuale e queste possono essere il risultato di apprendimenti culturali, di esperienze personali e, in misura minore, di eventi ormonali o di deprivazione che agiscono mediante aspetti aspecifici non direttamente legati alla sfera sessuale. (I mutamenti nel valore di attrattività dell'incentivo esterno corrispondono a mutamenti nella sensibilità delle regioni cerebrali motivanti, che a loro volta sono sensibilizzate da ormoni sessuali.

DEFINIZIONE

DSM5 → è caratterizzato dalla mancanza d'interesse per il sesso (compresa la carenza o la mancanza di fantasie sessuali) e dall'assenza di una motivazione spontanea verso l'attività sessuale, per una durata di almeno 6 mesi. Tale condizione deve creare disagio significativo e non essere meglio spiegata da un disturbo mentale non della sfera sessuale, né dovuta a gravi conflitti relazionali, a diverse fonti significative di stress o dall'effetto di sostanze/farmaci o un'altra condizione medica

ICD-10 → Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo senza differenziazione di genere

PDM-2 → riporta le classificazioni delle disfunzioni sessuali del DSM-5 e dell'ICD-10

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La più importante distinzione va fatta dal Disturbo da Avversione Sessuale (AS → non più presente nel DSM5 ma è stato ridotto a Disfunzione Sessuale con Altra Specificazione)

Nel DSI (Desiderio Sessuale Ipoattivo) il soggetto NON è procettivo cioè non prende l'iniziativa sessuale ma è recettivo cioè se stimolato adeguatamente accetta l'offerta sessuale e ne gode adeguatamente o, nel caso peggiore, non prova un grande piacere ma comunque non esperisce emozioni negative in proposito. Il paziente con AS non è procettivo ma neanche recettivo e prova avversione e disgusto, o paura per tutto ciò che è sessualmente connotato (anche nell'immaginazione).

Spesso il DSI è la conseguenza di un disturbo sessuale preesistente (es. disturbo dell'erezione dove l'uomo non riconosce la propria impotenza preferendo credere di non desiderare il sesso come difesa cognitiva)

DSI si può rivelare un sintomo della depressione come un problema di natura medica come l'eccesso di produzione di estrogeni o prolattina (sappiamo che il testosterone è positivamente correlato al desiderio sessuale).

INCIDENZA

Il 34% tra le donne e 16% degli uomini ma non sono stime accurate in quanto non si ha un'alta richiesta di interventi per i seguenti motivi:

- I sogg anziani considerano normale un calo della libido
- le donne sono meno colpite e disturbate dal calo del desiderio sessuale quindi non fanno pressioni sul partner
- le ricerche dicono che gli uomini richiedono consulenza sessuologica lo fanno per problemi di erezione non di desiderio
- nella società maschilista dove la virilità è associata ad un alto desiderio sessuale alcuni fanno fatica a concepire se stessi con un basso desiderio sessuale.

EZIOPATOGENESI

1. Kaplan → modello del conflitto intrapsichico, causa immediata dei DS (disturbi sessuali) è l'ansia da prestazione che lega le sensazioni sessuali a timori e perdite anche incoscienti e passate. Nel caso del DSI l'ansia si manifesta all'inizio della rx sessuale, quando il soggetto anticipa il pensiero del sesso, da cui si difende sopprimendolo tramite elaborazione di pensieri antagonisti negativi. → questo modello trascura aspetti biologici, sistema di coppia o familiare e si concentra solo su meccanismi intraindividuali
2. Levine → modello interazionale, identifica tre elementi: pulsione biologica: meccanismi biologici che tendono alla conservazione della specie, motivazione psicologica: attrazione interpersonale con rappresentazioni verbali, visive o uditive dell'eccitazione sessuale, aspirazione cognitiva: la misura in cui il soggetto singolo acconsente al desiderio di impegnarsi in attività sessuali presupponendo che quello sia un comportamento sessuale o "atteso". Queste ultime pensieri di appropriatezza costituiscono un meccanismo porta del desiderio sessuale inibendolo o innescandolo.
3. Apfelbaum → modello ego-analitico, i problemi del desiderio nascono dalle aspettative della società circa la necessità di essere reattivi e attivi sessualmente. Quindi secondo gli autori definire un soggetto non reattivo al sesso non sarebbe un'affermazione clinica ma morale in quanto il soggetto si ritirerebbe come difesa a questa forte pressione di dover rispondere affermativamente. Questa ansia è rafforzata dal partner che continua ad essere sessualmente attivo e la credenza di venir meno all'interesse per il partner.
4. Rook e Hammen → modello prettamente cognitivo, interesse e reattività sessuali sono in funzione di un processo di etichettatura cognitiva quindi una persona con DSI ha la tendenza a considerare pochi stimoli ambientali come dotati di significato potenziale sessuale.
5. Meana e Steiner → individuano dei fattori di rischio per lo sviluppo di problemi del desiderio sessuale:
 - fattori di rischio biomedico: avanzare dell'età, aspetti psicologici e culturali
 - fattori di rischio cognitivo-affettivi: esperienze negative, mancanza di fantasie sessuali durante il rapporto, idee di prestazione
 - fattori di rischio relazionali: bassa soddisfazione\conflitti coppia
 - fattori di rischio socioculturali: ruoli di genere con uomo macho e donna oggettificata

CAUSE INDIVIDUALI DSI:

1. convinzioni religiose (sistema religioso e sessuofobico)
2. personalità ossessiva compulsiva
3. condizioni varianti dell'identità di genere o di scelta dell'oggettivo sessuale
4. specifiche fobie sessuali (in questo caso il DSI è secondario al Disturbo primario di avversione sessuale)
5. timore di perdere il controllo sotto la spinta degli impulsi sessuali
6. paura della gravidanza
7. sindrome del vedovo
8. preoccupazioni per l'invecchiamento
9. fattori legati allo stile di vita (affaticamento, stress...) → il sesso a differenza del cibarsi o ripararsi è una pulsione biologica che può essere soppressa per far fronte a priorità più pressanti

CAUSE RELAZIONALI \ DI COPPIA:

1. mancanza di attrazione verso il partner
2. scarse abilità sessuali del partner
3. differenza circa il grado di vicinanza ottimale reciproca
4. conflitti coniugali
5. soluzioni passivo-aggressivo degli squilibri di potere
6. incapacità di fondere sentimenti di amore con desiderio sessuale (le donne da sposare e

quelle da s*****e)

TRATTAMENTO

E' complesso, poco studiato e caratterizzato da bassi tassi di successo.

Kaplan → far riprendere gradualmente attività sessuale ponendo esperienze sessuali in una condizione e atmosfera di rilassatezza e non esigenza; introdurre anche elementi di novità in situazioni oramai statiche. Ma questo tipo di disfunzioni non si mostra molto reattivo alle terapie sessuali consuete, mirate generalmente alla riduzione di ansia e insegnamento di abilità sessuali.

LoPiccolo e Friedman → ristrutturare convinzioni presenti nella coppia. Il problema è della coppia, non del singolo, sebbene possa apparire che sia il partner a desiderio normale a soffrire di più non è così dato che il sogg con DSI si trova in una situazione che non ha scelto, deve affrontare una perdita e ha minore libertà di scelta.

Spesso in caso di basso desiderio la coppia perde anche tante delle manifestazioni reciproche di affetto che il partner a basso desiderio tende ad evitare vivendole come un tentativo di approccio sessuale o per paura che siano considerate in questo modo dall'altro partner.

Il modello prevede 4 passi:

1. Primo stadio → si chiede di fare 2 liste riguardanti aspetti positivi e vantaggi che il singolo e la coppia potrebbero ottenere dalla risoluzione del problema, e 2 liste con gli aspetti negativi o svantaggi dell'eventuale aumento della libido. Questo passo è fondamentale per evitare eventuali tentativi di sabotaggio che posso emergere successivamente. Si deve inoltre rendere consapevole il sogg con bassa libido dei suoi sentimenti negativi verso il sesso che spesso non sono consapevoli (“Semplicemente non sono interessato”) si evoca quindi scene passate (che possono rivelarsi traumatiche) e si interpreta giochi di ruoli dove ad esempio il partner fa delle avance al sogg con bassa libido.
2. Secondo stadio → è uno stadio orientato all'insight. Si indaga i sentimenti negativi riconosciuti nella fase precedente analizzando due tipi di cause: quelli che possono essere inneschi remoti del problema (educazione sessuofobica, ecc) e quelle che lo mantengono attualmente. [è più importante intervenire nelle cause che mantengono il problema]. Vengono analizzate con il partner le cause relazionali e del singolo e questa fase è utile anche per il sogg con desiderio sessuale normale in quanto comprende che la scarsa libido dell'altro non è dovuta a un rifiuto nei propri confronti ma da altre cause del tutto diverse.
3. Terzo stadio → terapia cognitiva, il paziente apprende strategie mentali atte a fronteggiare le situazioni ansiogene e a migliorare la propria immagine del sé, in modo da risolvere in modo adattivo i problemi emersi nella fase precedente. Si possono usare diverse tecniche cognitive come l'individuazione dei pensieri negativi automatici che sorgono nella situazione problematica e la loro sostituzione con dei pensieri positivi o neutri. LoPiccolo propone di spiegare al paziente che lui sta regolando il proprio comportamento sessuale come se ascoltasse dei “nastri” quello del Bambino Spaventato (ricordi\sentimenti negativi) e del Genitore Critico (regole e divieti anche autoimposti). Si invita il sogg a mettere per iscritto il contenuto dei nastri e di elaborare dei contenuti sostitutivi creando il “Bambino Felice” (ricordi\sentimenti positivi) e del Genitore Affettuoso (opinioni e atteggiamenti che permettano al bambino spaventato di sentirsi al sicuro dando supporto a sé e agli altri).
4. Quarto stadio → Comporta procedure comportamentali di “induzione alla pulsione”. Si porta gradualmente il sogg a vedere materiale erotico, ad indulgere su fantasie sessuali, e a coinvolgere il partner in comportamenti maggiormente affettuosi e contatto fisico non di tipo prettamente sessuale. Si affronta il problema di come approcciarsi per un rapporto sessuale e come rifiutare senza offendere l'altra parte

A questo punto i pazienti possono trarre beneficio dalle oramai consuete procedure di terapia sessuale che comportano un contatto di tipo prettamente sessuale, allo scopo di apprendere quelle

tecniche che rendono il sesso gratificante fisicamente oltre che emotivamente.

E' fondamentale la riformulazione e correzione di concezioni a proposito della sessualità come peccato, qualcosa di sporco, pericoloso, mezzo di potere\ricatto, prestazione\prova, e anche a proposito del piacere come capace di produrre senso di colpa, perdita di controllo, sequenza stereotipata, definizione troppo precisa e limitata di cosa ci piace.

Si sottolinea così l'aspetto dell'apprendimento cioè graduale impegno a migliorare continuamente la qualità del proprio rapporto sessuale, che non dovrebbe mai essere qualcosa di acquisito in modo irrevocabile.

Si cerca così di trasmettere alla coppia la concezione del piacere come esperienza derivante dall'interazione di:

- Pensieri
- emozioni e attivazione del sistema neurovegetativo
- percezioni sensoriali diffuse
- percezioni sensoriali genitali
- propriocezione tra cui le esperienze relative alle varie fasi di risposta sessuale

Tale piacere non dovrebbe comprendere sentimenti di ansia, paura, vergogna, rabbia, angoscia, senso di frustrazione, tristezza o depressione; sarebbe necessario che non coinvolge violenza e aggressività e che fosse libero da colpa, dovere, oblatività eccessiva (L'unico scopo è la totale soddisfazione delle esigenze del prossimo e dell'estraneo), desiderio di prestazione, ruoli predeterminati, obiettivi fissi, percorsi rigidi, idee irrazionali o negative, valutazioni quantitative. Il rapporto sessuale dovrebbe essere mirato solo al provare piacere insieme.

Accanto a questi aspetti prettamente cognitivi, rimane senza dubbio importante l'intervento in ambito comportamentale, mirato al perfezionamento di vari repertori di abilità come quelle sessuali, sociali, di decision-making e problem solving, e quelle di contrattazione e di negoziazioni fondamentali nelle relazioni interpersonali, di coppia o meno, in rapporto al sesso a qualsiasi altro aspetto.

Meana e Steiner -> Propongono una terapia cognitivo-affettiva-comportamentale per il desiderio sessuale ipoattivo, essa consta delle componenti sotto descritte:

1. Rifocalizzazione cognitiva: Identificare e ristrutturare pensieri disadattivi e copioni sessuali stereotipati illimitati. Impiego di fantasie sessuali e di focalizzazione attenta sugli stimoli sessuali.
2. Regolazione emotiva: essere consapevoli delle proprie emozioni
3. Controllo dello stimolo e attivazione comportamentale
4. Costruzione di abilità relazionali: si parte dall'affrontare eventuali conflitti di coppia [nei casi di desiderio sessuale ipoattivo molto spesso è presente il tipico modulo della "richiesta-ritirata" nelle interazioni, cioè un partner insiste affinché vengano soddisfatti i propri bisogni e l'altro reagisce a tale insistenza ritirandosi, più il primo richiede, più il secondo si allontana.