Eiaculazione

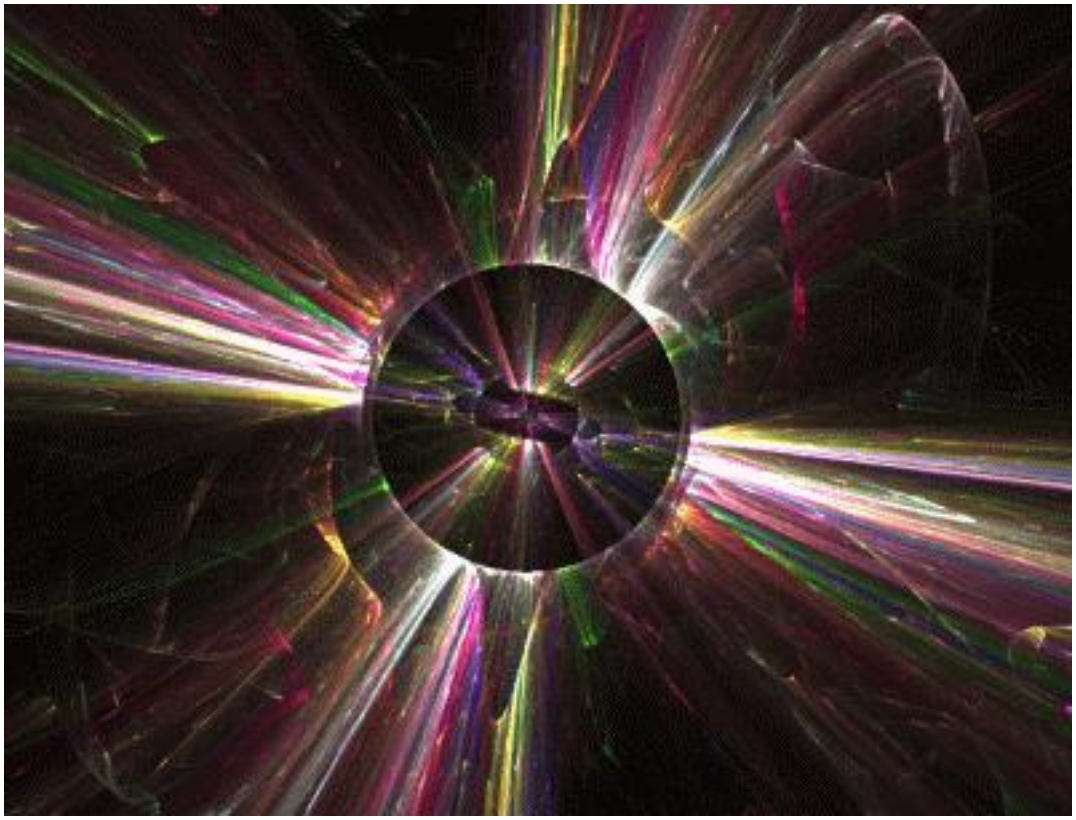
Salute e Benessere

Inviato da : Adriana Addy

Pubblicato il : 19/10/2023 7:30:00

Con il termine eiaculazione (dal latino ex, "fuori", e iaculare, "gettare, lanciare con forza") si intende il fenomeno, caratteristico ed esclusivo della risposta sessuale maschile, della fuoriuscita di liquido seminale dall'uretra, che normalmente si accompagna a un particolare stato di coscienza e alla percezione del piacere orgasmico. I. Meccanismi fisiologici. 2. Aspetti patologici.

Â I. Meccanismi fisiologiciÂ



Contrariamente al modo di intendere comune, i termini *orgasmo* maschile ed *eiaculazione* non sono sinonimi; essi indicano infatti due eventi sessuali distinti che, pur coincidendo praticamente nella stragrande maggioranza dei casi, non sono tra loro assimilabili neppure sul piano dei meccanismi fisiologici e psicologici che li caratterizzano. L'eiaculazione Ã¨ un evento anzitutto biologico, ulteriormente scomponibile in due fasi successive, quella dell'emissione e quella dell'eiaculazione vera e propria.

L'orgasmo, invece, che pur accompagna l'eiaculazione, Ã¨ inteso anche come stato di coscienza intensamente piacevole, ed Ã¨ quindi un fenomeno che investe completamente sia la corporeitÃ sia la psichicitÃ dell'uomo, in un 'tutto psicosomatico' assolutamente soggettivo e individuale nelle sue componenti cognitive ed emotive. Fenomenologicamente Ã¨ descritto come obnubilamento piÃ¹ o meno intenso della coscienza, fuggevole perdita del controllo oltre che della dimensione spaziotemporale, che raggiunge al suo acme un momento di tensione massima, immediatamente prima di uno stato di completo abbandono. Essendo il liquido seminale veicolo degli spermatozoi, non sorprende che, a livello non solo simbolico, l'eiaculazione sia essenzialmente legata a una finalitÃ di procreazione, mentre l'orgasmo Ã¨ maggiormente riconducibile a quella del piacere. Anche da un punto di vista fisiologico, la prima fase dell'eiaculazione, quella della cosiddetta emissione, causata da una breve contrazione muscolare degli organi riproduttivi maschili interni, coincide con il momento in cui il liquido, proveniente dalle vescichette seminali, si raccoglie nella porzione bulbare dell'uretra. L'emissione viene avvertita sotto forma di sensazioni del tutto peculiari, che sono state denominate da W.H. Masters e V.E. Johnson, nei loro pionieristici studi sul comportamento sessuale (1970), di "inevitabilitÃ eiaculatoria", nel senso che rendono percepibile all'uomo il segnale di avvio di un processo inarrestabile, che trova la sua conclusione, una frazione di secondo piÃ¹ tardi, nell'eiaculazione vera e propria. Solo in questa seconda fase, in seguito alle contrazioni ritmiche - che si presentano con una frequenza di 0,8 al secondo - e involontarie della muscolatura striata alla base del pene (muscoli perineali, bulbocavernosi e ischiocavernosi), ha luogo una serie, da 1 a 5, di getti eiaculatori, accompagnata

dalla percezione delle sensazioni piacevoli dell'orgasmo.

Si registrano, durante queste fasi, modificazioni caratteristiche anche a carico degli organi sessuali esterni e di altre funzioni corporee, quali l'aumento del turgore e del diametro del pene, nonchÃ© del volume dei testicoli, una colorazione rosso accesa del glande e l'incremento del ritmo respiratorio, della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, fino a quella scarica completa dell'eccitazione irradiata a tutto il corpo che sfocia in vivaci contrazioni involontarie di tutta la muscolatura. Una volta concluso il momento eiaculatorio, il sangue defluisce dai corpi cavernosi del pene, che torna a una normale condizione di flacciditÃ : si tratta del cosiddetto periodo di 'refrattarietÃ ' per cui l'uomo, diversamente dalla donna, non sente rinascere l'impulso sessuale se non a una certa distanza di tempo dal precedente.Â

La sequenzialitÃ di questi eventi si configura all'interno di una concezione trifasica della risposta sessuale umana introdotta dalla sessuologa statunitense H.S. Kaplan (1971), al fine di dare il giusto rilievo anche alle fasi cronologicamente precedenti: e cioÃ¨ a quelle relative al desiderio e all'eccitazione sessuale, dall'insieme delle quali la risposta eiaculatoria, coincidente appunto con

il culmine dell'eccitazione, puÃ² risultare qualitativamente potenziata, ridotta o addirittura inibita, o temporalmente accelerata, ritardata, e perfino annullata.

I meccanismi fisiologici alla base del fenomeno eccitatorio e di quello eiaculatorio sono infatti differenti e indipendenti tra loro. L'eccitazione Ã¨ governata dal sistema parasimpatico e si manifesta a livello anatomofisiologico con l'erezione, fenomeno a sua volta determinato dalla vasocongestione dei corpi cavernosi del pene. L'eiaculazione, invece, dipende dal sistema simpatico attraverso un meccanismo riflesso e mediante una serie di contrazioni muscolari involontarie. La diversitÃ tra i due eventi Ã¨ convalidata anche dall'esperienza clinica di poter indurre un'eiaculazione in assenza di erezione e viceversa. Lo svolgimento successivo delle tre fasi - del desiderio, dell'eccitazione e dell'eiaculazione - Ã¨ da intendersi come l'espressione di un'integrazione

armonica tra molteplici fattori, fisico-chimici, endocrino-neurologici e psicologici, che rende estremamente difficoltosa, se non impossibile, una netta discriminazione tra i vari elementi biologici e quelli esperenziali, sia sul piano della normalitÃ sia della patologia.

Una migliore conoscenza diventa possibile solo attraverso una lettura multifattoriale del fenomeno eiaculatorio, i cui meccanismi di base, in realtÃ inscindibili, possono essere schematicamente suddivisi in: a) biologico, che include sia l'incidenza genetica e organica, sia l'influenza da parte degli ormoni e dei cinque sensi, in quanto fattori inibenti o stimolanti; b) esperenziale, che definisce la 'storia' dell'uomo, costituita a sua volta dalla generalitÃ inerente alla cultura di appartenenza di ogni singolo individuo e dalla specificitÃ dei singoli avvenimenti che si svolgono al suo interno; c) cognitivo, nel senso che, attraverso le convinzioni personali in merito alla sessualitÃ (ma anche all'affettivitÃ , e con particolare riferimento alle proprie modalitÃ di coinvolgimento emotivo), viene definito l'orientamento soggettivo nei confronti del piacere sessuale; d) emotivo, in cui, prima fra tutte, Ã¨ l'emozione del piacere a rinforzare il desiderio, in un gioco di richiamo continuo, nel quale l'ottenimento del piacere, attraverso l'orgasmo, innesca appunto il desiderio del piacere successivo, mentre la frustrazione determinata dal suo mancato conseguimento e, comunque, qualsiasi emozione negativa, come ansia, stress, depressione, dolore o paura, non possono, alla lunga, che causarne la manifestazione disfunzionale in senso qualitativo o temporale; e) relazionale, aspetto nel quale sono in gioco i bisogni e gli affetti del singolo nei confronti del mondo esterno, inteso in senso privato, di coppia e anche collettivo.Â

Appare evidente che nell'attivazione della risposta eiaculatoria e orgasmica un requisito fondamentale a livello fisico Ã¨ costituito da un'adeguata stimolazione degli organi genitali maschili e di altre zone erogene (la bocca e le labbra, ma pure i capezzoli e la zona anale, tanto per citarne alcune, anche se la mappa corporea individuale Ã¨ assai piÃ¹ vasta) che condividono con i primi un'intensa reattivitÃ sensoriale. In circostanze normali l'uomo risponde a una stimolazione tattile ritmica del pene, attivitÃ , questa, praticata in modo non consapevole e non finalizzato all'orgasmo ma al mero piacere fisico, fin dai primi giorni di vita. La prevalenza di stimoli fisici di natura tattile a livello dei genitali - in quanto organi fortemente dotati di terminazioni nervose - non esclude la partecipazione degli altri organi di senso, quali l'olfatto, l'udito, il gusto e la vista, nel processo di elicitazione della risposta orgasmica. L'uomo sembra infatti, rispetto alla donna, piÃ¹ attento e sensibile al richiamo seduttivo esercitato dalla vista del corpo femminile, dei suoi organi genitali, di altre parti corporee eroticamente significative, o da una gestualitÃ convenzionalmente allusiva. Alcuni di tali messaggi, trasmessi all'interno della specie umana per via filogenetica, si presentano come segnali riconoscibili in quanto culturalmente condivisi, altri invece mantengono un carattere meno esplicito e consapevole. L'uomo risulta maggiormente attivo anche nella capacitÃ di riprodurre i fotogrammi visivi in quell'area psicologica di forte valenza erotica costituita dagli stimoli immaginari e fantastici.

Questi sono normalmente presenti, durante l'attivitÃ sessuale, in quantitÃ inversamente proporzionale rispetto agli stimoli fisici veri e propri, ma sono anche in grado di costituirne un sostituto autonomo. Confermano la possibilitÃ di una componente anche esclusivamente mentale dell'orgasmo i cosiddetti sogni bagnati, in cui l'orgasmo stesso si accompagna alle prime emissioni di sperma che avvengono spontaneamente in etÃ adolescenziale con le polluzioni notturne, ma anche gli orgasmi ottenuti durante il sonno nella vita adulta, come pure la risposta eiaculatoria a una 'fantasia erotica a occhi aperti' durante lo stato di veglia. Questo concetto Ã¨ suffragato anche dal fatto che l'orgasmo Ã¨ stato sperimentalmente reso possibile mediante la sola stimolazione elettrica della regione settale della corteccia limbica, e ciÃ² rende tra l'altro ipotizzabile una sua rappresentazione corticale. Un'altra testimonianza in tal senso Ã¨ quella dell'eiaculazione in concomitanza di una profonda esperienza intellettuale o spirituale: san Bonaventura ne parlava a proposito di coloro che "in spiritualibus affectionibus carnalis fluxus liquore maculantur", e san Tommaso confidava ai suoi discepoli che talvolta, nel momento in cui la meditazione sulle cose divine era piÃ¹ intensa, il suo corpo reagiva con una polluzione. In realtÃ , piuttosto che una forte prevalenza di stimoli fisici o psichici, possiamo ipotizzare, come sorgente di stimolazione erotica dell'uomo adulto, un'interazione tra i due tipi di stimoli: l'eccitazione sessuale proviene infatti contemporaneamente sia da una stimolazione esterna dei genitali e delle zone erogene, che attivano il sistema nervoso centrale, sia da stimoli interni, di tipo immaginativo o fantastico, e anche mentale o emotivo, che dal cervello, attraverso il midollo spinale, inducono il fenomeno a livello genitale. Il fattore dell'etÃ incide nel senso di rendere ottimale nella maturitÃ una concomitanza di entrambi gli stimoli; ciÃ² appare meno evidente nei giovani, maggiormente in grado di rispondere anche solo esclusivamente all'uno piuttosto che all'altro tipo di stimolo.Â

L'eiaculazione Ã¨ stata esposta a influssi culturali diversi nei vari contesti storico-geografici: tecniche sessuali finalizzate al controllo eiaculatorio e orgasmico, che arrivano a volte ad assumere il titolo di sistemi filosofici intesi a interpretare la sessualitÃ , se non addirittura a tradurla in stili di vita, sono presenti in alcune culture molto antiche. La datazione storica piÃ¹ lontana sembrerebbe quella legata al pensiero taoista della conservazione del seme alla luce dell'opposizione tra le forze cosmiche Yin e Yang: i trattati cinesi sull'amore sessuale, ispirati a questa filosofia, sono conosciuti fin dal 2Â° secolo a.C., anteriori quindi all'Ars amatoria di Ovidio e superiori a quest'ultima per raffinatezza. In essi giÃ si trovano gli elementi mentali per praticare rapporti

sessuali prolungati e ripetuti, con esperienze di piacere orgasmico, ma senza eiaculazione, mediante tecniche che oggi potrebbero andare sotto il nome di controllo eiaculatorio.Â

2. Aspetti patologiciÂ

a) Eiaculazione precoce. Sotto il profilo patologico Ã¨ ritenuta unanimemente il disturbo sessuale che piÃ¹ frequentemente si presenta nella vita sessuale dell'uomo. La sua incidenza statistica all'interno di una popolazione in etÃ sessualmente attiva, nei paesi occidentali, Ã¨ altissima e corrisponde, a seconda dei vari autori, a una dimensione che va dal 30 al 60%. Secondo il DSM-IV, il *manuale* diagnostico e statistico dei disturbi mentali, dell'American psychiatric association (APA; 1994), l'eiaculazione precoce "Ã¨ la persistente o ricorrente insorgenza di orgasmo ed eiaculazione a seguito di minima stimolazione sessuale prima, durante o subito dopo la penetrazione, e prima che il soggetto lo desideri". A questo criterio vanno comunque affiancati parametri culturali, organici e psicologici, la cui valutazione Ã¨ rimessa al giudizio dello specialista, il quale deve tenere conto anche dei fattori che influenzano la durata della fase di eccitazione, come l'etÃ , la novitÃ della partner sessuale o della situazione e la frequenza recente dell'attivitÃ sessuale; inoltre, possono interferire anche cause di natura organica, come, per es., diabete, uretriti, prostatiti, oppure l'assunzione di determinati farmaci. In base alla definizione del DSM-IV, l'aspetto essenziale di questo disturbo Ã¨ l'assenza di controllo volontario sul riflesso eiaculatorio. Non a caso secondo H.S. Kaplan (1989), il cui orientamento Ã¨ stato seguito sia dall'APA sia dall'Organizzazione mondiale della sanitÃ (OMS), la diagnosi dovrebbe essere effettuata non sulla base quantitativa bensÃ¬ su quella qualitativa di un controllo eiaculatorio volontario; l'eiaculazione precoce consisterebbe, cioÃ¨, in primis, in una limitata o assente percezione delle sensazioni eroticheoltre un certo limite di eccitabilitÃ . In altri termini, il soggetto non avvertirebbe gli stimoli che precedono la fase dell'inevitabilitÃ eiaculatoria, all'interno della quale egli non Ã¨ piÃ¹ in grado di influenzare la fuoriuscita dello sperma. Da un punto di vista cognitivo, l'eiaculazione precoce Ã¨ l'espressione di una convinzione in cui il proprio valore personale, l'affetto della partner e, in ultima analisi, il rapporto di coppia sono eccessivamente subordinati alle proprie prestazioni sessuali, suscitando in tal modo emozioni di ansia, colpa, depressione o rabbia; queste ultime impediscono, a loro volta, il controllo volontario del momento eiaculatorio e generano quindi il sintomo stesso. Nella relazione di coppia questo meccanismo, proprio in quanto duplice, diventa ancora piÃ¹ perverso; non Ã¨ raro che la componente sessuale si presti a essere qualificata con una sorta di punteggi, in un gioco tra i partner in cui Ã¨ sempre all'altro che vengono attribuiti i 'voti' piÃ¹ bassi, senza tener conto che la sconfitta dell'altro determina quella di entrambi, quindi anche la propria. Anorgasmia ed eiaculazione precoce si prestano allora facilmente a un conflitto di coppia, a una sterile quanto dolorosa spirale di reciproca attribuzione delle colpe.Â

b) Eiaculazione ritardata e assente. Ã¨ un persistente o ricorrente ritardo, o assenza, dell'eiaculazione dopo le normali fasi di desiderio e di eccitazione sessuale. Nel primo caso, la fuoriuscita di sperma e la corrispondente situazione di piacere avvengono comunque anche se, come esprime il termine stesso, in ritardo. Possiamo ritenere questo tipo di eiaculazione l'opposto di quella precoce, e tuttavia, contrariamente a quanto si creda, anch'esso comporta un senso di frustrazione sia del soggetto, che ne Ã¨ affetto, sia della partner. Tale disturbo si manifesta, nella forma piÃ¹ blanda (la cosiddetta eiaculazione ritardata), come difficoltÃ a raggiungere l'eiaculazione e, nelle forme piÃ¹ gravi (eiaculazione assente), come incapacitÃ di far scattare il riflesso orgasmico: questa eventualitÃ , nella maggior parte dei casi, si presenta esclusivamente durante la penetrazione in vagina, mentre in altri Ã¨ generalizzata a qualsiasi modalitÃ di rapporto sessuale. Accade cioÃ¨ che l'individuo, nonostante le prolungate stimolazioni a livello sensoriale e immaginativo, non riesca a ottenere sollievo dalla tensione sessuale accumulata; oppure proprio quando questa arriva a uno stadio che preluderebbe alla risposta orgasmica, l'intensitÃ dell'eccitazione diventa talmente elevata da costringerlo a porre termine all'atto sessuale. Si tratta di un disturbo che trova un riscontro clinico abbastanza raro: Masters e Johnson hanno osservato, all'interno della loro statistica diagnostica effettuata tra il 1959 e il 1970, non piÃ¹ di 17 casi di questo genere. Oggi - e le fonti si sono da allora moltiplicate e allargate anche in senso geografico - il fenomeno sembrerebbe avere una piÃ¹ ampia diffusione, forse per un'aumentata consapevolezza delle problematiche sessuali e, quindi, anche per un maggior ricorso alla consultazione specialistica.Â

c) Eiaculazione retrograda. Ã¨ un disturbo di natura organica della fase eiaculatoria in cui il liquido seminale non viene espulso dal pene, riversandosi nella vescica invece che nell'uretra. PuÃ² comparire come esito chirurgico in seguito a interventi di prostatectomia o a malattie organiche (per es. il diabete mellito) o quale effetto dell'assunzione di farmaci antipsicotici.Â

d) Eiaculazione anestetica. Ã¨ la condizione patologica nella quale l'uomo, in concomitanza dell'emissione del liquido spermatico, non sperimenta l'orgasmo e, quindi, non ha alcuna sensazione di piacere. Si tratta di un'eventualitÃ che conferma, a livello sia fisiologico sia psicologico, la differenza tra il fenomeno dell'eiaculazione e quello dell'orgasmo, che, seppure si verifichino normalmente in concomitanza, appartengono a due momenti ben distinti e non legati da alcun rapporto di causa ed effetto.Â

e) Orgasmo aneiaculatorio. Ã¨ un disturbo di natura organica della fase eiaculatoria in cui il processo di espulsione dello sperma si produce a vuoto e, a differenza dell'eiaculazione retrograda, non trova alcun riscontro della presenza di spermatozoi nelle urine. Alla sua origine vi possono essere interventi chirurgici con esito distruttivo delle vie simpatico-addominali, oppure occlusivo dei dotti deferenti a livello del follicolo prostatico, malattie endocrine, come l'ipogonadismo, e infine l'assunzione di farmaci, come i bloccanti Î±-adrenergici.Â

Â

Â

Â