

### XCI. LE “DISCONFORMITÀ EROTICO-SESSUALI”

Sono considerate “*disconformità erotico-sessuali*” quelle eccezionali strane disposizioni psico-affettive o disfunzionali discongrue, esclusive ed inevitabili, per l’espletamento della propria attività erotico-sessuale.

La “*paradossia psico-sessuale*”, la quale è caratterizzata dalla compulsività erotico-sessuale insorgente con impellenza verso individui di età non adeguata alla propria, per cui chi ne è affetto, sia se giovanissimo (anche bambino), sia se non più giovane (anche notevolmente vecchio), finisce per cercare e, spesso, trovare partner di notevole differenza d’età.

La “*monopolarizzazione sensoriale erogena*” la quale consiste nell’esclusiva dipendenza ad una sola particolare sfera sensoriale come fattore facilitante e/o scatenante, ad esempio la sfera olfattiva (“*rinoflage*” o “*annusamento*”), per cui in alcuni individui di ambo i sessi la stimolazione della tensione erotica è provocata quasi esclusivamente dall’odore di un potenziale partner in stato di recettività, mentre in rari casi, estremamente psicopatologici, la tensione erotica è scatenata dall’odore di urina e/di feci (parafilia escatologica).

L’“*alloerotismo*” la quale, al contrario dell’“*autoerotismo esclusivo*”, consiste nell’esclusiva disposizione psico-affettiva di svolgere l’attività erotica solo con la prestazione di un altro individuo.

L’“*allumeuismo*” il quale consiste nel compulsivo compiacimento, che si determina in alcune donne, di provocare l’eccitamento erotico nell’uomo senza permettergli di appagarlo.

L’“*Aseità psicosessuale*” consiste nella tendenza compulsiva di abbandonarsi all’intimità con se stesso, fatta di emozioni, pensieri, sentimenti, ricordi, ecc., che un individuo conserva per sé anche nella più profonda delle unioni ed in presenza della massima confidenza col partner.

L’“*attardamento erotico*” il quale consiste nella svogliatezza che si manifesta con un esasperante prolungamento dei preliminari erotici in cui, il maschio in specie, preferisce mimare l’amplesso strusciando il pene su qualche parte preferita della partner, pervenendo in questo modo alla scarica giaculatoria in quanto teme che, se tentasse il coito intravaginale, gli verrebbe a mancare l’erezione sentita come esclusiva gratificazione.

Il “*monoerotismo*” il quale consiste nella convinzione ossessiva di dover avere rapporti erotico-sessuali esclusivamente con una particolare persona.

L’“*altruismo erotico-sentimentale*” il quale consiste nel rinunciare ai rapporti erotico-sessuali con la persona amata onde favorirgli i rapporti erotico-sessuali con altro partner preferito. In rari casi l’“*altruista erotico-sentimentale*” arriva persino a suicidarsi per rendere libero il partner desideroso di nuova relazione erotico-sessuale. Un forma del tutto particolare di “*altruismo erotico*”, storicamente nota, consisteva nell’aver rapporti “*erotico-sessuali*” con i lebbrosi, obbligatoriamente relegati nell’isola di Samo, nonostante la consapevolezza del rischio di essere contagiati. Analogamente, in tempi recenti, si potuto constatare che, nonostante la consapevolezza della modalità sessuale di contagio dell’AIDS, non mancano donne e uomini HIV negative che hanno l’irresistibile impulso ad avere rapporti “*erotico-sessuali*” non protetti con partner malati di AIDS, avvertendo un intenso senso di soddisfacente altruismo, così che Lazzari e Coll. (1991) hanno ritenuto opportuno classificarli espressivamente come affetti da “*Sindrome di Samo*”. Nelle persone affette da “*Sindrome di Samo*”, come sostengono Lazari e Coll. (1992a, 1992b), sussiste il tentativo di sacrificarsi ad un partner in maniera totale, “*facendo dono di sé e della propria vita*”. Il fine che talora si ravvisa in questo comportamento è quello di riscattare, attraverso un “*dono d’amore*”, relazioni conflittuali con precedenti figure d’attaccamento (Lazzari e Coll., 1992b). Infatti, molte donne che soffrono di “*Sindrome di Samo*” hanno avuto padri violenti (Lazzari e Coll., 1992d) e da adulte sono portate a scegliere un partner spesso egoista, tanto da chiedere “*la loro abnegazione e la loro vita*”, in ogni caso molto simile al proprio genitore, con il desiderio inconscio di riguadagnare il rispetto e la stima e quell’affetto di cui si sono sentite private da parte del genitore originale (Lazzari e Coll., 1993). Ne consegue che volontariamente tali donne decidono di non usare precauzioni per prevenire l’AIDS: “*morire per un uomo oggi, significa riguadagnare il rispetto e la stima del genitore di ieri*” (Lazzari e Trallo, 1995). Molte donne affette da

“*Sindrome di Samo*” si trovano nelle professioni d’aiuto a sottolineare l’importanza di una predisposizione “*del dono di sé*” in maniera totale di chi è affetto dalla “*Sindrome di Samo*” (Lazzari, 1992c). Mentre, gli uomini affetti dalla “*Sindrome di Samo*” hanno avuto madri poco affettuose o dominanti per cui sono portati a costruire una nuova identità di un “*sé-beneamante*” che li spinge a donarsi ad una donna con AIDS così da sostituire l’originale modello interiorizzato di madre distaccata (Lazzari e Coll., 1992e).

L’**“inadeguatezza erotico-sessuale”** Con l’espressione “*Inadeguatezza sessuale*” si suole indicare la mancanza di sintonia con i ritmi e/o con l’intensità della momentanea esigenza erotico-sessuale del proprio partner associata ad assoluta asincronia orgasmica con conseguente frustrazione e senso interiore d’infelicità.

La **“discongruenza erotico-sessuale”** Con l’espressione “*Discongruenza sessuale*” si suole indicare l’assenza assoluta di conformità con la personalità del partner per cui ne deriva un inevitabile ostacolo alla propria voluttà per i rapporti erotico-sessuali, all’agonismo erotico-sessuale, all’efficienza della stimolazione dermoerotica preliminare, alla mutua complicità per le ricercatezze erotiche particolari ed al proprio senso di benessere cenestesico indispensabile per mantenere vivo il complementare legame sentimentale.

L’**“Ermafroditismo psichico”**. Con l’espressione “*Ermafroditismo psichico*” si suole indicare la tendenza erotica episodica di identificazione con il sesso opposto che si manifesta con travestitismo e desiderio di castrazione.

Il **“Transessualismo”**. Con il termine “*Transessualismo*” si suole indicare la condizione psicologica caratterizzata dal desiderio ossessivo e dalla convinzione di appartenere al sesso opposto (per cui la denominazione corretta dovrebbe essere “*sessualità transgenere*” che denoterebbe con più precisione il sentimento della propria sessualità translata in quella propria dell’altro genere o ancora con più precisione “*discongruenza d’identità introspettiva del genere sessuale*”) (Liggio, 2002). Trattasi di un grave disturbo dell’identità psicosessuale. Infatti, mentre nell’ermafroditismo l’individuo possiede le gonadi di ambo i sessi e nello pseudoermafroditismo l’individuo nonostante possieda solo le gonadi di un sesso ha i tratti somatici del sesso opposto, nel transessualismo non si evidenziano anomalie cromosomiche, endocrine e genitali, ma l’individuo transessuale maschio si sente una donna intrappolata nel corpo di un uomo ed il transessuale femmina sente di essere un uomo prigioniero in un corpo di donna. Pertanto, tale condizione determina notevoli sofferenze fisiche e psichiche che spingono il soggetto verso l’emarginazione e la prostituzione.

L’**“Effemminatismo”**. Con il termine “*Effemminatismo*” si suole indicare il ruolo erotico-sessuale dei cosiddetti “*effemminati*” (o “*femminelli*”, come sono chiamati a Napoli), cioè di quei giovani maschi con caratteristiche fisiche femminili (volto liscio, cosce rotonde, fianchi larghi, muscolatura poco sviluppata, seno pronunciato, atteggiamento sdolcinato, ecc.), ma senza alcuna anomalia del pene e dei testicoli. Tali soggetti, pur non essendo originariamente omosessuali, per la maggior parte sono destinati a diventarlo poiché sono oggetto di notevole interesse erotico da parte di maschi sia coetanei che più anziani e, vedendosi al centro dell’attenzione da parte di quest’ultimi, si inorgogliscono e, cedendo facilmente alle voglie dei loro corteggiatori, diventano amanti nascosti con mansioni alibi (garzoni, ragazzi di fiducia, accompagnatori, camerieri personali [di alti prelati in specie], ecc. Tuttavia, nonostante abbiano avute tante tentazioni omosessuali fin dall’età prepuberale non tutti lo diventano.

L’**“Anandria”**. Col termine “*Anandria*” si suole indicare l’aspetto effeminato (eunocoide) che assume il maschio che per atrofia testicolare insorta durante la pubertà ha un’evoluzione somato-psichica prevalentemente femminile, ma senza tendenze omosessuali.

L’**“Arrenoidia”**. Col termine “*Arrenoidia*” si suole indicare quel fenomeno indotto dalla senescenza delle gonadi (sia maschili che femminili) per cui gli individui nell’età senile assumono i

caratteri sessuali secondari propri del sesso opposto, spesso con conseguenze nel comportamento psicosessuale. Tale fenomeno è più frequente nel sesso femminile.

Il “Metatropismo psicosessuale”. Con l’espressione “*Metatropismo psicosessuale*” si suole indicare quella particolare grave alterazione mentale che induce ad assumere comportamento, atteggiamento somatico e stile simili a quelli del sesso opposto. Il maschio affetto da tale psicopatologia è gracile, passivo, remissivo, ecc., mentre la femmina affetta dalla medesima psicopatologia è di aspetto virile con fisico esuberante, con voce mascolina e con modo di fare eccessivamente autoritario.

Il “Complesso di castrazione” consiste in un insieme di sentimenti e di fantasie che affiorano nella mente di individui adulti che non hanno superato la cosiddetta “*angoscia di castrazione*” (terrore da parte del bambino di essere privato della propria virilità da parte del padre come punizione per i suoi desideri sessuali incestuosi verso la madre). La riattivazione di questo timore, normalmente represso durante la fase adolescenziale, induce una serie di disturbi della sessualità come l’inibizione della libido e l’impotenza. A volte l’individuo che ne è affetto può deviare i suoi interessi sessuali verso individui dello stesso sesso alla ricerca di un pene simbolico sostitutivo come elemento rassicurante.

Il “Complesso di Diana” consiste nel desiderio ossessivo, da parte della donna, di avere gli attributi maschili. Tale complesso equivarrebbe al freudiano “*desiderio del pene*” ed all’adleriana “*protesta virile*”.

Il “Complesso di Edipo” consiste nella compulsione a rivaleggiare con il genitore dello stesso sesso per ottenere esclusiva attenzione da parte del genitore dell’altro sesso. Tale “*complesso*” costituisce una fase normale dello sviluppo psicofisiologico affettivo-sessuale che raggiunge il suo apice verso i quattro anni e si risolve quando si verifica l’identificazione con il genitore dello stesso sesso e la parziale rinuncia al genitore del sesso opposto. Secondo le teorie psicoanalitiche il “*Complesso edipico*” non completamente risolto starebbe alla base di alterazioni dell’affettività e della sessualità per cui l’uomo sarà oppresso da sentimenti di rivalità e di gelosia oppure acquisirà una personalità di tipo femminile ed idealizzerà l’immagine femminile al punto tale da non accettarne il rapporto “*erotico-sessuale*”, mentre la donna sarà oppressa dalla paura inibitrice nei riguardi di qualsiasi partner maschile oppure sceglierà un partner anziano quale sostituto paterno.

IL “Complesso di Elettra” consiste nell’attrazione esclusiva verso il padre e tutto ciò che lo riguarda e si manifesta nell’interesse “*erotico-sessuale*” per uomini maturi che deve essere distinto dalla “*Gerontofilia*”.

Il “Complesso dello svezzamento”, secondo la concezione psicoanalitica, consiste nella conseguenza della mancata accettazione dello “*svezzamento*” dalle cure materne con il risultato dell’instaurarsi di un grave stato neurotico con compulsive reazioni rivendicative scatenate da ogni tipo di separazioni e di privazioni incidenti nel corso dell’esistenza con gravi ripercussioni nella vita sessuale.

Il “Complesso di Antigone” consiste nell’incapacità di intraprendere una vita psicosessuale matura in una giovane donna che, nonostante l’apparente sicurezza ed indipendenza, è in realtà rimasta dipendente dalla madre e ad essa eccessivamente legata.

Il “Complesso del pene piccolo” consiste in un senso di disagio e di inadeguatezza suscitato dalle dimensioni del proprio pene ritenuto “*piccolo*” ed è dovuto al fatto della credenza popolare che la dimensione del pene costituirebbe l’indice della potenza sessuale.

La “Dispareunia” (da *dis* = disturbo + *pareunos* = sposa) consiste nel l’insorgenza di dolore — nell’uomo o nella donna o in ambedue — durante il coito (o all’inizio della penetrazione o al raggiungimento del fondo vaginale). La “*Dispareunia*” è detta funzionale quando non è causata da fattori fisici o da mancanza di lubrificazione, ma da conflitti inconsci non risolti. La “*Dispareunia*” può secondariamente provocare una contrattura riflessa di difesa che, in tal caso, costituisce il

cosiddetto “*Vaginismo dispareunico*”. In base al tempo d’insorgenza la “*Dispareunia*” si distingue in primaria se è dovuta a fattori costituzionali (generalmente psicogenetica con coitofobia e relativa somatizzazione spastica locale) ed in secondaria se dovuta a fattori acquisiti (vulvovaginiti da infestazioni protozoarie, da infezioni virali, batteriche e micotiche in specie, oppure da, ipoestrogenismo menopausale o iatrogeno dovuto ad anticoncezionali iperprogestinici che ostacolano la lubrificazione vaginale, ecc.).

Il “*Vaginismo*” consiste nella disfunzione sessuale femminile caratterizzata da spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina che si scatena ai tentativi di penetrazione sia peniena sia strumentale-ginecologica. Nelle forme meno gravi il “*Vaginismo*” consente la penetrazione del pene ma ostacola la continuazione del coito per l’insorgere di dolore che infastidisce notevolmente la donna che, tuttavia, è in grado di eccitarsi e di raggiungere l’orgasmo attraverso pratiche erotiche extravaginali. Si distingue un “*Vaginismo*” psicogenetico che può essere primitivo, se insorge fin dal primo tentativo di rapporto sessuale (specialmente per inibizione dovuta al timore di possibile lacerazione dolorosa per avere sentito racconti drammatici a riguardo, ecc.), o secondario, se insorge dopo il primo rapporto sessuale (se in realtà il primo rapporto sessuale è traumatizzante per deflorazione brusca senza la necessaria delicatezza) ed un “*Vaginismo*” organico, sempre secondario, dovuto a fattori organici come fistole, cicatrici malformate da pregresse lacerazioni perineali, infiammazione da “*Herpes genitale*” o da altro tipo di infezioni (micotiche, in specie, che spesso provocano gravi vestiboliti), ecc. Un particolare “*vaginismo*” organico secondario, molto frequente, è quello che si riscontra in menopausa per la diminuita elasticità vaginale unita al deficit di lubrificazione e che nelle donne in età feconda si può verificare con l’assunzione di contattivi progestinici.

Il “*Priapismo doloroso*” (“*priapismo*” deriva da Priapo, nome del dio greco della potenza virile) consiste nell’erezione peniena anaerotica persistente (il cui prolungamento oltrepassa i limiti di tollerabilità senza che si verifichi la regressione spontanea), in genere è dolorosa e non seguita da eiaculazione. Tale affezione è la conseguenza dell’ostacolato deflusso del sangue dai corpi cavernosi per cause infiammatorie (tromboflebiti, in particolare delle vene cavernose o della vena profonda del pene, ecc.), neoplastiche (neoplasie primitive dei corpi cavernosi o metastatiche del retto e della prostata in specie, ecc.) (Berard e Byrne, 1953), traumatiche (lussazione, strozzamento o torsione del pene, ecc.) (Breton, 1954; Delle Sedie, 1956; ecc), neurologiche (in specie lesioni midollari, a qualsiasi livello), malattie ematiche (emofilia, anemia drepanocitica, policitemia, leucemia mieloide, ecc.) (Campbell e Cummins, 1951), farmacotossiche (in particolare: ioimbina, “*cantaridina*” per avere mangiato rane che si erano nutrite, a loro volta, mangiando coleotteri “*Lytta Cantharis*”, ecc.) (Eisner, 2004), avvelenamenti (da piombo, anidride carbonica, ossido di carbonio, ecc.) ecc. che può insorgere in ogni età, ma con più frequenza si verifica in età compresa tra i 20 ed i 60 anni. Tuttavia, con frequenza significativa sempre nella medesima fascia d’età si osserva una forma di “*priapismo doloroso*” essenziale, non dovuta a nessuna delle predette cause né di altre cause organiche, qualificata come “*idiopatica*” (Cuccioli, 1944; Confalonieri, 1959; ecc.) dovuta a fattori psicologici che possono prolungare l’erezione con la conseguenza di stasi venosa nei corpi cavernosi determinante iperviscosità ematica, indotta dall’inevitabile aumento della concentrazione locale di anidride carbonica. Tale iperviscosità ematica impedisce il passaggio del sangue venoso dalle areole cavernose alle vene di deflusso, causando un progressivo edema trabecolare che, a sua volta, incrementa il riempimento delle areole con ulteriore ostacolo al deflusso venoso. La terapia di ogni forma di “*priapismo doloroso*” è sempre una terapia d’urgenza, immediatamente stabilita in pronto soccorso, soprattutto per rimuovere l’ostacolo all’missione dell’urina.

## BIBLIOGRAFIA

- Berard L.N., Byrne J.E.: «*Priapism due to metastasis of bladder carcinoma*», *Journal Urol.*, 70, 261, 1953.
- Breton P.M.: «*Un caso di priapismo traumatico*», *Minerva Urol.*, 6, 64, 1954.
- Campbell J.H., Cummins S.D.: «*Priapism in sickle cell anemia*», *Journal Urol.*, 66, 697, 1951.
- Chiodo F., Lazzari C., Campione F.: «*Death wish and AIDS: reconsidering the HIV infection in HIV-ve stable partners of HIV+ve males*», Acts 5<sup>th</sup> International Congress for Infectious Diseases, Nairobi (Kenya), June 7-11, 1992a.
- Confalonier A.: «*Il priapismo (a proposito di un'osservazione di priapismo idiomatico)*», *Archivio Ital. Urol.*, 32, 218, 1959.
- Cuccioli U.: «*Contributo allo studio del priapismo cosiddetto idiopatico*», *Archivio Ital. Urol.*, 21, 218, 1944.
- Delle Sedie P.F.: «*Su Quattro casi di priapismo di origine traumatica osservati in corridori ciclisti*», *Minerva Med.*, 47, 1334, 1956.
- Eisner T.: «*For love of insect*», Harvard, 2004.
- Lazzari C., Campione F., Mariani L., Costigliola P., Ricchi E., Chiodo F.:  
«*The syndrome of Samo*», Acts of the National Congress of the Italian Society of Psychiatry, Salsomaggiore Terme (Italy), 20-26 October 1991.
- Lazzari C., De Ronchi D., Volterra V., Campione F.: «*The sexual infection with AIDS might be international: the idea of "live" in HIV-ve stable partners of HIV+ve subjects*», Acts Regional Symposium "New Models in Psychiatry", Palermo (Italy), May 19-27, 1992b.
- Lazzari C.: «*Insieme per sempre con il virus*», *Corriere Salute, Corriere della sera*, Anno 4, n.17, May, 4, 1992c.
- Lazzari C., Costigliola P., Di Bari M.A., De Ronchi D., Nania A., Chiodo F.: «*Suicidal behaviours and HIV infection: psychology of HIV-ve stable partners of people with AIDS*», Acts II National Congress on Study and Prevention of Suicide: "Towards new preventive strategies", Padua, October 30-November 1, 1992d.
- Lazzari C., Costigliola P., Di Bari M.A., De Ronchi D., Volterra V., Ricchi E., Chiodo F.: «*The infection with HIV as suicidal behaviour: psychology of HIV-ve stable partners of subjects with AIDS*», Acts 6<sup>th</sup> National Congress "AIDS and Correlated Syndroms" Venice, November 22-24, 1992e.
- Lazzari C., Di Bari M.A., Costigliola P., De Ronchi D., Volterra V., Chiodo F.: «*Deliberate HIV infection as a way of committing suicide*», *The Italian Journal of Suicidology* 1, 161, 1993.
- Lazzari C., Trallo F.: «*The HIV-ve stable partner of a person with AIDS: the syndrome of "Samo" may be reversible: the description of a clinical case*», Acts X Anniversary of the Italian National Association Against AIDS: "AIDS and Related Diseases", Roma, November 30-December 4, 1995.
- Liggio F.: «*La questione diagnostica della "discongruenza d'identità introspettiva del genere sessuale" e la complessità della relativa diagnosi differenziale*», *Riv Sessuol.*, 26 (n. 3), 282, 2002.