

CAP 2

SESSUALITA' E DISTURBI SESSUALI

Educazione sessuale



Cartolina di inizio novecento sul problema delle gravidanze indesiderate. È evidente la simbologia della cicogna.

“Per lapsus freudiano si intende quegli errori apparentemente involontari, che si compiono nel parlare, o nel comportamento. Sono utilizzati dall’inconscio, che li utilizza per esprimersi, superando così la censura della coscienza vigile!”



L'**educazione sessuale** è un termine generale che comprende vari temi e varie discipline connessi all'educazione, in modo particolare il rapporto tra i ragazzi ed i coetanei (e anche con gli adulti) in periodo di maturazione sessuale, l'anatomia e la fisiologia dell'apparato genitale, i cambiamenti che avvengono durante la pubertà, la psicologia, le problematiche di tipo morale, la conoscenza delle abitudini legate all'ambiente di provenienza dei ragazzi oggetto di educazione, le curiosità dei ragazzi stessi (che abbracciano tutti gli aspetti del comportamento sessuale umano). I tipici canali dell'educazione sessuale e della trasmissione delle prime informazioni sono primariamente i genitori (in particolare, per quanto riguarda le bambine, si tratta solitamente della madre), poi vengono gli insegnanti, (che seguono primariamente le indicazioni del MIUR, poi delle Regioni o Province, con le loro direttive specifiche, sino ad arrivare alle decisioni dei singoli Istituti Scolastici, nella loro autonomia didattica). Altri canali sono gli educatori a vario livello (educatori religiosi, capi scout, responsabili o allenatori di società sportive e così via). Poi non è possibile dimenticare gli organi di informazione, prima tra tutti, nella disponibilità dei ragazzi, la rete, intesa come accesso ad internet ed a tutto

Primo approccio alla sessualità - La famiglia

I genitori, sin dai primi anni di vita del bambino o della bambina, sono chiamati all'importante compito di dare una corretta informazione e formazione, anche in questo campo. Le prime curiosità sono solitamente le più difficili da soddisfare, ma proprio per questo sono anche quelle che è più importante affrontare in modo corretto. In questo viene in aiuto la copiosa letteratura specifica, ma la disponibilità e l'apertura dei genitori nei confronti dei figli sono, da sole, l'aiuto più grande che i piccoli ricevono per il loro corretto sviluppo intellettuale ed emotivo. La reazione corretta, da valutare caso per caso, alle prime manifestazioni della sessualità saranno una sorta di impronta comportamentale che influenzerà il resto della vita.

Educazione alla sessualità ed alla affettività - La scuola

Negli ultimi anni, nella scuola italiana, pur nella inevitabile differenziazione anche da istituto a istituto, si è affermato un approccio al tema di tipo collegiale. Innanzitutto è quasi sempre previsto un corso specifico, formato anche solo da alcune lezioni su uno o più argomenti particolari, nell'anno conclusivo della scuola secondaria di primo grado (cioè in terza media). Non mancano esperienze nella scuola primaria (scuola elementare) e approcci più approfonditi nella scuola secondaria superiore. L'educazione alla sessualità ed alla affettività, anche se può essere trattata da un solo docente della classe, solitamente l'insegnante di Scienze, viene concordata, di prassi, con l'intero Consiglio di classe, e partecipano, a vario titolo, gli insegnanti di Lettere, di Religione e di Educazione fisica. Nella programmazione questa attività coinvolge anche i genitori, che possono essere solo i genitori eletti come rappresentanti, o tutti i genitori, con riunioni aperte alle famiglie. Non mancano, in alcune regioni o province, gli interventi di personale delle ASL o del SSN per attività di approfondimento, specialmente per quanto riguarda gli aspetti psicologici e i particolari, adatti all'età dei ragazzi, attinenti al rapporto sessuale, i metodi anticoncezionali, le malattie sessualmente trasmissibili, l'igiene personale, le dipendenze e il consultorio. L'educazione sessuale di solito descrive l'origine e lo sviluppo di un nuovo essere umano, partendo dalla fecondazione, parlando poi dello sviluppo dell'embrione e del feto, per arrivare al parto. Il tipo di attività che svolge ogni singola classe, tuttavia, non è definibile con precisione, perché, come si è detto, in questo caso le variabili sono molte.

Generalità sull'insegnamento dell'educazione sessuale

Aspetti dell'educazione sessuale fanno parte del curriculum di molte scuole in tutto il mondo, ma in molti Paesi rimane materia controversa, specialmente per quanto riguarda l'età in cui si dovrebbe cominciare a impartire agli studenti tale educazione, che tipo di dettagli e quali argomenti si debbano toccare. Nel 1936, Wilhelm Reich scrisse che l'educazione sessuale dei suoi tempi era diseducativa perché si limitava alla biologia, senza toccare gli aspetti psicologici dell'attrazione e delle pulsioni, che erano quelli a cui gli adolescenti erano più interessati ^[1]

In molti Paesi, l'educazione sessuale è oggetto di animate discussioni. I punti che più generano controversia sono: se sia bene includere argomenti come la sessualità infantile, l'uso di anticoncezionali come il profilattico e la "pillola" e i loro possibili benefici nel limitare il numero di figli nati fuori del matrimonio, le ragazze madri e le malattie

trasmesse sessualmente, come l'AIDS. La recente campagna contro il sesso prematrimoniale portata avanti da gruppi conservatori negli USA è stata la causa principale di queste controversie. Dal punto di vista statistico si può notare come Paesi con tradizioni conservatrici verso l'educazione sessuale, inclusi l'Inghilterra e gli Stati Uniti, hanno una percentuale più elevata di malattie sessuali e di ragazze-madri.

Il diffondersi dell'AIDS ha dato nuovo impulso all'importanza dell'educazione sessuale. In molte nazioni dell'Africa dove l'HIV-AIDS è a livello epidemico, l'educazione sessuale è considerata dalla gran parte degli scienziati come una strategia essenziale del Ministero della Salute di ogni Paese.

Alcune organizzazioni internazionali come Planned Parenthood ritengono che i programmi di educazione sessuale portino benefici a livello globale, come per esempio il controllo del rischio di sovrappopolazione e il progresso dei diritti delle donne.

L'educazione sessuale nel mondo

Stati Uniti

Negli USA quasi tutti gli studenti ricevono qualche forma di educazione sessuale almeno una volta nella Scuola Media inferiore o superiore. Molte scuole cominciano a trattare qualche argomento negli ultimi anni delle elementari. Ad ogni modo, ciò che gli studenti imparano varia molto da scuola a scuola perché le decisioni sul curriculum sono decentralizzate. Molti Stati hanno leggi che regolano quanto si insegna nelle lezioni di educazione sessuale, ma lasciano comunque decidere ai genitori se permettere ai figli di seguirle. Alcuni Stati lasciano ai singoli distretti scolastici le decisioni sul curriculum.

Per esempio, in una ricerca del 1999, il Guttmacher Institute ha trovato che nella maggioranza dei corsi di educazione sessuale nella Scuola Media inferiore e superiore si spiegavano argomenti come il passaggio alla maturità sessuale-pubertà, l'HIV, le Malattie sessualmente trasmissibili, l'astinenza (castità), il problema delle ragazze-madri e come resistere alla pressione dei coetanei. C'era invece notevole disparità di trattazione su altri argomenti come i metodi anticoncezionali e di prevenzione delle malattie, le tendenze sessuali, la violenza sessuale e la pratica e l'etica circa l'aborto.

In America, l'educazione sessuale si insegna in due forme principali: quella completa e quella che si limita alla sola astinenza. L'educazione sessuale completa tratta anche dell'astinenza come di una scelta valida, ma insegna al tempo stesso i metodi di contraccezione e di prevenzione delle malattie, per gli studenti sessualmente attivi. Una ricerca effettuata nel 2002 dalla Kaiser Family Foundation ha trovato che il 58% dei presidi delle Scuole Medie inferiori e superiori affermavano che il loro programma di educazione sessuale era completo.

L'educazione sessuale focalizzata sull'astinenza (castità) insegna ai ragazzi e ragazze che dovrebbero rimanere sessualmente astinenti fino al matrimonio e non provvede informazioni sui contraccettivi. Nella ricerca della Kaiser, il 34% dei presidi di Scuola Media superiore affermavano che il principale messaggio del loro programma consisteva nell'astinenza.

La differenza tra questi due approcci e il loro impatto sul comportamento dei giovani rimane argomento controverso negli USA. A partire dal 1991 la percentuale di ragazze-madri è diminuita notevolmente e una leggermente più alta percentuale di giovani afferma di osservare l'astinenza. Tuttavia, gli USA hanno ancora la più alta percentuale di ragazze-madri e delle Malattie trasmesse sessualmente tra i giovani di tutto il mondo industrializzato. Da statistiche condotte per vari anni risulta che la grande maggioranza degli Americani sono in favore di programmi completi di educazione sessuale, a preferenza di quelli che insegnano solo l'astinenza. Di recente invece, gli educatori che favoriscono l'astinenza hanno pubblicato dati statistici con risultati totalmente opposti. I sostenitori dell'educazione sessuale completa spiegano che i rapporti sessuali tra i giovani sono un dato di fatto e che quindi è di somma importanza provvedere informazioni circa i rischi e i metodi per evitarli. Sottolineano anche che la mancanza di tale informazione fa crescere la percentuale di gravidanze indesiderate e di malattie.

D'altro canto, i paladini dell'educazione sessuale focalizzata sull'astinenza sono contrari ai programmi che non insegnano la responsabilità morale del comportamento. Sostengono che l'insegnamento di una moralità che limita i rapporti sessuali solo all'interno del matrimonio è "salutare e costruttivo" e che le informazioni sul comportamento sessuale non accompagnate dal contesto etico possono portare a pratiche immorali e dannose. In questa ultima decade, il governo federale ha appoggiato i programmi che insegnano solo l'astinenza destinando ad essi oltre un miliardo di dollari. Alcuni Stati, come la California, rifiutano i finanziamenti in modo da poter continuare i programmi completi di educazione sessuale. Gli altri Stati che hanno seguito la California in questa decisione sono il Connecticut, il Maine, il Montana, il New Jersey, la Pennsylvania, l'Ohio, il Rhode Island, il Washington e il Wisconsin. Il finanziamento per uno dei due più importanti programmi di sola astinenza, il Titolo V, è stato esteso solo fino alla fine del 2007. Il Congresso sta decidendo se prolungarlo.

I risultati del crescente numero di programmi di sola astinenza rimangono problematici. Fino ad oggi non è stata pubblicata nessuna ricerca atta a provare che i programmi di sola astinenza hanno fatto spostare l'età dei primi rapporti tra i giovani.

Nel 2007, una ricerca commissionata dal Congresso USA ha appurato che gli studenti delle Scuole Medie inferiori che avevano seguito i programmi di educazione sessuali di sola astinenza avevano la stessa incidenza di rapporti prematrimoniali e di uso di contraccettivi rispetto a quelli che non avevano seguito tale programma. I sostenitori dei programmi di sola astinenza hanno obiettato che la ricerca è poco credibile perché il campione era troppo piccolo ed è cominciata quando i programmi erano ancora all'inizio. Inoltre, altre ricerche hanno invece dimostrato effetti positivi.

Europa

In Inghilterra e nel Galles, l'educazione sessuale nelle scuole pubbliche non è obbligatoria e i genitori possono non permettere ai loro figli di partecipare alle lezioni. Il programma si focalizza sugli organi di riproduzione, lo sviluppo del feto e i cambiamenti fisici e psicologici della pubertà.

Le informazioni circa i contraccettivi e la prevenzione delle malattie sono a discrezione delle scuole locali. L'Inghilterra ha una delle percentuali più alte di ragazze-madri d'Europa e l'educazione sessuale è un argomento molto dibattuto dal governo e dai media. In una ricerca condotta nel 2000 dall'Università di Brighton, molti quattordici-quindicenni hanno manifestato disappunto sui contenuti delle lezioni di educazione sessuale. Hanno percepito una mancanza di fiducia verso gli insegnanti che impediva loro di fare domande esplicite sui contraccettivi.

- In Scozia, il principale programma di educazione sessuale si chiama "Sano Rispetto" (Healthy Respect) e si concentra non solo sugli aspetti biologici della riproduzione ma anche sui rapporti umani e le emozioni. Il programma comprende anche le informazioni sui contraccettivi e le malattie, per incoraggiare una buona salute sessuale. Dato che le Scuole Cattoliche si sono rifiutate di adottare questo programma, ne è stato preparato un altro specifico per queste scuole. Finanziato dallo Scottish Executive, il programma, denominato "Chiamata all'Amore" (Call to Love) incoraggia i giovani a rimandare i rapporti sessuali al matrimonio e non dà informazioni sui contraccettivi. In questo modo è una forma di educazione sessuale di sola astinenza.
- In Francia, l'educazione sessuale fa parte dei programmi scolastici fin dal 1973. Le Scuole sono tenute a impartire 30-40 ore di educazione sessuale e distribuire profilattici agli studenti di terza media e prima superiore. Nel gennaio 2000, il Governo francese ha lanciato una campagna sui contraccettivi con spot pubblicitari su radio e TV, e la distribuzione di 5 milioni di opuscoli sullo stesso argomento agli studenti delle Scuole Superiori.
- In Germania, l'educazione sessuale fa parte dei programmi scolastici fin dal 1970. Di solito include tutti gli argomenti riguardanti il processo di maturazione dal punto di vista biologico, psicologico e sociale: i cambiamenti nel corpo, la riproduzione, le emozioni, l'atto sessuale, la vita di coppia, l'omosessualità, le gravidanze non volute, le complicazioni dell'aborto, i danni della violenza sessuale, compresa quella sui minori e le malattie. A volte comprende altri argomenti discrezionali come le posizioni dell'atto sessuale. La gran parte delle scuole offre lezioni sull'uso corretto dei contraccettivi. Ci sono anche altri mezzi di comunicazione che trattano l'educazione sessuale, al primo posto la rivista per giovani "Bravo", che contiene sempre una sezione dove i giovani rivolgono domande sulla sessualità e la vita di coppia.
- In Olanda dalla fine del 1980 il Governo sponsorizza il programma "Amore per tutta la vita" (Lang leve de liefde), che ha lo scopo di dare ai giovani le conoscenze sufficienti perché prendano decisioni ragionate in materia di salute e sessualità. In quasi tutte le Scuole Medie inferiori e superiori si trattano argomenti di educazione sessuale nei corsi di biologia e in oltre la metà delle scuole elementari si comincia a parlare di sessualità e metodi contraccettivi. Il programma verte tanto sugli aspetti biologici che su quelli morali e psicologici, come ad esempio l'importanza di capacità comunicative e di compromesso all'interno della coppia. I mass media incoraggiano il dialogo aperto sull'argomento e la Sanità Pubblica garantisce ai cittadini riservatezza e atteggiamento neutrale. L'Olanda ha una delle percentuali più basse di ragazze madri al mondo e il sistema olandese è spesso considerato un esempio per gli altri Paesi.
- In Svezia, l'educazione sessuale fa parte integrante dei programmi scolastici fin dal 1956. Si comincia a trattare gli argomenti dalle prime classi elementari e si continua per tutti gli anni, all'interno di argomenti disparati quali la biologia e la storia.
- In Finlandia, la Population and Family Welfare Federation distribuisce a tutti i quindicenni un kit introduttivo di educazione sessuale che include un opuscolo, un profilattico e il video di una storia d'amore in cartoni animati.

Asia

I programmi di educazione sessuale sono a differenti livelli di sviluppo nei vari Paesi.

- L'Indonesia, la Mongolia, la Corea del Sud e lo Sri Lanka hanno direttive governative sistematiche per insegnare argomenti sessuali nelle scuole.
- La Malesia, le Filippine e la Thailandia stanno sviluppando dei programmi specifici per gli adolescenti, con lezioni, messaggi sui media e materiali didattici. *L'India dispone di programmi che si indirizzano agli studenti delle scuole dai nove ai sedici anni. Le lezioni si inseriscono in varie parti del curriculum e generalmente includono aperti scambi di opinione tra studenti e professori. In India, si sta svolgendo un vivo dibattito circa gli argomenti dell'educazione sessuale, specialmente sul problema se sia il caso di ampliarlo.
- Il Bangladesh, il Myanmar, il Nepal e il Pakistan non hanno al momento programmi coordinati di educazione sessuale.
- In Giappone, l'educazione sessuale è obbligatoria a partire dai dieci o undici anni, e tocca principalmente gli aspetti biologici, come la mestruazione e l'eiaculazione.
- In Cina, l'educazione sessuale tradizionalmente consiste nella lettura del capitolo dedicato alla riproduzione umana sui testi di biologia. Ma nel 2000 l'Associazione Cinese di pianificazione Familiare ha introdotto un progetto quinquennale per "promuovere l'educazione alla salute sessuale tra gli adolescenti e i giovani cinesi non sposati" in dodici distretti urbani e tre contee. In questo programma si toccano anche argomenti come gli aspetti psicologici e relazionali dell'attività sessuale e la prevenzione delle malattie sessuali.

La International Planned Parenthood Federation e la BBC World Service hanno trasmesso una serie di 12 puntate sotto il nome di Sexwise, in cui si discute di educazione sessuale, educazione alla vita in famiglia, contraccettivi e educazione dei figli. È stato lanciato in anteprima nei Paesi asiatici.

Africa

L'educazione sessuale in Africa si concentra sulla battaglia contro l'HIV/AIDS, che ha raggiunto livelli epidemici. La maggioranza dei governi hanno stabilito programmi di educazione contro l'AIDS in accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e ONG internazionali. Questi programmi di solito insegnano gli elementi di base della prevenzione contro l'HIV, e sono stati spesso sostenuti dall'amministrazione Bush. Si tratta di una combinazione di astinenza, fedeltà alla moglie e uso del profilattico. Gli sforzi di queste campagne educative sembra che comincino a portare frutti.

- In Uganda, l'uso del preservativo è aumentato, i giovani stanno procrastinando l'epoca del primo rapporto e la percentuale generale dell'AIDS sta diminuendo.
- In Egitto nelle scuole pubbliche si insegnano ai tredici-quattordicenni nozioni circa il sistema riproduttivo maschile e femminile, gli organi sessuali, tecniche contraccettive e le malattie sessuali. È in corso una collaborazione tra l'UNDP, l'UNICEF, e i ministeri della salute pubblica e dell'educazione per espandere l'educazione sessuale anche nelle zone di campagna, e informare la gente sui pericoli della circoncisione femminile - clitoridectomia.

I bambini della tribù dei Buganda (in Uganda), fin dalla più tenera età conoscono tutto sul sesso e non hanno tabù di alcun genere. Gli anziani del villaggio tengono loro delle vere e proprie lezioni sul sesso, alle quali partecipano tutti i giovani i quali possono fare tutte le domande attinenti ai temi sessuali che vogliono. Dopo che i ragazzi hanno superato il corso teorico, si passa a quello pratico. Dapprima a fare la dimostrazione di come avviene il rapporto sessuale sono due adulti che si presentano nudi e cominciano ad eccitarsi per poi arrivare al rapporto completo con l'eiaculazione finale. Le varie tecniche e figure dell'amplesso vengono spiegate nei minimi particolari da un vecchio del villaggio e a volte da uno stregone. Questi non si limita a descrivere l'atto sessuale, ma esalta i vantaggi di una posizione rispetto all'altra, oppure di una figura sull'altra. I genitori, a loro volta si mostrano agli occhi dei figli mentre fanno l'amore, così questi imparano che il rapporto sessuale non è qualcosa di proibito da nascondere a tutti.

Educazione sessuale e aspetti religiosi

Molte religioni intervengono in materia di rapporti sessuali e, quindi, di educazione sessuale.

Il tipo di organizzazione statale influisce fortemente su questo aspetto.

Per alcuni è compito dello stato insegnare questa materia, per altri tale compito è prerogativa della famiglia.

L'enorme differenziazione delle posizioni rende impossibile trattare esaurientemente questo tema, e si rimanda alle voci delle singole confessioni religiose per i necessari approfondimenti.

Educazione sessuale corretta, cioè adatta ad ogni individuo

Se si dimentica che ogni essere umano è un individuo, che merita rispetto in ogni sua espressione, alla sola condizione che sia rispettata la libertà di tutti, possono insorgere problematiche riguardo all'insegnamento dell'educazione sessuale, frutto di pregiudizio o di rifiuto di chi viene ritenuto diverso o malato. Le lesbiche, i gay, i bisex, e i transessuali (LGBT), (anche se non sempre i ragazzi, data la loro giovane età, si rendono ancora pienamente conto della loro inclinazione sessuale) possono subire azioni discriminatorie, che vanno dal bullismo, alla violenza al rifiuto durante le lezioni di educazione sessuale. I loro problemi possono essere ignorati, talvolta anche per la discrezione o il timore degli stessi ragazzi che non hanno la possibilità o il coraggio di manifestare la loro posizione. Una corretta educazione sessuale prevede spazi anche per questi temi, e la sensibilità di alcuni insegnanti può superare le difficoltà iniziali. In assenza di aperte discussioni, questi giovani, in una fase delicata della loro crescita, se non aiutati correttamente come tutti gli altri, possono subire danni alla loro personalità.

Studi sull'insegnamento dell'educazione sessuale

Il dibattito sulle ragazze-madri e le malattie sessuali ha fatto nascere ricerche sulla reale efficacia dei vari approcci all'educazione sessuale.

In una analisi comparativa, Di Censo *et al.* hanno messo a confronto i programmi di educazione sessuale completa con quelli di sola astinenza. La loro analisi di varie ricerche ha dimostrato che i programmi di sola astinenza non riducono il tasso di gravidanze non volute tra le donne che li hanno frequentati, anzi lo aumentano. I ricercatori concludono: "Ci sono buone prove indicanti che i programmi di educazione sessuale dovrebbero cominciare molto prima di quanto si fa oggi. Dobbiamo investigare i fattori sociali che determinano le gravidanze non volute tramite vaste ricerche su differenti fasce di età a partire dai primi anni di vita e utilizzarle poi nei futuri programmi di prevenzione. Dovremmo esaminare con cura i Paesi con bassa percentuale di ragazze-madri. Per esempio l'Olanda ha uno dei tassi più bassi al mondo (8.1 per 1000 tra le ragazze dai 15 ai 19 anni). *Ketting & Visser* hanno pubblicato un'analisi sui motivi di tale successo. Questa tavola comparativa mostra le notevoli differenze con altre nazioni:

- 93.0 per 1000 negli Stati Uniti
- 62.6 per 1000 in Inghilterra and Galles
- 42.7 per 1000 in Canada
- 15.1 per 1000 in Belgio (1996)

Un altro modo per verificare se certi tipi di programmi di educazione sessuale sono più produttivi di altri consiste nell'esaminare programmi che funzionano con altri tipi di comportamenti pericolosi negli adolescenti. Per esempio, Botvin *et al.* hanno trovato che programmi scolastici tesi a prevenire l'uso della droga nelle Scuole Medie inferiori (dodici-quattordicenni) hanno portato a notevoli e durevoli riduzioni dell'uso di tabacco, bevande alcoliche e Cannabis a condizione che vi fosse insegnata una combinazione di tecniche per resistere alle pressioni sociali e di abilità generiche di vita pratica, che fossero ben condotti e che includessero almeno due anni di lezioni periodiche di richiamo. Occorre anche notare che poche iniziative educative e mediche sono progettate tenendo presente i suggerimenti degli adolescenti. Questi hanno suggerito che tali iniziative dovrebbero essere più pragmatiche, con meno enfasi sulla biologia e su tattiche di spavento. Dovrebbero dare più spazio alle tecniche di patteggiamento e di buona comunicazione nelle relazioni sessuali. Inoltre, nomi e indirizzi di cliniche specializzate in sanità sessuale dovrebbero essere visibili nelle zone più frequentate dai giovani, come per esempio le toilettes delle scuole e i supermercati. Una rivista americana, *Emerging Answers*, pubblicata dalla *National Campaign to Prevent Teenage Pregnancy* ha esaminato 250 ricerche effettuate su vari programmi di educazione sessuale. La rivista è giunta alla conclusione che "la grande maggioranza dei dati raccolti dimostra che l'educazione sessuale che tratta anche degli anticoncezionali non induce chi vi ha partecipato a più frequente attività sessuale."

L'educazione sessuale è essenziale fin dall'adolescenza, perché i bambini sono bombardati da messaggi o erotici o erotizzanti.

In un'epoca di costumi liberalizzati, i bambini osservano comportamenti non immediatamente comprensibili e hanno bisogno di risposte.

La famiglia deve prevenire il fatto che il bambino trovi altrove delle risposte e, se non conosce bene i programmi didattici, rischia grosso a delegare questo compito alla scuola.

LA CADUTA DEI TABU'

I tabù hanno un valore positivo, perché danno delle regole, ma tocca alla famiglia avere le idee chiare per poterli affrontare, perché se qualcosa viene vissuta male o se le conoscenze sono imperfette, al bambino arrivano indicazioni sbagliate. Ecco alcuni esempi:

- **Un marito egoista e immaturo trasmette al figlio il suo tipo di rapporto con la moglie**
- Una moglie che ha sofferto al momento del parto trasmette ansie, paure ai figli che diventano il suo "scarico a terra".
- **Una madre che diventa "amica della figlia" sbaglia perché deve darle delle sicurezze e tenerla nella posizione di figlia!**

I bambini, nell'educazione affettivo-sessuale, sono coloro i quali dettano i ritmi dell'educazione stessa, ne sono i segnatempo, in quanto stimolano i genitori a rispondere alle loro domande a seconda della maturazione conseguita. **Dunque il genitore accorto è quello che dà al bambino ciò di cui ha bisogno in quel momento.**

LE RISPOSTE

Occorre sempre rispondere alle domande dei bambini, nella misura della loro richiesta, perché si deve rispettare il loro bisogno di sapere e di conoscere.

- Quando rispondere? Subito!
- Come rispondere? Senza imbarazzi. I bambini, infatti, sono razionali e puliti e si sono già dati una "pre-risposta".
- In che termini rispondere? Precisi, non tecnici. Ad esempio, al quesito «Dov'ero prima di nascere?», si replichi «Nella pancia della mamma» (non "nel cuore"), «In un sacchetto» (non "nell'utero", che è un tecnicismo).
- Con quali contenuti rispondere? Veri. Se va scuola, infatti, il bambino riceverà risposte diverse, perderà la fiducia nei genitori.
- Con quale atteggiamento rispondere? Con affettività. Ad esempio «Ti ho tenuto tanto volentieri dentro di me... eri al caldo». E alla domanda «Come mai sono uscita»: «Eri pronta e io volevo vederti».

ERRORI ULTERIORI DA EVITARE.

Mai rimandare le risposte. Ad esempio: «Te lo dirò quando sarai grande». E "grande" in quel momento!

Mai stupirsi delle domande, mai deridere i bambini, mai compiacersi per i loro quesiti.

Dunque, usare sempre la massima naturalezza.

I TEMPI

I bambini che hanno scoperto le informazioni sessuali tutte insieme ne subiscono un'educazione squilibrata.

Esistono varie fasi di crescita ed a esse corrispondono delle domande dai caratteri tipici.

Fino ai 6-7 anni, ad esempio, riguardano se stessi e il proprio passato: «Dov'ero prima di nascere? Perché?».

Tra i 7 e i 10 riguardano se stessi e il proprio avvenire: «Come nascono i bambini? Cosa avviene prima? Fa male il parto?»

Alle bambine occorre spiegare il "senso" del mestruo prima del menarca, chiarir loro che accadrà qualcosa: «Il tuo corpo sta mutando... Avrai perdite di sangue... Ci sarà però molta gioia» Preparandole nel tempo, al momento della prima mestruazione si potrà dir loro: «Vedi? E' arrivato il momento». Sarà un'emozione, ma non una novità sconvolgente.

A 10 anni una bambina deve sapere ciò che le accade (possibilmente anche prima!).

COME SI SVILUPPA L'IDENTITÀ SESSUALE

Entro i 2 anni e mezzo il bambino scopre di essere maschio o femmina e l'educazione pesa su questa fase. Cosa fa capire al maschio di essere maschio e alla femmina di essere femmina? Le esperienze che fanno, il modo in cui sono toccati, il modo in cui si parla loro, i giochi, l'abbigliamento, il taglio dei capelli. Percezione dell'identità di genere è la percezione di esser come la mamma, come il babbo.

A questo punto il bambino/a incomincia a chiedere, dopo aver scoperto di essere maschio o femmina, la propria fisiologia.

E' molto probabile che abbia visto i comportamenti di altri simili a lui/lei e potrebbe chiedere:

«Perché io potrei la pipì in piedi e lei no?» Intanto, bisognerebbe subito precisare che maschietti e femminucce fanno la devono fare la pipì seduti! Comunque, Sbagliato rispondere «Perché tu hai il pistolino e lei no», in quanto si provocherà "l'invidia del pene" (la bambina pensa che lei non ce l'ha). Giusto, invece, dire «Perché siete diversi: lui ha il pistolino, lei il buchino».

Mai usare espressioni come «brutto», «sporco», «cose che non stanno bene», «se ti masturbi ti cade o diventi cieco». Il concetto di riserbo si può facilmente e fatalmente trasformare nell'idea di "sporcizia".

Invece, il bimbo, nudo, va giustamente fiero del suo corpo.

Deve però imparare che non è manipolabile su quello del genitore, su quello degli adulti. In caso contrario si rischia la mancata identificazione col proprio sesso. Questo è il motivo per cui non si danno bambini alle coppie omosessuali: è il bambino che ha diritto alla famiglia, non il contrario; è lui il soggetto debole.

Questo è il motivo per cui è disdicevole assegnare un bambino a un single o a una single. Si diventa "grandi", infatti, attraverso il rapporto con entrambi i genitori.

Nella preadolescenza, le bambine tendono a instaurare un rapporto più morboso col babbo, ad assumere atteggiamenti particolari. La figlia che si incunea tra madre e padre è un prolungamento del "rapporto edipico" fuori dal tempo giusto. Ecco perché il tipico "infilarsi nel lettone" dev'essere un atteggiamento da eliminare al più presto.

I figli hanno una propria vita: occorre farli crescere e poi "proiettarli" all'esterno.

I padri devono essere affettuosi, non teneri; i genitori non devono essere eternamente accondiscendenti, perché si entra in una "trappola".

Dai 6 anni in su è tipico il "toccarsi". L'atteggiamento migliore da assumere è quello di distrarli.

La masturbazione pur non del tutto negativa, non può essere un comportamento permesso dai genitori, perché è segno di immaturità. Solo più tardi, però, sarà possibile spiegare al bambino l'immaturità del gesto, fargli capire che da grande sarà meglio non farlo più, ma sempre in maniera tale da non provocare traumi.

Per ora va bene così, ma nell'adolescenza ci saranno riposte più <adulte>!

Aggregazione bambini-bambine:

oltre i 2 anni di età è fondamentale, fino ai 9-10 anni, quando c'è la fase di "segregazione naturale", in cui il bisogno di propria identità è forte (iniziano prima le bambine) e risulta evidente la percezione che gli altri sono diversi. L'interesse verso l'altro sesso cambia e diventa piccolo flirt, piccolo amore.

E' il classico periodo in cui le bambine diventano "stupidine", ma è una fase fondamentale per loro, in quanto si identificano in un "ruolo sociale".

Non è più "gioco", ma un "voglio essere come te". In questo periodo le relazioni con l'altro sesso non vanno impedito, ma vigilate; alcuni valori e contenuti assumono qui particolare importanza.

Ecco alcuni concetti da non dimenticare.

La sessualità non è genitalità: è a tutti i livelli, è il nostro modo di essere, non è la sola differenza di caratteri.

La sessualità è valore sereno della propria vita, è valore comunicativo.

I bambini non hanno morbosità. Sono i grandi a poter corrompere la loro innocenza. Possiamo dunque permettere ai bambini di esprimersi in linguaggio sessuale, persino di esibirsi...

La nudità, ad esempio, in famiglia non dev'essere ostentata, ma neppure nascosta, bensì manifestata con coerenza... a seconda delle circostanze...: ad esempio, quando sono soli con la mamma o col papà...

Bisogna vivere bene il rapporto sessualità-amore, far capire ai bambini il legame che esiste. Insegnare, dunque, che l'intimità è fatta per esprimere l'amore; quando non c'è è sciupato e dannoso.

Sesso-amore-procreazione: l'amore è, di regola, fecondo.

Tornando all'argomento masturbazione, se essa nell'adulto -in generale- è "peccato", nel bambino costituisce una presa di confidenza col proprio corpo.

E' certo fonte narcisistica, forma di egoismo massimo, ma non dev'essere penalizzata, in quanto **situazione transitoria**.

Nell'adulto, invece, è di solito la risposta a problemi sessuali, a limitazioni, a disistima, a senso di solitudine, la possibilità di passare da un mondo difficile a un mondo immaginario... quando non sia dettata da <periodi di transizione extra>!

LE PAROLACCE

Far finta di nulla, quando i bambini sono piccoli, oppure definirle "poco educate", "dialettali".
In età più avanzata spiegare che si tratta di riferimenti sessuali e che dà noia sentirli (sensibilità verso l'altro).
Certo, se in casa gli adulti le usano normalmente...

OMOSESSUALITA'

Riguarda il 4% dei maschi e il 2% delle femmine. Poiché padre e madre sono fonte di sicurezza assoluta, se un genitore vale poco, il figlio cerca un sostituto... Quando i problemi omosessuali cominciano ad essere gravi (atti sessuali dopo i 14 anni) serve una "terapia di sostegno".

Di questo parlerò più estesamente avanti...

Ma al di là di questo problema, occorre che i genitori si preoccupino quando i bambini (tra i 3 e i 14 anni) non parlano di sesso, quando gli adolescenti non parlano di sesso: qualcosa, infatti, non va.

VIOLENZA SESSUALE

Non bisogna parlare ai bambini dei pericoli che corrono in maniera vivida (esprimendo, cioè, con chiarezza in che cosa consiste), perché possono anche volerla mettere in pratica, essere seduttivi. Occorre parlarne astrattamente.

«Non andare mai con persone sconosciute» è un invito corretto.

E alla domanda «Perché?», non rispondere con «Perché no», ma ad esempio con «Perché non tutte le persone che si incontrano sono come i nostri amici; alcuni potrebbero essere pericolosi e farti del male».

VIOLENZA E IMMAGINI

Infine un appunto sulla "forza dinamica delle immagini" da cui occorre particolarmente diffidare.

Grande è la differenza tra la violenza di immagini narrate (la fiaba) e quella di immagini viste (la tv).

Il bambino non riprodurrà mai il cacciatore di Cappuccetto Rosso, ma lotterà e imiterà i gesti di violenza visti in televisione.

Evitare, dunque, che assistano a queste immagini.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Raffaele Mastromanino: "Prendersi cura di sé per prendersi cura dei figli".

Alessandro Manenti: "Hanno ancora bisogno di noi" (EDB editore)

V. Albisetti - Amore. Come state insieme tutta la vita, Paoline, Cinisello Balsamo 1991

V. Albisetti - Mal d'amore, Come affrontare i problemi della vita sentimentale, Paoline, Cinisello Balsamo 1993

V. Albisetti - Terapia dell'amore coniugale, Paoline, Cinisello Balsamo 1994

A. Manenti - Coppia e famiglia. Come e perché, Dehoniane, Bologna 1993

A. Manenti - Noi per loro (bambini 0-10 anni), Dehoniane, Bologna 1997 (piccolo, ma utile)

A. Manenti - Hanno ancora bisogno di noi (11-19 anni), Dehoniane, Bologna 1997 (idem)

R. R. Mastromarino - Prendersi cura di sé per prendersi cura dei figli. LDC, Leumann 1995 (complesso)

La sessuologia è una scienza molto giovane, rispetto alle altre: il suo nome, Sexualwissenschaft, sessuologia in tedesco, è stato coniato nel 1906 da Ivan Bloch, un dermatologo!

La sessualità nei secoli precedenti non veniva studiata né considerata come attività umana fisiopsichica fondamentale per l'essere umano e per la specie.

L' anatomia e la fisiologia, in linea generale, erano conosciute fin dai primordi della medicina, ma la fisiologia completa dei due apparati sessuali, maschile e femminile, nelle loro particolarità e negli aspetti neurologici, biochimici, ormonali e psicologici era misconosciuta fino a pochi decenni fa.

La sessualità, specialmente nella nostra civiltà occidentale, è stata considerata per secoli un tabù.

Lo studio dell'anatomia e fisiologia degli apparati sessuali, generalmente non è inserito nel programma di scienze nelle scuole né elementari, né medie: vengono studiati tutti gli organi del corpo umano ma non questi. Nei programmi di scienze delle scuole superiori questi apparati vengono spiegati molto sinteticamente e sotto il profilo, quasi esclusivo, della funzione riproduttiva.

Nella nostra società genitori, insegnanti, educatori ed adulti in genere provano molto imbarazzo nel parlare della sessualità ai propri figli o alunni. Gli adulti, pur colti ed esperti in vari campi del sapere e del lavoro, che non hanno acquisito nella loro formazione familiare o scolastica queste conoscenze, preferiscono tacere.

A causa dei tabù, sensi di colpa e di vergogna, ecc ... indotti dalla cultura imperante, si è imposto l'ignoranza come fosse una virtù.

Questo stato di cose ha prodotto innumerevoli sofferenze fisiche e psichiche, malattie e atti delittuosi: per esempio si sono avuti rapimenti di ragazze allo scopo di costringerle ad un matrimonio "riparatore", "ripudi" o vita di "disonore" dopo la prima notte di nozze per presunta mancanza della prova di verginità, ovviamente femminile...! (Maschilismo!)

Anche gli uomini sono stati vittime dell'ignoranza, spesso i genitori non hanno visto o preso in considerazione, durante l'infanzia, la mancata discesa dei testicoli, la fimosi, o altre affezioni o dismorfie dei genitali (deformità

congenite dei genitali), causando le relative conseguenze del non intervento come infertilità, dolori e difficoltà varie nella sessualità.

La non conoscenza dell'anatomia e fisiologia, in sintesi l'ignoranza in campo sessuale ha causato l'infelicità nel matrimonio di intere generazioni, e questo è ancora attuale oggi nel terzo millennio nelle nostra modernissima e avanzatissima società.

Oggi generalmente le persone sono edotte in molti campi del sapere, per esempio si conoscono zone geografiche che sono agli antipodi della nostra città mentre non si conosce adeguatamente la nostra zona genitale e meno ancora quella dell'altro sesso.

Penso che si possa vivere felicemente anche senza conoscere la geografia dell'Australia, l'informatica o le lingue straniere mentre mi sembra più difficile vivere bene senza conoscere la sessualità, specialmente vivendo in questa cultura che ha istituito i tabù sessuali con relative paure, remore, blocchi ecc...che causano le numerose disfunzioni.

Cenni storici

Sigmund Freud è stato il più noto pioniere nello studio, soprattutto psicologico, della sessualità; egli nella teoria psicanalitica attribuisce un'importanza fondamentale alla sessualità, con coraggio in un'epoca di puritanesimo, pubblicò nel 1905 i "Tre saggi sulla teoria sessuale".

Successivamente altri studiosi hanno contribuito allo sviluppo della conoscenza e alla ricerca sul campo ma una svolta notevole è stata attuata nel 1948, da Alfred Kinsey, sociologo, con i suoi studi epidemiologici sui comportamenti normali o inusuali e sulle disfunzioni. Le sue ricerche furono pubblicate nelle opere "Sexual Behavior in the Human Male" e "Sexual Behavior in the Human Female" nel 1953. La pubblicazione in Italia della sua opera "Rapporto del comportamento sessuale degli americani" destò un certo scalpore.

Quasi nello stesso periodo, Williams H. Masters (ginecologo) e Virginia E. Johnson (psicologa) iniziarono, nel 1954, un programma di ricerche sulla funzione sessuale e sulle terapie delle insufficienze sessuali presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Washington.

La loro attività scientifica fu veramente notevole e preziosa ed ha gettato le basi della sessuologia moderna.

Sulla base delle loro ricerche e studi sistematici sulla fisiologia della risposta sessuale e sulle patologie e terapie, essi hanno pubblicato varie opere tra cui, la più importante, è "Human Sexual Inadequacy" nel 1970.

Le loro proposte di terapia furono innovative poiché focalizzarono l'attenzione sul superamento degli ostacoli che si opponevano al buon funzionamento sessuale e non sui conflitti inconsci o sulle cause remote delle disfunzioni. Questa metodologia si differenziava totalmente dall'intervento psicanalitico, che fino ad allora era utilizzato per la maggior parte delle disfunzioni sessuali, sia nel metodo che nel tempo di durata della terapia: da mesi od anni di trattamento psicanalitico a due o tre settimane con sedute giornaliere. Le percentuali di guarigione erano così alte che accrebbero la loro fama e credibilità, supportata da una vastissima opera di ricerca sulla sessualità durata decenni.

Un contributo fondamentale allo sviluppo della sessuologia è stato dato da Helen Singer Kaplan, psichiatra americana, che nel 1974 ha pubblicato un corposo ed esauriente saggio, di oltre 600 pagine, intitolato "Nuove terapie sessuali".

Ella sostiene la multicausalità del comportamento umano alterato e causalità di diverso livello, cause immediate e cause remote, pertanto è convinta assertrice della logica di un indirizzo polimorfo. Distingue una eziologia delle disfunzioni sessuali di tipo biologico e di tipo psicologico e ne riscontra collegamenti psicosomatici come in ogni reazione non-adattiva, per esempio ella afferma "La depressione in una donna è causata da una carenza di catecolamine nel cervello, questa reazione fisiologica può essere provocata da disistima perchè la sua produttività è bloccata ... La donna deve ricevere farmaci, ma deve altresì entrare in contatto con le sue aspirazioni e le sue paure inconscie."

LE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI (DSF) & IL RUOLO DEL GINECOLOGO.

Rossella E. Nappi & Francesca Ferdeghini.

Dipartimento di Scienze Morfologiche, Eidologiche e Cliniche & Endocrinologia Ginecologica,

Unità Operativa di Medicina Interna e Endocrinologia, IRCCS Fondazione "S. Maugeri"

Università degli Studi di Pavia.

Introduzione

Tradizionalmente, l'approccio alle disfunzioni sessuali femminili (DSF) è stato di tipo psicologico, ma la ricerca scientifica sta cercando di cogliere in questi ultimi anni l'importanza dei fattori biologici attraverso lo studio dell'anatomia e della fisiologia della risposta sessuale.

Esistono ancora numerose controversie e tabù sull'argomento, soprattutto in relazione al fatto che non è facile definire valori di normalità della risposta sessuale, stante il complesso intreccio di fattori biologici, psicologici, sociali, relazionali che vanno incontro a continue ristrutturazioni nel corso del ciclo vitale femminile.

E' indubbio che la salute sessuale è sempre più considerata un aspetto importante del benessere e della qualità di vita personale e di coppia. L'epidemiologia delle DSF è, però, poco nota; studi recenti riferiscono che circa il 20-50% delle donne americane tra i 18 e i 59 anni ne sono affette.

Circa un terzo delle donne riferisce perdita di interesse sessuale, circa un quarto non sperimenta l'orgasmo. Inoltre, circa il 20% delle donne riporta difficoltà di lubrificazione e il 20% non trova il sesso un'esperienza piacevole.

E' di fondamentale importanza sottolineare che in quasi tutti gli studi di popolazione mancano dei criteri univoci per definire le disfunzioni sessuali e caratteristiche socio-demografiche come l'età, la scolarità, la salute fisica e mentale e le esperienze sessuali e relazionali pregresse sembrano giocare un ruolo importante nell'insorgenza di tali disturbi. Peraltro, i fenomeni involutivi correlati alla carenza ormonale in epoca menopausale che si sovrappongono agli effetti dell'età interferiscono in modo significativo con le componenti somatiche, emotive, cognitive che motivano il comportamento sessuale e che condizionano l'efficienza della risposta sessuale.

In un nostro recente studio condotto su 355 donne in postmenopausa abbiamo riscontrato calo della libido nel 22% dei casi, dolore durante il rapporto sessuale nel 29.8%, secchezza vaginale nel 45.1% e riduzione del piacere sessuale nel 45.9% dei casi.

La risposta sessuale femminile

Una normale funzione sessuale (che è, in breve, una libido intatta e la capacità di ottenere un rapporto soddisfacente) è garantita dall'integrità dei substrati nervosi (autonomi, somatosensitivi, somatomotori) e muscolari, dei circuiti vascolari (arteriosi e venosi), dell'ambiente ormonale e dei meccanismi modulatori che agiscono sulle strutture corticali e ipotalamo- limbiche.

Un'alterazione sia dei circuiti centrali e periferici coinvolti nel ciclo della risposta sessuale possono essere alla base delle DSF che includono i disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo ed i disturbi dolorosi. Il periodo della vita riproduttiva, l'età, il partner e altri fattori concomitanti possono modulare l'espressione clinica delle **DSF**.

Il desiderio sessuale o libido è il bisogno fisico e mentale che motiva all'attività sessuale per ottenere una gratificazione. Può essere attivato da stimoli interni e/o esterni e nella specie umana consta di una dimensione biologica, psicologica e culturale fortemente intrecciate. Il sistema neuroendocrino è la base istintuale di partenza del desiderio (libido) che è modulato da meccanismi emozionali (attraazione) e cognitivi (attaccamento). La costante interazione tra questo insieme di fattori da' origine alla passione, all'affezione, al legame di appartenenza, le parole chiave dell'amare un partner con tutto se stessi. L'eccitazione sessuale, un passaggio critico nel ciclo della risposta sessuale femminile, è stato elegantemente descritto come un mix di sensazioni soggettive fisiche e mentali di eccitamento sessuale ed una obiettiva consapevolezza

di sensazioni non-genitali e genitali dovute all'inturgidimento vulvo-vaginale ed alla lubrificazione. In accordo con le più recenti teorie, le donne sono più propense ad attivare il desiderio e l'eccitamento, o ad essere recettive a stimolazioni sessuali e a diventare fisicamente consapevoli di una tensione ed eccitamento dei genitali, attraverso il fatto che avvertono mentalmente alcune motivazioni e stimoli ad essere sessualmente intime e a proseguire nell'attività sessuale, piuttosto che al fatto che percepiscono un desiderio spontaneo non relativo a fattori personali, relazionali e ad altri elementi relativi al contesto.

L'orgasmo è un riflesso sensitivo-motorio, innescato da numerosi stimoli fisici e mentali, e richiede un adeguato substrato neurovascolare e neuromuscolare. Origina un senso di benessere e una soddisfazione modulati dal circuito neuroendocrino. L'orgasmo costituisce un importante fattore di potenziamento della motivazione sessuale, in particolar modo quando la qualità dell'intimità emotiva e il grado di intesa con il partner sessuale sono molto elevati.

Classificazione delle DSF

Classificare la sessualità è una sfida impossibile che si scontra con l'unicità del comportamento di ciascun essere umano, ma la volontà di creare una nomenclatura delle DSF, seppur arbitraria, imprecisa e modificabile con il progredire delle conoscenze fisiopatologiche nel settore, è nata dalla necessità di parlare un linguaggio scientifico comune per identificare adeguati strumenti diagnostici e terapeutici.

La risposta sessuale è la risultante dell'attivazione di un circuito che può iniziare indifferentemente dal corpo, dall'emozione e dal sentimento e si articola in tre fasi successive: desiderio, eccitamento e orgasmo.

La classificazione corrente dei disturbi sessuali (DSM-IV) riflette tale modello trifasico della risposta sessuale elaborato da Kaplan nel 1979 a partire dagli studi di Master & Johnson e identifica 4 categorie principali di problemi relativi al desiderio, all'eccitazione, all'orgasmo, al dolore. Inoltre, per una corretta classificazione dei sintomi si fa riferimento al fatto che il disturbo sia primitivo o acquisito; generalizzato o situazionale; psicologico, organico o misto; stressante per la persona e per le relazioni interpersonali. Non ci sono criteri quantitativi, né esiste alcun riferimento al tipo di attività sessuale, coitale/non coitale per esempio, e la diagnosi è demandata all'esperienza/giudizio dell'esaminatore.

E' stato recentemente sottolineato nell'ambito della 1° Conferenza internazionale di Consenso sulle DSF come tale classificazione presenti numerosi problemi non soltanto perché tende a creare un parallelismo tra sintomi maschili e femminili e considera l'attività sessuale, rigorosamente eterosessuale, come unico parametro di riferimento per la maggior parte delle diagnosi, ma soprattutto perché sembra estremamente difficile considerare le disfunzioni sessuali in modo scisso, cioè esclusivamente di natura biologica o psicologica.

Le nuove linee guida proposte hanno evidenziato la comorbidità dei sintomi sessuali e la contemporanea presenza di più fattori causali nella maggior parte dei casi, hanno aggiunto una ulteriore categoria dei disturbi dolorosi (non coitale), e hanno attribuito grande importanza all'entità dello stress personale causato dal disturbo per formulare la diagnosi finale.

Il sistema di classificazione comprende:

I. DISORDINI DEL DESIDERIO SESSUALE

Ø **Ipoattivo**: persistente o ricorrente deficienza (o assenza) di fantasie/pensieri sessuali e/o di desiderio o di recettività per l'attività sessuale, che causa stress personale; può derivare da fattori psicologici e relazionali o può essere secondario a problemi fisiologici quali alterazioni ormonali, manipolazioni farmacologiche, interventi chirurgici, etc.

Ø **Avversione sessuale**: persistente o ricorrente avversione fobica per ed evitamento del contatto sessuale con un partner sessuale, che causa stress personale; può generalmente derivare da problematiche psicologiche e relazionali che si instaurano per vari motivi, per esempio abuso fisico e/o sessuale, traumi infantili, etc.

II. DISORDINE DELL'ECCITAZIONE: persistente o ricorrente incapacità a raggiungere o a mantenere un'eccitazione sessuale sufficiente, che causa stress personale, e che può manifestarsi come assenza di eccitazione soggettiva o genitale o di altre risposte somatiche; include la perdita o la diminuzione della lubrificazione vaginale, la diminuzione della sensibilità clitoridea e dei genitali esterni, la ridotta distensibilità vaginale, etc.; può essere anche secondario a fattori psicologici, ma ha spesso una base fisiologica come la riduzione del flusso sanguigno vaginale/clitorideo, la carenza ormonale, traumi perineali/genitali/chirurgia pelvica, farmaci, etc.

III. DISORDINE DELL'ORGASMO: persistente o ricorrente difficoltà, ritardo o assenza nel raggiungere l'orgasmo in seguito ad una stimolazione sessuale sufficiente e all'eccitazione, che causa stress personale; spesso correlato a traumi emotivi o ad abuso sessuale, qualora di tipo primitivo, è più frequentemente secondario alle medesime cause del disordine dell'eccitazione.

IV. DISORDINI DEL DOLORE SESSUALE

Ø **Dispareunia**: persistente o ricorrente dolore genitale associato al rapporto sessuale; può derivare da atrofia vaginale, vestibolite, infezioni urinarie/vaginali ricorrenti, etc., è spesso il risultato di fattori fisiologici e psicologici connessi all'ansia anticipatoria del dolore.

Ø **Vaginismo**: persistente o ricorrente spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina che interferisce con la penetrazione vaginale, che causa stress personale; si sviluppa come risposta condizionata alla penetrazione dolorosa o, se di tipo primitivo, è prevalentemente connesso a problematiche psicologiche.

Ø **Dolore non coitale**: persistente o ricorrente dolore genitale indotto dalla stimolazione sessuale non coitale; può avere le medesime cause della dispareunia. I limiti delle classificazioni sono particolarmente evidenti nel periodo menopausale e nella senescenza in genere, cioè quando è maggiormente possibile che più fattori eziologici e più disturbi siano contemporaneamente presenti.

Il ruolo del ginecologo

Il ginecologo non deve necessariamente fare il sessuologo, ma ha il compito primario di decodificare che esiste un sintomo sessuale, di individuare ogni eventuale causa correlabile agli eventi della vita riproduttiva e/o all'uso di terapie correlate, di instaurare un percorso diagnostico-terapeutico ove indicato, e di saper inviare ad uno specialista differente nel caso egli ritenga che il sintomo sessuale abbia radici differenti da quelle di propria competenza. Il ginecologo è l'interlocutore privilegiato della donna su tutte le tematiche relative alla vita riproduttiva e la visita ginecologica è il momento ideale per fare il punto sulla qualità della vita sessuale. Le donne possono anche non iniziare una conversazione sul tema in modo spontaneo, ma apprezzano quasi sempre di essere interrogate sulla loro vita sessuale.

Alcune semplici domande possono aiutare il ginecologo a stabilire una relazione tra l'insorgenza di un sintomo sessuale ed un evento riproduttivo, mentre può essere richiesta una formazione specifica per determinare in che modo altri molteplici fattori possano condizionare il quadro complessivo della salute sessuale. Un'anamnesi medica, uro-ginecologica ed ostetrica accurata, incluso l'uso di farmaci e i fattori di rischio relativi alle abitudini di vita, sono parte integrante dell'anamnesi sessuale allo scopo di identificare ogni possibile fattore di tipo organico che possa influenzare desiderio, eccitamento, orgasmo e dolore sessuale. A tale riguardo, è di estrema importanza tenere a mente che anche i sintomi sessuali che sono chiaramente correlati a determinanti biologici hanno sempre una controparte psico-relazionale, che è molto più forte in relazione alla durata dei sintomi e all'entità del di stress percepito dalla donna e/o dalla coppia.

In ogni caso, è fondamentale esplorare con chiarezza come avviene l'intero ciclo della risposta sessuale eseguendo una

1) anamnesi sessuale "vera e propria"

- informazioni sui sintomi facendo parlare la donna
- sede, insorgenza, intensità, durata dei sintomi
- tempi e luoghi della sessualità
- tipo di stimolazione sessuale
- attuali sensazioni nei confronti del partner e suo stato di salute generale e sessuale
- fantasie e sogni "ad occhi aperti"
- esperienze sessuali passate personali e di coppia
- eventuali traumi, abusi, coercizioni sessuali
- situazioni in cui il sintomo era assente
- reazioni alle difficoltà sessuali ed entità del distress sessuale
- opinione della donna e del partner sul sintomo sessuale

- 2) una visita ginecologica "sessuologica"
- 2a) ispezione e palpazione per valutare
- grado di apertura vulvare
 - distanza ano-vulvare
 - ispezione dei margini anali
 - eventuale prolasso d'organo
 - valutazione della lassità legamentaria
 - Q-tip test ("tender e trigger points" dolorosi, PAIN MAP vestibolare)
 - sensibilità discriminativa (riflesso clitorido- anale e perineale alla tosse)
- 2b) esplorazione vaginale per individuare
- punti dolorosi e grado di fobia
 - grado dello spasmo della muscolatura vaginale
 - cause organiche
- 2b) esame speculare per identificare
- trofismo delle pareti vaginali
 - segni di infezioni/inflammazioni
 - ectropion e/o esiti di DTC, ecc

Alla visita ginecologica si possono associare altre valutazioni (ormonali, trofiche, infettive, circolatorie, neuro-muscolari, ecc.) al fine di precisare alcune condizioni organiche predisponenti e per eventualmente mettere in atto una strategie terapeutica mirata.

Conclusioni

La salute sessuale è importante per il benessere fisico e mentale durante tutto l'arco della vita della donna. Ogni evento critico riproduttivo presentando correlati non soltanto biologici, ma anche psico-relazionali, può accompagnarsi ad un sessuale che può richiedere un approccio organico o più francamente sessuologico. Riconoscere nella pratica clinica le condizioni di vulnerabilità sul versante sessuale che accompagnano gli eventi biologici femminili, soprattutto in relazione alle tappe critiche della vita riproduttiva, è un compito primario del ginecologo che ha un ruolo sempre più centrale nella diagnosi, nella prevenzione e, laddove possibile, nella terapia dei sintomi sessuali femminili.

Bibliografia scelta

- Bachmann G.A., Leiblum S.R., Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynecol* 1989;73:425-427.
- Baldaro Verde J, Nappi RE. Donne nuove. L'universo femminile nel terzo millennio. Antea Ed., Milano, 1999.
- Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the International Consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163:888-893.
- Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 2001;98:350-353.
- Basson R, Leiblum SL, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003; 24: 221-229.
- Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Flaherty EE, Leahy NM, Goldstein I. Clinical evaluation of female sexual function: effects of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual response. *Int J Impot Res* 1999;11:S31-S38.
- Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999;54:385-391.
- Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Goldstein I. *Curr Opin Urol* 1999;9:563-568.
- Berman LA, Berman JR, Chhabra S, Goldstein I. Novel approaches to female sexual dysfunction. *Expert Opin Investig Drugs* 2001;10:85-95.
- Gassman A & Santoro N. The influence of hormonal changes on sexuality: current knowledge and recommendations for practice. *Menopause* 1994;1:91-98.
- Goldstein I. Female sexual arousal disorder: new insights. *Int J Impot Res* 2000;12:S152-157.
- Graziottin A. The biological basis of female sexuality. *Int Clin Psychopharm* 1998;13:15S-22S.
- Kaplan HS. Nuove terapie sessuali. Fabbri Ed, Milano. 1974.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
- Leiblum S. What every urologist should know about female sexual dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11:S39-S40.
- Levine RJ. Sex and the human female reproductive tract, what really happens during and after coitus. *Int J Imp Res* 1998;10:S14-S21.
- Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch Sexual Behav* 2003; 32:

I Disturbi sessuali di natura psichica sono caratterizzati da una qualche dinamica psicologica personale e/o interpersonale (o anche di altro tipo), che interferisce negativamente su una o più parti della sfera sessuale dell'individuo.

Dunque nel caso si presenti un disturbo sessuale, e non vi siano sottostanti cause fisiologiche come ad esempio carenze ormonali, assunzione o abuso di farmaci, specifiche patologie fisiche, etc., le possibili cause alla sua base sono di tipo psicologico.

I Disturbi sessuali di natura psicologica **sono in tal senso provocati da molteplici dinamiche psichiche e pragmatiche come:**

- non conoscere l'anatomia e la fisiologia dei genitali, i tempi e le esigenze propri e del partner;
- ascoltare e seguire certe credenze e miti come l'aver per forza un orgasmo simultaneo e/o di una certa durata;
- conflitti e sensi di colpa interni che portano all'evitamento del piacere sessuale in tutte le sue forme;
- tensioni psicologiche verso il partner che portano ad evitare il più possibile i rapporti sessuali;
- intensa e persistente ansia e/o paura di avere un insuccesso in campo sessuale (ad esempio ansia da prestazione, paura di fallire, timore del rifiuto);
- eccessiva auto-percezione ed auto-osservazione delle proprie prestazioni sessuali e/o di quelle del partner, con incapacità ed impossibilità a rilassarsi e ad abbandonarsi al piacere sessuale;
- personali problematiche psicologiche di ansia, paura, stress, flessione dell'umore, fissazione, nervosismo, etc., che impediscono le normali dinamiche psicofisiche dell'atto sessuale (certe volte anche totalmente come nel caso dell'Anoressia sessuale);
- personali credenze ideologiche e religiose e/o personali schemi cognitivi e/o di atteggiamento disfunzionali (es. la fissazione di impostare e condurre il rapporto sessuale in un predeterminato modo, spazio e tempo, oppure la certezza di contrarre una qualche malattia dalle pratiche di tipo sessuale).

La reattività ed il funzionamento sessuale della persona è contraddistinto dalla cosiddetta "**Risposta sessuale**", ovvero da **un ciclo costituito da quattro fasi distinte**, ma unite tra loro e strettamente necessarie l'una per il verificarsi dell'altra successiva.

Tale risposta psicofisica è dunque suddivisa in:

1. Fase del Desiderio;
2. Fase dell'Eccitazione;
3. Fase dell'Orgasmo;
4. Fase della Risoluzione.

Le disfunzioni psicosessuali sembrerebbero imputabili proprio ad un cattivo funzionamento di una delle quattro fasi che costituiscono questo ciclo. In tal modo i Disturbi sessuali possono aver luogo in una o più di queste stesse fasi di risposta sessuale.

1. La "**Fase del Desiderio**"; contraddistinta dalle fantasie e dai desideri circa l'attività sessuale. Questa fase ha inizio attraverso alcune stimolazioni della sfera sessuale di tipo fisico, ad esempio baci, carezze, etc., e di tipo psicologico, ad esempio il pensiero/desiderio di baciare, toccare, accarezzare il partner (o comunque qualcun'altro che attivi appunto il desiderio sessuale).

Per passare al momento dell'eccitamento, ovvero alla seconda fase del ciclo sessuale, è indispensabile che il sistema neuropsicologico attribuisca un significato erotico ai suddetti pensieri, desideri e stimoli, inducendo appunto questa prima fase contraddistinta da desiderio sessualmente connotato.

Sia nell'uomo che nella donna i disturbi della fase del desiderio sono il desiderio ipoattivo o l'avversione sessuale.

2. La "**Fase dell'Eccitazione**" (o "Fase del Plateau"); caratterizzata dalle sensazioni di piacere sessuale e dal momento di massimo eccitamento psicofisico. In questa fase avvengono cruciali modificazioni fisiologiche a livello genitale come l'erezione del pene, la lubrificazione e la dilatazione della vagina. Vengono inoltre avvertite piacevoli sensazioni di calore, formicolio, ipersensibilità cutanea, distrazione e leggerezza psico-cognitiva ed emotiva.

Per passare alla fase dell'orgasmo, ovvero alla terza fase del ciclo sessuale, è fondamentale che la persona attraversi un momento eccitatorio appagante, sia a livello psicologico che fisico, e sufficientemente lungo ed articolato attraverso una giusta ed equilibrata stimolazione psicofisica (secondo la soggettività di ognuno), dunque ne troppo blanda, ne troppo brusca o maldestra.

Nell'uomo il disturbo più frequente della fase dell'eccitazione è il disturbo dell'erezione, mentre nella donna è la mancanza di eccitazione e di lubrificazione.

3. La "**Fase dell'Orgasmo**"; costituita dal picco più alto di piacere sessuale, ovvero del raggiungimento del massimo godimento psicofisiologico. Tale fase corrisponde nell'uomo all'eiaculazione e nella donna alle contrazioni ritmiche delle pareti vaginali e del clitoride. Inoltre in entrambi la pelle si arrossa, il battito cardiaco aumenta, il respiro diventa più frequente, i capezzoli e le dita di mani e piedi si irrigidiscono ed in generale il corpo viene percorso da gradevoli ed incontrollabili sussulti, mentre la mente da percezioni, sensazioni e pensieri piacevoli e di benessere.

Nell'uomo il disturbo più comune della fase dell'orgasmo è l'eiaculazione precoce (esiste anche quella ritardata e quella impossibile o non piacevole), mentre nella donna è l'anaorgasmia o frigidità, ovvero l'impossibilità di raggiungere l'orgasmo.

4. La **"Fase della Risoluzione"**; rappresentata da una sensazione di rilassamento muscolare e di benessere psicofisico generale.

Dopo quest'ultima fase vi è un momento detto "periodo refrattario" (o anche "fase di recupero"), durante il quale l'uomo può non raggiungere un'ulteriore erezione; la durata di tale lasso di tempo varia da individuo ad individuo secondo fattori soggettivi e situazionali (anche con l'età!).

Sempre a livello sessuale e con cause psicologiche, vi sono poi i disturbi da dolore sessuale, ovvero la Dispareunia, che può colpire sia il sesso maschile che quello femminile e caratterizzata da un rapporto sessuale doloroso, ed il Vaginismo, cioè l'involontaria contrazione delle pareti vaginali che impedisce la normale penetrazione rendendo l'atto sessuale difficoltoso, doloroso e/o impossibile.

Infine nella sfera sessuale dell'individuo può verificarsi anche il cosiddetto Disturbo dell'Identità di Genere, contraddistinto da una persistente e fortissima identificazione col sesso opposto e contemporaneamente da un intenso disagio psichico riguardante questa stessa pulsione interna, così come verso il proprio stesso sesso di appartenenza vissuto alquanto negativamente.

Vi sono, poi, le Parafilie, ovvero ulteriori problemi sessuali contraddistinti da un certo livello di gravità in quanto costituiti da forti e ricorrenti impulsi, fantasie e/o comportamenti appunto di tipo sessuale, i quali rendono necessario, per raggiungere una adeguata risposta sessuale, l'utilizzo di oggetti, attività o situazioni inusuali e/o pericolose o dannose per se stessi e/o altre persone.

Sono compresi in questa sezione i seguenti Disturbi sessuali e dell'Identità di genere:

- I Disturbi del Desiderio Sessuale.
Che si dividono in Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo e Disturbo da Avversione Sessuale.
- I Disturbi dell'Eccitazione Sessuale.
Che si dividono in Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile e Disturbo Maschile dell'Erezione (Impotenza).
- I Disturbi dell'Orgasmo.
Che si dividono in Disturbo dell'Orgasmo Maschile e Femminile (Frigidità femminile / Eiaculazione problematica/ritardata maschile) e Eiaculazione Precoce.
- I Disturbi da Dolore Sessuale.
Che si dividono in Vaginismo e Dispareunia.
- Le Parafilie.
Caratterizzate da ricorrenti e intensi impulsi, fantasie, o comportamenti sessuali che implicano oggetti, attività o situazioni inusuali e causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento. Le Parafilie includono l'Esibizionismo, il Feticismo, il Frotteurismo, la Pedofilia, il Masochismo, il Sadismo, il Feticismo di Travestimento, il Voyeurismo.
- Il Disturbo dell'Identità di Genere.
Caratterizzato da intensa e persistente identificazione col sesso opposto, associata a persistente malessere riguardante la propria assegnazione sessuale.
- La Ninfomania ed il Satirismo.
Caratterizzati da una forte accentuazione quantitativa della sessualità di natura psicologica.

▼ Se vuoi approfondire digita in Internet la ricerca delle voci qui sotto ▼

➡ Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo
➡ Disturbo da Avversione Sessuale
➡ Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile
➡ Disturbo Maschile dell'Erezione (Impotenza)
➡ Disturbo dell'Orgasmo Maschile e Femminile (Frigidità femminile / Eiaculazione problematica maschile)
➡ Eiaculazione Precoce
➡ Vaginismo
➡ Dispareunia
➡ Parafilie
➡ Disturbo dell'Identità di Genere
➡ Ninfomania
➡ Satirismo

Attualmente uno dei temi più discussi a livello di mass media, capace di attrarre l'attenzione della maggior parte di persone, è proprio quello relativo alla sessualità.

Questo avviene sia esplicitamente tramite articoli di giornale, dibattiti in televisione o alla radio, reality show, internet... sia implicitamente come avviene nella pubblicità dove vengono utilizzati messaggi sessuali per rendere il prodotto più attraente.

Sembra che le persone abbiano in genere meno difficoltà a parlare di sesso e i ragazzi siano più "esperti" dal momento che l'età del primo rapporto sessuale è notevolmente abbassata.

Lo scenario attuale però ci appare complesso, direi per certi versi apparentemente contraddittorio.

Infatti da una parte c'è questa grande produzione di materiale sessuale che determina comportamenti di ricerca in quella direzione : **siti pornografici, chat erotiche, club per scambisti, club per la pratica del sesso estremo, sexy shop...** dall'altra nella pratica clinica si assiste ad una aumentata richiesta di aiuto proprio riguardante le problematiche legate alla sessualità.

Tra le problematiche sessuali, quella che emerge rispetto al passato è la diminuzione del desiderio sessuale.

Di pari passo sta evidenziandosi la tendenza a diventare dipendenti dal sesso.

Quindi, sembrano due aspetti opposti: c'è chi lo fa troppo e chi troppo poco: in realtà è possibile che siano due facce della stessa medaglia.

Infatti, sembra che la diffusione di comunicazioni sessualmente esplicite determinino l'innalzamento della soglia di eccitamento sessuale per cui per ottenere l'eccitazione sono necessari stimoli sempre più forti.

L'organizzazione mondiale della sanità ci parla di "Salute Sessuale" e la definisce come "uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità; non riducibile all'assenza di malattia, disfunzione o infermità". "La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza.

Perché la salute sessuale venga raggiunta e mantenuta, i diritti sessuali di tutte le persone devono essere rispettati, protetti e soddisfatti". (World Health Organization. Sexual Health: Working Definitions; 2003).

Quindi, l'individuo gode di buona salute sessuale quando ha un benessere fisico ed emotivo nell'ambito della sessualità.

La sessualità è uno degli aspetti centrali dell'esistenza umana che comprende il sesso, l'identità e i ruoli di genere, l'orientamento sessuale, l'erotismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione.

La sessualità si esprime nei pensieri, nelle fantasie, nei desideri, nelle credenze, nelle preferenze, nei valori, nei comportamenti, nei ruoli, nelle relazioni, ed è influenzata dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, culturali, etici, legali, storici e religiosi.

Tra i principali ambiti di intervento vi sono, quindi, la costruzione di un clima più adatto alle discussioni sulla sessualità, la diffusione di una corretta informazione e l'educazione alla sessualità, la conduzione di strategie di prevenzione che comprendano interventi a livello territoriale, il facilitare l'accesso alla cura per problematiche sessuali, l'incremento della ricerca sulla sessualità umana e la valutazione di programmi costruiti per la promozione della salute sessuale.

Il gap tra ciò che sarebbe opportuno e la realtà nella quale ci troviamo, è notevole e probabilmente questo costituisce un altro fattore che influisce sull'aumento di problematiche sessuali.

I disturbi sessuali

I Disturbi Sessuali sono un'ampia categoria diagnostica in cui il DSM (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV edizione) inserisce le disfunzioni sessuali, le parafilie, i disturbi dell'identità di genere e i disturbi non altrimenti

specificati. Un problema che investe la sfera sessuale di una persona non è sempre da considerare un disturbo.

Occorre valutare alcuni aspetti fondamentali quali il disagio che il problema o l'anomalia causano a livello interpersonale, come viene vissuto dal soggetto, se provoca danni ad altre persone

Le Disfunzioni sessuali sono caratterizzate da difficoltà psicologiche che ostacolano o impediscono il rapporto sessuale.

Più specificamente, la persona con tali disturbi tende a vivere l'eventualità di un rapporto sessuale come un "evento problematico" che suscita emozioni negative (es. ansia, disgusto, sensi di colpa, vergogna, tristezza, rabbia) che, a loro volta, impediscono o ostacolano il rapporto stesso.

Affinché si possa parlare di disfunzione sessuale, tuttavia, è necessario che le difficoltà percepite dal soggetto, nonché le relative implicazioni sul comportamento sessuale, si manifestino in maniera frequente, causando una consistente compromissione della sessualità ed una significativa sofferenza soggettiva.

Con il passare del tempo, inoltre, la frustrazione e lo stress causati da tali disturbi possono condizionare negativamente il rapporto con il/la partner, provocando crisi, separazioni o, più in generale, una progressiva riduzione dell'attività sessuale.

Disturbo da Avversione Sessuale.

L'avversione sessuale risulta persistente o ricorrente ed il soggetto in genere tende ad evitare tutti o quasi tutti i contatti sessuali di tipo genitale con il partner sessuale (sia fisso che occasionale).

Disturbi dell'Eccitazione Sessuale

Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile.

La donna con disturbo dell'eccitazione mostra una persistente o comunque ricorrente incapacità di raggiungere, o di mantenere, fino al completamento dell'attività sessuale, una adeguata risposta psicofisiologica di eccitazione sessuale con lubrificazione-tumescenza legata all'eccitazione stessa.

Disturbo Maschile dell'Erezione . Il disturbo dell'erezione si evidenzia come una persistente o ricorrente impossibilità di raggiungere, o di mantenere, un'erezione adeguata fino al completamento dell'attività sessuale.

Disturbi dell'Orgasmo

Disturbo dell'Orgasmo Femminile. Il disturbo è caratterizzato dal persistente o ricorrente ritardo, oppure assenza, dell'orgasmo dopo una fase di eccitazione sessuale.

Disturbo dell'Orgasmo Maschile. Nell'uomo il disturbo dell'orgasmo si manifesta come un persistente o ricorrente ritardo oppure assenza di orgasmo dopo una fase di eccitazione sessuale.

Eiaculazione Precoce.

La persistente o ricorrente eiaculazione a seguito di minima stimolazione sessuale prima, durante, o poco dopo la penetrazione e prima che il soggetto lo desideri.

Ci sono molti fattori che vanno considerati e che possono influenzare la durata della fase di eccitazione come l'età, la novità del partner sessuale o della situazione, la frequenza recente di attività sessuale, il tipo di stimolazione erotica, ecc.

Disturbi da Dolore Sessuale

Dispareunia.

Il disturbo si presenta come un ricorrente o persistente dolore genitale associato al rapporto sessuale in un maschio oppure in una femmina. Il dolore non dovrebbe essere giustificabile da condizioni mediche generali. Nelle donne, inoltre, si dovrà valutare che il disturbo non sia causato da vaginismo o da una carenza di lubrificazione.

Vaginismo.

Il vaginismo è caratterizzato dalla fobia per la penetrazione. Tale disturbo si manifesta attraverso uno spasmo involontario, persistente o ricorrente, della muscolatura del terzo esterno della vagina rendendo impossibile il rapporto sessuale.

La terapia sessuale

La risposta sessuale è data dal funzionamento delle diverse fasi che la caratterizzano : il desiderio, l'eccitazione, l'orgasmo e la risoluzione-soddisfazione.

Tale risposta è possibile se è integro l'apparato genitale, tutto il corpo in generale, il sistema neurologico e endocrino; inoltre entrano in gioco fattori emotivi, cognizioni e aspetti relazionali.

ORGANI GENITALI

Questo fa sì che durante la fase di assessment (accertamento) sia fondamentale non trascurare nessuno di questi aspetti che possono influire sulla determinazione del problema.

L'assessment prevede:

- 1) individuare il problema presentato dal soggetto e/o dalla coppia
- 2) identificare gli eventuali fattori biologici, emozionali, cognitivi e comportamentali che caratterizzano il problema.
- 3) Individuare le esperienze passate che hanno influito sulla determinazione del problema, quali sono stati gli eventi scatenanti e quali i fattori di mantenimento.
- 4) Evidenziare le risorse personali del soggetto e/o della coppia
- 5) Definire gli obiettivi ed un programma terapeutico per il loro raggiungimento.

Quando è la coppia a presentarsi per un problema sessuale è importante l'educazione alla comunicazione poiché la maggior parte delle coppie che ha un problema sessuale, ha difficoltà a comunicare, sia sulla propria relazione sessuale che più in generale sulle Scuole di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale dell'Adulto e dell'Età Evolutiva.

Spesso è utile dare informazioni corrette sulla sessualità: false credenze, aspettative non realistiche, mancanza di informazioni sulla fisiologia, l'anatomia e sul funzionamento sessuale, possono essere determinanti nella comparsa e nel mantenimento della disfunzione sessuale. E' importante che venga effettuata una ristrutturazione cognitiva che renda consapevoli i partner dell'impatto che certi loro pensieri hanno sull'eccitazione sessuale, il terapeuta li potrà così aiutare a capire come alcuni pensieri disfunzionali possono interferire durante il rapporto sessuale.

Il controllo dello stimolo è un altro aspetto necessario della terapia, attraverso il quale si possono creare condizioni che conducano ad un funzionamento sessuale salutare. In molti casi è necessario ampliare il repertorio

comportamentale del soggetto in ambito sessuologico relazionale, procedere con un addestramento assertivo e incoraggiare ad ampliare il suo stile di vita per renderlo più soddisfacente e stimolante. Gli esercizi psicosessuali (ad esempio la focalizzazione sensoriale 1 e 2 della Kaplan) e tecniche cognitive comportamentali (ad esempio la Desensibilizzazione sistematica) sono strumenti utili per affrontare problematiche sessuali dove l'ansia gioca un ruolo predominante.

La psicoterapia sessuale è sicuramente in grado di affrontare con strumenti e protocolli, le difficoltà e la conseguente sofferenza delle persone che vivono un disturbo sessuale, anche in ragione delle ricerche che sono state effettuate negli ultimi decenni. E' opportuna una indagine medica che evidenzii patologie organiche in atto e che possa escludere la causa organica, ma è allo stesso modo importante verificare la possibilità di una buona psicoterapia che possa intervenire per affrontare assieme alla coppia, o individualmente, il problema.

DISTURBI SESSUALI

Come detto, i Disturbi Sessuali sono problemi abbastanza frequenti. Spesso i Disturbi Sessuali sono presenti come sintomo d'ansia, di difficoltà relazionale o di depressione, o possono essere legati ad esperienze traumatiche o di abuso sessuale.

Motivi e cause dei disturbi sessuali

- La depressione comporta quasi sempre un calo del desiderio sessuale. Essa è presente con una certa frequenza fra le persone che hanno subito traumi. Alcuni farmaci antidepressivi, a loro volta, possono causare un calo del desiderio, difficoltà o impossibilità nel raggiungere l'orgasmo.
- Fra coloro che hanno subito violenze fisiche o psicologiche, le difficoltà sessuali possono essere il sintomo di una più generale sfiducia nei confronti delle persone dello stesso sesso della persona che ha abusato di loro, come se non ci si potesse fidare di quelle persone.
- La presenza di ansia e la **paura di abbandonarsi e di lasciarsi andare** che spesso si accompagna può causare una parte rilevante dei più frequenti problemi sessuali, maschili e femminili.
- Lo sviluppo di un sentimento di incompetenza e di incapacità, come esito di esperienze traumatiche può generare, specialmente negli uomini, la paura di non essere in grado di interpretare correttamente il proprio ruolo sessuale. Questo sentimento può portare all'evitamento delle relazioni. Può diventare causa di problemi di impotenza, oppure causa di eiaculazione precoce, su una base psicologica. Vi possono essere motivi in cui un uomo può ricercare continue conferme della propria virilità, generando una grande difficoltà nel creare e mantenere stabili relazioni di coppia.
- Alcuni disturbi sessuali possono derivare da un rapporto non sereno con se stessi e di non accettazione del proprio corpo. I disturbi alimentari come Anoressia, obesità o poca accettazione della propria immagine corporea può agire negativamente sulla sessualità e provocare Disturbi Sessuali.
- Alcuni disturbi della personalità, come nel caso del Disturbo Borderline di Personalità, in un certo grado associati ad esperienze traumatiche, può essere causare problemi nella sfera della sessualità.
- **Alcuni Problemi ginecologici** come infezioni o irritazioni possono creare dolore durante il coito; il dolore, a sua volta, può portare all'irrigidimento muscolare e con ciò all'aumento del dolore stesso. La sensazione di dolore può portare a repressione ed inibizione del desiderio sessuale, allo scopo di sottrarsi ad ulteriore dolore.
- **Problemi medici.** Molte patologie mediche possono generare disturbi sessuali e calo del desiderio sessuale. Alcune di queste patologie sono le seguenti: tumori, alcune malattie endocrine, insufficienza renale cronica, cirrosi epatica, epatite, diabete, sclerosi a placche, lesioni del midollo spinale, traumi cerebrali, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, ecc.
- **In ogni caso, è sempre utile accertare che la presenza di disturbi sessuali non possa derivare da disturbi di tipo medico.**

Sinteticamente, *i più frequenti Disturbi Sessuali* che possono essere presenti nelle persone, indipendentemente dal fatto che abbiano subito esperienze traumatiche, sono i seguenti:

-Disturbi del Desiderio Sessuale

- **Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo**

La caratteristica essenziale è la scarsità o l'assenza di desiderio sessuale e di fantasie sessuali. Frequentemente questo disturbo è presente in persone che hanno problemi di eccitazione o di raggiungimento dell'orgasmo.

- **Disturbo da Avversione Sessuale**

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è l'evitamento di contatti a carattere sessuale. La presenza di ansia, disgusto o timore in presenza di situazioni che possono preludere ad una intimità sessuale è frequente.

In alcuni casi l'avversione per la sessualità può spingersi anche verso ogni forma di intimità, come baci e contatto fisico che potrebbe portare all' intimità sessuale.

- **Disturbi dell'Eccitazione Sessuale**

Disturbo dell' eccitazione sessuale nella donna.

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è l'incapacità o la difficoltà nel raggiungere o mantenere una adeguata eccitazione sessuale fino al completamento dell'attività sessuale. Spesso è associato ai Disturbi del Desiderio Sessuale ed al Disturbo dell'Orgasmo Femminile.

Disturbi dell' eccitazione sessuale nel maschio. Disturbi erettivi.

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è la difficoltà o l'impossibilità a mantenere l'erezione fino al raggiungimento dell'orgasmo. Le difficoltà erettive possono intervenire fin dall'inizio dell'attività sessuale, oppure

nell'atto della penetrazione o durante l'atto sessuale. In assenza di condizioni mediche patologiche, raramente si hanno problemi erettivi nell'attività masturbatoria.

Disturbi dell'Orgasmo

Disturbi dell'Orgasmo Femminile

La caratteristica fondamentale di questo disturbo, noto anche come Anorgasmia, è la difficoltà, l'impossibilità o un frequente ritardo nel raggiungimento dell'orgasmo, dopo una adeguata fase di eccitazione sessuale.

Disturbi dell'Orgasmo nel maschio

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è la difficoltà o l'impossibilità nel raggiungimento dell'orgasmo in seguito ad una fase adeguata di eccitamento sessuale.

Eiaculazione Precoce

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è la presenza costante o occasionale di orgasmo ed eiaculazione a seguito di stimolazione sessuale minima prima, durante, o subito dopo la penetrazione e prima che il soggetto lo desideri.

Disturbi Da Dolore Sessuale

Dispareunia

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è un dolore a livello degli organi genitali durante l'attività sessuale, tipicamente durante il coito, ma anche prima o dopo di esso. Il disturbo può verificarsi sia negli uomini che nelle donne. L'intensità del dolore può variare notevolmente da persona a persona, da situazione a situazione. Perché si possa parlare di dispareunia nella donna, non deve essere attribuibile esclusivamente a Vaginismo o a mancanza di lubrificazione.

Vaginismo

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è una contrazione non volontaria dei muscoli vaginali, talmente intensa da impedire l'attività sessuale. In alcuni casi la contrazione muscolare è così intensa e dolorosa da rendere impossibile la penetrazione. La contrazione può arrivare in alcuni casi ad ostacolare perfino l'esplorazione con le dita, durante la visita ginecologica.

Altri disturbi sessuali

Disturbi dell'identità di genere

Sono disturbi caratterizzati dalla forte e persistente immedesimazione e desiderio di essere di sesso opposto, provando intenso malessere e disagio l'identificazione col proprio sesso biologico

Parafilie

Molto più note con il termine di "perversioni". Nelle donne sono relativamente rare. Per essere classificate come vere parafilie, i desideri o comportamenti della persona gli devono comportare intenso disagio o danni alla vita sociale e lavorativa, oppure sono sentiti obbligatori per suscitare eccitamento oppure, infine, coinvolgono persone non consenzienti. La parafilia o perversione di gran lunga più diffusa nella donna è il masochismo sessuale, mentre tutte le rimanenti parafilie sembrano essere rare.

Sessualità Compulsiva

Per *sessualità compulsiva* si intende la ricerca continua di partner diversi per appagare il proprio desiderio, oppure la pratica di una masturbazione compulsiva. In alcuni casi si tratta di un problema di tipo ossessivo, in altri ancora come un problema di gestione dei rapporti umani in generale (anche conosciuta con il vecchio nome di "ninfomania")

Terapia

Prima di intraprendere una qualunque psicoterapia rivolta al trattamento di problemi sessuali, deve essere esclusa qualunque ipotesi che i problemi presenti possano essere attribuiti a patologie mediche.

I *problemi sessuali femminili* più diffusi sono quelli del desiderio, dell'eccitazione, del dolore e dell'orgasmo sessuale.

Possono derivare da diverse cause, e come primo intervento è necessaria un'accurata ricostruzione della storia sessuale della donna alla ricerca di possibili cause.

Alcune delle più frequenti sono le seguenti: *molestie o abusi sessuali, idee distorte o preconcette sulla sessualità, carente capacità di abbandono e di modulazione della tensione, rapporto non sereno e scarsa accettazione del proprio corpo e la propria sessualità*, difficoltà ad utilizzare liberamente la fantasia per conoscere, stimolare i propri desideri e condurre il proprio comportamento.

In presenza di abusi, molestie o brutte esperienze sessuali pregresse, è caldamente consigliato intraprendere una terapia specificatamente orientata al trattamento di questi traumi.

Un intervento strettamente sessuologico senza prima avere rielaborato questi traumi è destinato all'insuccesso.

Ulteriori tecniche sessuologiche

Per la gran parte dei rimanenti disturbi sessuali, in particolare per i problemi dell'Eccitazione e dell'Orgasmo, possono essere molto utili strategie terapeutiche che seguano il seguente processo terapeutico, secondo i suggerimenti di Heiman e Lo Piccolo:

1. analisi e modificazione di eventuali convinzioni distorte. L'attenzione all'emergere di idee negative sarà rivolta a tutto il procedimento terapeutico, passando da una fase alla successiva.

2. Informazioni di base sull'anatomia e sulla fisiologia della sessualità.
3. Esplorazione e conoscenza della sensibilità e del funzionamento degli organi genitali e delle aree del proprio corpo più piacevoli alla stimolazione tattile .
4. Apprendimento di una tecnica di rilassamento, quando necessario, al fine di predisporre tutta la persona alla conoscenza ed all'esplorazione di sè stessa.
5. Stimolazione delle aree del corpo che precedentemente erano state individuate come fonti di piacere. L'unico scopo di questa fase sarà semplicemente quello di percepire piacere, dimenticando per il momento l'obiettivo dell'orgasmo.
6. Frequentemente in questa fase possono emergere convinzioni negative relative alla masturbazione, che è invece modo più naturale per conoscere il normale funzionamento del proprio corpo e della sessualità.
7. Proseguimento della stimolazione ricercando il raggiungimento dell'orgasmo. Se risulta impossibile, si allungheranno progressivamente i tempi della stimolazione, associandola alla produzione di fantasie sessuali stimolanti.
8. Se è impossibile utilizzare fantasie sessuali stimolanti, siamo probabilmente in presenza di un Disturbo del Desiderio Sessuale. La progressione dell'apprendimento dovrà allora essere sospesa, rivolgendo invece l'attenzione all'obiettivo di incrementare la capacità di stimolare e conoscere il proprio desiderio sessuale. Ciò sarà incrementare la capacità di stimolare e conoscere il proprio desiderio sessuale. Ciò sarà effettuato attraverso opportune strategie, alcune delle quali, molto importanti, che vengono svolte insieme al partner.
9. Se la masturbazione non porta all'orgasmo neppure dopo un normale livello di desiderio, di eccitazione e di stimolazione, allora si suggerisce l'uso di un vibratore. Se non sono stati trascurati importanti problemi psicologici della donna o presenti nella relazione di coppia, la probabilità di successo è elevata.
10. Raggiunto questo obiettivo, si conduce la donna a portare le nuove abilità acquisite all'interno del rapporto di coppia.
11. Se tra i problemi della donna è presente quello del Vaginismo, frequentemente riconducibile ad un desiderio di ipercontrollo, sarà necessario insistere molto sull'apprendimento della tecnica del rilassamento. In seguito, la donna viene invitata ad acquisire il controllo della propria muscolatura vaginale attraverso esercizi tesi alla progressiva dilazione dei muscoli vaginali stessi, dapprima per conto proprio, in seguito assieme al partner.

Disturbi della psico-sessualità

Quando si tratta di chiacchierare, tutti sanno tutto sul sesso! Così, si diffondono falsi miti sull'argomento che, facendo il giro, diventano così noti da essere scambiati per verità sacrosante.

Le disfunzioni sessuali di natura psichica sembrano dovute a qualche dinamica psicologica personale o relazionale che interferisce negativamente su una o più parti della sfera sessuale dell'individuo. Nel caso si presenti un disturbo sessuale, e non vi siano sottostanti cause fisiologiche come ad esempio carenze ormonali, assunzione o abuso di sostanze (farmaci, alcool, droghe) o specifiche patologie fisiche, le possibili cause alla base sono di tipo psicologico.

DISTURBI SESSUALI DI NATURA PSICOLOGICA sono in tal senso provocati da molteplici dinamiche psichiche e pragmatiche come:

- Conflitti e sensi di colpa interni che portano all'evitamento del piacere sessuale in tutte le sue forme.
- Tensioni psicologiche verso il/la partner che portano a evitare il più possibile rapporti sessuali.
- Scarsa conoscenza dell'anatomia e della fisiologia degli organi genitali, dei tempi e delle esigenze propri e del partner.
- L'esistenza di credenze e miti come l'aver per forza un orgasmo simultaneo e/o di una certa durata.
- Intensa e persistente ansia e/o paura di avere un insuccesso in campo sessuale (ansia da prestazione, paura di fallire, timore del rifiuto.)
- Personali problematiche di ansia, paura, stress, flessione dell'umore, fissazione, nervosismo, ecc. che impediscono le normali dinamiche psicofisiche dell'atto sessuale (anoressia sessuale).
- Personali credenze religiose o ideologiche oppure particolari schemi cognitivi o di atteggiamenti (fissazione di condurre il rapporto sessuale in un determinato modo e tempo-spazio, oppure la certezza di contrarre una qualche malattia a trasmissione sessuale).

La reattività e il funzionamento sessuale di una persona sono contraddistinti dalla cosiddetta "**risposta sessuale**". Ovvero da un ciclo contraddistinto da quattro fasi distinte ma unite tra loro e strettamente necessarie ciascuna per il verificarsi della fase successiva. La risposta psicofisica della sessualità è suddivisa in:

- **FASE DEL DESIDERIO**, comprende le fantasie e i desideri circa l'attività sessuale. Questa fase inizia attraverso stimolazioni della sfera sessuale di tipo fisico, ad esempio baci, carezze etc, e di tipo psicologico, come il pensiero-desiderio di toccare, baciare, accarezzare il partner (o qualcuno che attivi il desiderio sessuale). Per passare alla seconda fase, il momento dell'eccitamento, è indispensabile che il sistema neuropsicologico attribuisca un significato erotico ai suddetti pensieri, desideri e stimoli, inducendo appunto questa prima fase di **desiderio sessualmente connotato**.

Sia nell'uomo sia nella donna i disturbi della fase del desiderio sono il desiderio ipoattivo e l'avversione sessuale.

- **FASE DELL'ECCITAZIONE**, (o del plateau) caratterizzata dalla sensazione di piacere sessuale e dal momento di massimo eccitamento psicofisico. In questa fase avvengono cruciali modificazioni fisiologiche a livello genitale come l'erezione del pene e la lubrificazione e dilatazione della vagina. Vengono inoltre avvertite piacevoli sensazioni di calore, formicolio, ipersensibilità cutanea, distrazione e leggerezza psicocognitiva ed emotiva. Per passare alla terza fase del ciclo sessuale, quella dell'orgasmo, è fondamentale che la persona attraversi un momento eccitatorio appagante, sia a livello psicologico sia fisico, e sufficientemente lungo e articolato attraverso una giusta ed equilibrata stimolazione psicofisica, né troppo blanda, né troppo brusca o maldestra. Nell'uomo il disturbo più frequente nella fase dell'eccitazione è l'ildisturbo dell'erezione, mentre nella donna è la mancanza di eccitazione e lubrificazione.
- **LA FASE DELL'ORGASMO**, costituita dal picco più alto di piacere sessuale, ovvero dal raggiungimento del massimo godimento psicofisiologico. Tale fase corrisponde nell'uomo all'eiaculazione e nella donna alle contrazioni ritmiche delle pareti vaginali e del clitoride. In entrambi la pelle si arrossa, il battito cardiaco aumenta, il respiro si fa più frequente, i capezzoli e le dita di mani e piedi s'irrigidiscono e in generale il corpo è percorso da gradevoli e incontrollabili sussulti, la mente da percezioni e sensazioni gradevoli e di benessere. Nell'uomo il disturbo più comune della fase dell'orgasmo è l'eiaculazione precoce, (anche ritardata o impossibile), mentre nella donna è la frigidità, l'impossibilità a raggiungere l'orgasmo.
- **LA FASE DELLA RISOLUZIONE**, caratterizzata da una sensazione di rilassamento muscolare e di benessere psicofisico generale. Dopo quest'ultima fase vi è un momento detto "periodo refrattario", durante il quale l'uomo non può raggiungere un'ulteriore erezione; la durata di tale lasso di tempo varia da individuo a individuo e secondo fattori soggettivi e situazionali.

Sempre a livello sessuale, e dovuti a cause psicologiche, vi sono altri disturbi, come quelli da dolore sessuale, la dispareunia, che può interessare sia il sesso maschile sia quello femminile e caratterizzata da un rapporto sessuale doloroso e il vaginismo, cioè l'involontaria contrazione delle pareti vaginali che impedisce la normale penetrazione rendendo il rapporto difficile e doloroso.

TRATTAMENTI PSICOLOGICI DEI DISTURBI DELLA SESSUALITA'

Essendo la sessualità una delle sfere più intime ed importanti della vita di una persona, le problematiche ad essa associate vengono spesso tenute nascoste poiché causano imbarazzo, paura.

Questo è il motivo principale per il quale la persona non chiede immediatamente un intervento psicologico. Quando il problema inizia a divenire persistente o ricorrente, quando il disagio che provoca supera l'imbarazzo, spesso la persona si rivolge ad un medico per escludere prima la presenza di lesioni o condizioni mediche generali. In assenza di lesioni o condizione mediche in grado di spiegare realmente la disfunzione sessuale (ovvero la maggioranza dei casi) rivolgersi allo psicologo ancora risulta difficile alla persona poiché interviene una paura ulteriore che si sintetizza in una domanda "ma lo psicologo potrà davvero aiutarmi?".

Le disfunzioni sessuali sia femminili, sia maschili hanno in genere una prognosi favorevole (in assenza di una causa fisica accertata) se trattati attraverso un intervento psicologico, generalmente di breve durata. La terapia psicologica ad indirizzo **bio-energetico**, nella sua particolare attenzione al corpo nella sua unità imprescindibile con la mente è particolarmente indicata per affrontare problematiche legate al sesso. Questa metodica prevede un approccio psico-corporeo che comprende la sessualità, una delle funzioni fondamentali della fisiologia umana. Gli esercizi puntano a liberare le tensioni represses e cronicizzate nel corpo e sono affiancati da una analisi psicologia dei conflitti. Quando il livello di energia aumenta, la persona sarà più libera di esprimersi liberamente in tutte le sue attività, compresa quella sessuale.

Dott.ssa Anna Maria Calini

Disturbi della sfera sessuale

Informazioni di base sulla fisiologia e sull'anatomia sessuale femminile, che non necessariamente è adeguatamente compresa da una donna anche se l'età lo dovrebbe ampiamente giustificare.

Esplorazione e conoscenza della sensibilità e del funzionamento degli organi genitali e delle aree del proprio corpo più piacevoli alla stimolazione tattile .

Apprendimento di una tecnica di rilassamento, quando necessario, al fine di predisporre tutta la persona alla conoscenza ed all'esplorazione di sé stessa.

Stimolazione delle aree del corpo che precedentemente erano state individuate come fonti di piacere. L'unico scopo di questa fase sarà semplicemente quello di percepire piacere, dimenticando per il momento l'obiettivo dell'orgasmo. Frequentemente in questa fase possono emergere convinzioni negative relative alla masturbazione, che è invece il modo più naturale per conoscere il normale funzionamento del proprio corpo e della sessualità.

Proseguimento della stimolazione ricercando il raggiungimento dell'orgasmo. Se risulta impossibile, si allungheranno progressivamente i tempi della stimolazione, associandola alla produzione di fantasie sessuali stimolanti.

Se è impossibile utilizzare fantasie sessuali stimolanti, siamo probabilmente in presenza di un Disturbo del Desiderio Sessuale. La progressione dell'apprendimento dovrà allora essere sospesa, rivolgendo invece l'attenzione all'obiettivo di incrementare la capacità di stimolare e conoscere il proprio desiderio sessuale. Ciò sarà effettuato attraverso opportune strategie, alcune delle quali, molto importanti, vengono svolte insieme al partner.

Se la masturbazione non porta all'orgasmo neppure dopo un normale livello di desiderio, di eccitazione e di stimolazione, allora si suggerisce l'uso di un vibratore. Se non sono stati trascurati importanti problemi psicologici della donna o presenti nella relazione di coppia, la probabilità di successo è elevata.

Raggiunto questo obiettivo, si conduce la donna a portare le nuove abilità acquisite all'interno del rapporto di coppia.

Se tra i problemi della donna è presente quello del Vaginismo, frequentemente riconducibile ad un desiderio di iper controllo, sarà necessario insistere molto sull'apprendimento della tecnica del rilassamento. In seguito, la donna viene invitata ad acquisire il controllo della propria muscolatura vaginale attraverso esercizi tesi alla progressiva dilatazione dei muscoli vaginali stessi, dapprima per conto proprio, in seguito assieme al partner.

Disfunzioni sessuali femminili

di Walter La Gatta

Le disfunzioni sessuali sono in genere dovute a moltissimi fattori, sia organici, sia psicologici.

Anzitutto va osservato che quelle che un tempo venivano considerate delle disfunzioni sessuali tipicamente 'femminili' o 'maschili' poi, in una interpretazione più moderna, hanno cominciato ad essere trattate come 'disfunzioni sessuali della coppia' o anche 'impotenza di coppia'. Prendiamo il caso della frigidità. Se guardiamo nei trattati storici della sessuologia, vi troviamo definizioni del tipo: 'assenza della risposta sessuale nella donna', oppure: 'assenza di orgasmo nella donna durante il rapporto sessuale'...

Non viene però specificato cosa si intenda per 'risposta sessuale': la semplice eccitazione o il raggiungimento dell'orgasmo? Cosa dire poi dell'"orgasmo femminile"? E' quello clitorideo o quello vaginale? E cosa si intende, quando ci si riferisce ad un'rapporto sessuale di coppia? La penetrazione, la penetrazione che segue i preliminari, l'accarezzamento dei corpi?

Esistono poi sull'argomento anche molti miti sui comportamenti di genere che condizionano il giudizio sulla disfunzione sessuale. Ad esempio quello per cui " le cose del sesso non c'è bisogno di impararle", "l'uomo deve sempre guidare la donna perché è più esperto", "l'orgasmo femminile più appagante deve avvenire durante il coito", "la donna è sessualmente passiva". E molto altro.

Spesso poi si è considerata la disfunzione sessuale come un disturbo che non meritava l'attenzione del clinico: in realtà negli uomini come nelle donne, la disfunzione sessuale va presa seriamente in considerazione non solo per i suoi effetti nella vita sessuale del/della paziente, ma anche perché può seriamente danneggiare l'autostima e la sua qualità della vita, inducendo stati ansiosi e depressione.

Vediamo dunque di fare un po' di chiarezza sull'argomento, liberandoci delle pesanti eredità del passato e delle confusioni generate da definizioni pesantemente condizionate dai pregiudizi.

La classificazione diagnostica del disturbo sessuale nel DSM IV (il manuale statistico-diagnostico ad uso degli psichiatri) è attualmente la seguente:

DISTURBI DEL DESIDERIO

Desiderio sessuale ipoattivo
Disturbo da avversione sessuale

DISTURBI DELL'ECCITAZIONE SESSUALE

Disturbo dell'eccitazione sessuale femminile
Disturbo maschile dell'erezione

DISTURBI DELL'ORGASMO

Disturbo dell'orgasmo femminile
Disturbo dell'orgasmo maschile
Eiaculazione precoce

DISTURBI DA DOLORE SESSUALE

Dispareunia
Vaginismo

DISFUNZIONE SESSUALE DOVUTA AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE

Disfunzione sessuale indotta da sostanze

Le disfunzioni sessuali femminili (FSD, Female Sexual Dysfunction) si stima riguardino oggi il 40% delle donne. I periodi più critici sono considerati quelli dell'età giovanile e post-menopausale e il disturbo più lamentato è la perdita del desiderio sessuale.

Sebbene la risposta sessuale non debba avere un'interpretazione "monistica", in quanto si tratta di un processo, composto di almeno tre fasi: il desiderio, l'eccitazione, l'orgasmo e ciascuna di queste tre fasi possa presentare sindromi cliniche, con differenti cause e differenti prognosi, possiamo indicare quelli che normalmente vengono considerati i fattori predisponenti, comuni a ciascun disturbo.

Fattori predisponenti biologici:

- Disturbi endocrini (ipoandrogenismo, ipoestrogenismo, iperprolattinemia)

- Disturbi del ciclo mestruale / sindrome premestruale
- Vulvovaginiti ricorrenti e / o cistiti
- Trattamenti farmacologici che interessano il dosaggio ormonale o il ciclo mestruale
- Malattie croniche (diabete mellito, malattie cardiovascolari, malattie neurologiche o psichiatriche, ecc)
- Disturbi associati con insufficienza ovarica precoce (POF): genetiche, autoimmunitarie
- Malattie benigne (es. endometriosi) che predispongono alle menopausa iatrogena e dispareunia
- Menopausa iatrogena: ovariectomia bilaterale, chemioterapia, radioterapia
- Condizioni croniche (ad esempio, dispareunia / dolore cronico associato a endometriosi)

Dal punto di vista psicologico, i fattori predisponenti principali sono in genere i seguenti:

- Inadeguatezza / ritardo dello sviluppo psicosessuale
- Tratti di personalità borderline
- Precedenti esperienze sessuali negative: coercizione sessuale, violenza o abuso
- Problemi di immagine corporea / preoccupazioni
- Disturbi affettivi (distimia, depressione, ansia)
- Modelli sociali inadeguati
- Inadeguata educazione sessuale

Possono predisporre alla disfunzione sessuale anche alcuni aspetti sociali:

- Di tipo etnico / religioso / messaggi culturali, aspettative, e vincoli per quanto riguarda la sessualità
- Ambivalenze sociali nei confronti della sessualità femminile (es. età matura, gravidanza, ecc.)
- Status socio-economico scarso / ridotto accesso al sistema sanitario
- Fattori precipitanti - Biologici
- Esito negativo di eventi legati alla riproduzione (gravidanze indesiderate, parto, aborto traumatico, problemi del bambino, sterilità);
- Depressione postpartum
- Vulvovaginiti / malattie sessualmente trasmesse
- Dolore
- Menopausa precoce
- Menopausa iatrogena
- Trattamenti farmacologici
- Abuso di sostanze (soprattutto alcol e oppiacei)

Ciò premesso, facciamo ora un breve excursus sulle principali disfunzioni sessuali della donna...

Disturbi del desiderio

Nel desiderio ipoattivo Hypoactive sexual desire disorder (HSDD), che riguarda circa il 32% delle donne di età compresa fra i 18 ed i 59 anni (Laumann et al 1999) non vi sono sensazioni di interesse o desiderio sessuale, o queste sono avvertite come molto diminuite, non si hanno pensieri o fantasie sessuali, non si hanno motivazioni verso l'eccitazione sessuale e manca anche il desiderio "responsivo", in risposta alle avances del partner.

L'abbassamento del livello libidico, tipico di questa disfunzione, può comportare una mancanza totale di interesse o di attrazione verso la sessualità, ma anche verso la relazione interpersonale, sia a livello reale che a livello di immaginario, con totale mancanza di fantasie erotiche e di atti masturbatori. In questo caso, che contraddistingue tutta la storia personale di un soggetto si parla di disturbo 'primario', dovuto a problemi di tipo psicopatologico (depressione, schizofrenia, stati fobici ecc.); se invece il disturbo si è presentato in un secondo momento, a seguito di particolari esperienze emotive o stressanti (cambiamenti, nascita di un figlio, lutti ecc.) si parla di disturbo 'secondario'. Si distingue poi una situazione 'globale', in cui vi è una cronica mancanza di desiderio, da una 'situazionale' in cui l'eccitazione e le capacità orgasmiche variano a seconda delle situazioni ed i partners.

Quando la mancanza di desiderio è legata ad un'ansia estrema e/o disgusto al solo pensiero, e/o al tentativo di avere qualsiasi forma di attività sessuale si parla invece di "Disturbo da avversione sessuale".

Disturbi dell'eccitazione sessuale

Questi si hanno quando la donna non si sente "mentalmente eccitata". La mancata eccitazione genitale produce il sintomo della secchezza vaginale. Indagini epidemiologiche affermano che il problema riguarda il 19-20% delle donne (Lauman et al 1999). Questo cifre salgono al 39-45% in post menopausa (Dennerstein et al 2003, 2005).

Disturbi dell'orgasmo

Oggi l'idea di un orgasmo vaginale 'maturo' ed un orgasmo clitorideo 'infantile', come teorizzato da Freud è stata del tutto abbandonata. Un orgasmo è un orgasmo, da qualsiasi parte esso venga e ovunque esso si verifichi. Master e Johnson ritenevano che, in ogni caso, la stimolazione del clitoride era sempre e comunque essenziale per l'orgasmo femminile, mentre la Kaplan suggeriva che l'organo maggiormente interessato all'orgasmo non è né il clitoride, né la vagina, ma il cervello !

Ciò detto, il disturbo dell'orgasmo (e per orgasmo intendiamo lo stato di massima eccitazione sessuale) riguarda il 24% delle donne in età fertile (studio epidemiologico di Lauman et al - 1999). Dopo la menopausa invece, ben il

39% delle donne lamenta la difficoltà a raggiungere l'orgasmo. L'anorgasmia è meno frequente fra le donne con una relazione stabile, con titoli di studio elevati e di giovane età.

Resta solo da chiedersi se l'orgasmo vaginale per tutte sia un'utopia o semplicemente una disfunzione che può essere trattata. La risposta è che, nella maggior parte dei casi, questo tipo di risposta non si verifica e pertanto l'orgasmo clitorideo non deve essere considerato come una sorta di "ripiego", ma come il vero orgasmo femminile.

In caso di disfunzione orgasmica, la prima cosa da fare è senz'altro quella di sottoporsi ad una visita ginecologica e ad esami clinici, per escludere che vi sia una patologia organica. Una volta superata questa fase, l'indagine prende una via prettamente psicologica.

Disturbi da dolore sessuale

Il vaginismo consiste nella contrazione involontaria della muscolatura vulvo-perineale e dei muscoli adduttori delle cosce (custodes virginitalis), il che impedisce la penetrazione e può generare angoscia e spasmi muscolari al primo tentativo di penetrazione, pur in presenza del desiderio sessuale.

La donna vaginistica non è "anorgasmica", nel senso che può sperimentare il piacere sotto altre forme. Il disturbo è tutt'altro che raro (12-17%). Per diagnosticare un vaginismo la contrazione involontaria dei muscoli perineali che circondano il terzo esterno della vagina deve essere ricorrente e persistente ogni qual volta si tenti la penetrazione vaginale, non solo attraverso il rapporto sessuale, ma anche per l'introduzione delle dita, di un tampone o dello speculum.

La dispareunia è un disturbo cronico, sostenuta nell'80% da una patologia organica (spasmo dei muscoli vaginali, infezioni o irritazioni dei genitali esterni o della vagina, fimosi clitoridea, imene rigido, lembi doloranti dell'imene, trauma da parto o da intervento chirurgico, patologia pelvica o perineali, emorroidi). Anche in questo caso si tratta di un dolore intenso connesso al rapporto sessuale. L'indagine psicologica rivela che il carattere delle donne che soffrono di questi disturbi è in genere immaturo, infantile, condizionato da complessi di colpa, difese ossessive o dalla vergogna, ma possono anche esservi storie personali particolarmente difficili, come un tentativo di stupro o un'educazione religiosa estremamente rigida. Un ruolo importante lo svolge anche la disinformazione fisiologica: poiché la vagina è un organo interno, poche donne riescono davvero a rappresentarselo e lo immaginano troppo piccolo, troppo stretto, ricurvo o altro, sviluppando delle vere e proprie fobie.

Presa in carico sessuologica

La presa in carico sessuologica di una disfunzione sessuale consiste anzitutto nell'escludere che vi siano delle patologie organiche. Attraverso sedute individuali con ciascun partner e sedute congiunte con entrambi i partners si procede poi a facilitare la conoscenza, fornendo informazioni sull'anatomia e la fisiologia, anche attraverso l'utilizzo di uno specchio, utilizzando in alcuni casi dei 'dilatatori' in dimensioni graduate, apprendimento di tecniche di rilassamento, unitamente a specifici esercizi ideati da Kegel negli anni cinquanta, che consistono nella capacità di contrarre e decontrarre i muscoli della regione vulvo-perineale. Nella terapia mansionale si consiglierà di utilizzare posizioni che impediscono una penetrazione vaginale profonda, indirizzando la coppia verso posizioni a tergo, laterali o con la donna sopra, in modo che possa essere lei a regolare i ritmi. Il sostegno psicologico sarà poi fondamentale per la desensibilizzazione (verso ansia, paura, ecc.). Quanto al problema della mancanza di desiderio o di eccitazione mentale, l'intervento dovrà mirare a coinvolgere la paziente e la coppia nel cambiamento sia dei pensieri che dei comportamenti.

In conclusione, la disfunzione sessuale può e deve essere trattata, escludendo per prima cosa i fattori organici ed affrontando quelli psicologici in un setting terapeutico che non riguardi solamente la donna, ma anche il suo partner, perché non può esserci guarigione completa se non vi è il coinvolgimento e la collaborazione del partner, ricordando che una migliore vita sessuale nella coppia non potrà che influenzare positivamente anche la loro qualità della vita.

IN SINTESI

- La sessualità umana si esprime in tre dimensioni: identità sessuale, funzione sessuale e relazione di coppia. Può avere finalità affettive, procreative, ricreative, strumentali.
- La sessualità umana è multifattoriale: ad essa concorrono fattori biologici, psicoemotivi e contesto-correlati, sia in senso affettivo, di coppia e famiglia, sia in senso culturale, religioso e sociale.
- La sessualità umana è multisistemica: dal punto di vista biologico la funzione sessuale dipende dall'integrità e dall'interazione tra sistema nervoso, vascolare, ormonale, metabolico, muscolare e immunitario.
- La funzione sessuale comprende desiderio, eccitazione (con congestione/lubrificazione, nella donna ed erezione, nell'uomo), orgasmo (con eiaculazione, nell'uomo) e soddisfazione. È espressione dell'interazione tra fattori biologici, psicoemotivi e correlati al contesto di coppia ma anche familiare e socioculturale. Può avere finalità affettive, procreative, ricreative, strumentali.
- Le disfunzioni sessuali femminili (FSD, Female Sexual Disorders) comprendono i disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo e i disturbi sessuali caratterizzati da dolore. Questi ultimi includono la dispareunia, il vaginismo e i disturbi sessuali non coitali.

- Le disfunzioni sessuali maschili (MSD, Male Sexual Disorders) comprendono i disturbi del desiderio, dell'eccitazione (deficit erettivo), dell'eiaculazione, dell'orgasmo e la dispareunia maschile.
- La crescente importanza riconosciuta alla sessualità per la qualità della vita aumenta la probabilità che il/la paziente desideri consultare il proprio medico su temi di questo tipo.
- La consulenza sessuologica richiede rigore diagnostico nell'anamnesi, nell'esame obiettivo, nella richiesta di esami ematochimici e strumentali. Richiede inoltre sensibilità, capacità di ascolto e di empatia.
- Le cause dei disturbi sessuali femminili e maschili sono molteplici, specie nei disturbi di lunga durata. Coerentemente alla diagnosi, la terapia deve essere orientata in modo multifattoriale (biologico, psicosessuale e relazionale) e multisistemico.

Sessualità e fisiopatologia sessuale

Alessandra Graziottin

La sessuologia è la scienza che studia la sessualità (identità sessuale, funzione sessuale e relazione di coppia) in condizioni normali e patologiche.

La sessualità umana presenta nei due sessi molte somiglianze legate alla biochimica di base: 45 cromosomi su 46 sono in comune nei due sessi.

Questo spiega le numerose similarità: biochimiche, metaboliche, vascolari, nervose, ormonali, immunitarie, muscolari, in cui le differenze sono a ben vedere più quantitative che qualitative.

Le differenze anatomiche e di compito riproduttivo (dimorfismo sessuale) tra i due sessi sono condizionate dal cromosoma Y. Il programma biologico di base è femminile.

Feti con 45 cromosomi (45, XO), affetti da sindrome di Turner, si sviluppano somaticamente come femmine, ancorché sterili.

Dal cromosoma Y, dall'attività dei geni che esso contiene e delle molecole specifiche che essi codificano, dipende il dimorfismo somatico, ossia l'insieme delle differenze fisiche, incluse le cerebrali, tra corpo maschile e femminile.

Queste

differenze, scritte nella biologia, sono state amplificate e polarizzate dalla cultura, dalla religione, dai contesti socioculturali.

Caratteristiche della sessualità umana

La sessualità umana è multifattoriale: ad essa concorrono fattori biologici, psico-emotivi e contesto-correlati, sia in senso affettivo, di coppia e famiglia, sia in senso culturale e sociale.

È multisistemica: dal punto di vista biologico la funzione

sessuale dipende dall'integrità e dal coordinamento tra sistema nervoso, vascolare, ormonale, muscolare, metabolico e perfino immunitario.

La sessualità umana si esprime in tre dimensioni: identità sessuale, funzione sessuale e relazione di coppia, interagenti tra loro.

- 1) L'identità sessuale comprende l'identità di genere, di ruolo, di méta o orientamento (ossia il genere sessuale della persona desiderata);
- 2) La funzione sessuale comprende il desiderio sessuale, l'eccitazione, l'orgasmo (con eiaculazione nell'uomo) e la soddisfazione;
- 3) La relazione di coppia comprende le dinamiche affettive d'amore, passione, intimità; gli stili comunicativi, le dinamiche di potere e controllo; il rapporto sessuale e la sua qualità; il tipo di relazione rispetto al genere dei partner (eterosessuale o omosessuale).

La sessualità ha molteplici significati e finalità. Può esprimere:

- 1) emozioni positive come affetto, amore, passione, bisogno di intimità emotiva e fisica (sesso amoroso), o negative, quali odio, distruttività, sadismo;
- 2) voglia fisica, attrazione, gusto del piacere erotico e/o della trasgressione (sesso ricreativo);
- 3) desiderio di un figlio (sesso procreativo);
- 4) bisogno di ottenere dei vantaggi emotivi personali (tacitare ansia, angoscia, solitudine, fame d'amore, scaricare tensione, confermare la propria identità o il proprio potere), relazionali (ridurre l'aggressività del partner, ottenere attenzione e così via), o vantaggi oggettuali (denaro, oggetti, viaggi, facilitazioni, carriera) (sesso strumentale).

Più motivazioni possono essere co-presenti. Possono cambiare nel tempo e/o nella stessa persona e coppia a seconda della fase della vita personale e della relazione.

Fattori socioculturali condizionano il tipo di educazione sessuale, il sistema di valori di riferimento, il grado di polarizzazione dei ruoli nella coppia, gli stereotipi sessuali, il livello di libertà sessuale, la percezione di eventuali problemi, le modalità di espressione verbale del disturbo sessuale, la ricerca o meno di aiuto terapeutico. Possono modulare la percezione del problema sessuale, i tabù che ne inibiscono la verbalizzazione, e quindi il ricorso al medico, e le stesse modalità di espressione verbale del disturbo sessuale.

Il significato dell'intimità sessuale, della soddisfazione o insoddisfazione affettiva e sessuale, e del problema sessuale stesso per la donna, per l'uomo e per la coppia influenzano il vissuto che ne deriva, la probabilità di ricorso al medico o allo psicosessuologo, la prognosi, la compliance alla terapia e la variabilità del risultato terapeutico.

Le disfunzioni sessuali, maschili (MSD, Male Sexual Disorders) e femminili (FSD, Female Sexual Disorders), possono esprimersi in un continuum dalla insoddisfazione (con potenziale integrità della risposta fisiologica ma

frustrazione emotivo-affettiva) alla disfunzione (con o senza modificazioni patologiche) alla patologia francamente radicata nel biologico.

MSD e FSD possono causare un variabile grado di disagio e sofferenza (di stress) personale e interpersonale. Nell'uomo e nella donna, differenti disfunzioni sessuali possono coesistere: si parla di comorbidità sessuale.

Ad esempio, nell'uomo un disturbo dell'erezione può causare e associarsi a un disturbo del desiderio; nella donna, un disturbo del desiderio può coesistere con un disturbo dell'eccitazione o dell'orgasmo. La comorbidità sessuale è più frequentemente riportata dalle donne.

Una seconda importante comorbidità è presente, in uomini e donne, tra condizioni mediche e disfunzioni sessuali: basti

Pubertà e adolescenza.

Si definisce pubertà la transizione biologica dall'infanzia alla maturità sessuale. L'adolescenza comprende invece l'insieme delle trasformazioni psico emotive e psicosessuali che accompagnano la pubertà.

In passato pubertà e adolescenza tendevano temporalmente a coincidere. Oggi assistiamo a un progressivo sfasamento tra i due periodi, con importanti conseguenze dal punto di vista medico, psicologico, sessuale e relazionale.

La pubertà tende ad anticipare. L'adolescenza, come processo psichico di maturazione, tende a protrarsi oltre i vent'anni (sta andando persino a 25 anni!), con la dipendenza economica e logistica dalla famiglia.

Di crescente importanza, anche per il ginecologo, sono i disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia, per

le loro implicazioni sull'identità sessuale, sulla salute generale e ginecologica, per i fattori di rischio per altre patologie che ad essi si accompagnano.

Età adulta e senile. L'identità sessuale è in genere ben consolidata nell'età adulta. Può essere ferita da tumori che colpiscono gli organi ormono-sensibili simbolo della femminilità (mammelle, utero, ovaie), che richiedono chirurgie demolitive e amputanti (ad esempio mastectomie o isterectomie radicali), o che comportano comunque chemio e/o radioterapie aggressive che inducono menopausa precoce, con danno ovarico irreversibile, anche nelle giovani donne (ad esempio tumori ematologici).

Lo stesso può succedere in caso di tumori genitali nell'uomo.

In positivo, la somministrazione di adeguate terapie ormonali sostitutive (HRT) dopo la menopausa, può migliorare la percezione dell'identità sessuale, ferita dalla sottile metamorfosi che il corpo subisce in seguito alla carenza protratta di ormoni sessuali femminili. Anche la terapia sostitutiva con testosterone, quando oncologicamente adeguata, può ridurre l'impatto della castrazione chirurgica o chemioterapica sull'identità sessuale maschile.

Patologia dell'identità sessuale

Si parla di disforie di genere per indicare i disturbi relativi all'identità sessuale, il malessere nei confronti della propria identità di uomo o donna.

Sono più frequenti negli uomini:

in un rapporto di circa 10 a 1 rispetto alle donne. In ambo i sessi i disturbi dell'identità sessuale si esprimono lungo un continuum di disagio; la disforia può essere:

- 1) lieve ed esacerbarsi in coincidenza dell'adolescenza, per traumi affettivi (lutti di persone significative, abbandoni) e/o periodi di forte depressione;
- 2) moderata: il disagio è maggiore; nella donna può esprimersi con atteggiamenti maschilini (e viceversa nel maschio) che non mettono in discussione il genere di appartenenza;
- 3) grave: mette in discussione la coerenza tra sesso biologico e sesso intrapsichico. Si parla in tal caso di transessualismo, un disturbo dell'identità sessuale caratterizzato dalla convinzione precoce, permanente e irreversibile di appartenere al sesso opposto. "Sono un uomo intrappolato in un corpo di donna" è l'autodiagnosi con cui una donna biologica, che si sente psicologicamente maschio, si rivolge al medico per ottenere la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS). Oppure "sono una donna intrappolata nel corpo di un uomo", nel caso di uomini biologici, che si sentono psicologicamente donne.

Può avere esordio precoce, nei primi due-tre anni di vita, in cui il bambino o la bambina manifesta comportamenti e preferenze del tutto appropriati per il sesso opposto: si parla in tal caso di transessualismo primario, raro. Quando compare o esplose alla pubertà o più tardivamente, si parla di transessualismo secondario. Trattandosi di una patologia specialistica, si rimanda a testi di riferimento.

FUNZIONE SESSUALE

In passato, la funzione sessuale era stata rappresentata come un modello lineare trifasico: desiderio, eccitazione, orgasmo. Oggi prevalgono i modelli circolari, in quanto consentono di leggere le interazioni tra le diverse fasi e i possibili feed-back (effetto retroattivo di un messaggio) positivi o negativi in grado di potenziare o, rispettivamente, inibire la funzione sessuale.

In entrambi i sessi la funzione sessuale può essere rappresentata con un modello circolare, in cui si integrano:

- desiderio;
- eccitazione (con lubrificazione-congestione nella donna, erezione nell'uomo);
- orgasmo (con eiaculazione nell'uomo);
- risoluzione e soddisfazione.

Il desiderio sessuale coinvolge le stesse aree cerebrali, nell'uomo e nella donna. Le differenze di percezione e di espressione del desiderio sono dovute sia al diverso imprinting ormonale cerebrale (specie per l'effetto eccitatorio neurobiologico del testosterone, dieci volte più elevato nell'uomo rispetto alla donna), sia al differente ruolo dell'educazione e del contesto socioculturale.

L'eccitazione sessuale cerebrale (mentale o soggettiva) comporta simili meccanismi neurobiologici. Esiste tuttavia una

maggiore attivazione dell'area occipitale visiva, nel maschio, e temporo-parietale (uditivo-cenestesica) nella donna. L'eccitazione sessuale periferica non-genitale, somatica (cutanea, inclusa la secrezione feromonale da parte delle ghiandole sebacee, mucose ecc.) è simile nei due sessi, con differenze qualitative mediate dagli ormoni sessuali.

L'eccitazione sessuale genitale si presenta macroscopicamente diversa per ragioni di dimorfismo anatomico.

Tuttavia i meccanismi nervosi, vascolari, biochimici e muscolari, lisci e striati, che coordinano l'eccitazione sono simili in uomini e donne.

L'orgasmo segue le medesime vie a livello cerebrale e di midollo spinale. A livello genitale si differenzia per l'associazione all'eiaculazione nell'uomo e per la possibilità di orgasmi multipli nella donna, rari nell'uomo.

La soddisfazione, per definizione soggettiva, è ritenuta di crescente importanza nel vissuto dell'esperienza sessuale, in uomini e donne.

Vediamo ora nei dettagli la funzione sessuale.

Desiderio sessuale

Il desiderio sessuale costituisce la dimensione più elusiva della sessualità umana. È espressione di una funzione associativa complessa, attivata da stimoli endogeni o esogeni, che induce il bisogno e il desiderio di comportarsi sessualmente.

Gli stimoli endogeni comprendono l'immaginario erotico, le fantasie sessuali volontarie e spontanee, i sogni erotici, i bisogni pulsionali, le emozioni: ciascuno è espressione psichica dell'attivazione biologica di aree e circuiti cerebrali.

Gli stimoli esogeni sono i segnali veicolati attraverso gli organi di senso che vengono percepiti come attraenti. Il desiderio può essere considerato come la risultante della somma delle forze che ci portano verso il comportamento sessuale o ce ne allontanano: stimoli biologico-istintuali, fattori motivazionali-affettivi e cognitivi.

Il desiderio sessuale nasce ed è modulato da fattori biologici, psichici e relazionali.

La componente istintuale del desiderio, la voglia fisica, viene attivata da rilevatori di bisogni fisici (need-detectors) situati a livello dell'ipotalamo e modulata da centri diversi del sistema limbico.

Viene frenata o esaltata nella sua espressione affettiva e relazionale, oltre che fisica, da interazioni complesse tra ipotalamo e lobo limbico e frontale. Oltre agli aspetti pulsionali, fisici, biologicamente mediati, il desiderio sessuale ha, nella nostra specie, importanti significati affettivi e relazionali, come espressione di amore e passione, come termometro della qualità della relazione, come significato capace di indurre anche radicali cambiamenti nella vita personale.

Ha forti valenze culturali, che nella loro complessità concorrono all'erotismo, la dimensione più sofisticata, soggettiva e complessa della sessualità.

Nell'adulto, il desiderio è per definizione un fenomeno dinamico e mutevole. Può variare lungo un continuum che va dalla

passione, al bisogno, all'interesse, all'indifferenza, alla riluttanza fino all'avversione franca. In entrambi i sessi declina con l'età, con una caduta maggiore nelle donne, in coincidenza della menopausa, per ragioni sia endocrine sia relazionali, ed è accentuata in caso di menopausa iatrogena, specie se precoce.

Il desiderio si presenta relativamente costante e continuo nell'uomo, seppure con un graduale declino, dall'adolescenza fino alla tarda maturità. Nella donna è fisiologicamente discontinuo, anche in età fertile, in relazione alle variazioni endocrine correlate ai diversi stati fisiologici e psicoemotivi del ciclo mestruale, della gravidanza, del puerperio e della menopausa.

Sessualità e fisiopatologia sessuale

Gli elementi di novità, rispetto ai modelli lineari di Kaplan e Masters e Johnson, sono rappresentati da:

- a) circolarità del modello, che consente di leggere in modo dinamico le interazioni tra le diverse dimensioni della funzione sessuale, in senso sia frenante (feed-back negativo) sia stimolante (feed-back positivo) e di comprendere la frequente comorbidità rilevata in ambito clinico, data la stretta interdipendenza delle diverse fasi;
- b) stretta interattività e reciprocità dinamica tra desiderio ed eccitazione;
- c) introduzione della quarta dimensione, la risoluzione/soddisfazione, quale momento di sintesi psicoemotiva dell'esperienza sessuale. Dal vissuto complessivo del rapporto dipende il rilancio del desiderio oppure la sua progressiva inibizione.

Dal punto di vista soggettivo, il desiderio è spesso difficile da distinguere dall'eccitazione mentale.

In entrambi i sessi, il desiderio può, infatti, anticipare l'eccitazione, essere ad essa consensuale, o aumentare in risposta a un'eccitazione sessuale genitale indotta dal gioco erotico.

LE TRE DIMENSIONI DEL DESIDERIO SESSUALE

In uomini e donne, tre dimensioni contribuiscono al desiderio sessuale.

Stimolo biologico istintuale, fondato su basi anatomiche e neurofisiologiche, oggi definito come "interesse sessuale", il cui primo significato è di promuovere il mantenimento della specie, attraverso la procreazione.

Si tratta di un processo attivato a livello cerebrale dal testosterone in entrambi i sessi; di esso fanno parte:

- 1) gli ormoni, e i neurotrasmettitori ad essi correlati, che regolano il tono dell'umore, l'energia vitale e la neurobiologia dei quattro sistemi emotivi di comando fondamentali: appetitivo-sessuale, di collera-rabbia, di ansia-paura, di panico con angoscia di separazione. In particolare:
 - gli androgeni: nell'uomo e nella donna sono gli ormoni più rappresentati a livello plasmatico. Hanno il ruolo più potente nell'accendere il desiderio fisico istintuale e fra di essi prevale il testosterone; il deidroepiandrosterone (DHEA), ormone surrenalico prodotto in elevate quantità durante e dopo la pubertà, sembra contribuire alle basi fisiche e psichiche del desiderio;
 - gli estrogeni, nella donna, agiscono come modulatori della femminilità e del benessere psicofisico;
 - i progestinici hanno un effetto diverso a seconda delle loro caratteristiche, androgeniche, antiandrogeniche o simili al progesterone naturale;
 - la prolattina ha un ruolo inibitorio, in entrambi i sessi, col crescere dei livelli plasmatici;
 - l'ormone tiroideo, se carente, può ridurre il desiderio sessuale in entrambi i sessi;
 - l'ossitocina, neuro-ormone che presenta un picco plasmatico in coincidenza con l'orgasmo, ottenuto sia con autoerotismo sia con il coito, si comporta come ormone favorevole al desiderio. Sembra caratterizzare, nella donna come nell'uomo, il cosiddetto "orgasmo finale": è il mediatore responsabile del senso di sazietà, dopo l'orgasmo;
 - la vasopressina, neuro-ormone, sembra contribuire alla modulazione centrale del desiderio;
- 2) lo stato di salute fisica e di benessere psichico, che modulano, tra l'altro, l'efficienza dei sistemi biologici che concorrono alla funzione sessuale e al livello di energia vitale, di cui l'energia sessuale è espressione;
- 3) i fattori stimolanti: farmaci, droghe, malattie psichiatriche;
- 4) i fattori inibenti: farmaci, droghe, malattie somatiche e psichiatriche.

N.B. Il complesso gioco degli ormoni sessuali, a livello cerebrale, periferico extragenitale e genitale, modula l'intensità del desiderio sessuale ma non la sua direzione!

Stimolo motivazionale-affettivo, collegato mediante la fantasia e l'immaginario erotico al bisogno di piacere e di amore. Contribuiscono a questo aspetto del desiderio:

- 1) l'identità sessuale, per le dinamiche interpersonali che essa attiva e di cui è espressione (autostima, fiducia in sé, immagine corporea);
- 2) l'intensità del coinvolgimento affettivo e dell'innamoramento;
- 3) la capacità di fiducia nell'altro/a e di intimità;
- 4) la capacità di gustare il piacere erotico (sesso ricreativo);
- 5) le motivazioni non sessuali al comportamento sessuale: ansia, tristezza, sentimento di solitudine, abitudine, affetto, bisogno di intimità emotiva; bisogno di scarico di tensione, bisogno di ottenere dei vantaggi (sesso strumentale) o eccitazione generica. Molti bisogni, sentimenti e/o emozioni possono indurre un comportamento sessuale senza che vi sia un vero desiderio sessuale.

Valutazione cognitiva ad agire un comportamento sessuale.

È basata sull'analisi e il controllo dei fattori che inducono il comportamento sessuale e i rischi che lo sconsigliano.

La valutazione razionale è la più vulnerabile all'irrompere (acting-out) dei fattori istintuali e affettivi. Si pensi agli incontri ad alto rischio di trasmissione di malattie sessualmente trasmesse, in cui l'irruzione istintuale scardina il comportamento di evitamento, e quindi autoprotettivo, coerente con la valutazione cognitiva del rischio.

Di conseguenza il soggetto assume comportamenti obiettivamente pericolosi, dei quali resta consapevole pur nella incapacità di modificarli. Non ultimo, rischio e trasgressione sono tra i più potenti afrodisiaci cognitivo-motivazionali dell'erotismo maschile e femminile.

Vale per il desiderio una regola neurobiologica generale: la psiche modifica la biologia cerebrale e la biologia cerebrale condiziona e modifica le nostre espressioni psichiche. Esiste infatti una reciprocità sostanziale e dinamica tra psicoplasticità e neuroplasticità.

BASI NEUROBIOLOGICHE DEL DESIDERIO

Una delle scoperte più innovative della sessuologia medica riguarda le basi neurobiologiche del desiderio e dell'eccitazione psichica. Le regioni cerebrali coinvolte nel desiderio e nel coordinamento della funzione sessuale sono le stesse nei due sessi. La funzione sessuale richiede l'integrità anatomica e funzionale del sistema limbico. Quest'ultimo indica strutture molteplici, anatomicamente e funzionalmente collegate, che si estendono anche al di fuori per comprendere aree del diencefalo, del lobo frontale e temporale. L'amigdala, che fa parte del lobo limbico, ha due funzioni principali:

- 1) si presenta come un centro critico per la mediazione tra le emozioni fondamentali, che concorrono alla modulazione del bisogno sessuale;
- 2) confronta continuamente lo stimolo sessuale attuale con il ricordo di stimoli precedenti: se il confronto è piacevole, viene attivata la cascata di eventi neurovascolari che coordinano la risposta sessuale, se il confronto è negativo, il circuito viene inibito o bloccato. Anche i diversi livelli di desiderio in risposta ad uno stimolo interno o esterno hanno una solida base neurobiologica, continuamente modulata da stimoli psichici (affettivi, emotivi, cognitivi).

Nella regolazione del desiderio ha un ruolo primario il lobo frontale, che svolge un'azione prevalentemente inibitoria sugli istinti sessuali basali. La nostra specie si distingue dai Primati, nostri cugini, solo per il 2% dei geni: da questa minima ma critica componente sono codificate non solo le differenze somatiche, ma lo speciale sviluppo del lobo frontale nell'essere umano, che sarebbe caratterizzato da una maggiore capacità di inibire i propri impulsi,

nello specifico sessuali, per rendere i propri comportamenti più socialmente appropriati. Una capacità di controllo che viene esasperata attraverso un'educazione sessuale fortemente diversa, nei due generi, nella maggior parte delle culture e dei popoli. Insieme al lobo frontale, il sistema limbico è essenziale in entrambi i sessi per:

- 1) il desiderio sessuale e i fenomeni ad esso associati quali le fantasie erotiche volontarie, i sogni erotici e le fantasie sessuali spontanee;
- 2) l'eccitazione sessuale mentale;
- 3) l'attivazione di eventi neurovascolari che coordinano la risposta fisica sessuale genitale e somatica (periferica non-genitale) sia durante l'eccitazione "automatica" neurovegetativa, sia durante il sonno con sogni, sia durante l'eccitazione conscia;
- 4) la modulazione delle risposte psicofisiche fondamentali attraverso il continuo confronto di emozioni e sensazioni coinvolte con ricordi di esperienze ed emozioni precedenti.

Eccitazione sessuale

Anche l'eccitazione sessuale, nella donna come nell'uomo, è multifattoriale e multisistemica. Ad essa concorrono fattori

biologici, psicosessuali, contesto-correlati. In uomini e donne, l'eccitazione genitale può essere attivata secondo tre modalità principali:

- 1) eccitazione riflessogena, che viene generata da stimoli tattili sui genitali;
- 2) eccitazione psicogena, attivata da stimoli audiovisivi, olfattivi, cenestesici o da fantasie. I segnali, provenienti dalla corteccia visiva, uditiva, olfattiva e dalle aree associative, discendono fino ai centri spinali T10-L2 per attivare l'erezione o la congestione dei corpi cavernosi clitoridei e bulbo-vestibolari e la lubrificazione vaginale. Il termine psicogena indica lo stimolo cognitivo ed emotivo centrale, a genesi intrapsichica o relazionale, che la origina, pur estrinsecandosi attraverso l'attivazione neurobiologica di vie cortico-midollari;
- 3) eccitazione notturna, attivata a livello del sistema nervoso centrale, durante la fase REM del sonno. Nell'uomo, essa induce erezioni; nella donna, congestione genitale e lubrificazione vaginale, in numero di due-quattro episodi per notte, a seconda del numero di fasi REM.

L'eccitazione sessuale si manifesta a tre livelli:

1. cerebrale, con la sensazione soggettiva di eccitazione
2. "mentale" e con l'attivazione della cascata di eventi neurochimici e vascolari che caratterizzano la risposta sessuale. Anche l'eccitazione cerebrale è ormono-dipendente: gli androgeni svolgono un ruolo di "iniziatori" in quanto sono in grado, da soli, di attivare l'eccitazione mentale, mentre gli estrogeni agiscono come modulatori e facilitatori dell'eccitazione a livello sia centrale sia periferico;
3. periferico non genitale, di cui fanno parte l'aumento della salivazione, la vasodilatazione cutanea, che concorre al senso di calore e di eccitazione generale, l'incremento della secrezione sudoripara e della specifica increzione (secrezione interna) di feromoni da parte delle ghiandole sebacee, l'erezione del capezzolo, l'aumento della frequenza cardiaca, l'aumento della frequenza del respiro; genitale: fenomeno neurovascolare, che risulta dalla coordinata interazione di nervi, vasi, muscolatura liscia, e provoca l'incremento della vasodilatazione e congestione genitale. Vi partecipano: nervi parasimpatici, responsabili dell'inizio e del mantenimento dell'eccitazione; nervi simpatici, coinvolti nell'orgasmo e, nell'uomo, nell'eiaculazione e nella detumescenza peniena; nervi somatici. La coppia di nervi pudendi contiene la maggior parte dell'innervazione diretta ai genitali esterni maschili e femminili. Ricevono fibre da S2, S3, S4; forniscono la percezione sensoriale del perineo e terminano come "nervo dorsale del pene", o come "nervo dorsale del clitoride" con fini terminazioni che arricchiscono la capacità discriminativa di piacere di questi organi sessuali. In particolare:
 - A. nelle donne, l'eccitazione genitale è favorita dagli estrogeni che sono i fattori permissivi più importanti nel consentire al peptide intestinale vasoattivo (VIP) di tradurre il desiderio in lubrificazione vaginale, mentre gli androgeni sono fattori permissivi per l'ossido nitrico (NO), il neuromediatore più importante per la congestione delle strutture bulbo cavernose vestibolari e clitoridee;
 - B. nell'uomo, l'eccitazione genitale è favorita dagli androgeni, fattori permissivi per l'ossido nitrico (NO). Essa dà luogo all'erezione: la rigidità del pene in erezione dipende dall'aumento della pressione sanguigna all'interno dei corpi cavernosi, data la non distensibilità della tunica albuginea che li avvolge.

ECCITAZIONE E LUBRIFICAZIONE

Nella donna, il segno principale dell'eccitazione è la marcata vasocongestione genitale, che dà luogo alla visibile congestione a livello delle labbra e alla più interna formazione della cosiddetta piattaforma orgasmica, data dall'insieme dei tessuti vascolari congesti che circondano il canale vaginale, il canale uretrale e i tessuti congesti dei corpi cavernosi. Maggiore è l'intensità dell'eccitazione fisica genitale e mentale, più elevata è la probabilità che l'orgasmo sia intenso ed appagante.

La lubrificazione è un fenomeno neurovascolare: lo stimolo nervoso che arriva ai vasi sanguigni perivaginali facilita la formazione di un trasudato. Alla lubrificazione contribuiscono anche le secrezioni delle ghiandole cervicali e quelle delle ghiandole del Bartolini, i cui sbocchi si collocano proprio all'altezza del vestibolo vulvare.

ECCITAZIONE ED EREZIONE

L'erezione, espressione dell'eccitazione genitale nell'uomo, è la fase della risposta sessuale più studiata. Il coordinamento generale dell'erezione è così riassumibile:

- 1) strutture di comando dell'erezione: il cervello sogna, anticipa, attiva, controlla, modula; il midollo spinale coordina, i nervi comunicano, i vasi rispondono, i corpi cavernosi si rigonfiano, il pene diventa eretto;
- 2) strutture di risposta dell'erezione: stimoli e feed-back polisensoriali tattili, visivi e propriocettivi dell'erezione la rinforzano se adeguati, la riducono se insoddisfacenti; archi riflessi brevi – midollari – mantengono l'erezione; il midollo spinale risponde, comunica con genitali e cervello e coordina le informazioni; il cervello apprezza le informazioni di piacere, se l'esperienza è positiva; attiva segnali di allarme e di inibizione se è negativa.

Durante l'erezione, i nervi cavernosi liberano diversi tipi di neurotrasmettitori, tra cui il peptide intestinale vasoattivo (VIP), l'acetilcolina, le prostaglandine e l'ossido nitrico (NO), oggi considerato tra i più potenti vasodilatatori. I neurotrasmettitori vasoattivi provocano il rilassamento della muscolatura liscia sia delle trabecole sia delle arteriole.

Le diverse fasi dell'erezione sono così riassumibili:

- 1) flaccida, in cui c'è un minimo flusso arterioso e venoso;
- 2) di riempimento, in cui si ha un aumento del flusso arterioso nelle arterie del pene in fase sia diastolica sia sistolica. Il pene si allunga ma la pressione intracavernosa rimane invariata;
- 3) di tumescenza, in cui la pressione intracavernosa comincia rapidamente a salire, mentre decresce parallelamente il flusso arterioso;
- 4) di erezione completa, in cui la pressione intracavernosa può giungere a valori pari al 90% di quella sistolica;
- 5) di erezione rigida: come risultato della contrazione del muscolo ischio-cavernoso, e della non distensibilità dell'albuginea, la pressione intracavernosa sale ben quella sistolica, portando all'erezione rigida completa, che, con varia durata, precede il momento eiaculatorio;
- 6) di detumescenza: dopo la eiaculazione o la cessazione dello stimolo erotico, aumenta il tono simpatico che provoca la contrazione della muscolatura liscia delle trabecole e delle arteriole. Questo comporta l'espulsione di larghe quantità di sangue dai sinusoidi, riduce il flusso arterioso ai livelli tipici della flaccidità e riapre i canali venosi. Il pene ritorna alla lunghezza e alla consistenza di base.

Orgasmo

L'orgasmo è un evento neurofisiologico e soggettivo, caratterizzato da sensazioni di piacere di variabile intensità. È attivato da stimoli piacevoli genitali, somatici o mentali, è sotteso dall'attivazione di centri midollari e cerebrali e accompagnato da risposte fisiologiche, di tipo riflesso, tra cui la contrazione involontaria e ritmica del muscolo elevatore dell'ano.

Maggiore è l'eccitazione mentale e fisica, più elevata è la probabilità di raggiungere l'orgasmo in entrambi i sessi.

Che cosa fa scattare l'orgasmo?

A livello fisico:

1) nella donna, la stimolazione

- a) clitoridea: è sufficiente ad attivare l'orgasmo nel 90% delle donne;
- b) vaginale: l'orgasmo coitale, durante la penetrazione, è presente nel 50-70% delle donne. Le parti più reattive includono l'area periuretrale; l'introito vaginale, purché il muscolo pubo-coccigeo sia tonico e attivo; le strutture vaginali profonde, per la stimolazione di legamenti e strutture nervose delle parti più interne del pavimento pelvico e il controverso "punto G", descritto da Grafenberg e considerato un residuo embrionale della prostata, variamente sviluppato nelle donne, posto sulla parete vaginale anteriore. La stimolazione del punto G può dare luogo, in alcune donne, all'emissione di poche gocce di liquido, chimicamente sovrapponibile al secreto prostatico, al momento dell'orgasmo ("eiaculazione femminile");
- c) anale, se desiderata, che attiva il muscolo pubo-coccigeo;
- d) dell'areola mammaria: presente talvolta anche nelle donne che allattano;
- e) cutanea e mucosa (anche un bacio), se l'eccitazione cerebrale è elevata;

2) nell'uomo, la stimolazione

- a) genitale;
- b) anale, se desiderata;
- c) del capezzolo, più raramente;
- d) cutanea e mucosa.

A livello mentale (comunque cerebrale e quindi biologico!), in entrambi i sessi la stimolazione genitale non è essenziale per l'orgasmo: la stimolazione onirica può attivare i centri cerebrali responsabili dell'orgasmo; nella donna può far scattare piacevolissimi orgasmi notturni. Essi sono equivalenti, come significato, ai cosiddetti "sogni bagnati" dei maschi, in cui l'orgasmo si accompagna alle prime emissioni di sperma, dette **polluzioni**.

È spesso grazie a questa sorprendente sensazione notturna che la ragazza ed il ragazzo scoprono che cosa sia l'orgasmo. Anche la stimolazione mentale cosciente con sole fantasie erotiche, o con soli stimoli visivi, tattili o uditivi, può far scattare l'orgasmo senza alcun contatto genitale.

L'orgasmo è di intensità tanto maggiore quanto più l'eccitazione mentale e fisica è potenziata da una stimolante intimità erotica.

EIACULAZIONE ED ORGASMO

L'emissione dello sperma e la eiaculazione sono fenomeni neurologicamente mediati, che possono avvenire indipendentemente dall'erezione. Richiedono l'interazione coordinata del simpatico toraco-lombare e del sistema nervoso

somatico. Al culmine dell'eccitazione sessuale, la stimolazione del nervo ipogastrico superiore provoca la contrazione del collo vescicale, delle vescichette seminali e dei dotti eiaculatori: ciò comporta l'emissione del seme nell'uretra posteriore, determinando la sensazione di inevitabilità eiaculatoria ed impedisce il flusso retrogrado del seme in vescica. La successiva contrazione dei muscoli periretrali e del pavimento pelvico, combinata con l'intermittente rilassamento dello sfintere esterno e del diaframma uro-genitale, consente infine l'espulsione dell'eiaculato.

L'intervallo di tempo tra l'introduzione in vagina e l'eiaculazione viene definito tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (TLEI).

È geneticamente condizionato; può variare da qualche secondo a molti minuti; può essere modulato, in senso di accelerazione o rallentamento, da fattori biologici, psicosessuali e relazionali.

In taluni soggetti la precocità è talmente marcata da avvenire prima della penetrazione. Si parla in tal caso di "eiaculazione anteportam".

Essa può costituire, insieme al deficit erettivo severo, una delle cause maschili di matrimonio non consumato. Contemporaneamente, in condizioni fisiologiche si verifica l'orgasmo, caratterizzato da una variabile sensazione di piacere.

Durante l'orgasmo la maggior parte degli uomini riconosce tre sensazioni distinte: una prima ondata interna di calore diffuso o di pressione pulsante, che corrisponde all'inizio dell'emissione; una seconda, caratterizzata dalla potente azione espulsiva delle contrazioni orgasmiche propriamente dette, per la contrazione dei muscoli periretrali e del pavimento pelvico, che molti uomini percepiscono come la parte più piacevole dell'orgasmo; infine, la terza, che coincide con il fluire del seme lungo l'uretra, percepita come un calore pulsante o una piacevole propulsione.

Soddisfazione

La "risoluzione" (il "finire") definisce l'insieme dei cambiamenti fisiologici che accompagnano il ritorno allo stato basale, dopo il rapporto o l'orgasmo.

La soddisfazione esprime il giudizio, il vissuto dell'esperienza, che può variare lungo un continuum fino all'insoddisfazione.

Può mancare anche in presenza di una normale risposta fisiologica, in entrambi i sessi. Costituisce la parte più soggettiva dell'esperienza sessuale, cui concorrono l'intensità del desiderio, dell'eccitazione, la qualità del gioco amoroso ed erotico, l'intensità del coinvolgimento affettivo e/o passionale, l'effetto eccitante di trasgressioni, complicità, novità, la qualità della risposta fisica, l'intensità dell'orgasmo, nonché il contesto sessuale e il significato di quell'esperienza vissuta. Una persistente insoddisfazione può causare caduta di desiderio, inadeguata eccitazione e difficoltà orgasmiche, nonostante l'integrità dei meccanismi fisiologici che sottendono la risposta sessuale. L'insoddisfazione e anche la disfunzione possono essere appropriate se il/la partner ha a sua volta una disfunzione sessuale, o se la relazione è di franco abuso, fisico, psichico o sessuale.

FISIOLOGIA DEL RAPPORTO SESSUALE IN UOMINI E DONNE

In entrambi i sessi, i cambiamenti fisiologici durante il rapporto sono suddivisi nelle fasi del desiderio, dell'eccitazione, del plateau (rapida maggiorazione del potenziale sessuale in modo esponenziale del piacere), dell'orgasmo e della risoluzione, secondo la classica definizione di William Masters e Virginia Johnson.

Ad essi corrispondono i correlati somatici delle diverse fasi della funzione sessuale maschile e femminile.

Il primo organo sessuale, in uomini e donne, è il cervello. Solo ora, grazie alla tomografia ad emissione di positroni (PET), e alla risonanza magnetica per immagini, è possibile visualizzare che cosa succede nel cervello durante l'eccitazione, in uomini e donne. Fino a pochi anni fa, invece, tutta la descrizione della fisiologia del rapporto sessuale si limitava all'aspetto genitale, di eccitazione, erezione/lubrificazione, penetrazione, orgasmo/eiaculazione e risoluzione.

Gli aspetti fondamentali della fisiopatologia del rapporto sessuale in donne e uomini sono riassunti rispettivamente in dettagli di ogni fase sono discussi nei diversi paragrafi della funzione sessuale.

DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

Le FSD (DSF) sono un disturbo età-correlato, con l'eccezione della dispareunia. Il ruolo dei fattori biologici aumenta infatti con l'età, analogamente a quanto succede negli uomini.

Le FSD hanno un'alta prevalenza, che varia dall'8 al 32% in età fertile, a seconda dell'età e del tipo di problema sessuale; la prevalenza aumenta dopo la menopausa, specie se la donna non fa una terapia ormonale sostitutiva.

La classificazione di FSD e MSD più in uso è ancora quella del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (1994) (Tabella 8.6). Essa è diventata rapidamente inadeguata, in quanto non esaustiva né della diversità e complessità dei disturbi portati in consultazione, né della loro modalità di espressione. Un quadro riassuntivo dei diversi disturbi della funzione sessuale femminile, portati oggi in consultazione, della nuova classificazione è riportato in Tabella 8.7.

Disturbi del desiderio

Definizione.

Il disturbo del desiderio sessuale per difetto ("ipoattivo") è definito come persistente o ricorrente carenza o assenza di fantasie sessuali e/o desiderio, o recettività per l'attività sessuale, che provochi stress personale.

Il disturbo di avversione sessuale è definito come persistente o ricorrente avversione fobica con evitamento del contatto con un partner sessuale, che causi stress personale.

I disturbi del desiderio sessuale per eccesso, che possono comportare ipersessualità nella donna, non sono stati considerati nelle ultime classificazioni. Sono rari e di competenza superspecialistica.

Prevalenza.

I disturbi del desiderio sessuale sono in assoluto i più frequenti nelle donne. Secondo Laumann interessano il 33% delle donne tra i 18 e i 55 anni. Secondo altri ricercatori la prevalenza è minore nell'età fertile, intorno al 20-25%, mentre tende ad aumentare in postmenopausa, specie nelle donne che non seguono terapie ormonali sostitutive.

Eziologia. Le condizioni cliniche che possono causare disturbi del desiderio sessuale per difetto possono essere riassunte come di seguito elencato.

- 1) Primarie di origine biologica: sindromi disgenetiche (Turner, Morris ecc.) mosaicismi; disendocrinie; sindromi neurologiche; sindromi iatrogene; malformazioni genitali, quando feriscano l'immagine corporea e la percezione del Sé;
- 2) primarie di origine psicosessuale: inibizioni educative, gravi carenze affettive; disturbi sull'identità sessuale; disturbi psichiatrici maggiori precoci; conseguenze di traumi fisici o psichici, inclusi abusi fisici e sessuali nella prima e seconda infanzia;
- 3) secondarie di origine biologica: disturbi nutrizionali con conseguenze neuroendocrine (gravi anemie, anoressia); disendocrinie insorte in epoca postpuberale, quali l'iperprolattinemia; disendocrinie di origine iatrogena (ovariectomia, castrazione attinica o chemioterapica): la carenza di androgeni ad esse conseguente causa la "sindrome femminile da carenza di androgeni"; disendocrinie fisiologiche, come la menopausa; effetto inibitorio di farmaci o droghe; disturbi psichiatrici maggiori insorti in epoca postpuberale, in primo luogo la depressione; disturbi neurologici; malattie croniche invalidanti, tra cui diabete, malattie cardio-vascolari, incontinenza; per dolore genitale

FISIOLOGIA DEL RAPPORTO SESSUALE NELLA DONNA

Desiderio

- I suoi correlati fisici si sovrappongono a quelli dell'eccitazione cerebrale (mentale o soggettiva)
- Iniziano i cambiamenti somatici: vasodilatazione cutanea e mucosa, con senso di calore diffuso
- Comincia la lubrificazione vaginale
- I due terzi superiori della vagina si allargano
- La vulva diventa congesta
- Il clitoride si ingrossa
- La cervice e l'utero si muovono verso l'alto
- I capezzoli diventano eretti
- Le mammelle aumentano lievemente di volume
- Possono comparire piccole chiazze di vasodilatazione nella parte alta del torace (skin flush)
- Frequenza cardiaca e pressione sanguigna aumentano
- Aumenta la tensione neuromuscolare

Plateau

- La lubrificazione continua, in modo variabile
- Si forma la piattaforma orgasmica al terzo esterno della vagina
- La cervice e l'utero si elevano ulteriormente
- I due terzi superiori della vagina si allungano e si espandono ulteriormente
- Il clitoride si retrae dietro il prepuzio clitorideo
- Le labbra della vulva diventano gonfie e cambiano colore
- Le chiazze di vasodilatazione si intensificano e si diffondono
- La frequenza cardiaca e la pressione arteriosa aumentano ulteriormente
- Ulteriore aumento delle dimensioni della mammella. L'areola si ingrandisce
- Il respiro può diventare più frequente
- Ulteriore aumento della tensione neuromuscolare

Orgasmo

- Inizio di contrazioni involontarie e ritmiche della piattaforma orgasmica e dell'utero
- Le chiazze di vasodilatazione arrivano alla massima estensione
- Aumento della secrezione salivare, a volte
- Contrazioni involontarie del muscolo elevatore dell'ano
- Picco della frequenza cardiaca, respiratoria e della pressione arteriosa
- Perdita del controllo muscolare volontario; ci possono essere spasmi crampiformi di gruppi muscolari a livello del viso, delle mani e dei piedi
- Si alza la soglia del dolore

Risoluzione (dopo orgasmo)

- Il clitoride ritorna alla posizione normale, 5-10 secondi dopo l'orgasmo
- La piattaforma orgasmica scompare
- Le labbra della vulva ritornano alle normali dimensioni e al normale colore
- La vagina ritorna rapidamente alle dimensioni basali a riposo

- Utero e cervice discendono alla loro posizione, prestimolazione
 - L'areola ritorna rapidamente alle dimensioni normali
 - L'erezione del capezzolo scompare più lentamente
 - Scompaiono le chiazze cutanee
 - Una irregolare tensione neuromuscolare può continuare per alcuni minuti, con involontarie contrazioni di gruppi muscolari isolati
 - La frequenza cardiaca e respiratoria e la pressione arteriosa tornano ai livelli pre-eccitazione
 - Domina un senso generale di rilassamento (che tende a mancare se non c'è stato l'orgasmo)
 - L'acuità visiva e uditiva tornano ai livelli normali disturbi sessuali caratterizzati da dolore: dispareunia, vaginismo, dolori sessuali non coitali e/o dolore pelvico cronico);
- 4) secondarie di origine psicosessuale: per disturbi dell'identità sessuale, specie relativi alla meta (omosessualità inaccettata); per persistenti sintomi sessuali, personali e/o del partner, e caduta secondaria del desiderio; per disturbi psiconevrotici (ansia fino all'avversione fobica, disturbo ossessivo compulsivo, depressione minore ecc.); per problemi relazionali, inclusi i conflitti coniugali e la frustrazione del bisogno di intimità emotiva.

Diagnosi.

- 1) Anamnesi accurata che indaga non solo il desiderio, inteso come voglia/interesse sessuale, ma anche i suoi correlati motivazionali, personali e di coppia, e quindi comportamentali, per una diagnosi più completa. Le combinazioni più frequenti sono:
- a) desiderio fisico normale/alto e normale/alta motivazione: è la normalità, che può variare in rapporto sia a stati fisiologici diversi (ciclo, gravidanza, puerperio) sia a fattori intercorrenti di breve durata;
 - b) desiderio fisico normale/alto e bassa motivazione al sesso, spesso limitata al partner: la componente fisica, biologica, appare intatta mentre sono in gioco fattori di coppia, quali crisi coniugali, delusioni sessuali, disinvestimento affettivo, frustrazione del bisogno d'amore e di intimità emotiva, problemi sessuali o di salute del partner.

FISIOLOGIA DEL RAPPORTO SESSUALE NELL'UOMO

Desiderio

- I suoi correlati fisici si sovrappongono a quelli dell'eccitazione
- Iniziano i cambiamenti somatici: vasodilatazione cutanea e mucosa, con senso di calore diffuso
- Inizia l'erezione
- Lo scroto inizia a ispessirsi, le pieghe scrotali scompaiono
- I testicoli cominciano a elevarsi
- I capezzoli iniziano a diventare eretti
- Aumentano la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa
- Aumenta la tensione neuromuscolare generale

Plateau

- Aumenta la rigidità dell'erezione
- Il glande si ingrossa moderatamente
- I testicoli si ingrossano e vengono spinti verso il corpo
- Può comparire un fluido pre-eiaculatorio
- In circa il 25% degli uomini compaiono chiazze di vasodilatazione al torace
- La frequenza cardiaca e la pressione arteriosa aumentano
- Il respiro può diventare più rapido
- Ulteriore aumento della tensione neuromuscolare
- Si riducono l'acuità visiva e uditiva Orgasmo
- Inizio di potenti contrazioni involontarie di dotti prostatici, dotti eiaculatori e vescichette seminali
- L'eiaculazione comincia subito dopo che la prostata inizia le sue contrazioni
- I testicoli sono spinti saldamente contro il corpo
- Se presenti, le chiazze di vasodilatazione al torace raggiungono il massimo
- Picco nella frequenza cardiaca e respiratoria e nella pressione arteriosa
- Perdita del controllo muscolare volontario

Risoluzione

- Perdita dell'erezione, seguita da un più lento ritorno alle dimensioni basali
- I testicoli scendono nella posizione normale
- Lo scroto si rilassa e ricompaiono le pieghe scrotali
- Si verifica il periodo refrattario, durante il quale non è possibile ottenere un'altra eiaculazione (breve nei giovani, aumenta con l'età)
- Perdita dell'erezione del capezzolo
- Rapida scomparsa della vasodilatazione cutanea
- Scomparsa delle chiazze di vasodilatazione
- Una modesta tensione neuromuscolare può continuare
- La frequenza cardiaca, respiratoria e la pressione arteriosa tornano ai livelli basali, pre-eccitazione

- L'acuità visiva e uditiva tornano rapidamente ai livelli normali
 - Domina un senso di piacevole rilassamento, che può portare al sonno
- c) desiderio fisico basso e normale/alta motivazione: la persona sente che qualcosa non va a livello personale, fisico o psichico, nonostante la qualità della relazione di coppia sia buona. È essenziale il ruolo del medico nel valutare le possibili cause endocrine (carenza di ormoni sessuali, estrogeni e androgeni, o eccesso di prolattina) oltre a fattori personali psicosessuali inibitori (inibizioni sessuali, analfabetismo erotico, pregresse molestie o abusi ecc.). Il basso desiderio fisico causa astenia sessuale;
- d) desiderio fisico basso e bassa motivazione: la depressione è il primo fattore eziologico cui pensare. Bisogna comprendere che cosa si sia incrinato prima, se il desiderio fisico o la motivazione, e che cosa secondariamente. La coesistenza di un'inibizione fisica e motivazionale porta alla diagnosi di anergia sessuale.
- 2) Esami ormonali: testosterone totale e libero e SHBG, se si sospetta una sindrome da insufficienza androgenica (FAI, Female Androgen Insufficiency) caratterizzata da caduta del desiderio sessuale, caduta dell'energia vitale, riduzione dell'assertività, perdita dei peli pubici, riduzione della massa muscolare, tendenza all'aumento di peso con incremento del grasso addominale. Le donne sottoposte a ovariectomia bilaterale vengono private di tutta la produzione androgenica ovarica, con un calo di circa il 50% del testosterone totale e libero. Chemioterapia sistemica e radioterapia pelvica, oltre a poter causare una menopausa iatrogena, possono determinare la FAI per un danno irreversibile delle cellule del Leydig contenute nell'ilo ovarico, che producono gli androgeni.
- 3) Esame obiettivo: indicato quando la caduta di desiderio sia secondaria a disturbi dell'eccitazione, dell'orgasmo, e/o a disturbi sessuali caratterizzati da dolore (dispareunia o vaginismo); ad anomalie genitali; oppure quando la FSD sia in comorbidità con altri disturbi urologici (incontinenza, cistiti recidivanti) o ginecologici (dolore pelvico cronico, endometriosi).

Disturbi dell'eccitazione sessuale

Definizione.

Il disturbo dell'eccitazione sessuale femminile viene definito come persistente o ricorrente incapacità a ottenere o mantenere un sufficiente eccitamento sessuale, che causa un disagio o che costituisce comunque un problema personale (personal distress).

Può essere espresso come mancanza di eccitazione soggettiva mentale, di eccitazione genitale (lubrificazione/congestione) o di altre risposte somatiche (Basson et al., 2000).

Il disturbo dell'eccitazione genitale femminile persistente (persistent sexual arousal disorders, PSAD) è stato inserito nell'ultima classificazione. Indica un'eccitazione sessuale genitale (congestione, pulsazione, lubrificazione) spontanea, intrusiva e non gradita in assenza di desiderio e di interesse sessuale. La consapevolezza dell'eccitazione sessuale è tipicamente – ma non invariabilmente – spiacevole. L'eccitazione non è ridotta da uno o più orgasmi. La sensazione di eccitazione fisica può persistere per ore o giorni e più. Ha cause biologiche o sconosciute; provoca marcato stress personale nonché problemi interpersonali.

TIPO I

- Disturbi del desiderio sessuale:
 - disturbo da desiderio sessuale ipoattivo
 - disturbo di avversione sessuale
- Disturbi dell'eccitazione sessuale:
 - disturbo dell'eccitazione sessuale femminile
 - disturbo maschile dell'erezione
 - Disturbo dell'orgasmo:
 - disturbo dell'orgasmo femminile
 - disturbo dell'orgasmo maschile
 - eiaculazione precoce

Tipo II

- Disturbi dal dolore sessuale:
 - dispareunia
 - vaginismo

(Da: American Psychiatric Association, 2001.)

Il disturbo dell'eccitazione sessuale persistente va accuratamente indagato e mai banalizzato; la paziente va riferita a centri specializzati.

Prevalenza.

I disturbi dell'eccitazione sessuale per difetto interessano il 15-19% della popolazione femminile sessualmente attiva tra i 18 e i 59 anni. Possono salire fino al 30-40% delle donne sessualmente attive in postmenopausa.

Eziologia.

I disturbi dell'eccitazione sessuale per difetto riconoscono tre grandi eziologie. I sintomi più frequenti riportati in consultazione sono la secchezza vaginale e/o il dolore ai rapporti, che può associarsi a disturbi urinari (cistiti postcoitali, cistalgia, uretralgia), a loro volta associati a dispareunia.

Andranno indagati i fattori di seguito elencati:

DI ANDROGENI

- Perdita di desiderio sessuale
- Diminuita vitalità e assertività
- Ridotta sensibilità alla stimolazione del clitoride e del capezzolo
- Diminuita capacità di eccitazione e di orgasmo
- Perdita di tono, forza e competenza muscolare
- Pelle secca, perdita di peli pubici

Disturbi del desiderio: disturbi del desiderio e dell'interesse sessuale nelle donne.

La donna non ha sensazioni di interesse o desiderio sessuale, o le riferisce molto diminuite; non ha pensieri o fantasie sessuali e manca anche del desiderio "responsivo" (in risposta cioè ad avances del partner).

Non ha o ha poche motivazioni (ragioni o incentivi) a tentare di eccitarsi sessualmente.

La mancanza di interesse sessuale è considerata eccessiva rispetto alle riduzioni ritenute fisiologiche per la fase del ciclo vitale (che la donna sta vivendo al momento della consultazione) e in rapporto alla durata della relazione.

Disturbo da avversione sessuale

Ansia estrema e/o disgusto al solo pensiero, e/o al tentativo di avere qualsiasi forma di attività sessuale.

Disturbi dell'eccitazione sessuale: disturbo soggettivo dell'eccitazione sessuale.

Le sensazioni mentali di eccitazione sessuale (eccitazione e piacere sessuale) derivanti da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale sono marcatamente diminuite o assenti.

Possono comunque essere presenti la lubrificazione vaginale o altri segni di eccitazione. Disturbo genitale dell'eccitazione sessuale.

Mancata o ridotta eccitazione sessuale genitale.

La donna può riferire una minima risposta di congestione vulvare e/o di lubrificazione vaginale a qualsiasi tipo di stimolazione sessuale, e ridotte sensazioni sessuali nelle carezze genitali.

L'eccitazione sessuale soggettiva, mentale, può tuttavia essere presente grazie a stimoli sessuali non genitali.

Disturbo misto, soggettivo e genitale, dell'eccitazione sessuale

Assenza o marcata riduzione di sensazioni di eccitazione sessuale (eccitazione sessuale e piacere sessuale), associata ad assente o diminuita eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare, lubrificazione vaginale) in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale.

Disturbo dell'eccitazione sessuale persistente

Eccitazione sessuale genitale (congestione, pulsazione, lubrificazione) spontanea, intrusiva e non desiderata in assenza di desiderio e di interesse sessuale. La consapevolezza dell'eccitazione sessuale è tipicamente – ma non invariabilmente – spiacevole.

L'eccitazione non è ridotta da uno o più orgasmi. La sensazione di eccitazione fisica può persistere per ore o giorni e più.

Disturbo dell'orgasmo

Mancanza di orgasmo, marcatamente ridotta intensità delle sensazioni orgasmiche o marcato ritardo dell'orgasmo in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale, nonostante un alto livello di eccitazione sessuale soggettiva.

Disturbi sessuali caratterizzati da dolore

Dispareunia

Persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale.

Vaginismo

Persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espreso desiderio della donna di farlo. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore.

Anomalie anatomiche o altre anomalie fisiche devono essere escluse o trattate.

Per ogni disturbo, è necessario specificare:

- a) se sia presente fin dall'inizio della vita sessuale (primario) o acquisito;
- b) se sia generalizzato o situazionale;
- c) quale sia il livello di stress emotivo associato al disturbo: assente, lieve, medio, grave;
- d) quale sia la causa: biologica, psicogena, mista o sconosciuta.

1) I fattori biologici:

- a) la carenza ormonale di androgeni e/o estrogeni perché riduce l'effetto iniziatore e facilitatore che questi ormoni hanno sull'eccitazione centrale e genitale:

- 1) ipoestrogenismi associati ad amenorree (ipotalamiche; in puerperio; in menopausa);

- 2) ipoandrogenismi iatrogeni: ovariectomia bilaterale, menopausa attinica o chemioterapica; farmaci antiandrogenici, quali il ciproterone acetato o la finasteride;
- 3) l'incremento di Sex Hormone Binding Globulin (SHBG), in corso di terapia contraccettiva orale, di HRT orale, e/o di dieta ricca di fitoestrogeni;
- b) l'eccesso di prolattina, per il suo effetto inibitore sulle vie dopaminergiche;
- c) i disturbi vascolari: abuso di fumo, arteriosclerosi,

ipertensione, diabete;

- d) le distrofie vulvo-vaginali: menopausa e invecchiamento causano involuzione delle strutture bulbo-cavernose e clitoridee e dei tessuti vaginali;
- e) il dolore genitale: il più potente inibitore riflesso dell'eccitazione specie genitale. Molte donne, che riportano una normale eccitazione durante i preliminari, riferiscono un blocco immediato della stessa, con un'improvvisa secchezza, non appena inizi una penetrazione che causi dolore;
- f) le malattie neurologiche: traumi midollari, come succede nelle donne paraplegiche; malattie neurologiche quali la sclerosi multipla.

2) I fattori psicosessuali

l'eccitazione, soprattutto mentale, può essere inibita da:

- a) inibizioni educative, se l'eccitazione viene colpevolizzata come inopportuna, prematura, indegna;
- b) mancanza di intimità emotiva;
- c) ansia da prestazione: può causare un picco plasmatico di adrenalina, con conseguente vasocostrizione e ridotta o inibita eccitazione fisica, anche nella donna;
- d) igiene inappropriata del/della partner: fattore disatteso nell'indagine clinica, è importante nella coppia stabile. Sono inibitori una scarsa attenzione all'aspetto fisico, all'igiene personale, alla seduttività fisica, più curate nelle fasi iniziali dell'innamoramento, un odore sgradevole e/o un gusto sgradevole dell'alito e dei baci;
- e) contesti avversivi, quando l'eccitazione è, o è stata vissuta, durante molestie, abusi e/o violenze, causando sensi di colpa, di indegnità e/o sentimenti paralizzanti di collusione involontaria, e/o quando si associa a una sindrome post-traumatica da stress;
- f) non accettazione della direzione del proprio desiderio: ad esempio, quando la persona non accetta la propria sessualità, può inibire la propria eccitazione.

3) I fattori contesto-correlati:

- a) sentimenti per il partner e qualità della salute fisica e sessuale del partner: sono tra i fattori predittivi più significativi delle possibili modificazioni della sessualità femminile durante tutta la vita, specie durante la transizione menopausale;
- b) qualità della relazione di coppia, livelli di intimità o di conflittualità;
- c) contesti percepiti come inibenti: ad esempio, per la presenza di genitori o figli nella stanza accanto; per la paura di essere scoperte, soprattutto nelle adolescenti.

Diagnosi.

La diagnostica di primo livello nei disturbi dell'eccitazione per difetto, che hanno la massima probabilità di essere diagnosticati nella pratica clinica ambulatoriale, prevede:

- 1) l'anamnesi, finalizzata a indagare la difficoltà a ottenere o mantenere una sufficiente eccitazione sessuale:
 - Presenza e frequenza di sogni a contenuto sessuale, e/o di fantasie sessuali volontarie e/o spontanee: la loro presenza e tipo suggerisce che la componente biologico-istintuale, ossia l'interesse sessuale, è attivo.
 - Presenza e frequenza di episodi di eccitazione sessuale mentale e fisica, anche indipendentemente dal rapporto di coppia (su stimoli visivi, un film ad esempio, uditivi, una canzone, olfattivi): la componente biologica è attiva.
 - Motivazione al rapporto sessuale, in caso di coppia stabile: dipende dalla qualità della relazione di coppia, dall'intimità, dalla soddisfazione, che vanno indagate, così come la possibilità di relazioni sessuali con altre persone.
 - Presenza e frequenza di masturbazione: indica che il desiderio c'è ma viene investito su di sé e non sulla relazione per non disponibilità fisica o emotiva del/della partner, per conflitti, delusioni coniugali.
 - Presenza e frequenza dei contatti sessuali non finalizzati al coito: può essere indicativa di una mancanza di desiderio limitata alla penetrazione, e quindi alla recettività coitale, spesso associata a vaginismo e/o dispareunia, e/o ad avversione fobica nella donna; è rara nell'uomo.
 - Presenza o meno di rapporti con penetrazione, vaginale o anale.
 - Se il coito è presente, precisare: Chi comincia il rapporto? Come viene vissuto? È proposto, subito o accettato con soddisfazione? Qual è il sentimento dominante verso il/la partner: di desiderio, neutro o di avversione? Quale è il ruolo prevalente nel coito (attivo, passivo, recettivo)? Quali sono le motivazioni al coito? Esistono o meno fantasie sessuali durante il coito e, se sì, di quale tipo? Come va l'eccitazione (mentale e genitale)? Raggiunge l'orgasmo o no? È soddisfatta/o o no? Ci sono altri disturbi sessuali e non (comorbidità)?
 - a) mentale: "Ha difficoltà a sentirsi mentalmente eccitata o comunque coinvolta?". Se sì, indagare fattori psicosessuali e di coppia;

- b) somatica non genitale: “Ha spesso la bocca secca mentre fa l’amore?”. Una ridotta salivazione durante l’eccitazione sessuale può dipendere da un eccesso di adrenalina da ansia da prestazione, oppure da persistente carenza di estrogeni dopo la menopausa, oppure da sindrome di Sjögren;
- c) genitale: “Ha secchezza vaginale o dolore ai rapporti?” “Ha difficoltà nell’eccitazione fisica?”. Molte donne dicono testualmente “il mio clitoride è morto” indicando questa assenza di responsività, che può migliorare con la somministrazione di testosterone topico (sotto controllo medico!);
- 2) l’esame obiettivo, orientato in base all’anamnesi, dovrà valutare la presenza di distrofia vulvo-vaginale, inclusa della valutazione del pH vaginale elevato nell’ipoestrogenismo, di involuzione clitoridea, associata o meno a Lichen sclerosus, di iposensibilità cutanea e/o di cause di dolore che possano provocare una inibizione riflessa dell’eccitazione mentale e soprattutto genitale;
- 3) gli esami strumentali saranno orientati in base all’anamnesi; potranno includere i dosaggi ormonali, oltre a valutazioni più specialistiche quando suggerito dall’anamnesi.

Disturbi dell’orgasmo

Definizione. Disturbo dell’orgasmo è definito come persistente o ricorrente difficoltà a raggiungere l’orgasmo – nonostante un adeguato stimolo ed eccitamento – che causa stress personale.

Prevalenza.

La difficoltà orgasmica è riportata nel 15-28% delle donne sessualmente attive. Quando l’analisi distingue tra i diversi tipi di orgasmo, circa il 10% delle donne lamenta l’impossibilità di averlo in modo assoluto, mentre circa il 50% lamenta un’incapacità limitata all’orgasmo coitale.

Eziologia.

L’eziologia dei disturbi dell’orgasmo può essere multifattoriale e multisistemica. La causa principale è un’inadeguata eccitazione, mentale e fisica, che va esclusa. Andranno considerati i seguenti fattori...

Fattori biologici:

- 1) ormonali, per l’effetto della carenza, assoluta o relativa, di:
 - androgeni: riduzione della responsività della componente muscolare liscia dei corpi cavernosi clitoridei e bulbo-vestibolari;
 - estrogeni: l’inadeguata preparazione della piattaforma orgasmica, soprattutto nella forma dei tessuti vascolari congesti perivaginali e periuretrali;
- 2) invecchiamento-dipendenti con distrofia genitale;
- 3) iatrogeni, dovuti all’effetto collaterale di:
 - farmaci antidepressivi, sia del tipo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sia dei triciclici; anche gli antiandrogeni possono causare una inibizione selettiva (e reversibile) dell’orgasmo;
 - interventi ostetrici: parti operativi con forcipe e/o ventosa, parti con feti macrosomi, oppure con rotazione posteriore dell’occipite, e/o periodi espulsivi prolungati, sono tutte condizioni in cui sono state lese le parti mediali dell’elevatore dell’ano, cui spetta la componente efferente, muscolare e quindi motoria del riflesso orgasmico. Parto e danni ostetrici sono la causa più frequente di anorgasmia coitale acquisita secondaria all’ipotono, di varia gravità, dell’elevatore dell’ano;
 - interventi chirurgici, che abbiano leso il nervo pudendo (riducendo l’afferenza sensitiva); oppure colpoplastiche iperzelanti che causano una riduzione della abitabilità vaginale e dispareunia, inibendo in modo riflesso l’eccitazione genitale e l’orgasmo;
 - radioterapia pelvica, per carcinomi cervicali, anali, vescicali, che può inibire l’orgasmo con una modalità complessa (da vasculopatia e neuropatia), cui va aggiunto l’effetto inibitorio riflesso da dispareunia per ridotte lubrificazione e abitabilità vaginale;
- 4) tossicologici: abuso cronico di alcol o droghe, quali marijuana, morfina o eroina, che deprimono l’attività del SNC e possono inibire l’orgasmo attraverso un’azione sedativa sia sul desiderio, sia sull’eccitazione mentale (inizialmente alcol e marijuana possono avere un effetto facilitatorio sull’orgasmo, perché possono ridurre l’ansia da prestazione e il controllo);
- 5) neurologici, da sclerosi multipla, che può ledere la componente nervosa dell’orgasmo;
- 6) muscolari:
 - da ipotono marcato, secondario a traumi ostetrici dell’elevatore dell’ano;
 - da ipertono, per inibizione riflessa causata dal dolore durante i tentativi di penetrazione (dispareunia) dell’elevatore dell’ano;
- 7) traumatici:
 - accidentali, da cadute, non solo con trauma clitorideo, ma anche con trauma coccigeo: si può in tal caso avere una sindrome compressiva del pudendo (S2-S3-S4) che può estrinsecarsi, anche anni dopo il trauma, con un deficit dell’orgasmo, oltre a parestesie vulvari e clitoralgie;
 - sportivi, con microtraumi cronici: una sindrome compressiva cronica a carico del pudendo può causare un impoverimento della qualità orgasmica, oltre che parestesie genitali;
 - rituali: l’infibulazione, con vario grado di lesione del clitoride e delle strutture bulbo-vestibolari può causare una lesione parziale o totale della capacità orgasmica genitale, soprattutto da stimolazione clitoridea;

8) vascolari e dismetabolici:

- fumo, arteriosclerosi, ipertensione possono determinare una comorbidità tra disturbi dell'eccitazione e dell'orgasmo;
- il diabete può causare un danno orgasmico per la neuropatia che lo caratterizza;

9) urologici, da instabilità detrusoriale o vescica iperattiva, che causi un'incontinenza da urgenza al momento dell'orgasmo. Molte pazienti riportano allora un'inibizione selettiva dell'orgasmo per la paura che la perdita di urina si ripeta.

Fattori psicosessuali e fattori contesto-correlati

Sono in comune con i disturbi del desiderio e dell'eccitazione. Analfabetismo erotico e inibizioni sessuali sono le cause principali di anorgasmia primaria.

Diagnosi.

L'assenza, parziale o totale, dell'orgasmo rappresenta uno dei più frequenti disturbi sessuali nella donna.

Essa è caratterizzata da una inibizione selettiva del riflesso orgasmico, generalizzata o limitata ad alcuni trigger, ossia ad

alcuni tipi di stimolazione/sensazione.

Va diagnosticata con:

- 1) anamnesi, essenziale per la definizione del disturbo. L'anorgasmia può essere primaria (se l'orgasmo non è mai stato percepito in alcuna forma, inclusi gli orgasmi durante il sonno con sogni, le fantasie sessuali, l'autoerotismo e i vari tipi di rapporto sessuale) o secondaria (se è acquisita dopo un periodo di normale responsività). Può essere assoluta (nessuna forma di orgasmo è mai stata percepita, in alcuna situazione e con alcun partner: quindi si tratta di un'impossibilità generalizzata) oppure relativa (limitata a un aspetto della stimolazione, a una situazione e/o ad un partner).

È il disturbo più frequentemente portato in consultazione. Molte donne hanno orgasmi notturni, durante il sonno con sogni, ma non riescono ad averli con la stimolazione clitoridea e/o con la penetrazione. Altre hanno una facile risposta clitoridea ma non coitale.

In presenza di anorgasmia assoluta, va indagato se la donna abbia mai avuto esperienza di autostimolazione genitale (masturbazione) e la qualità della medesima:

- a) in caso negativo (mai masturbata), va approfondito il tipo di educazione sessuale ricevuta, restrittiva o sessuofobica, e/o eventuali effetti inibitori da esperienze negative di molestie, abusi, violenze sessuali, intraed extradomestiche, anche nell'infanzia;
- b) in caso positivo, in cui la stimolazione dei genitali esterni, personale o fatta dal/dalla partner, c'è o c'è stata, ma non ha dato luogo all'orgasmo, bisogna indagarne la qualità. A volte infatti è povera anche la qualità della stimolazione sessuale sia personale, sia fatta dal partner durante i preliminari: è possibile che la coppia condivida stili educativi molto simili ("analfabetismo erotico", per inibizioni da influenze religiose). La possibilità di un danno clitorideo da infibulazione va ipotizzata nelle donne che riferiscono di aver subito interventi genitali rituali nell'infanzia e/o nell'adolescenza.

Se l'anorgasmia è coitale e primaria, la donna ottiene l'orgasmo da sola, con stimolazione diretta (manuale) o indiretta (mediante strofinamento delle cosce, o contatto attraverso il vestiario o con oggetti): va indagato se con il partner l'orgasmo è ottenibile o meno con stimolazione manuale od orale.

In caso negativo, questo può indicare ansia da prestazione, inibizioni, assenza di adeguato desiderio e/o di adeguata eccitazione mentale e/o fisica; in caso affermativo, si tratta di una anorgasmia coitale pura, un problema (o una caratteristica?) che interessa una donna su due.

È opportuno indagare anche la presenza o meno di problemi del partner: eiaculazione precocissima, e/o deficit erettivo, perché in tal caso manca la stimolazione minima sufficiente per attivare l'orgasmo vaginale.

Se l'anorgasmia è acquisita, dopo un periodo di normale responsività orgasmica (onirica, clitoridea, e/o coitale): le circostanze e le modalità di comparsa del disturbo sono tra i più forti fattori predittivi sull'eziologia di questo tipo di anorgasmia.

Attenzione all'anorgasmia acquisita da urge incontinenza, per l'effetto inibitorio che la paura di perdere urina all'orgasmo ha sulla disponibilità della donna a lasciarsi andare.

Esame obiettivo

1) Generale: può suggerire e/o confermare problemi generali quali un ipotiroidismo, una depressione, clinicamente evidente o "mascherata", anemie, cali ponderali significativi, malattie generali dismetaboliche, neurologiche, vascolari; traumi midollari;

2) sessuologico genitale

- ispezione: aspetto dei genitali esterni, con particolare attenzione a dimensioni e trofismo clitorideo e dei genitali esterni: priapismo clitorideo, involuzione delle piccole labbra, Lichen sclerosus; traumi genitali e loro esiti cicatriziali (rituali da infibulazione o accidentali); danni iatrogeni (ostetrici; attinici, dopo radioterapia genitale);
- palpazione: valuterà la presenza di clitoralgie; di punti di dolorabilità in caso di dispareunia e vaginismo; tono, trofismo e competenza motoria del muscolo elevatore dell'ano; eventuali asimmetrie del muscolo elevatore che suggeriscano una patologia neurogena o miogena; danni attinici (da irradiazioni).

L'adeguatezza dell'approccio diagnostico, anamnestico e semeiologico al disturbo orgasmico indirizzerà in modo ottimale la scelta di eventuali esami strumentali e la strategia terapeutica, medica, psicosessuale o relazionale.

Disturbi sessuali caratterizzati da dolore

Il dolore genitale non è (quasi) mai psicogeno.

Ha solidissime basi biologiche.

Sfortunatamente, la banalizzazione e/o la negazione del dolore nelle donne ("È impossibile che senta male", "Vada dallo psicologo") ha portato a una grave omissione diagnostica nei confronti delle cause mediche di dolore. Nello specifico, i disturbi sessuali caratterizzati da dolore sono tra i più frequenti e meno diagnosticati disturbi algici in ambito pelvico. Solo nel 1998 l'International Consensus Conference on Female Sexual Disorders (FSD), tenutasi a Boston, ha incluso per la prima volta i fattori biologici come categoria eziologica a sé stante della dispareunia (Basson et al., 2000). Questo indica bene il persistente limite interpretativo di genere che ha condizionato la diagnostica dei FSD, rispetto ai disturbi sessuali maschili.

Definizione.

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore includono (Basson et al., 2000):

- 1) la dispareunia, descritta come un dolore genitale ricorrente o persistente che compare durante il rapporto sessuale;
- 2) il vaginismo, che indica uno spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore, che interferisce con la penetrazione vaginale (associato o meno a un variabile grado di fobia della penetrazione);
- 3) i disturbi sessuali non coitali caratterizzati da dolore (ad esempio la clitoralgia o il dolore al vestibolo vulvare durante il petting).

Prevalenza.

La dispareunia colpisce il 15-19% delle donne in età fertile, fino al 31-39% di quelle in postmenopausa.

Il vaginismo interessa probabilmente lo 0,5-1% della popolazione: il dato è controverso in quanto non esistono studi epidemiologici specificamente focalizzati su questo disturbo, in genere inglobato nel più generale.

I disturbi sessuali non coitali sono rari.

DISPAREUNIA

Eziologia. L'eziologia della dispareunia è multifattoriale e multisistemica.

In relazione alla sede del dolore, distinguiamo tre tipi di dispareunia:

- 1) introitale o superficiale;
- 2) mediovaginale;
- 3) profonda.

In relazione all'eziologia, le cause possono essere biologiche, psicosessuali e/o relazionali, spesso interagenti tra loro.

Il ginecologo è responsabile della diagnosi medica del dolore sessuale nella donna.

Cause biologiche

Sono diverse a seconda della sede del dolore. È utile distinguerle in cause di:

1) dispareunia superficiale o introitale e mediovaginale:

- ormonali: perdita di estrogeni e di androgeni, con conseguenti distrofie vulvo-vaginali;
- infiammatorie: vaginiti, vestibolite vulvare (causa più frequente di dispareunia in età fertile; ha tre sintomi: dispareunia, rossore del vestibolo, dolore acuto alle 5 e alle 7, immaginando l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio); cistiti postcoitali, usualmente secondarie al trauma "meccanico" del rapporto quando l'eccitazione è scarsa, quando l'elevatore dell'ano è teso e contratto e quando l'ipoestrogenismo aumenta la vulnerabilità della vescica;
- anatomiche: imene cribroso, rigido, agenesia vaginale (sindrome di Rokitansky), rari;
- muscolari: ipertono, mialgia tensiva del pavimento pelvico;
- iatrogene: effetti collaterali della chirurgia perineale, tra cui episiotomia-rrafia; vaginale: colpoplastiche anteriori e posteriori; esiti della chirurgia pelvica, specie radicale per tumori; esiti di radioterapia vaginale e pelvica;
- neurologiche: neuropatie sistemiche e periferiche;
- connettive e immunitarie: sindrome di Sjögren;
- vascolari: sia per effetto di fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, che possono causare difficoltà di eccitazione con conseguente secchezza vaginale, sia per più drastici danni vascolari iatrogeni, ad esempio in corso di radioterapia pelvica;
- neuropatiche: dal punto di vista eziopatologico è in gioco una particolare vulnerabilità dei sistemi del dolore periferici e centrali. In tali casi il dolore si evolve da "nocicettivo", indicativo di un danno in corso, da cui l'organismo è indotto a difendersi, a "neuropatico", in cui il dolore si genera all'interno delle vie e dei centri del dolore e diventa malattia in sé. Questa evoluzione del dolore è mediata dalla iperproduzione di Nerve Growth Factor (NGF), da parte del mastocita iperattivo.

L'interazione infiammatoria-immunitaria-nervosa sta emergendo come fattore primario nella cronicizzazione e nella difficile curabilità di molte sindromi algiche croniche tra cui la dispareunia da vestibolite vulvare;

- 2) dispareunia profonda, che includono:
- l'endometriosi;

Cause biologiche

Di dispareunia superficiale e mediovaginale:

- infettive/infiammatorie: vulviti, vestiboliti vulvari, vaginiti
- ormonali: atrofie e distrofie vulvo-vaginali;
- anatomiche: imene cribroso, fibroso, agenesia vaginale
- muscolari
- iatrogene
- neurologiche, incluso il dolore neuropatico
- connettive e immunitarie
- vascolari

Di dispareunia profonda:

- endometriosi
- malattia infiammatoria pelvica (PID)
- varicocele pelvico
- dolori mialgici riferiti
- esiti di radioterapia pelvica ed endovaginale
- sindrome da intrappolamento dei nervi pudendi

Cause psicosessuali

- Comorbidità con disturbi del desiderio e dell'eccitazione
- Pregresse molestie e abusi sessuali
- Disturbi affettivi: depressione e ansia
- Catastrofismo come modalità psicologica dominante

Cause relazionali

- Mancanza di intimità emotiva
- Preliminari inadeguati
- Conflitti coniugali e abusi verbali e fisici da parte del partner
- Insoddisfazione sessuale e conseguente inadeguata eccitazione
- Scarsa compatibilità dimensionale anatomica genitale
- Problemi sessuali del partner

(Da: Graziottin A., Il ginecologo e la dispareunia, in Leiblum Sr, Rosen R., Principi e pratica delle terapie sessuali, ed. italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, Roma: CIC Edizioni, 2004 (in press), **con autorizzazione.**)

FATTORI BIOLOGICI COINVOLTI NELLA VESTIBOLITE VULVARE

- La mucosa del vestibolo vulvare (VV), sede di intensa risposta infiammatoria mediata dal mastocita.
- Il sistema immunitario: il mastocita iperattivo produce in quantità aumentate: a) chinine, sostanza P e altri mediatori dell'infiammazione, che causano edema, gonfiore e bruciore locale; b) Nerve Growth Factor (NGF), il fattore di crescita dei nervi, che causa proliferazione delle terminazioni nervose del dolore nell'area infiammata, con iperalgesia (aumento della percezione del dolore) e allodinia (viraggio della sensazione da tattile a bruciore urente, per la superficializzazione delle fibre del dolore).
- Il sistema nervoso:
 - a) nelle vie e centri del dolore con dimostrate iperalgesia periferica e riduzione della soglia centrale del dolore;
 - b) nel sistema limbico che modula la risonanza affettiva del dolore (depressione e ansia);
 - c) nel sistema neurovegetativoche media le risposte automatiche al dolore della penetrazione: ipertono muscolare difensivo, tachicardia, sudorazione fredda, vasocostrizione.
- Il sistema muscolare: con meccanismo universale negli essere viventi dotati di muscoli, il dolore attiva la contrazione difensiva nell'area dolente, per proteggere i tessuti da ulteriore trauma e dolore. Nel pavimento pelvico, la contrazione difensiva dell'elevatore dell'ano, se persistente in risposta alla VV e al dolore, può dar luogo a una franca mialgia e diventare cofattore di mantenimento del dolore.
- Il sistema vascolare: l'eritema vestibolare è epifenomeno della vasodilatazione superficiale neurogena, mediata dal peptide correlato al gene della calcitonina (Calcitonin Gene-related Peptide) liberato dai nocicettori C mecano-sensibili. Può causare vasodilatazione e picchi di dolore riflessi anche a livelli molto bassi di attività.

(Da: Graziottin A., Il ginecologo e la dispareunia, in Leiblum Sr, Rosen R., Principi e pratica delle terapie sessuali, ed. italiana aggiornata a cura di A. Graziottin, Roma: CIC Edizioni, 2004 (in press), **con autorizzazione.**)

- la malattia infiammatoria pelvica (PID);
- il varicocele pelvico;
- i dolori riferiti, soprattutto a genesi mialgica da trigger points, specie sull'elevatore dell'ano;
- esiti di radioterapia;
- sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali (ACNES, Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) e pelvici (sindrome da intrappolamento del nervo pudendo).

Fattori psicosessuali

Vaginismo, disturbi dell'eccitazione, perdita di desiderio, pregresse molestie o abusi sessuali possono contribuire al persistere e all'aggravarsi della percezione del dolore, e al peggioramento della dispareunia stessa, attraverso l'ansia, la depressione, l'inibizione dell'eccitazione e della lubrificazione, la tensione fisica ed emotiva.

Fattori relazionali

Conflitti, relazioni di abuso, poca attenzione ai preliminari possono contribuire al dolore coitale.

I fattori che concorrono al dolore coitale possono essere distinti in:

- a) favorenti: difficoltà psicosessuali primarie, quali scarso desiderio, difficoltà di eccitazione e/o vaginismo, maggiore sensibilità al dolore, ansia elevata;
- b) precipitanti: vaginiti e vulviti recidivanti, ipoestrogenismi, episiotomia, laser vulvare ecc.;
- c) di mantenimento: ipertono difensivo dei muscoli perivaginali, iperattività del mastocita, con aumentata produzione di mediatori del dolore e di NGF, proliferazione delle terminazioni nervose del dolore a livello vestibolare, fino a 10 volte la norma (!), inibizione riflessa della lubrificazione a causa del dolore, caduta secondaria del desiderio, crisi coniugali a causa della difficoltà persistente ai rapporti.

I diversi fattori in gioco devono essere diagnosticati con accuratezza, altrimenti è impossibile ottenere la risoluzione del dolore.

Diagnosi.

Sede e caratteristiche del dolore, e momenti di comparsa del medesimo, sono i fattori predittivi più importanti della eziologia organica della dispareunia; una accurata visita ginecologica è in grado di riprodurre le sensazioni e la sede del dolore nel 90% dei casi. Ciò conferma quanto un'anamnesi accurata ed un esame obiettivo attento a diagnosticare e descrivere accuratamente la "mappa del dolore" siano strumenti ineludibili per una presa in cura davvero terapeutica della donna e del suo disturbo.

Un'accurata anamnesi deve indagare:

- 1) dove la donna prova dolore; se in sede introitale: vestibolite, vaginismo, iperalgesia neurogena del pudendo, cicatrici episiotomiche retraenti, esiti iatrogeni di chirurgia vaginale (colpoplastica iperelante); imene cribroso o fibroso, agenesia vaginale (rari); mediovaginale laterale: ipertono dell'elevatore dell'ano fino a mialgia con tender e/o trigger points; mediovaginale anteriore: cistalgia, trigonite, uretrite; introitale e mediovaginale posteriore: ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo; vaginale profonda: endometriosi, PID, dolori riferiti ecc.;
- 2) quando prova dolore: se al momento dell'inizio della penetrazione (tutte le cause di dolore introitale summenzionate), o a penetrazione completa (verificare anche cause profonde di dispareunia e qualità dell'eccitazione);
- 3) quanto a lungo prova dolore: se solo durante il coito oppure anche dopo il rapporto, fino a due, tre giorni dopo o più. Sintomo che, insieme alla sede introitale del dolore, suggerisce la presenza di vestibolite vulvare, a genesi molteplice: infiammatoria – da candida, vaginosi batterica inclusa gardnerella, HPV; meccanica – da ipertono elevatore; psicosessuale – da blocco riflesso della lubrificazione a causa del dolore e/o della fobia associata all'idea della penetrazione;
- 4) quali sono i sintomi associati:
 - a) urinari (presenti in circa il 20-38% dei casi);
 - b) intolleranza alla frizione sui vestiti o stimolazioni manuali durante il petting (in circa il 20% dei casi);
 - c) intolleranza all'inserimento di un tampone per la protezione intima mestruale (in circa il 30% dei casi);
 - d) comparsa di dolore con le stesse caratteristiche della dispareunia durante la visita ginecologica (90% dei casi).

L'esame obiettivo, finalizzato a riconoscere la mappa del dolore, consente di completare la diagnosi e di definire l'eziologia, la prognosi e la terapia della dispareunia, con piena risoluzione del sintomo nel 70-85% dei casi, di altri sintomi sessuali associati, della durata e del significato del sintomo, nonché delle implicazioni relazionali, prima di una efficace presa in cura.

VAGINISMO

Eziologia.

Le classificazioni correnti escludono le cause biologiche di vaginismo. Posizione discutibile se si considera che ogni fenomeno psichico o, a maggior ragione, comportamentale, qual è il vaginismo, ha sempre forti correlati biologici, magari non ancora compresi che vanno inclusi nel più ampio capitolo della dispareunia. L'eziologia del vaginismo è ancora poco chiarita.

Le cause o le situazioni psicosessuali più frequentemente associate al vaginismo sono:

- inibizioni educative e/o religiose;
- paura dell'aggressività implicita nella penetrazione (spesso condivisa con il partner);

- ipervalutazione della verginità;
- paura della “prima volta” (per il sangue e/o il dolore, temuti per racconti traumatici uditi nell’infanzia);
- personalità ansiosa, con disturbi d’ansia e comorbidità con fobie o attacchi di panico;
- comorbidità primaria con altri disturbi sessuali, specie la carenza di desiderio e le difficoltà di eccitazione, spesso presenti fin dall’inizio della vita sessuale;
- molestie sessuali (la cui prevalenza non è peraltro superiore alla popolazione generale);
- eccessivo attaccamento alla famiglia di origine: la donna si sente più “figlia di” che “moglie di”. L’inibizione della penetrazione può essere una barriera simbolica e territoriale (“inconscia”).

Le cause biologiche possono essere riconducibili a:

- vulnerabilità del sistema neurobiologico dell’ansia-paura (il che spiega la comorbidità con altri disturbi fobici e attacchi di panico, nonché l’efficacia di antidepressivi ad azione ansiolitica, quali la paroxetina, nel ridurre il terremoto neurovegetativo associato al vaginismo);
- un ipertono (miogeno?) dell’elevatore dell’ano, almeno in un sottogruppo di queste pazienti.

Diagnosi.

Anamnesi.

Il vaginismo è la causa femminile più frequente di matrimonio bianco, o comunque di rapporto non consumato. (La causa maschile più frequente di rapporto non consumato è il deficit erettivo.) La donna dice che non riesce in alcun modo ad accettare la penetrazione, nonostante ami molto il marito, desideri avere un figlio e non abbia alcun motivo per essere così spaventata. In genere il marito, o il partner, è gentile, comprensivo, poco o nulla aggressivo. Spesso la coppia attende anche dieci anni prima di trovare il coraggio di chiedere aiuto.

In genere, il fattore motivante è il desiderio di un figlio.

A volte, la prima visita è stata talmente traumatica e aggressiva che la donna ha bisogno di anni prima di ritrovare il coraggio di chiedere aiuto.

È indispensabile valutare la coppia, e non solo la donna: il partner spesso ha avuto la stessa educazione repressiva e inibente; può avere indipendenti problemi sessuali, “mascherati” dal più evidente problema di lei (scarso desiderio, deficit erettivi, eiaculazione precocissima); può condividere la stessa paura dell’aggressività sessuale.

Esame obiettivo.

Va condotto con gentilezza e rispetto, senza aggredire la donna verbalmente. È indispensabile spiegare alla donna come controllare i muscoli perineali e come distenderli e rilassarli prima della visita; va evitato l’inserimento dello speculum la prima volta (in una donna già terrorizzata può essere davvero traumatico; di fatto un abuso). Se la reazione fobica è elevata, è meglio iniziare una terapia farmacologica prima della prima visita ginecologica.

Due grandi variabili, presenti nel vaginismo, devono essere considerate perché condizionano la prognosi e la strategia terapeutica:

- 1) l’intensità della reazione fobica alla sola idea o ai tentativi della penetrazione: può variare da lieve a così severa da impedire il semplice contatto dei genitali anche alla paziente stessa. Spesso è in comorbidità con altri disturbi fobici e disturbi d’ansia;
- 2) l’intensità della contrazione muscolare difensiva: essa può essere localizzata ai muscoli perivaginali; può essere persistente o limitata ai soli tentativi di penetrazione; oppure può essere generalizzata, tipicamente in associazione alla fobia severa. In questi ultimi casi è presente una forte reazione neurovegetativa sistemica, con tachicardia, tachipnea, sudorazione fredda e profusa, contrazione muscolare difensiva, mimica terrorizzata. La paziente può svenire se il medico insiste nel tentare la visita. Un attacco di panico o una reazione fobica, alla sola idea della penetrazione non hanno nulla a che vedere con la volontà: la gentilezza e la rassicurazione sono gli strumenti migliori per creare una positiva alleanza terapeutica.

DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI

I disturbi della funzione sessuale maschile (Male Sexual Disorders, MSD) aumentano di prevalenza con l’età, ad eccezione dell’eiaculazione precoce.

La probabilità di un’eziologia biologica aumenta in parallelo alla comorbidità cardiovascolare, dismetabolica, ormonale. Possono presentarsi in forma isolata: ad esempio l’uomo può soffrire di un disturbo isolato dell’eiaculazione, con desiderio ed erezione conservati; oppure di un disturbo dell’erezione, con normale desiderio ed eiaculazione.

È più probabile la presenza di più disturbi (“comorbidità”) sia sessuali sia con altre condizioni mediche, quando il problema sessuale è grave e persistente nel tempo. I principali disturbi della funzione sessuale maschile sono riassunti

- Disturbi del desiderio: per difetto; per eccesso: di tipo parafilico o non parafilico.
- Disturbi dell’erezione: di induzione, di mantenimento; parziali, completi.
- Disturbi dell’eiaculazione: prematura, ritardata, retrograda, impossibile.
- Disturbi dell’orgasmo: anorgasmia, ipo-orgasmia, anedonia, orgasmo senza eiaculazione ed eiaculazione senza orgasmo.
- Disturbi sessuali coitali caratterizzati da dolore (dispareunia maschile).
- Disturbi della soddisfazione: fisica e/o emotiva.

Anche per ogni disturbo sessuale maschile deve essere precisato:

- se sia primario, ossia presente fin dalle prime esperienze o secondario, acquisito dopo un periodo di normalità;
- se sia generalizzato, in ogni situazione ed espressione sessuale e con ogni partner, in tal caso suggerendo una eziologia più biologica; oppure situazionale, limitato a contesti e/o a una partner particolare, suggerendo una eziologia disfunzionale, psicosessuale e/o relazionale;
- il grado di stress o di disagio personale e interpersonale che il disturbo provoca;
- l'eziologia, organica, psicogena, mista (organica e psicogena) o sconosciuta, se gli elementi che il clinico esamina non consentono una diagnosi positiva in alcuna delle categorie precedenti.

Disturbi del desiderio

I disturbi del desiderio per difetto (desiderio sessuale ipoattivo) sono caratterizzati da riduzione delle fantasie e dell'immaginario erotico, dell'interesse e della motivazione sessuale.

I disturbi del desiderio per eccesso confluiscono nei disturbi dell'ipersessualità maschile. L'eccesso di desiderio può essere:

- 1) di tipo parafilico, termine che sostituisce il più antico "perversione", il quale grondava giudizio morale da ogni sillaba. È associato ad alterazioni dell'immaginario erotico e del comportamento sessuale, quali feticismo, travestitismo, voyerismo, esibizionismo, sadomasochismo e così via. Nel complesso, le parafilie hanno un rapporto di 20 a 1, tra uomini e donne;
- 2) di tipo non-parafilico, in cui l'aumento del desiderio sessuale comporta un aumento della masturbazione, della frequenza dei rapporti sessuali, della dipendenza da pornografia o Internet, una possibile promiscuità, senza alterazioni di tipo parafilico. Disturbi misti sono comunque frequenti. Per approfondimenti, si rimanda a testi specialistici.

Prevalenza.

Secondo Laumann, tra i 18 e i 59 anni, il 16% della popolazione maschile soffre di disturbi del desiderio per difetto (perdita di desiderio); il 3,1% soffre di disturbi del desiderio per eccesso, con ipersessualità.

Eziologia.

I disturbi del desiderio per difetto possono essere:

- 1) primari, ossia presenti fin dall'inizio della vita sessuale; hanno cause biologiche (ipogonadismi primari, iperprolattinemia da adenomi ipofisari), psicosessuali (identità indifferenziata), oppure miste, biologiche e psicosessuali.
- 2) secondari o acquisiti. Possono avere cause principali:
 - a) biologiche: carenza di androgeni, specie di testosterone e di DHEA; depressione, stress cronico, ansia da prestazione che, isolati o insieme, possono spesso somatizzarsi in un più significativo deficit erettivo di tipo disfunzionale; abuso di alcol o droghe (oppiacei, marijuana); invecchiamento; malattie sistemiche, che possono interferire con il desiderio sia per effetto della malattia in sé, sia come conseguenza di terapie mediche e/o chirurgiche;
 - b) psicosessuali, personali o di coppia: solitudine, divorzio, vedovanza; oppure conflitti, delusioni, frustrazioni, tradimenti, sabotaggi sessuali, confronti perdenti con rivali reali o immaginari, eccessiva fusionalità nel rapporto, dipendenza dalla partner o paura della sua aggressività erotica possono concorrere a una caduta del desiderio sessuale.

La dinamica relazionale può essere la chiave per cambiare i copioni comunicativi e sbloccare una situazione di desiderio stagnante.

I disturbi del desiderio per eccesso sono spesso associati a patologie psichiatriche, tra cui disturbi della personalità, disturbo nel controllo degli impulsi, disturbi di tipo ossessivo compulsivo, disturbi affettivi (depressione e/o ansia), uso di droghe eccitanti (cocaina, anfetamine).

Diagnosi.

- 1) Anamnesi accurata, con attenzione alla comorbidità con disturbi dell'erezione e/o dell'eiaculazione, che spesso causano la caduta del desiderio sessuale;
- 2) valutazione psicodinamica e/o psichiatrica, se indicata;
- 3) dosaggi plasmatici di testosterone totale e libero, prolattina, eventualmente TSH e DHEA se l'anamnesi è suggestiva di astenia sessuale, con basso desiderio fisico e buona/alta motivazione; oppure di anergia sessuale, con basso desiderio fisico e bassa motivazione sessuale, in quest'ultimo caso spesso in comorbidità con la depressione.

Disturbi dell'eccitazione/erezione

Il disturbo dell'erezione (DE) indica la "difficoltà ottenere e/o mantenere un'erezione peniena sufficiente per una soddisfacente performance sessuale", secondo la Consensus Conference organizzata dal National Institute of Health

statunitense, tenutasi nel 1992.

La Consensus bandì il termine impotenza, preferendogli il meno giudicante "deficit erettivo". Di fatto il DE indica un disturbo dell'eccitazione sessuale genitale.

Prevalenza.

Il 52% degli uomini tra i 40 e i 70 anni riferisce di soffrire di un variabile DE: il 17% ne soffre in modo lieve, il 25% moderato e il 10% grave con una completa assenza anche di erezioni notturne e mattutine. La prevalenza di DE aumenta con l'età.

Eziologia.

Il rischio di DE aumenta con l'età, la bassa scolarità (per la probabile associazione con stili di vita inadeguati), il diabete e le malattie cardio-vascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, aterosclerosi). Il fumo costituisce il più forte fattore predittivo di deficit erettivo su base vascolare. Radioterapia pelvica per cancro della prostata, traumi midollari con paraplegia, malattie croniche possono tutti causare o concorrere al deficit di erezione (Tabella 8.13). Dal punto di vista psicologico, depressione, rabbia, ansia, stress per perdita del lavoro o seri problemi personali e familiari possono concorrere a causare o precipitare un deficit erettivo. Un'associazione significativa è stata trovata anche tra pregresse esperienze negative sessuali e la salute emotiva generale.

I meccanismi della disfunzione erettile sono riassumibili in:

- 1) difficoltà/incapacità di iniziare l'erezione, per ridotta trasmissione nervosa al pene, per cause psicogene, endocrine, neurogene;
- 2) difficoltà/incapacità di riempimento dei corpi cavernosi del pene, per inadeguato flusso arterioso, secondario ad arteriosclerosi o esiti di traumi genitali;
- 3) difficoltà/incapacità di tenuta dell'erezione, per aumentato deflusso venoso dal pene, per inadeguato rilassamento della muscolatura liscia dei corpi cavernosi e/o per fibrosi della muscolatura liscia.

Diagnosi.

- 1) Anamnesi, per l'approfondimento di comorbidità medica e fattori di rischio sistemici, tra cui il fumo, il diabete e le malattie cardio-vascolari;
- 2) esame obiettivo, generale e genitale, e valutazione pressoria;
- 3) esami ematochimici, con attenzione a glicemia e profilo lipidico;
- 4) ecografia peniena dinamica (ecodoppler), in cui si valutano i flussi arteriosi e venosi e la possibile compromissione vascolare;
- 5) test delle erezioni notturne (NPT) che riconosce la presenza o meno di erezioni notturne in numero di tre-quattro per notte, sincrone alle fasi di sonno con sogni, detto sonno REM. Il test è utile in pazienti con elevata ansia diurna che interferisce con l'erezione: la presenza di normali erezioni durante la notte, quando l'ansia è minima, confermerà la natura disfunzionale del disturbo;
- 6) ulteriori esami, quali ad esempio la cavernosografia, sono di stretta competenza urologica e vanno riservati a casi selezionati.

Disturbi dell'eiaculazione

Si esprimono in un'ampia gamma (Tabella 8.14). I più frequenti sono i disturbi del tempo eiaculatorio e in particolare l'eiaculazione precoce o prematura (EP), alla quale ci limiteremo. L'EP è il più frequente disturbo sessuale nell'uomo. Non si è ancora raggiunto un consenso sulla definizione del disturbo, sull'eziologia delle sue determinanti comportamentali, e nemmeno sulle strategie terapeutiche.

Definizione.

Persistente o ricorrente eiaculazione con minima stimolazione sessuale, prima, durante o dopo la penetrazione e prima che la persona lo desideri. Il clinico deve considerare i fattori che influiscono sulla fase di eccitazione, come l'età, l'intimità con un/una nuovo/a partner sessuale, la situazione e anche la frequenza recente dei rapporti. Il disturbo causa marcato stress e difficoltà interpersonali.

La EP è diventata un "problema" meritevole di trattamento solo nei decenni recenti (per lo meno nel mondo occidentale), quando la durata del rapporto e il piacere di entrambi i partner sono diventati importanti rispetto al solo obiettivo riproduttivo. Per l'uomo il significato della sessualità e del sintomo è prezioso sia per comprenderne l'impatto psicosessuale e l'entità dello stress ad esso associato, sia per ottimizzare prognosi e terapia.

Prevalenza.

Secondo Laumann ne soffre circa il 30-32% degli uomini.

Eziologia.

La predisposizione genetica condiziona i tempi medi del riflesso eiaculatorio dopo l'introduzione in vagina. Il tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (TLEI) indica l'intervallo di tempo tra inizio della penetrazione ed eiaculazione. La velocità con cui il riflesso può essere attivato dipende da: fattori genitali, che riguardano la sensibilità del glande e l'intensità dello stimolo erotico e sensoria...

- Fumo
- Malattie cardio-vascolari (ipertensione, aterosclerosi ecc.)
- Diabete
- Dislipidemie
- Depressione
- Malattie neurologiche (traumi midollari, malattie demielinizzanti)
- Chirurgia pelvica (specie per cancro prostatico, dopo prostatectomia radicale)
- Malattie croniche
- Farmaci (antiandrogeni, -bloccanti tiazidici, SSRI ecc.)

fattori corticali: livello di eccitazione mentale, qualità della relazione di coppia, percezione eccitante o inibente del contesto. Fibre cortico-midollari, ad azione facilitatoria o inibitoria, modulano l'azione dei neuroni midollari che mediano il riflesso orgasmico. Un'elevata eccitazione mentale, o un'ansia elevata, possono accelerare il riflesso;

tecniche di autocontrollo, quali il training di rilassamento, ma anche farmaci che inibiscono la ricaptazione della serotonina (SSRI) possono invece rallentarlo in modo significativo.

Il TLEI può essere accelerato da fattori:

- 1) biologici, in particolare dal dolore, in caso di fimosi; da infiammazioni quali prostatiti, che andranno quindi indagate, soprattutto nelle forme acquisite o in fase di peggioramento; nell'EP ingravesciente o di recente comparsa negli uomini sopra i 40 anni, va indagato un concomitante DE, di cui la precocità potrebbe essere solo un epifenomeno, oppure la malattia di La Peyronie, di cui il dolore eiaculatorio con accelerazione del riflesso può essere uno dei primi sintomi (insieme al recurvatum del pene in erezione e alla comparsa di placche fibrose nello spessore dell'albuginea);
- 2) psicosessuali, quali l'inesperienza, l'ansia, il senso di colpa, la vergogna, la paura di essere scoperti (specie nei giovanissimi);
- 3) contestuali, relazionali per conflitti, tensioni, frustrazioni, inadeguatezze nella relazione di coppia; perché la partner soffre di dispareunia o vaginismo; oppure per contesti a rischio di essere scoperti o disturbati.

Diagnosi.

La precocità eiaculatoria è crescentemente riferita al medico che la valuterà mediante:

- 1) anamnesi: indagare se primaria, o acquisita, se sia generalizzata o situazionale. Per l'eziologia, chiedere se il paziente avverte una difficoltà mentale a controllare il riflesso ("mi scappa il controllo"); se avverte un eccesso di sensibilità al glande, o entrambe, perché questo orienta le opzioni terapeutiche; se il paziente avverte dolore, che può accelerare il riflesso, al momento dell'eiaculazione: per fimosi, nelle forme primarie, oppure per malattia di La Peyronie, nelle forme acquisite. Il TLEI andrebbe valutato con la tecnica dello stop-watch, ossia con il cronometro;
- 2) esame obiettivo genitale: per diagnosticare o escludere fimosi, prostatiti o altre cause di accelerazione del riflesso eiaculatorio;
- 3) eventuali test di valutazione del riflesso bulbo-cavernoso vanno riservati a casi particolari.

Disturbi sessuali caratterizzati da dolore

La dispareunia, nell'uomo giovane, può essere causata soprattutto da fimosi serrate. Nell'uomo adulto e anziano, la causa più frequente è la malattia di La Peyronie, caratterizzata da fibrosi dell'albuginea, recurvatum secondario del pene in erezione e dolore, specie nell'erezione completa e/o nell'eiaculazione.

APPROCCIO TERAPEUTICO ALLE DISFUNZIONI SESSUALI

L'approccio terapeutico richiede un gruppo di lavoro multidisciplinare, così da poter personalizzare il trattamento con equilibrio di sguardo clinico tra fattori biologici, psicologici e relazionali.

Sul fronte medico la prognosi è migliore quando la diagnosi è precoce, la terapia tempestiva, e quando le altre condizioni psicologiche, personali e di coppia, siano favorevoli o comunque migliorabili.

Le terapie possono essere farmacologiche, riabilitative, chirurgiche, sessuologiche, psicoterapiche, individuali e di coppia.

Verranno qui esaminate solo le principali opzioni terapeutiche mediche di FSD e MSD, nella loro applicazione clinica di primo livello. Si rimanda a test specifici per le terapie più complesse di tipo psicologico e sessuale. La comorbidità, tra differenti FSD, è frequente soprattutto nelle eziologie di tipo biologico, data la natura sistemica dell'azione endocrina.

L'aiuto che il ginecologo può offrire quando la diagnosi comprenda una causa biologica verrà quindi analizzato nella prospettiva del tipo di opzione terapeutica prescelta.

Terapie mediche dei disturbi sessuali femminili

Il clinico valuterà l'indicazione e/o la combinazione più indicata, considerata la frequente comorbidità sia tra diverse FSD, sia tra FSD e altre patologie mediche. In sintesi, le opzioni sono di seguito elencate.

Terapie ormonali.

a) Locali:

- estrogeni per via vaginale: migliorano trofismo e lubrificazione vaginale, con abbassamento del pH e ripristino del normale ecosistema; migliorano molti sintomi urinari associati alla distrofia uro-vaginale;
- testosterone propionato in vaselina filante all'1 o 2%: applicazioni vulvari. Utilizzata, oltre ai cortisonici, per la terapia del Lichen sclerosus questa terapia è in corso di valutazione con indicazione sessuologica, soprattutto dopo la menopausa. Va monitorato il livello plasmatico di testosterone, per evitare livelli sopra-fisiologici se le dosi e/o l'assorbimento sono eccessivi;

b) sistemiche:

- estrogeni: possono migliorare l'eccitazione centrale e periferica, genitale e non genitale. In caso di secchezza vaginale, nonostante una terapia sistemica in corso (estroprogestinici a bassissimo dosaggio, a scopo contraccettivo, o HRT), integrare la terapia con un supplemento di terapie estrogeniche locali;
- androgeni: possono costituire un'adeguata terapia in caso di ovariectomia bilaterale, monitorando i livelli plasmatici per garantire il mantenimento dei livelli entro range fisiologici per la donna. In Italia è da decenni disponibile in fiale per uso intramuscolare, una volta al mese, il deidroepiandrosterone enantato, 200 mg, in combinazione con l'estradiolo valerato, 4 mg, di particolare interesse nelle donne con menopausa chirurgica. Il tibolone e le combinazioni estroprogestiniche con progestinici di

derivazione androgenica presentano un profilo d'azione favorevole al miglioramento della risposta sessuale in postmenopausa.

Terapie farmacologiche non ormonali.

- a) Topiche: con creme o gel da applicare sulla vulva, con varie combinazioni di principi attivi (presentano discontinue valutazioni in letteratura);
- b) sistemiche: terapie orali con sildenafil hanno dato risultati controversi; i risultati positivi sono presenti in campioni di donne ben selezionate, con disturbo specifico e selettivo dell'eccitazione genitale. Sono in corso di valutazione le possibilità terapeutiche con tadalafil e vardenafil, gli altri due inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5, efficaci farmaci vasoattivi che agiscono con lo stesso meccanismo di azione del sildenafil. Molti altri principi attivi, tra cui l'apomorfina, sono in corso di valutazione.

Terapia riabilitativa.

- a) Vasoattiva meccanica: l'Eros Clitoral Device (Eros-CTD) è indicato nei disturbi dell'eccitazione genitale e/o di orgasmo, è l'unica terapia sessuale per le donne finora approvata dalla Food and Drug Administration, l'agenzia americana per la valutazione dei farmaci e dei dispositivi terapeutici;
- b) antalgica, la correzione delle cause di dolore richiede la cura di eventuali fattori favorevoli, precipitanti o promoventi di tipo ormonale, flogistico, distrofico, iatrogeno nonché psicosessuale. Un accurato esame del pavimento pelvico e dei muscoli perineali è essenziale, così come è opportuno educare la paziente ad eseguire correttamente e quotidianamente gli esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico atti a ripristinare l'elasticità muscolare;
- c) sessuologica, che prevede protocolli diversi a seconda del problema:
 - massaggi vaginali con stretching dell'elevatore dell'ano, in caso di ipertono, spasmi, tensioni mialgiche, associati o causa di dispareunia, per migliorare il rilassamento muscolare, la vascolarizzazione e l'elasticità tissutale, effettuati dalla paziente stessa, dalla fisioterapista e/o dall'ostetrica con una formazione in quest'ambito;
 - riabilitazione dei muscoli perivaginali, con esercizi di Kegel o biofeed-back elettromiografico;
 - lubrificanti vaginali per facilitare la penetrazione;
 - dilatatori vaginali, dopo massaggi con applicazione di gel lubrificanti o gel con azione di modulazione sull'iper-reattività del mastocita;
 - Eros Clitoral Device (Eros-CTD), nelle forme di comorbidità associate a difficoltà di eccitazione e di orgasmo;
 - specifiche terapie antalgiche, indicate quando il dolore della dispareunia, in genere secondario a vestibolite vulvare, vira da nocicettivo a neuropatico.

Scopo della riabilitazione è mirare a risolvere i problemi fisici sessuali conseguenti ai disturbi dell'eccitazione genitale, al dolore coitale e i problemi psicoemotivi correlati, concorrendo a cambiare la geografia inconscia del corpo, che si modifica quando il coito è impossibile e/o caratterizzato da dolore.

La donna e il partner vanno incoraggiati a ritrovare un'intimità erotica variata, valorizzando la plasticità della risposta erotica fisica ed emozionale, così da espandere il repertorio sessuale soprattutto quando l'intimità coitale non

sia del tutto recuperabile come, ad esempio, nelle dispareunie da danno iatrogeno oncologico chirurgico e radioterapico.

Nel vaginismo, la terapia è efficace, veloce e soddisfacente se effettuata da un ginecologo/a specializzato in questo campo. Si tratta di un trattamento multimodale: farmacologico, sessuologico (terapia comportamentale breve), riabilitativo (per ridurre l'ipertono difensivo dell'elevatore), psicologico. Può essere utile una psicoterapia strutturata, in casi selezionati. Il partner può necessitare a sua volta di terapia specifica, se presenta indipendenti MSD.

Terapie chirurgiche

- a) Vestibulectomia, indicata in casi selezionati di vestibolite vulvare resistente ad altri tipi di terapia;
- b) imenotomia, in casi (rari) di imene cribroso, rigido, fibroso, che costituisce impedimento anatomico alla penetrazione;
- c) plastica vaginale (rara) in caso di agenesia vaginale, per sindrome di Rokitansky.

Terapie psicosessuali, personali o di coppia (vedi Terapie psicosessuali, individuali e/o di coppia, infra).

ACQUISITI DELL'ORGASMO

- Trattare ogni alterazione ormonale, con terapia ormonale locale e/o sistemica.
- Migliorare il tono del pavimento pelvico, con esercizi di Kegel, o fisioterapia o biofeed-back elettromiografico.
- Trattare incontinenza, se l'inibizione dell'orgasmo è legata alla paura di perdere urina all'orgasmo.
- Se possibile, sostituire eventuali farmaci che inibiscono l'orgasmo.
- Indirizzare a colleghi psicoterapeuti per eventuali problemi personali o di coppia.
- Indirizzare all'uro-andrologo se paralleli problemi sessuali e/o di salute del partner.

PRINCIPI DI TERAPIA DELLA DISPAREUNIA

- Rimuovere i fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento, biologici e/o psicosessuali;
- curare le vaginiti ricorrenti, specie da candida, con trattamento sistemico e locale;
- ristabilire un normale trofismo vaginale, con estrogeni, se indicato (misurare sempre il pH!);

- insegnare stretching e automassaggio, quando tender o trigger points sono presenti sull'elevatore;
- integrare con tecniche di rilassamento dell'elevatore dell'ano, fisioterapia o biofeed-back elettromiografico se ipertono marcato o mialgia;
- consigliare gel lubrificanti e/o con azione di modulazione dell'iperattività mastocitaria;
- Eros Clitoral Device (Eros-CTD), nelle forme di comorbidità associate a difficoltà di eccitazione e di orgasmo;
- se diagnosi di vestibolite vulvare, trattare i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento;
- a seconda della natura del dolore, nocicettivo o neuropatico, indirizzare per specifico trattamento antalgico, locale (elettroanalgesia, blocco del ganglio di Walter) e/o sistemico (amitriptilina, Tegretol);
- la vestibolomia va riservata ai casi non responsivi ai precedenti trattamenti conservativi;
- indirizzare a colleghi competenti per terapie specifiche complementari.

Terapie mediche dei disturbi sessuali maschili

Terapia dei disturbi del desiderio per difetto

- Cambiamento di stili di vita inappropriati (alcolismo, droghe ad azione psicotrofica, carenza di sonno, stress cronico, mancanza di esercizio fisico);
- cura di depressione, ansia, e/o altre malattie intercorrenti;
- rimozione di fattori iatrogeni, se possibile (farmaci iperprolattinizzanti, antiandrogenici ecc.);
- terapia ormonale (testosterone, ipoprolattinizzanti ecc.), solo se indicata;
- cura di concomitanti disturbi dell'erezione e/o dell'eiaculazione, cui il disturbo del desiderio è spesso secondario;
- psicoterapia, individuale o di coppia, quando indicata.

Terapia della disfunzione erettile

Counseling di tutti i pazienti con DE e della loro partner (se in coppia stabile).

Stili di vita appropriati, con abolizione del fumo, riduzione dell'alcol, alimentazione sana, sonno adeguato, regolare attività fisica e riduzione dello stress possono diminuire significativamente il rischio di DE. La riduzione attiva dei fattori di rischio, specie cardio-vascolari, è il miglior intervento medico di prevenzione e di prima linea terapeutica nei confronti del DE.

Il counseling dovrebbe aiutare a rivedere gli obiettivi della vita sessuale e gli obiettivi della coppia.

Terapia farmacologica orale

- 1) Inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE): efficaci, sicuri, a elevata compliance, perché la somministrazione per via orale è la preferita dai pazienti. Sono il sildenafil (Viagra), il tadalafil (Cialis), il vardenafil (Levitra);
 - 2) agonisti dei recettori dopaminergici tra cui l'apomorfina;
 - 3) antagonisti degli α -adrenorecettori tra cui fentolamina orale, yohimbina.
- Terapia farmacologica iniettiva intracavernosa tra cui papaverina, fentolamina e prostaglandine.

Terapia riabilitativa meccanica locale

Il vacuum constrictor device (VCD) è un trattamento non invasivo ed efficace, approvato dal Food and Drug Administration (FDA). È utile per i pazienti che non possono o non vogliono utilizzare terapie farmacologiche o d'altro tipo. La compliance è modesta.

Terapia chirurgica

- 1) Protesi peniene, da limitare ai casi di grave DE resistente alle altre terapie;
- 2) chirurgia vascolare, in casi selezionati.

Terapia dell'eiaculazione precoce.

Farmacologica.

- a) Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): inibiscono la ricaptazione della serotonina e inducono il rallentamento del riflesso eiaculatorio. La paroxetina è emersa come il più efficace, ma anche gli antidepressivi triciclici possono avere lo stesso effetto inibitorio a livello midollare. La dose va personalizzata, usando la minima efficace per ottenere un significativo prolungamento del TLEI;
- b) anestetici locali in pomata, da utilizzare sul glande, possono essere utili nei pazienti che lamentino un'ipersensibilità del glande.

Sessuologica comportamentale breve, finalizzata a:

- a) migliorare la capacità di ascoltare il crescere delle sensazioni erotiche mantenendo il controllo sul riflesso eiaculatorio, con esercizi di focalizzazione sensoriale;
- b) aumentare la capacità di utilizzare il respiro come modulatore dell'eccitazione mediante training di rilassamento;
- c) desensibilizzare il picco d'ansia al momento della penetrazione;
- d) migliorare la qualità dell'intimità erotica con la/il partner.

Sessualità e fisiopatologia sessuale

- Farmaci ansiolitici e/o antifobici, se la fobia è elevata
- Pparallello aiuto psicodinamico in caso di emozioni negative di paura, disgusto, repulsione al contatto, bassa autostima e fiducia in sé, preoccupazioni sull'immagine corporea

- Educazione sulla conoscenza anatomica e sul comando dei muscoli pelvici
- Quando si è ottenuto il rilassamento dei muscoli pelvici, insegnare come inserire tutori vaginali di diversa dimensione
- Se la donna ha partner, incoraggiare giochi preliminari, per favorire/aumentare desiderio/eccitazione, con specifica proibizione del coito finché non specificato
- Discutere la contraccezione se la coppia non desidera bambini al momento
- Quando l'uso dei tutori avviene senza difficoltà, incoraggiare giochi più intimi, con la donna in controllo di situazione
- Sostenere una possibile ansia da prestazione del partner con farmaci vasoattivi
- Suggestire una psicoterapia individuale, o di coppia, se fattori individuali o di coppia concorrono a causare o mantenere il problema

TERAPIE PSICOSESSUALI, INDIVIDUALI E/O DI COPPIA

La soddisfazione sessuale rappresenta l'indicatore più sintetico e importante della qualità della sessualità; costituisce lo standard di eccellenza delle terapie dei disturbi sessuali femminili, maschili e di coppia.

Le cause psicosessuali, personali e relazionali richiedono un approccio psicoterapeutico individuale e/o di coppia, sessuologicamente orientato, soprattutto quando fattori relazionali concorrono a precipitare o mantenere il disturbo, specie se di tipo acquisito e/o situazionale o addirittura limitato a quella/quel partner.

L'approccio psicoterapeutico richiede una diagnosi differenziale su possibili cofattori di tipo medico. Non è accettabile che il/la paziente o la coppia vengano parcheggiati per mesi o anni in terapie di tipo psicodinamico, senza che vengano diagnosticati e trattati eventuali fattori o cofattori di tipo biologico. Per questo è essenziale che i disturbi sessuali vengano affrontati con un approccio multidisciplinare. Per i dettagli sulla terapia sessuologica si rimanda a testi specialistici.

Per gli uomini con elevato rischio di DE, il counseling sull'importanza delle terapie profilattiche può essere indicato rispetto al cercare un trattamento quando il DE è ormai consolidato. La prescrizione di farmaci per via orale, quali il sildenafil, il tadalafil o il vardenafil, può aumentare la durata totale delle erezioni notturne e prevenire così la fibrosi progressiva del tessuto erettile. La personalizzazione della terapia deve tener conto, a parità di efficacia, della sicurezza, della compliance, della facilità d'uso, della non invasività e della appropriatezza per il paziente e il/la partner.

CONSULENZA SESSUALE

La crescente importanza riconosciuta alla sessualità per la qualità della vita aumenta la probabilità che il/la paziente desideri consultare il proprio medico su temi di questo tipo.

La consapevolezza della comorbidità, sia all'interno delle disfunzioni sessuali, sia tra disfunzioni sessuali e patologie mediche di altro tipo (endocrine, dismetaboliche, cardiovascolari, urologiche, ginecologiche, neurologiche, psichiatriche, fisiatriche) aumenta la necessità di un'attenzione clinica a questo aspetto della vita.

La consulenza sessuologica richiede rigore diagnostico, nell'anamnesi, nell'esame obiettivo, nella richiesta di esami ematochimici e strumentali. Richiede inoltre una grande sensibilità data la delicatezza dei temi trattati e le loro intense implicazioni emotive, per il/la paziente ma anche per il medico.

Il coinvolgimento è elevato quando il/la paziente riveli una disfunzione sessuale e, ancor più, in caso di traumi o abusi sessuali: ci vuole coraggio, quando si è subito un abuso, per parlarne.

Per questo è indispensabile che il/la paziente si senta accolto e ascoltato con rispetto e gentilezza. Nello stesso tempo, proprio la sessualità va a toccare la sfera emozionale più intima e privata del medico stesso, creando spesso difficoltà nel trattare un tema così emotivamente carico.

Molte ricerche mostrano come pazienti e medici abbiano più facilità a discutere un problema sessuale con una persona dello stesso sesso, che non del sesso opposto. Anche questo è un aspetto che merita un approfondimento sul fronte della competenza emotiva personale.

L'aumento delle opzioni terapeutiche innovative determina oggi la possibilità di cure efficaci, tanto più soddisfacenti quanto più la diagnosi è precoce. Perché non dare al/alla paziente, che vorrebbe ma non osa chiedere aiuto, la disponibilità a un aiuto medico anche sul fronte sessuale?

Aiutare i pazienti a stare meglio e a vivere con più soddisfazione la propria intimità sessuale è uno dei fattori di maggiore gratificazione anche nel rapporto medico-paziente.

Come iniziare un'anamnesi sessuale

"Come va la sua vita sessuale?". Questa semplice domanda, inserita nell'ambito dell'anamnesi fisiologica tradizionale, accanto a domande sullo stile di vita, la qualità del sonno, abitudine o meno a fumo, alcol, droghe, e così via, indica già la disponibilità del medico ad affrontare questo tema, se il paziente lo desidera.

È importante da parte del medico di famiglia, che ha la possibilità di seguire uomini e donne nell'arco della loro vita e di conoscere la salute, le loro vulnerabilità o malattie, ma anche il loro contesto di coppia, di famiglia e socioculturale.

È essenziale per il ginecologo, specie quando si parli di contraccezione o di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, ma anche di immagine di sé, di disturbi del comportamento alimentare o di disturbi dell'identità sessuale, specie negli adolescenti.

È apprezzata quando il medico parla delle fisiologiche modificazioni sessuali in gravidanza, in puerperio o in menopausa, e di come trattare eventuali problemi sessuali specifici.

Anche l'uomo apprezza moltissimo che il medico (di famiglia o specialista, urologo, andrologo ma anche ginecologo, cardiologo, geriatra) apra spontaneamente la possibilità di un dialogo sul tema sessuale. Inibizioni, paure, tabù, difficoltà emotive rendono difficile "iniziare" la consulenza su questo tema in entrambi i sessi e ancor più nel paziente anziano/a, di basso livello culturale o con difficoltà linguistiche (ad esempio negli immigrati).

È fondamentale che il medico informi sempre il paziente sulle possibili conseguenze sessuali di ogni trattamento, medico o chirurgico (anche per evitare possibili sequele di ordine medico legale).

In altri casi, può essere il paziente a iniziare il dialogo sul problema. Il medico può affrontarlo, se si sente competente e adeguato, o riferire allo specialista di riferimento.

In ogni caso, è necessario un atteggiamento disponibile, sereno, non giudicante, tanto più costruttivo quanto più il medico è consapevole dei propri livelli di tranquillità o di disagio quando si tocchino temi sessuali.

Indipendentemente da chi inizi la consulenza sessuale, è importante che il medico proceda cautamente specificando l'importanza di cercare il benessere generale:

- Come sta? Emotivamente e fisicamente?
- Ha rapporti sessuali attualmente?
- Se sì, come va la Sua vita sessuale?
- Se no, questa mancanza le crea problemi?

Funzione sessuale

- Se la Sua vita sessuale è insoddisfacente, desidera parlarne?
- Se sì, qual è il problema principale?
- È un problema di desiderio?
- Ha notato secchezza vaginale o difficoltà di eccitazione?
- Ha difficoltà a raggiungere l'orgasmo?
- Ha dolore durante i rapporti? Soffre di cistiti 24-72 ore dopo il rapporto?
- Se ha uno o più di questi problemi, erano presenti fin dall'inizio della Sua vita sessuale, o sono comparsi dopo?
- Il problema ha avuto un inizio graduale o rapido?
- Che cosa, secondo Lei, ha causato o peggiorato il Suo problema?

Relazione di coppia

- Ha una relazione di coppia?
- Come va il rapporto di coppia? È soddisfatta?
- Come sta il Suo partner? Ha problemi di salute generale o sessuali?
- Ritieni che il problema abbia più una causa fisica o di coppia? Per conflitti, mancanza di intimità, o altro?
- Il problema sessuale in questione è sempre presente o cambia a seconda della situazione o del partner?
- È personalmente motivata a migliorare la Sua vita sessuale?

A CHI INVIARE IL/LA PAZIENTE CON PROBLEMI SESSUALI

Medico di famiglia

- Quando il medico è competente e a proprio agio nella diagnosi e terapia di FSD e MSD (ad esempio, i DE sono oggi curati in primis dal medico di famiglia)

Ginecologo

- Quando FSD richiede valutazione o terapie specialistiche

Uro-andrologo

- Se MSD richiede diagnosi o trattamento particolare

Anestesista o esperto di terapia antalgica

- Quando il dolore, specie nella vestibolite vulvare, diventa neuropatico

Psichiatra

- Quando il disturbo sessuale ha forti componenti affettive (ansia o depressione), o si associa a disturbi di personalità o altre patologie psichiatriche (ad es., parafilie) che necessitano di appropriata diagnosi e trattamento, anche farmacologico

Sessuologo

- Quando vengono diagnosticati problemi psicosessuali primari
- Quando sono indicate specifiche terapie comportamentali sessuologiche

Psicoterapeuta individuale

- Quando il problema sessuale è radicato in problemi psicoemotivi personali, o pregresse molestie, abusi verbali, fisici o sessuali

Psicoterapeuta di coppia

- Quando il problema è dominato da dinamiche di coppia negative per la sessualità...
 - 1) acquisisca le informazioni rilevanti per la diagnosi;
 - 2) sia sensibile ad avere tempo sufficiente quando fa domande molto cariche emotivamente (su aborti, abusi, violenze);
 - 3) sappia cogliere i segnali verbali e non verbali che indicano disagio, preoccupazione o sconforto nel paziente;
 - 4) se non è sicuro dell'orientamento sessuale del paziente, usi un genere neutro nel riferirsi al partner;
 - 5) spieghi e giustifichi domande o procedure necessarie;

6) utilizzi l'opportunità della visita anche per spiegare aspetti rilevanti per il problema portato in consultazione, o per assicurare;

7) segua il problema se e fino al punto in cui si sente preparato/a, oppure invii a colleghi di riferimento.

Ogni persona ha valori, preferenze, esperienze sessuali, potenzialmente diversi, specie oggi, in una società multiculturale

e multietnica. Questo richiede ancor più flessibilità e consapevolezza dei molti stereotipi, di genere e di razza, nonché dei pregiudizi che sono intrecciati al nostro sistema di valutazione e ai nostri criteri di normalità. Le persone anziane, quelle con disabilità o malattie croniche hanno o desiderano avere una vita sessuale soddisfacente e più di altri possono avere bisogno di una consulenza sessuale empatica, attenta e costruttiva.

Infine, in caso di coppia stabile e se il/la paziente lo desidera, è utile che il/la partner partecipi alla consulenza, specie se il problema ha forti implicazioni relazionali.

Valori e attitudini

I concetti psicologici, filosofici, etici e legali legati alla sessualità, hanno subito nel secondo dopoguerra sostanziali modifiche, specie nel mondo occidentale. Un atteggiamento più conservatore e più legato alle tradizioni tende a persistere nel resto del mondo, specie nelle comunità non ancora raggiunte dai mezzi di comunicazioni di massa (TV e Internet). Nello stesso tempo, i forti movimenti immigratori aumentano la probabilità di confronto con persone che presentano esperienze, valori sessuali, sistemi di riferimento, religiosi e socioculturali, completamente diversi dai nostri. La "deriva delle norme", in corso nel mondo cosiddetto avanzato, ha contribuito a erodere principi e valori. In positivo è aumentata la sensibilità nei confronti del peso di stereotipi e pregiudizi sessuali, nonché dei diritti delle donne, delle minoranze, degli anziani, dei portatori di handicap ad avere una soddisfacente vita sessuale.

È saggio sviluppare un'onesta consapevolezza di quali temi o argomenti sessuali siano per il medico facili da trattare con

serenità, quali invece creino disagio, imbarazzo, tensione, fastidio o franca avversione. I temi che mettono a disagio portano a omettere informazioni o approfondimenti anche cruciali.

Il linguaggio non verbale, ossia tutto quello che ognuno esprime con la mimica del viso, lo sguardo, la postura del corpo, le variazioni nel tono della voce, rivela il livello di serenità interiore o meno con cui il medico affronta i temi sessuali e può smentire una disponibilità dichiarata verbalmente ma negata a livello non-verbale.

Nello stesso tempo, è essenziale non proiettare il proprio sistema di valori sul paziente, né fare dell'esperienza personale il paradigma della sessualità. Questo può far sentire il paziente giudicato o rifiutato o introdurre assunti inappropriati nella storia clinica.

Considerazioni etiche e legali

La riservatezza (privacy), essenziale in medicina, deve essere garantita e tutelata ancor più in un ambito intimo e sensibile qual è la sessualità. È doveroso informare il/la paziente dei limiti legali o etici imposti alla riservatezza (ad esempio, il diritto viene meno, come in altri ambiti della medicina, qualora il medico venga a conoscenza di fatti o situazioni che mettono in pericolo la salute fisica o psichica di altre persone, specie se minori).

Bisogna osservare e rispettare le regole vigenti in termini di acquisizione del consenso e di conservazione protetta dei dati sensibili personali.

Il rapporto medico-paziente, specie su temi sessuali, deve garantire disponibilità, gentilezza, ascolto empatico, discrezione, un linguaggio appropriato – alla capacità linguistica e di comprensione del paziente, ma anche del ruolo e del setting medico –, e un preciso rispetto dei limiti interpersonali.

Quest'ultimo aspetto richiede di evitare domande intime non rilevanti per il problema in esame, di rivelare aspetti della vita personale o di non usare l'umorismo in modo sessualmente aggressivo e/o offensivo.

La sensibilità è preziosa nel rispettare i bisogni del paziente in termini di pudore, garbo e riservatezza, anche durante l'esame obiettivo, specie nelle persone molto giovani, nelle persone che non hanno una vita sessuale, nei disabili o negli anziani.

Anamnesi sessuale

La sessualità è fondamentale per la qualità della vita umana.

Le sue basi multisistemiche –vascolari, ormonali, nervose–, il suo essere vulnerabile agli stessi fattori biologici che la deteriorano, specie con l'invecchiamento, il rischio che interventi medici o chirurgici possano lederla, con possibili implicazioni anche di ordine medico legale, fa sì che l'anamnesi sessuale di primo livello dovrebbe oggi far parte dell'anamnesi routinaria che ogni medico fa.

L'anamnesi sessuale di primo livello riassume le domande sul desiderio, l'eccitazione, l'orgasmo, l'eiaculazione, la soddisfazione e l'eventuale dolore presente nel rapporto.

Per ogni disturbo sessuale è importante precisare:

- 1) se presente fin dall'inizio della vita sessuale (primario), o sia acquisito (secondario) dopo un periodo di normalità;
- 2) se generalizzato, con ogni partner e in ogni situazione, o situazionale, ossia limitato a un partner o a una situazione;
- 3) il livello di stress, personale e/o interpersonale, che il disturbo causa;
- 4) la causa più probabile: biologica, psicologica/relazionale, o mista (come succede nella maggioranza dei casi). In quest'ambito vanno indagati:

- a) fattori educativi negativi, pregressi traumi (fisici, emotivi o sessuali), relazioni significative passate, restrizioni culturali o religiose;
 - b) difficoltà interpersonali attuali, disfunzioni sessuali del/della partner, inadeguata stimolazione, e/o insoddisfatto contesto emozionale e sessuale;
 - c) malattie, incluse le psichiatriche, effetti collaterali di farmaci, abuso di sostanze;
- 5) i sintomi associati (sia sessuali sia di altro tipo, urologici, ginecologici, psicologici ecc.).

L'ascolto dei bisogni e delle preoccupazioni sessuali del/della paziente deve essere effettuato in modo sensibile e informato, senza perdere di vista i bisogni e le preferenze del/della partner. La modificazione di stili di vita inappropriati va sempre raccomandata perché può migliorare la salute e il benessere generale e ridurre il rischio di disfunzione sessuale.

Relazione di coppia

L'attenzione alle dinamiche di coppia è indispensabile, specie nella coppia stabile.

Le informazioni riguardano:

- 1) la qualità della relazione affettiva;
- 2) la qualità dell'intimità sessuale e il livello di soddisfazione (o insoddisfazione);
- 3) la scelta e l'uso di contraccettivi, la condivisione o meno del progetto procreativo, nella sostanza e nei tempi, e/o la presenza di infertilità;
- 4) l'attenzione alla protezione da malattie sessualmente trasmesse;
- 5) l'esistenza di problemi familiari – economici, affettivi e/o di salute dei figli o di genitori – che possano concorrere a peggiorare stress, tensioni, depressioni;
- 6) la presenza o meno di disfunzioni sessuali nella/nel partner: indipendente da questa relazione oppure conseguente alla disfunzione maschile o femminile portata in consultazione;
- 7) la presenza di malattie importanti, in uno ed entrambi i partner, che possano concorrere a causare o aggravare il problema sessuale;
- 8) il vissuto del problema in entrambi i partner;
- 9) la motivazione di entrambi a impegnarsi per migliorare la qualità della loro intesa erotica.

La presenza nel gruppo di lavoro di uno/a psichiatra e/o di uno/a psicoterapeuta con formazione psicodinamica e sessuologica è utile a ottimizzare diagnosi, prognosi e terapia.

Comportamenti sessuali a rischio

Riassumono tutti i comportamenti che espongono a un rischio, fisico o psichico, personale o per un'altra/altre persona/e, e con possibili conseguenze a breve e/o a lungo termine.

Rientrano in questo gruppo:

- 1) i rapporti sessuali non protetti nei confronti di:
 - a) concepimenti indesiderati: la consulenza contraccettiva dovrebbe far parte integrante della visita ginecologica e del medico di famiglia per ogni donna in età fertile, specie se giovane o giovanissima;
 - b) malattie sessualmente trasmesse (MST), in rapida crescita in un mondo crescentemente promiscuo, in cui il contraccettivo di barriera più efficace – il profilattico – viene usato poco e male. Va ricordato al/alla paziente che:
 - molte MST possono essere trasmesse anche per via anale e orale;
 - spesso l'uomo è portatore sano;
 - la probabilità di trasmissione/per rapporto è maggiore dall'uomo alla donna (dal 60 all'80% per rapporto, pare per la maggiore persistenza dello sperma eventualmente infetto nelle vie genitali femminili) che non dalla donna all'uomo (circa il 20-30% di probabilità per rapporto);
 - l'infezione può essere multipla, con germi diversi che hanno diversi tempi di incubazione; può non dare sintomi acuti, ma dare problemi nel lungo termine, come può succedere nelle infezioni da Chlamydia, causa di sterilità per occlusione tubarica;
 - alcol o droghe riducono il grado di controllo ("disinibizione") e di autoprotezione, aumentando la probabilità di comportamenti a rischio;
 - l'amore non è un talismano, né come contraccettivo, né nei confronti delle MST ("siccome ci amiamo, non ci succederà niente di male");
- 2) i rapporti inappropriati: con minori, con persone non consenzienti o non in grado di dare un consenso valido, con persone con le quali esistano rapporti di parentela, di educazione (insegnanti e allievi), di cura (medico e paziente, psicologo e paziente ecc.), di lavoro (capi e dipendenti). Il tema della molestia e dell'abuso è oggi molto sentito nelle società occidentali.

La correttezza interpersonale richiede consapevolezza delle proprie emozioni, della propria responsabilità e rispetto dei limiti segnati dai diritti dell'altro/a, dalla sua libertà, dalla legge.

Richiede attenzione e autocontrollo per non usare il proprio ascendente – affettivo, emotivo, morale, di potere – a proprio vantaggio e/o per il proprio piacere sessuale.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Milano: Masson, 2001.
- Bancroft J. *Sexual effects of Androgens in women: some theoretical considerations. Fertil. Steril.* 2002; 4 (Suppl 4): S55-59.
- Basson R, Bertian J, Burnett A et al. *Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. J. Urol.* March 2000; 163, 888-93.
- Basson R, Leiblum SR, Brotto L et al. *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. J. Psychosomatic Obstet. Gynecol.* 2003 (in press).
- Graziottin A. *Il dolore segreto. Milano, Mondadori; 2005.*
- Graziottin A. *Clinical approach to dyspareunia. Journal of Sex and Marital Therapy.* 2001; 27: 489-501.
- Graziottin A. *Similarities and differences between male and female sexual dysfunctions. In: Kandeel F et al. (eds.) Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment. New York: Marcel Dekker; 2004 (in press).*
- Graziottin A. *Sexuality in postmenopause and senium. In: Lauritzen C & Studd J (eds.) Current management of the menopause. London: Martin Duniz; 2003; 185-203.*
- Graziottin A, Brotto L. *Vulvar vestibulitis: a clinical approach. J. Sex Marital Therapy.* 2003, (in press).
- Kandeel F, Lue T, Pryor J, Swerdloff R (eds.) *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment. New York: Marcel Dekker; 2004.*
- Kaplan HS (1974). *The New Sex Therapies. New York: Brunner & Mazer, trad. it. Nuove terapie sessuali. Milano: Bompiani; 1980.*
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. *Sexual dysfunctions in the United States. JAMA.* 1999; 281(6): 537-44.
- Leiblum S, Nathan S. *Persistent sexual arousal syndrome in women: a not uncommon but little recognized complaint. Sex Relationship Ther.* 2002; 17(2): 191-8.
- Leiblum S, Rosen R (eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2000. Ed. it. aggiornata a cura di A Graziottin.*
- Principi e pratica della terapia sessuale. Roma: CIC; 2004.*
- Levin RJ. *The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. Arch. of Sex. Behav.* 2002; 31(5): 405-11.
- Levine SB. *The nature of sexual desire. Arch. of Sex. Behav.* 2003; 32(3): 279-85.
- Masters WH, Jonson V, Kolodny RC. *Heterosexuality. London: Harper-Collins; 1994.*
- Panksepp J. *Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions. New York: Oxford University Press; 1998.*
- Pfaus JG, Everitt BJ. *The Psychopharmacology of Sexual Behaviour. In: Bloom FE, Kupfer D (eds.) Psychopharmacology. New York: Raven Press; 1995; 65: 743-58.*
- Plaut SM, Graziottin A, Heaton J. *Fast facts: Sexual dysfunctions. Oxford (UK): Health Press; 2003.*
- Solms M, Turnbull O. *The brain and the inner world. New York: Karnac; 2002.*
- Simunic V, Banovic I, Ciglar S et al. *Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms. Int. J. Gynecol. Obstet.* 2003; 82: 187-97.
- Siti Internet
- www.aasect.org (American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists)
- www.afud.org (Association for the Urologic diseases)
- www.erectiledysfunction.org (slides)
- www.isswsh.org (International Society for the Study of Women's Sexual Health)
- www.mayoclinic.com (Mayo Clinic, seguire i link per Erectile Dysfunction)
- www.nva.org (National Vulvodynia Association)
- www.sexualhealth.com (Sexuality and disability)
- www.siecus.org (Sexual Information and Education Council of the USA)
- www.sstarnet.org (Society for Sex Therapy and Research)
- www.urologyhealth.org (American Foundation for Urological Disease)

Appendice sui disturbi sessuali

I Disturbi sessuali di natura psichica sono caratterizzati da una qualche dinamica psicologica personale e/o interpersonale (o anche di altro tipo), che interferisce negativamente su una o più parti della sfera sessuale dell'individuo.

Dunque, nel caso si presenti un disturbo sessuale, e non vi siano sottostanti cause fisiologiche, come ad esempio carenze ormonali, assunzione o abuso di farmaci, specifiche patologie fisiche, etc., le possibili cause alla sua base sono di tipo psicologico.

I Disturbi sessuali di natura psicologica sono in tal senso provocati da molteplici dinamiche psichiche e pragmatiche come:

- non conoscere l'anatomia e la fisiologia dei genitali, i tempi e le esigenze propri e del partner;

- ascoltare e seguire certe credenze e miti come l'averne per forza un orgasmo simultaneo e/o di una certa durata;
- conflitti e sensi di colpa interni che portano all'evitamento del piacere sessuale in tutte le sue forme;
- tensioni psicologiche verso il partner che portano ad evitare il più possibile i rapporti sessuali;
- intensa e persistente ansia e/o paura di avere un insuccesso in campo sessuale (ad esempio ansia da prestazione, paura di fallire, timore del rifiuto);
- eccessiva auto-percezione ed auto-osservazione delle proprie prestazioni sessuali e/o di quelle del partner, con incapacità ed impossibilità a rilassarsi e ad abbandonarsi al piacere sessuale;
- personali problematiche psicologiche di ansia, paura, stress, fissazione, nervosismo, etc., che impediscono le normali dinamiche psicofisiche dell'atto sessuale (certe volte anche totalmente come nel caso dell'anoressia sessuale);
- personali credenze ideologiche e religiose e/o personali schemi cognitivi e/o di atteggiamento disfunzionali (es. la fissazione di impostare e condurre il rapporto sessuale in un predeterminato modo, spazio e tempo, oppure la certezza di contrarre una qualche malattia dalle pratiche di tipo sessuale).

La reattività ed il funzionamento sessuale della persona è contraddistinto dalla cosiddetta "Risposta sessuale", ovvero da un ciclo costituito da quattro fasi distinte, ma unite tra loro e strettamente necessarie l'una per il verificarsi dell'altra successiva.

Come già detto, tale risposta psicofisica è suddivisa in:

1. Fase del Desiderio,
2. Fase dell'Eccitazione,
3. Fase dell'Orgasmo e
4. Fase della Risoluzione.

Le disfunzioni psicosessuali sembrerebbero imputabili proprio ad un cattivo funzionamento di una delle quattro fasi che costituiscono questo ciclo. In tal modo i Disturbi sessuali possono aver luogo in una o più di queste stesse fasi di risposta sessuale.

In sintesi, riprendo brevemente le fasi:

1. La "Fase del Desiderio"; contraddistinta dalle fantasie e dai desideri circa l'attività sessuale. Questa fase ha inizio attraverso alcune stimolazioni della sfera sessuale di tipo fisico, ad esempio baci, carezze, etc., e di tipo psicologico, ad esempio il pensiero/desiderio di baciare, toccare, accarezzare il partner (o comunque qualcun'altro che attivi appunto il desiderio sessuale).
Per passare al momento dell'eccitamento, ovvero alla seconda fase del ciclo sessuale, è indispensabile che il sistema neuropsicologico attribuisca un significato erotico ai suddetti pensieri, desideri e stimoli, inducendo appunto questa prima fase contraddistinta da desiderio sessualmente connotato.
Sia nell'uomo che nella donna i disturbi della fase del desiderio sono il desiderio ipoattivo o l'avversione sessuale.
2. La "Fase dell'Eccitazione" (o "Fase del Plateau"); caratterizzata dalle sensazioni di piacere sessuale e dal momento di massimo eccitamento psicofisico. In questa fase avvengono cruciali modificazioni fisiologiche a livello genitale come l'erezione del pene e la lubrificazione e la dilatazione della vagina. Vengono inoltre avvertite piacevoli sensazioni di calore, formicolio, ipersensibilità cutanea e distrazione e leggerezza psico-cognitiva ed emotiva.
Per passare alla fase dell'orgasmo, ovvero alla terza fase del ciclo sessuale, è fondamentale che la persona attraversi un momento eccitatorio appagante, sia a livello psicologico che fisico, e sufficientemente lungo ed articolato attraverso una giusta ed equilibrata stimolazione psicofisica (secondo la soggettività di ognuno), dunque ne troppo blanda, ne troppo brusca o maldestra.
Nell'uomo il disturbo più frequente della fase dell'eccitazione è il disturbo dell'erezione, mentre nella donna è la mancanza di eccitazione e di lubrificazione.
3. La "Fase dell'Orgasmo"; costituita dal picco più alto di piacere sessuale, ovvero del raggiungimento del massimo godimento psicofisiologico. Tale fase corrisponde nell'uomo all'eiaculazione e nella donna alle contrazioni ritmiche delle pareti vaginali e del clitoride. Inoltre in entrambi la pelle si arrossa, il battito cardiaco aumenta, il respiro diventa più frequente, i capezzoli e le dita di mani e piedi si irrigidiscono ed in generale il corpo viene percorso da gradevoli ed incontrollabili sussulti, mentre la mente da percezioni, sensazioni e pensieri piacevoli e di benessere.
Nell'uomo il disturbo più comune della fase dell'orgasmo è l'eiaculazione precoce (esiste anche quella ritardata e quella impossibile o non piacevole), mentre nella donna è l'anorgasmia o frigidità, ovvero l'impossibilità di raggiungere l'orgasmo.
4. La "Fase della Risoluzione"; rappresentata da una sensazione di rilassamento muscolare e di benessere psicofisico generale.
Dopo quest'ultima fase vi è un momento detto "periodo refrattario" (o anche "fase di recupero"), durante il quale l'uomo non può raggiungere un'ulteriore erezione; la durata di tale lasso di tempo varia da individuo ad individuo secondo fattori soggettivi e situazionali.

Sempre a livello sessuale e con cause psicologiche, vi sono poi i disturbi da dolore sessuale, ovvero la dispaeunia, che può colpire sia il sesso maschile che quello femminile e caratterizzata da un rapporto sessuale doloroso, ed il vaginismo, cioè l'involontaria contrazione delle pareti vaginali che impedisce la normale penetrazione rendendo l'atto sessuale difficoltoso, doloroso e/o impossibile.

Infine nella sfera sessuale dell'individuo può verificarsi anche il cosiddetto disturbo dell'identità di genere, contraddistinto da una persistente e fortissima identificazione col sesso opposto e contemporaneamente da un intenso disagio psichico riguardante questa stessa pulsione interna, così come verso il proprio stesso sesso di appartenenza vissuto alquanto negativamente.

Vi sono poi le parafilie, ovvero ulteriori problemi sessuali contraddistinti da un certo livello di gravità in quanto costituiti da forti e ricorrenti impulsi, fantasie e/o comportamenti appunto di tipo sessuale, i quali rendono necessario, per raggiungere una adeguata risposta sessuale, l'utilizzo di oggetti, attività o situazioni inusuali e/o pericolose o dannose per se stessi e/o altre persone.

Sono compresi in questa sezione i seguenti Disturbi sessuali e dell'Identità di genere:

- I Disturbi del Desiderio Sessuale.
- Che si dividono in disturbo da desiderio sessuale ipoattivo e disturbo da avversione sessuale.
- I Disturbi dell'Eccitazione Sessuale.
- Che si dividono in disturbo dell'eccitazione sessuale femminile e disturbo maschile dell'erezione (impotenza).
- I Disturbi dell'Orgasmo.
- Che si dividono in disturbo dell'orgasmo maschile e femminile (frigidità femminile/eiaculazione problematica/ritardata maschile) e eiaculazione precoce.
- I Disturbi da Dolore Sessuale, che si dividono in vaginismo e dispareunia.

Le parafilie.

Caratterizzate da ricorrenti e intensi impulsi, fantasie, o comportamenti sessuali che implicano oggetti, attività o situazioni inusuali e causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento. Le Parafilie includono l'isibizionismo, il feticismo, la pedofilia, il masochismo, il sadismo, il voyeurismo.

Il disturbo dell'identità di genere.

Caratterizzato da intensa e persistente identificazione col sesso opposto, associata a persistente malessere riguardante la propria assegnazione sessuale.

La ninfomania ed il satirismo.

Caratterizzati da una forte accentuazione quantitativa della sessualità di natura psicologica.