

Fisiologia e patologia psicosessuale

Incontri Uni-ATENeO

4 novembre 2010

dr.ssa Anna Galeotti

LA RISPOSTA SESSUALE

Il comportamento sessuale è un'attività complessa, che coinvolge apparato genitale, SNC e SNP, apparato circolatorio, sistema endocrino → in caso di deficit non sempre possiamo avere un unico fattore causale.

La funzione sessuale è la manifestazione psicosomatica per eccellenza: nella sessualità le emozioni si manifestano visceralmente nella maniera più esplicita.

LA RISPOSTA SESSUALE

Studi di Masters e Johnson (anni '60) → primi dati sperimentali sulla sessualità umana (10.000 episodi di attività sessuale umana).

L'insieme dei fenomeni fisici e psichici che avvengono nel corpo umano in seguito ad uno stimolo erotico viene definito "ciclo di risposta sessuale" e comprende le *fasi di eccitamento, plateau, orgasmo e risoluzione*.

L'intensità e la durata delle fasi è soggettiva, perché fortemente legata ad aspetti psicologici.

FISIOLOGIA DEL DESIDERIO SESSUALE

Stimolo a connotazione erotica

Attivazione del sistema limbico



Il cervello produce in quantità un neurotrasmettitore (dopamina), che sollecita il desiderio; contemporaneamente aumenta la produzione di GnRH, una molecola che regola il sistema ormonale riproduttivo.

FISIOLOGIA DEL DESIDERIO SESSUALE

Desiderio: stato di tensione emotiva che porta a cercare di raggiungere l'oggetto del proprio interesse.

Questo stato emotivo rimane però un'esperienza psicologica: ci si sente coinvolti e 'spinti' verso l'altra persona, ma è assente qualunque manifestazione fisiologica.

FASE DELL'ECCITAZIONE

Maschio

La zona più sensibile in fase d'eccitazione è il glande, perché ricco di recettori sessuali specifici.

Il sangue si concentra in alcune zone (vasocongestione), producendo l'erezione del pene e dei capezzoli, l'elevazione del sacco scrotale e il rigonfiamento dei testicoli. E' spesso presente un aumento del battito cardiaco, della pressione sanguigna e della tensione muscolare.

Femmina

Il primo segno di eccitazione sessuale è la lubrificazione vaginale (facilita il rapporto e diminuisce l'acidità della vagina, altrimenti inadatta alla motilità degli spermatozoi); i due terzi più interni della vagina si allungano e si espandono, il corpo dell'utero si sposta all'indietro, le grandi labbra si appiattiscono, le piccole labbra si espandono e il clitoride si inturgidisce, per vasocostrizione. La zona esterna della vagina è più sensibile, infatti all'interno non si trovano molte terminazioni nervose.

FASE DI PLATEAU

Maschio

Aumento del livello di eccitazione → ulteriore aumento del flusso sanguigno e conseguente ulteriore ingrossamento del pene e dei testicoli; ingrandimento della prostata; cambiamento di colorazione del glande; produzione di un liquido, proveniente dall'uretra, che ha lo scopo di facilitare la lubrificazione nel coito.

Femmina

Anche il terzo esterno della vagina subisce una congestione e si restringe l'orificio vaginale del 30%. A questo punto si eleva l'utero, le piccole labbra si gonfiano e si colorano di rosso, spostando le grandi labbra, in modo da facilitare la penetrazione. Il clitoride si ritrae e diventa quasi invisibile.

FASE DELL'ORGASMO

Orgasmo: liberazione della tensione sessuale accumulata, attraverso contrazioni muscolari (prima più intense e ravvicinate, poi ridotte in ritmicità e intensità).

L'orgasmo, generalmente, oltre a provocare sensazioni molto intense e piacevoli, è accompagnato anche da un leggero obnubilamento della coscienza e da una temporanea perdita di percezione del mondo circostante.

Maschio

L'eiaculazione (preceduta dalla fase di 'inevitabilità eiaculatoria') è accompagnata da contrazioni ritmiche di vescicole seminali, vasi deferenti, prostata e dotti eiaculatori, che spingono il seme nel canale uretrale; si verificano anche contrazioni dello sfintere anale e dei muscoli del pavimento pelvico.

Femmina

Durante l'orgasmo si contraggono il terzo esterno della vagina, l'utero e lo sfintere anale.

FASE DI RISOLUZIONE

Maschio e femmina

Il corpo ritorna ad uno stato rilassato e privo di eccitazione. Il sangue che riempiva gli organi genitali drena rapidamente; diminuisce la tensione muscolare e l'eventuale rossore della pelle inizia a scomparire. Anche il respiro, il battito cardiaco e la pressione sanguigna ritornano ai livelli normali.

FASE REFRAATTARIA

Maschio

Subito dopo la fase di risoluzione l'uomo entra nel periodo 'refrattario': in questo lasso di tempo nessuna stimolazione potrà produrre un ulteriore orgasmo. La durata di questo periodo aumenta con l'aumentare dell'età.

Femmine

Non si osserva un vero e proprio periodo refrattario.

DOPPIO MODELLO DELLA SESSUALITA'

Le donne hanno subito restrizioni culturali che ha bloccato la completa espressione sessuale, mentre gli uomini sono stati incoraggiati a goderne.

Queste inibizioni culturali possono diventare abbastanza salde da non permettere una funzione sessuale normale.

CULTURA E SESSUALITA'

Contraddizione culturale:

- progressivo allentamento dei vincoli della morale
- aumento di richiesta di aiuto per disturbi sessuali
- iperstimolazione visiva a contenuto erotico e conseguente influenza sulla condotta sessuale
→ si va a forzare la funzione sessuale oltre la sua naturale attività, favorendo l'emergere disfunzioni che in condizioni di maggior rarefazione dell'impulso sarebbero meglio compensate.

DISTURBI SESSUALI

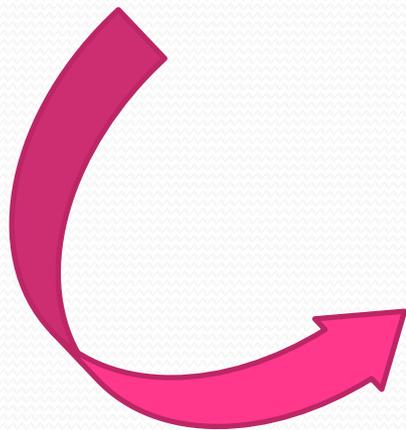
I disturbi sessuali sono differenziabili in **disfunzioni sessuali**, deviazioni del desiderio sessuale o **parafilie**, **disturbi dell'identità di genere**.

Disfunzione Sessuale = anomalia del processo che sottende il ciclo di risposta sessuale o presenza di dolore associato al rapporto sessuale, che ostacolano o impediscono il rapporto sessuale.

DISFUNZIONI SESSUALI

Possono derivare da:

- difficoltà di investimento nella sessualità;
- difficoltà a compiere l'atto sessuale;
- disturbi dell'orgasmo.



Si differenziano in disturbi:

- del desiderio sessuale
- dell'eccitazione sessuale
 - dell'orgasmo
- da dolore sessuale

DISFUNZIONI SESSUALI

Tutte le disfunzioni sessuali possono essere:

- **situazionali** (legate a specifiche situazioni, partner o pratiche sessuali)
- **generalizzate**
- **primitive** (presenti fin dalle prime esperienze)
- **secondarie** (manifestatesi successivamente ad un periodo di normale funzionamento)

DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE

- *Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo*, caratterizzato da scarsità o assenza di desiderio sessuale e di fantasie sessuali e frequentemente presente in soggetti con problemi di eccitazione o di raggiungimento dell'orgasmo.

Lo scarso desiderio sessuale può essere esteso a tutte le forme di espressione sessuale oppure limitato ad uno specifico partner o ad una determinata attività sessuale.

DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE

- *Disturbo da Avversione Sessuale*, caratterizzato dall'evitamento di contatti a carattere sessuale (in alcuni casi anche verso ogni generica forma di intimità).

Le reazioni del soggetto esposto allo stimolo sessuale possono variare di intensità (da un'ansia moderata con mancanza di piacere ad un'estrema sofferenza psicologica).

DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE

Quando il disturbo si manifesta in tutti i casi, compresa la masturbazione, il problema assume maggiore rilevanza (probabili cause organiche e/o psicologiche più profonde come una depressione o un trauma sessuale durante l'infanzia o l'adolescenza).

Quando è legato al partner abituale è più probabile che si tratti di un conflitto di coppia.

DISTURBO DELL'ECCITAZIONE SESSUALE

E' caratterizzato da incapacità o difficoltà nel raggiungere o mantenere una adeguata eccitazione sessuale (lubrificazione, turgidità dei genitali ed erezione) in risposta a stimoli idonei, fino al completamento dell'attività sessuale.

Disturbo femminile: **Frigidità**

Disturbo maschile: **Disturbo erettile o impotenza**

DISTURBO DELL'ECCITAZIONE SESSUALE

Nelle donne può essere anche legato alle modificazioni psicofisiche della menopausa.

Negli uomini con disturbo primitivo e generalizzato, generalmente si attribuisce un decorso cronico permanente; mentre per i disturbi secondari e situazionali è indicata una percentuale di remissioni spontanee nel 15-30% dei casi.

DISTURBO DELL'ECCITAZIONE SESSUALE

Le difficoltà di erezione con eziologia psicogena sono attribuite alla presenza di ansia associata al rapporto sessuale: preoccupazioni relative alla prestazione, timore della figura femminile in generale, idee negative sul sesso e sul piacere, consapevolezza della propria inesperienza sessuale, ecc.

DISTURBI DELL'ORGASMO

Disturbo dell'orgasmo femminile (o anorgasmia)

E' caratterizzato dalla difficoltà, l'impossibilità o un frequente ritardo nel raggiungimento dell'orgasmo, dopo una adeguata fase di eccitazione sessuale (la capacità di orgasmo è minore di quanto ci si aspetterebbe per età, esperienza sessuale e adeguatezza della stimolazione sessuale ricevuta); in assenza di patologie organiche, è legato alla *difficoltà di abbandono* ed al *costante controllo* sulle sensazioni provate.

DISTURBI DELL'ORGASMO

Disturbo dell'orgasmo maschile

Si caratterizza per una precoce presentazione o un persistente ritardo, o assenza dell'orgasmo dopo una fase di normale eccitazione sessuale. Sono presenti più tipologie:

- *Assenza di orgasmo con o senza eiaculazione*: scissione dell'emissione di sperma dall'esperienza dell'orgasmo, dovuta ad una tendenza al controllo eiaculatorio, fenomeni di auto osservazione inibitoria, meccanismi di repressione e rimozione dell'aggressività.

DISTURBI DELL'ORGASMO

- *Eiaculazione ritardata*
- *Eiaculazione retrograda*: la manifestazione di questo disturbo, di origine organica, consiste nella mancata espulsione del liquido seminale dal pene, che si riversa nella vescica invece che nell'uretra.
- *Orgasmo aneiaculatorio*: legato a cause organiche, si rileva una totale assenza della fase di emissione accompagnata dalla presenza di orgasmo.
- *Ejaculatio sejuncta*: l'eiaculazione interviene molto tempo dopo il rapporto sessuale, durante il sonno, determinando polluzione notturna.

DISTURBI DELL'ORGASMO

- ***Eiaculazione precoce:*** l'eiaculazione interviene in modo prematuro, prima della penetrazione o ai primi movimenti intravaginali.

E' presente nel 30% della popolazione maschile ed è generalmente attribuibile a cause psicologiche, come eccessivo eccitamento, senso di colpa, inibizione relativa alla sessualità, conflittualità con il partner o con la figura femminile in generale.

DISTURBI DA DOLORE SESSUALE

- *Dispareunia* (maschile e femminile), caratterizzato da dolore genitale prima, durante o dopo l'attività sessuale; non è essere attribuibile esclusivamente a Vaginismo, mancanza di lubrificazione o a specifiche cause fisiche.
- *Vaginismo*, caratterizzato da frequente o costante contrazione non volontaria dei muscoli vaginali durante la penetrazione (mediante pene, dita, tamponi, speculum ... talvolta è sufficiente il solo pensiero di penetrazione vaginale a provocare lo spasmo muscolare).

DISTURBI DA DOLORE SESSUALE

Il vaginismo è spesso alla base dei cosiddetti 'matrimoni bianchi o non consumati' →
disfunzione della coppia

Spesso in queste coppie c'è un'ottima intesa e il disturbo non impedisce tutte le altre pratiche sessuali che non comportano la penetrazione.

DISTURBI DELL'IDENTITÀ DI GENERE

Caratterizzati dall'identificazione persistente con il sesso opposto, determinano un intenso malessere per il proprio sesso biologico.

L'esito più clamoroso è il *transessualismo*, preceduto spesso da fenomeni di *travestitismo* (nelle parafilie, lo scopo è la ricerca dell'eccitamento, nei disturbi d'identità è conquistare l'identità di genere).

DISTURBI DELL'IDENTITA' DI GENERE

L'esordio avviene nella pubertà, manifestandosi con un *disgusto* per i propri caratteri sessuali distintivi ed una *inaccettazione* profonda della propria mascolinità o femminilità.

L'esito di questo disturbo è spesso l'intervento chirurgico e/o il trattamento ormonale, per la ricostruzione di una morfologia fisica che consenta l'armonizzazione del corpo con un'identità di genere dell'altro sesso.

PARAFILIE (o perversioni)

Sono deviazioni dal normale *oggetto sessuale*: esibizionismo, feticismo, travestitismo, pedofilia, masochismo o sadismo sessuali, voyeurismo, coprofilia...

I desideri del soggetto comportano **intenso disagio** o danni alla vita sociale, lavorativa oppure sono **obbligatori** per suscitare eccitamento oppure coinvolgono **persone non consenzienti**.

Alcune di queste forme sono perseguite dalla legge, poiché possono comportare la sopraffazione della volontà dell'altro. Sono molto più diffuse tra gli uomini che tra le donne (20:1).

SESSUALITA' COMPULSIVA

E' la ricerca continua di partner diversi per appagare il proprio desiderio oppure la pratica di una masturbazione frequentissima (sintomo ossessivo o problema di gestione dei rapporti umani).

Ciò che differenzia queste persone da chi ha semplicemente un sano e forte appetito sessuale, è la qualità compulsiva e coatta dei loro impulsi sessuali.



L'auto-controllo di questi soggetti è così inadeguato da spingerli ad intraprendere iniziative sessuali anche se consapevoli di rischiare il lavoro, il compagno o, in caso di rapporti non protetti, la vita. Quando tentano di astenersi dall'attività sessuale divengono tesi e depressi.

L'incapacità di gestire l'impulso potrebbe essere causata da un deficit dei meccanismi di regolazione che modulano i desideri adattandoli alle opportunità e ai pericoli dell'ambiente che ci circonda.

TERAPIA PSICOLOGICA

Le disfunzioni sessuali hanno una forte base ansiosa, con una tendenza al controllo; la presenza dell'ansia di prestazione complica la risoluzione spontanea di tutti i problemi sessuali, consolidando le esperienze di fallimento.

Le disfunzioni sessuali, nella maggior parte dei casi, sono facilmente risolvibili con interventi psicologici mirati, soprattutto quando non sostenuti da condizioni mediche generali.

TERAPIA PSICOLOGICA

La focalizzazione dell'attenzione sul problema porta l'organismo ad un tentativo involontario di riduzione degli stati tensivi che sviluppano il sintomo, ma ottiene il risultato opposto.



Circolo vizioso → alimenta il problema, incrementando i livelli di ansia e controllo rispetto al disturbo e perdendo il piacere nelle attività sessuali.

TERAPIA PSICOLOGICA

Anche quando la diagnosi di un disturbo sessuale pone in evidenza un problema di tipo organico, fattori psicologici possono complicare la scena (es. paura dell'insuccesso).

Dopo i primi fallimenti può accadere che la paura di ulteriori insuccessi porti a situazioni così ansiogene da divenire un vero e proprio fattore di mantenimento del disturbo stesso.

TERAPIA PSICOLOGICA

Vergogna ed imbarazzo portano spesso a rimandare la richiesta d'aiuto, incrementando la sofferenza stessa ed “incistando” il problema in cicli relazionali disfunzionali.

L'obiettivo principale della terapia sessuale consiste nella rimozione delle problematiche immediate, che ostacolano una soddisfacente espressione sessuale (es. la previsione di una prestazione inefficace, la paura di essere rifiutati o la difficoltà a controllare le proprie emozioni).

TERAPIA PSICOLOGICA

La terapia sessuale, focalizzandosi principalmente sul sintomo, prevede il ricorso a prescrizioni miranti a ridurre o modificare il comportamento disadattivo (scopo: limitare l'ansia, coinvolgere partner poco collaborativi ed affrontare le resistenze al cambiamento).

Nei casi di presa in carico della coppia, il soggetto viene aiutato anche ad integrare il nuovo comportamento adattivo nell'ambito della sua relazione affettiva.

TERAPIA SESSUALE INTEGRATA

La “*terapia sessuale integrata*” (H. Kaplan) contiene due differenti strategie terapeutiche:

1) un intervento *comportamentale* (prescrizioni di interazioni sessuali strutturate → mansioni graduali, che consentono una desensibilizzazione in vivo, finalizzata alla riduzione dell'ansia sessuale);

2) un intervento *psicodinamico* (interpretazione delle dinamiche inconsce e delle resistenze).

TERAPIA SESSUALE INTEGRATA

Nella terapia di tutti i disturbi sessuali, l'applicazione delle prescrizioni viene inserita all'interno di un percorso, che promuova al contempo una profonda ristrutturazione delle convinzioni e degli atteggiamenti soggettivi legati alla sessualità.

E' sempre importante anche una concomitante analisi delle dinamiche relazionali della coppia.

TERAPIA SESSUALE INTEGRATA

Disturbo erettile - Eiaculazione precoce

Passaggi terapeutici più standardizzati:

- procedura di “stimolazione inesigente”, in cui vengono proibiti i rapporti sessuali
- apprendimento di modalità con cui poter perdere e riacquistare l’erezione
 - “Manovra dello squeeze” o compressione, prevede che, subito prima dell'eiaculazione, si comprima la zona del pene subito sotto il glande utilizzando il pollice, l'indice e il dito medio, per circa 3-4 secondi

TERAPIA SESSUALE INTEGRATA

Disturbo erettile - Eiaculazione precoce

- Tecnica dello “stop-start”, in base all'ipotesi che attribuiva l'origine dell'eiaculazione precoce ad un'incapacità del soggetto di percepire le sensazioni premonitriche dell'orgasmo. L'individuo tende a distrarsi dalle proprie sensazioni erotiche, credendo erroneamente di ritardare in tal modo l'eiaculazione; concentrandosi sulle sensazioni, si può imparare a capire quando si è prossimi all'eiaculazione ed a ritardarla in questo frangente.

TERAPIA SESSUALE INTEGRATA

Disturbo erettile - Eiaculazione precoce

- interventi di modifica e rielaborazione dei vissuti connessi alla sessualità, al fine di interrompere il circolo vizioso disadattivo
- analisi delle resistenze che i partner manifestano nel corso del processo terapeutico