

SESSUOLOGIA CLINICA

Sergio Suggelli (2008)

COS'E' LA SESSUOLOGIA CLINICA

Parlare di sessualità è sempre difficile, specie nel nostro Paese, dove esistono divergenze di pensiero e di opinioni al riguardo, dove esistono atteggiamenti contrari alle terapie sessuali, dove i tabù purtroppo sovrastano gran parte della sessualità umana, a causa soprattutto della non conoscenza, dell'ignoranza.

Per non cadere nella retorica e per cercare di chiarire le linee generali e, in seguito entrare nei particolari, faccio una breve cronistoria di questa specializzazione, che per l'Italia è nuova e non ha ancora ricevuto il dovuto riconoscimento. Esiste un Albo dei sessuologi, ma coloro che hanno ottenuto l'attestato di specialista in sessuologia, medici o psicoterapeuti, hanno difficoltà a utilizzare tale titolo, proprio come a suo tempo trovò molte resistenze la psicanalisi.

La sessuologia si può considerare una specializzazione della psicanalisi più che della medicina. Le due discipline s'integrano, l'analisi ha bisogno della tecnica e la tecnica ha bisogno dell'analisi, e questo, è utile per ottenere un ottimo risultato.

La sessuologia moderna è il risultato di un lavoro di équipe, come insegnano molti ricercatori, soprattutto americani. Freud, invece, che per primo si è interessato ai problemi sessuali a livello analitico, cercava di affrontarli con la sola analisi, ottenendo dei risultati non esaltanti e per di più con una durata della terapia molto lunga nel tempo,

I pionieri della moderna sessuologia si possono considerare Master e Johnson, l'uno medico e l'altro psicologo analista, i quali seguivano la coppia sotto tutti gli aspetti, cercando con terapie brevi comportamentali, tecniche ed esercizi ben precisi, di risolvere le disfunzioni sessuali che disturbavano il buon andamento e l'equilibrio della coppia.

I due specialisti, miravano alla realizzazione del piacere, infatti, affermavano: "Il piacere sessuale non è fissato nel vuoto, bensì proviene da un reciproco soddisfacimento dei desideri e dei bisogni di un uomo e di una donna che fisicamente ed emotivamente, sono l'uno per l'altro."

Ora il lavoro di Master e Johnson è stato rivisto, ampliato e ulteriormente analizzato da molti altri, specialmente, da Helen Singe Kaplan, la quale ha cercato di arricchire ulteriormente il bagaglio tecnico sia da un punto di vista psicologico che psicofisico.

In Italia i primi specialisti in sessuologia ebbero con la fondazione della Società Italiana di Sessuologia Clinica nel 1977. Ad essa accedevano e accedono solo medici e psicologi, preferibilmente specializzati in Psicoterapia.

La disciplina sessuologica è stata importata dall'America in Europa da Willy Pasini e Giorgio Abraham che insieme operavano a Ginevra.

L'équipe cui ho fatto riferimento deve essere composta di varie specializzazioni e ognuna ha la sua importanza per aiutare chi richiede un intervento: Il ginecologo, l'urologo l'andrologo, il neurologo e lo psicologo. E' preferibile che quest'ultimo abbia una preparazione analitica, poiché spetta a lui il compito di entrare in diretto contatto con i pazienti e le loro ansie.

Quando un paziente si presenta per un qualsiasi disturbo, è necessario condurre un'analisi attenta e dettagliata nei minimi particolari per evitare di operare senza consapevolezza, ottenendo pessimi risultati.

Il primo intervento da eseguire è il BIOLOGICO, per eliminare eventuali problematiche fisiologiche, e qui è necessario l'intervento della medicina che con la sua scienza può dare il quadro specifico dell'organismo del paziente.

Il secondo intervento, una volta accertati che non ci siano disfunzioni fisiologiche, consiste in una investigazione a livello intrapsichico individuale, poi relazionale di coppia, quindi relazionale allargato all'ambiente in cui il soggetto vive, il comportamento in famiglia, che è inteso come una piccola società. Inoltre, vanno analizzati i fattori morali e i valori sociali, e le comunicazioni non verbali.

Per dare una risposta e iniziare la terapia, occorrono di media tre sedute. La formula da adottare con il paziente da parte del terapeuta è composta di tre fattori: ASCOLTARE; CAPIRE E RIFLETTERE, RISPONDERE, cioè il terapeuta deve essere sicuro delle disfunzioni in esame prima di iniziare il percorso terapeutico.

ANATOMIA

Prima di parlare di amore e di sessualità, è necessario soffermarsi a descrivere l'anatomia degli organi genitali maschili e femminili. Conoscerli è importante, poiché fanno parte del nostro vissuto corporeo.

Essi sono indispensabili per la vita e la conservazione della specie umana, servono alla riproduzione, e, al tempo stesso, sono fonte del piacere sessuale.

Molti sono i tabù che nelle varie epoche hanno investito gli organi genitali: basti pensare che, per secoli, il solo menzionarli produceva disagio.

La generazione dei nostri nonni evitava la vista del corpo nudo ed era prassi fare l'amore al buio, come mi è capitato anche di ascoltare nelle testimonianze delle persone anziane.

Anche i giochi erotici erano vietati e considerati atti impuri.

Le donne non osservavano né esploravano i propri genitali. Al contrario, oggi viene insegnata alle giovani donne la pratica dell'auto-osservazione, soprattutto con finalità di igiene e prevenzione. In questo modo è stato possibile, negli ultimi decenni, ridurre notevolmente molti disturbi vaginali di carattere infiammatorio, micotico o virale.

La conoscenza e l'igiene degli organi genitali è indispensabile anche per l'uomo, anche egli potenziale portatore di virus, se non cura attentamente l'igiene intima.

APPARATO GENITALE MASCHILE

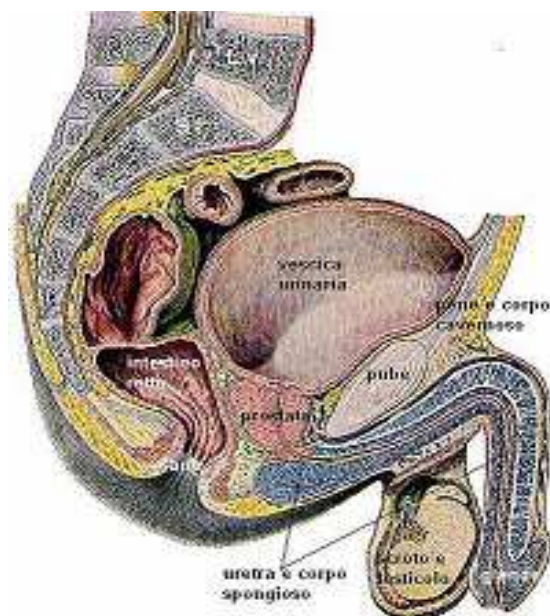
□ GENERALITA'

L'apparato genitale maschile è rappresentato dalle gonadi (testicoli o didimi), dalle vie spermatiche, da alcune ghiandole annesse e dagli organi genitali esterni. Esso presenta quindi la seguente struttura:

Gonadi o testicoli o didimi

<i>Vie spermatiche</i>	→	tubuli retti e <i>rete testis</i> epididimi canali deferenti condotti eiaculatori uretra comune
<i>Ghiandole annesse alle vie spermatiche</i>	→	vescichette seminali prostata ghiandole bulbouretrali
<i>Genitali esterni</i>	→	pene Borsa scrotale o scroto
<i>Organi rudimentali</i>	→	appendice del testicolo appendice dell'epididimo paradidimo condottini aberranti

Sofferamoci adesso a valutare alcuni elementi dell'apparato genitale maschile e in particolar modo i genitali esterni (il pene) e le gonadi (o testicoli).



□ PENE

Il pene o verga o asta virile è l'organo maschile della copulazione, resa possibile dalle sue capacità erettili. Situato nel perineo anteriore, è costituito da tre formazioni allungate: i due corpi cavernosi del pene e il corpo spongioso dell'uretra, rivestite da particolari involucri connettivali e, superficialmente, da cute. Il pene è percorso in tutta la sua lunghezza dall'uretra (uretra peniena).

Addentriamoci più precisamente sulla forma, e posizione di questo organo.

Nel pene si possono distinguere una porzione fissa o radice, una porzione mobile o corpo (pene propriamente detto) e un'estremità distale ingrossata, il glande.

La *radice* è situata profondamente nel perineo anteriore, contenuta nella loggia peniena, ed è diretta obliquamente in alto e in avanti. E' rappresentata dalle porzioni iniziali dei due corpi cavernosi del pene (ovvero cilindri formati da un solido tessuto fibroso riempito da una specie di spugna di spazi vascolari o di tessuto erettile che si gonfiano di sangue durante l'erezione) e del corpo spongioso dell'uretra (ovvero colonna erettile che racchiude l'uretra lungo tutto il suo corpo attraverso la superficie anteriore del pene).

Il *corpo*, di forma pressoché cilindrica, è completamente rivestito da cute; allo stato di flaccidità, misura nell'adulto in media 10 cm di lunghezza e 9 cm di circonferenza e pende verticalmente tra la radice delle cosce, appoggiato sulla fascia anteriore dello scroto, formando con la radice un angolo di circa 60° a perta in basso.

Verso l'estremità distale, al limite con il glande, il corpo del pene mostra un leggero restringimento, *collo del pene*. Allo stato d'erezione aumenta di lunghezza, di volume e di consistenza in maniera variabile da individuo ad individuo e cambia di posizione, sollevandosi dallo scroto e avvicinandosi alla parete anteriore dell'addome; esso prende quindi la direzione della radice per cui l'angolo del pene scompare completamente. Anche durante l'erezione, l'organo mantiene la forma di un cilindro un po' appiattito in senso anteroposteriore, con una faccia inferiore che presenta nella parte mediana una sporgenza longitudinale determinata dall'uretra.

Il *glande* rappresenta l'estremità distale del pene. Allo stato di flaccidità il glande è totalmente o parzialmente ricoperto da una piega cutanea, il *prepuzio*. Di colorito roseo, il glande presenta una superficie liscia e ha la forma di un cono a base molto larga e apice arrotondato.

Sulla superficie inferiore, il prepuzio è attaccato al glande dal frenulo, costituito da una piega longitudinale di pelle. La separazione del prepuzio dal glande sottostante è talvolta incompleta nel neonato e nell'infante (fimosi). Il totale scappucciamento del glande avviene di solito col tempo, perché le piccole aderenze, che collegano il prepuzio al glande e impediscono che venga del tutto scoperto, a poco a poco si rompono, anche grazie all'azione dello smegma (sostanza bianca-giallastra) che produce attrito e separa le pareti.

Il *prepuzio* è una piega cutanea a forma di manicotto che origina dal collo del pene e si estende a ricoprire il glande per un'estensione variabile. A pene flaccido si può distinguere nel prepuzio un foglietto esterno e uno interno. Il foglietto esterno fa direttamente seguito al rivestimento cutaneo del pene e dopo un certo tratto ripiega su se stesso continuando nel foglietto interno il quale, scivolando sulla superficie del glande senza aderirvi, va a fissarsi all'estremità del corpo del pene. La zona di riflessione dei due foglietti prende il nome d'*orifizio prepuziale* che, se ristretto, può impedire il passaggio del glande (la suddetta fimosi).

Durante l'erezione, per l'aumento della lunghezza del pene, il prepuzio scivola sul pene stesso ritraendosi fino a scomparire del tutto.

□ TESTICOLI

I testicoli o didimi, destro e sinistro, sono le gonadi maschili e svolgono le funzioni di produrre spermatozoi (spermatogenesi) e di secernere ormoni sessuali maschili (testosterone).

Anche per esso soffermiamoci sulla forma e posizione.

Il testicolo è un organo pari di forma ellissoidale, leggermente appiattito in senso trasversale, situato al di sotto del pene, fra la radice delle cosce; è contenuto in un sacco cutaneo, *borsa scrotale*, ed è appeso all'estremità inferiore del corrispondente funicolo spermatico.

Ciascun testicolo risulta estremamente mobile, potendo essere spostato in tutte le direzioni; in particolare la sua posizione è strettamente legata allo stato di contrazione o di rilasciamento del muscolo cremastere e della parete della borsa scrotale.

I due testicoli sono separati l'uno dall'altro dal setto scrotale; in genere il testicolo sinistro ha una posizione leggermente più bassa del destro.

Il maggior asse dell'organo diretto obliquamente in basso e posteriormente con un'inclinazione di circa 45°, è lungo, nel soggetto adulto, 4-4,5 cm; il diametro anteroposteriore misura in media 3 cm, mentre quello trasversale 2,5 cm. Il peso di ciascun testicolo varia, sempre nell'adulto, da 20 g a 30 g.

Di consistenza molle elastica e di colorito bianco azzurrognolo, il testicolo presenta due facce, mediale e laterale, due margini, anteriore e posteriore, e due poli, superiore e inferiore.

I testicoli contengono due principali tipi di cellule, le cellule interstiziali (di Leydig), che producono ormoni steroidei, soprattutto testosterone, e le cellule tubulari, da cui derivano gli spermatozoi. Più precisamente gli spermatozoi passano dai tubuli seminiferi (contenuti nel testicolo e lunghi circa 500 metri) ad un esteso tubulo con varie circonvoluzioni a spirale che forma l'epididimo.

La struttura è collegata a ciascun lato dell'uretra da un lungo tubo fibromuscolare, il vaso o dotto deferente che, nella sua estremità superiore, si espande a formare l'ampolla del vaso. Questa funge da camera d'immagazzinamento degli spermatozoi ed è situata dietro la vescica.

Il processo completo della spermatogenesi ha una durata di circa settanta giorni e, diversamente dalla donna che, dopo la nascita, non produce più cellule uovo oltre quelle di cui è già dotata, l'uomo continua a produrre per tutta la sua vita miliardi di spermatozoi all'anno. Quelli non utilizzati nell'eiaculazione sono riassorbiti nell'epididimo.

Le vescicole seminali sono due sacche allungate che si trovano dietro la vescica e la ghiandola prostatica. Esse secernano un significativo volume di fluido accessorio che è scaricato lungo il dotto eiaculatorio, insieme al contenuto delle ampolle dei vasi deferenti, nella parte prostatica dell'uretra; qui il tutto si mischia ai fluidi prostatici ed è prodotto quindi lo sperma.

Un'ulteriore secrezione durante l'eccitamento sessuale deriva dalle ghiandole bulbouretrali (di Cowper) che si trovano ai due lati dell'uretra.

APPARATO GENITALE FEMMINILE

GENERALITA'

L'Apparato genitale femminile è costituito da un insieme di organi che hanno il compito di produrre le cellule germinali (gameti) femminili o cellule uovo od ovociti, di permetterne l'incontro con le cellule germinali maschili o spermatozoi ai fini della fecondazione, di accogliere il germe nel suo sviluppo durante la gravidanza e di espellerlo infine all'esterno, al termine della gravidanza.

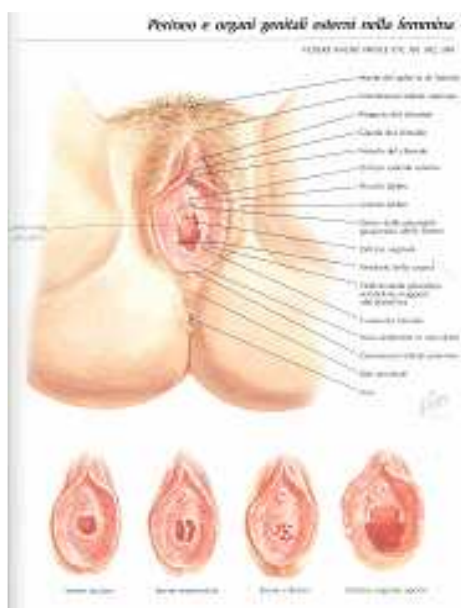
A livello dell'apparato genitale femminile si svolgono inoltre importanti *funzioni endocrine*, caratteristiche del sesso, che stabiliscono le condizioni idonee affinché le varie parti possano adempiere ai loro compiti.

L'apparato genitale femminile svolge le proprie funzioni gametogeniche ed endocrine nel periodo che va dalla pubertà alla menopausa (periodo fertile), secondo cicli che sono regolati da influenze ormonali (cicli mestruali). Nel corso di ciascun ciclo, i vari organi vanno incontro a notevoli modificazioni strutturali e funzionali.

L'apparato genitale femminile ha costituzione analoga a quella dell'apparato genitale maschile. Vi si distinguono le *gonadi*, le *vie genitale* e gli *organi genitali esterni*.

<i>Gonadi femminili</i>	→	ovaie
<i>Vie genitali</i>	→	tube uterine utero vagina
<i>Genitali esterni</i>	→	monte di Venere grandi labbra piccole labbra organi erettili (clitoride, bulbi del vestibolo) vestibolo della vagina e imene ghiandole vestibolari
<i>Residui embrionali</i>	→	apooforon parooforon appendici vescicolose canale di Malpigli-Gartner

Anche in questo caso soffermiamoci ad affrontare alcuni elementi dell'apparato femminile, in particolare modo le gonadi femminili (ovaie), le vie genitali (utero e vagina) e affronteremo più in dettaglio alcuni genitali esterni.



OVAIE

Le ovaie sono le gonadi femminili; producono le cellule uovo ed elaborano gli ormoni femminili (estrogeni e progesterone). Sono evidenti le analogie funzionali tra le gonadi femminili e quelle maschili che, anch'esse, presentano funzioni gametogeniche ed endocrine.

Valutiamo la forma e posizione.

Le ovaie sono organi pari, situati di contro alla parete laterale del piccolo bacino. Hanno la forma e la grandezza di una grossa mandorla, con il maggior asse verticale e disposto su un piano pressoché sagittale. Si possono quindi evidenziare due facce, laterale e mediale, due margini, anteriore e posteriore e due poli, superiore e inferiore.

Le dimensioni medie, durante il periodo fertile, sono le seguenti: altezza 3,5 cm, larghezza 2 cm, spessore 1 cm.

L'ovaia ha consistenza piuttosto dura. Il suo aspetto varia secondo le fasi della vita sessuale: prima della pubertà si presenta liscia e regolare, durante il periodo fertile, la superficie ovarica si presenta di colorito grigio rossastro e notevolmente irregolare per la sporgenza di follicoli in via di maturazione o di corpi lutei. Con l'evolversi dell'età compaiono numerose cicatrici, esito del processo d'atresia follicolare e della regressione di corpi lutei.

Dopo la menopausa, l'ovaia tende a diventare atrofica, acquista una consistenza quasi lignea e dopo i 70 anni ritorna liscia per l'atrofia delle stesse cicatrici.

L'ovaia ha una posizione abbastanza variabile, poiché può seguire gli spostamenti dell'utero.

Le ovaie contengono delle uova (o cellule uovo od ovuli) circondate da un raggruppamento di cellule che formano un follicolo. Ogni mese un singolo follicolo giunge a maturazione e l'ovulo è raccolto dalla fimbria della tuba di Falloppio e trasportato giù, lungo la sua lunghezza, fino alla cavità uterina.

UTERO

L'utero è l'organo della gestazione, ha cioè la funzione di accogliere l'uovo fecondato e di consentirne lo sviluppo. E' un organo impari, che in alto riceve lo sbocco delle tube uterine e in basso si apre nella cavità vaginale. Le sue pareti sono spesse e contengono una sviluppata muscolatura liscia le cui contrazioni determinano, al termine della gravidanza, l'espulsione del prodotto del concepimento. E' situato al centro della piccola pelvi, al di dietro della vescica e al davanti del retto.

Anche in questo caso valutiamo forma e posizione.

L'utero ha grossolanamente la forma di una pera con una spessa parete muscolare, presenta una parte inferiore ristretta, la *cervice o collo dell'utero*, che si estende all'interno della parete anteriore della vagina aprendovisi in prossimità del suo limite superiore.

Tra corpo e collo esiste un leggero restringimento, l'*istmo*, più evidente nelle nullipare e sulle facce anteriore e laterali dell'organo. Dicesi *fondo* dell'utero la parte superiore, arrotondata, del corpo, che sporge oltre un piano passante per il punto d'entrata delle tube.

Nella nullipara, l'utero ha nell'insieme una lunghezza di 6-7 cm, una larghezza massima nella sua parte superiore di 3,5-4 cm e uno spessore di 2,5 cm. Il peso è di 40-50 g. Questi valori si modificano notevolmente nelle multipare, in cui l'utero acquisisce dimensioni e peso maggiori.

Nel corpo dell'utero si distinguono: una *faccia anteriore o vescicale* che, normalmente, guarda in basso; una *faccia posteriore o intestinale* notevolmente convessa che guarda indietro e in alto; due margini laterali, *destro e sinistro*, arrotondati, dai quali si dipartono i legamenti larghi; un *marginale superiore* che delimita il fondo ed è pressoché rettilineo e sottile nelle nullipare, grosso e convesso nelle multipare; due *angoli superolaterali*, a livello dei quali si sboccano le tube uterine, mentre subito al di sotto e al davanti di esse originano i legamenti rotondi dell'utero e un poco indietro i legamenti uteroovarici.

Il *collo* ha la forma più o meno cilindrica, prima della pubertà è notevolmente sviluppato rispetto al corpo e corrisponde a circa la metà della lunghezza totale dell'utero; in seguito, specie nelle multipare, esso corrisponde ad un terzo circa dell'organo, dato il notevole sviluppo del corpo. Vi si distinguono una *porzione sopravaginale*, che fa seguito al corpo, separata da questo dall'istmo e una *porzione vaginale*, che sporge in vagina.

L'intersezione della vagina sul collo avviene secondo un piano obliquo in basso e in avanti, in modo che mentre la porzione sopravaginale è più estesa anteriormente, quella vaginale lo è posteriormente.

Date le modalità d'inserzione della vagina, tra la parete interna di questa e la superficie esterna del collo si stabilisce uno spazio circolare, più profondo posteriormente, il *fornice vaginale*.

L'utero è situato pressoché al centro della piccola pelvi: nella norma l'orifizio uterino esterno si trova all'altezza del margine superiore della sinfisi pubica.

Spostamenti in toto dell'utero da questa posizione sono definiti *anteposizione, retroposizione, lateroposizione destra e sinistra, abbassamento, elevazione*.

Normalmente, l'asse longitudinale dell'utero non coincide con quello della vagina, ma forma con esso un angolo aperto in avanti (*antiversione fisiologica*). In condizioni particolari si può verificare una *retroversione uterina*.

In una minoranza di donne l'utero è retroverso.

VAGINA

La vagina è un condotto muscolomembranoso, impari e mediano, che rappresenta l'ultimo tratto delle vie genitali femminili; fa seguito all'utero e, dopo aver attraversato il pavimento pelvico, si apre nel vestibolo della vagina. E' l'organo della copula e riceve dunque lo sperma al momento dell'accoppiamento; serve inoltre a dar passaggio al flusso mestruale, ai prodotti di secrezione uterina, e al momento del parto, al feto e suoi annessi. La vescica e l'uretra le stanno davanti, il retto dietro.

Circa la forma e la posizione in condizioni di vacuità, la vagina è schiacciata in senso anteroposteriore per quasi tutta la sua lunghezza; la parete posteriore e quella anteriore si applicano l'una contro l'altra, per cui la cavità diviene virtuale e, se osservata in sezione trasversale, ha una forma che ricorda quella di un'H.

Questa forma cambia sia nella sua estremità superiore sia in quella inferiore, per adattarsi alle parti vicine. In alto, la vagina ha una forma regolarmente cilindrica, inserendosi sul collo dell'utero in modo da formare attorno ad esso una specie di sacco, detto *fornice vaginale*.

Il fornice è comunemente diviso in diversi segmenti, detti fornici anteriore, posteriore e laterali, destro e sinistro. Di questi, il fornice posteriore è il più profondo e in corrispondenza di esso la parete vaginale è particolarmente sottile e a diretto contatto con il peritoneo. In basso, a livello del vestibolo, la vagina assume una forma ellittica a diametro maggiore sagittale e il suo orifizio esterno è parzialmente chiuso, nella vergine, da un sepimento cutaneomucoso, l'*imene*, che separa la vagina del suo vestibolo.

La vagina è posta in parte nella piccola pelvi, in parte nel perineo; si porta obliquamente in basso e un poco in avanti, formando, con un piano orizzontale condotto alla sua estremità inferiore, un angolo aperto indietro di 65-70%.

L'asse della vagina e quello dell'utero formano un angolo aperto verso la sinfisi pubica che varia in diverse condizioni: retto od ottuso nelle vergini e nelle nullipare, acuto nelle multipare.

Ha una lunghezza media di circa 7 cm se si considera la parete anteriore; oppure di circa 8 cm se si considera quella posteriore, poiché quest'ultima si attacca ad un livello superiore sul collo uterino. La vagina

è un organo estensibile, e questo è capibile se pensiamo alla facilità con cui si dilata per dare passaggio al feto nel momento del parto; nello stesso tempo è anche un organo molto elastico tanto che, dopo la distensione, ritorna pressoché alla forma primitiva.

Per lo studio dei rapporti, si considerano nella vagina una parete anteriore, una parete posteriore e due margini o pareti laterali.

MONTE DEL PUBE O DI VENERE

Si presenta come una regione triangolare sporgente, situata in corrispondenza del pube, limitata lateralmente dalle pieghe inguinali e in continuazione superiormente con l'ipogastrio e in basso con le grandi labbra. La cute che lo riveste è glabra in età prepuberale.

Dopo la pubertà si ricopre, insieme alle grandi labbra, di lunghi peli. L'epidermide è spessa e nel derma si possono trovare ghiandole sudoripare e sebacee.

GRANDI LABBRA

Sono due grosse pieghe cutanee a diametro maggiore anteroposteriore che delimitano un'apertura, la rima vulvare. In ciascuna di esse si possono considerare: una faccia laterale, una faccia mediale, una base, un margine libero inferiore e due estremità, anteriore e posteriore.

Le grandi labbra sono formate da due strati: cute e connettivo sottocutaneo.

PICCOLE LABBRA

Sono due pieghe cutanee appiattite, comprese tra le grandi labbra. Delimitano tra loro il vestibolo della vagina. In ciascuna di esse si possono considerare due facce, laterale e mediale, un margine inferiore libero, una base e due estremità, anteriore e posteriore.

Le piccole labbra sono rivestite da un sottile strato cutaneo, fortemente pigmentato, privo di peli e di ghiandole sudoripare. Sono presenti sebacee particolari che, nella piena maturità sessuale, secernono una sostanza bianca, simile allo smegma prepuziale.

CLITORIDE

Si può dividere in tre parti e precisamente in due radici, il corpo e il glande. Le *radici*, omologhe dei corpi cavernosi del pene, sono formazioni cilindriche e simmetriche.

Portandosi in alto e medialmente le radici si uniscono al davanti della sinfisi pubica, in una formazione impari, il *corpo* del clitoride. Quest'ultimo è avvolto da una membrana fibroelastica ed è mantenuto nella sua posizione da formazioni legamentose che lo fissano alla sinfisi pubica e alla linea alba.

Superiormente e lateralmente il corpo e il glande del clitoride sono ricoperti dal prepuzio, piega cutanea dipendente dalle piccole labbra. Il prepuzio non aderisce intimamente al glande, rimanendo tra le due formazioni una piccola fessura, dove è possibile trovare un prodotto di desquamazione epiteliale, lo smegma clitorideo.

I corpi cavernosi che costituiscono le radici e il corpo del clitoride hanno struttura analoga a quelli del pene. Sono rivestiti esternamente da una tonaca albuginea e risultano formati da tessuto cavernoso. Quando le due radici si uniscono a formare il corpo, anche l'albuginea si unisce a formare un setto mediano, caratterizzato da numerosi fori che consentono ai vasi delle due parti di porsi in comunicazione.

Il glande è rivestito da un sottile strato cutaneo. Internamente il tessuto cavernoso è scarsamente rappresentato, prevalendo la componente connettivale su quella vascolare.

La descrizione anatomica qui riportata, non pretende di essere un trattato di medicina, ma di dare alcune informazioni che sono necessarie per conoscere come sono composti genitali sia maschili sia femminili, così da prendere visione di una parte del corpo che spesso è sconosciuta.

Ontogenesi del comportamento sessuale

Il padre della psicanalisi ha descritto lo sviluppo della sessualità attraverso rigidi stadi evolutivi. Pur consapevoli dell'importanza degli studi di Freud, le nuove scoperte in sessuologia suggeriscono una spiegazione meno rigida dello sviluppo sessuale.

Lo sviluppo della sessualità non è più considerato come vorrebbe Freud, cioè un susseguirsi di stadi fissi e preordinati, di natura endogena, ma la risultante di un'interazione variabile - sia nell'andamento sia nei risultati - fra una limitata base innata e complessi fattori di apprendimento.

Freud affermava che il piacere sessuale si concentra in varie parti del corpo, le cosiddette "zone erogene".

Nelle zone corporee d'interesse vi sarebbe un progredire di fasi o stadi di sviluppi sessuali: Fase orale (prima infanzia); Fase anale (2-3 anni); Fase fallica (4-6 anni); Fase di latenza (6-12 anni); Fase genitale (adolescenza).

Oggi nuovi studi, effettuati in special modo da Veglia e Dèttore, distinguono alcune esperienze che vanno al di là di stadi predeterminati sequenzialmente o in base all'età.

STIMOLAZIONE SENSORIALE E CONTATTO CORPOREO

I riflessi sessuali si possono osservare con l'ecografia ancor prima della nascita, ad esempio l'erezione nel maschietto. Gli stessi riflessi sono presenti anche subito dopo la nascita, ad esempio è osservabile la lubrificazione vaginale e l'erezione del clitoride nelle neonate di un solo giorno (Master e Johnson 1986).

Su queste basi innate incominciano a svilupparsi i contatti tra il bambino e i genitori. Spesso, sia durante l'allattamento sia durante le cure igieniche, si può osservare l'erezione del pene e l'erezione del clitoride.

Il genitore ha un'enorme importanza in questi momenti, poiché quello scandalizzato o preoccupato comunica disagio, quello che dimostra calma e serenità induce al figlio un atteggiamento di accettazione del sesso.

AUTOESPLORAZIONE, AUTOSTIMOLAZIONE DELLE ZONE EROGENE E GENITALI

Oltre all'ambiente esterno, anche il corpo è terreno fertile per scoperte piacevoli.

I bambini, spesso inconsciamente, stimolano gli organi sessuali poiché provano piacere e molti sono gli studiosi che si sono soffermati sulla spiegazione di tali atteggiamenti.

I genitori in questo periodo possono trasmettere comportamenti e insegnamenti educativi che saranno di estrema importanza sia per il bambino sia per la bambina nel vivere serenamente la propria sessualità.

ETEROESPLORAZIONE E GIOCO SESSUALE

Osservare i compagni è un altro campo di curiosità che permette ai bambini di scoprire le differenze sessuali. L'adulto in quest'ambito ha importanza poiché deve far apprezzare al bambino la bellezza e la piacevolezza del corpo e spiegare le differenze individuali come una ricchezza.

Il gioco sessuale è indispensabile per lo sviluppo dell'identità di genere e di ruolo e non deve essere represso, anche se per l'adulto può apparire erotico.

L'attività sessuale ludica, prima solitaria, poi in gruppo (gioco del dottore o osservazione reciproca e qualcuno dica se non l'ha mai sperimentato) non deve essere punita né redarguita, ma è necessario spiegare e capire le motivazioni di certi comportamenti. Le reazioni dei genitori sono diverse a seconda del sesso: le bambine sono ammonite, i bambini non sono ammoniti, ma addirittura emerge una certa fierezza e qui ci sono contraddizioni culturali che dovrebbero essere superate.

FISSAZIONE DEI RUOLI SESSUALI

I bambini, già dai tre anni, fino ai cinque, apprendono e si rendono consapevoli dei comportamenti e degli interessi adeguati al proprio sesso.

L'osservazione che i bambini esercitano nei confronti dei propri genitori è importante poiché i gesti di tenerezza che avvengono fra gli adulti e la manifestazione di piacere che essi dimostrano costituiscono un'altra occasione di apprendimento riguardo l'affetto e l'intimità.

Un atteggiamento scostante e aggressivo fra i genitori, produce idee distorte sulle differenze fra i sessi e la sessualità in genere.

Non mi addentro nell'analizzare la sessualità cromosomica perché è ancora molto acceso il dibattito sulla questione se l'identità di genere si fondi sulla precoce esposizione agli ormoni sessuali, oppure non dipenda in gran parte da fattori legati ad apprendimenti nel corso dell'esistenza.

MASTURBAZIONE CON ESPERIENZA ORGASMICA

Fortunatamente si può ritenere superata la convinzione che la masturbazione possa essere stata la responsabile di svariate patologie e che sia condannabile da un punto di vista morale.

Questo modo di pensare si è manifestato e si manifesta anche oggi dove l'educazione sessuale non esiste, ma c'è una rigidità mentale tale da impedire di conoscere il proprio corpo e favorire il crearsi di forti sensi di colpa, e questo non aiuta a sviluppare una concezione serena della sessualità.

L'attività autoerotica deve essere considerata normale in maschi e femmine, come abbiamo detto, è utile per una maggior conoscenza della propria sessualità e di ciò che produce e le fantasie sono diverse nei due sessi.

Va ricordato che la masturbazione, oltre a essere fonte di piacere, può costituire lo scarico di tensioni sessuali, oppure un ripiego nei casi di impossibilità ad avere rapporti sessuali, per varie ragioni, e può essere anche un ansiolitico.

LO STABILIRSI DELLE PREFERENZE SESSUALI

Lo stabilirsi delle preferenze sessuali o "orientamento sessuale" che può essere eterosessuale, omosessuale, bisessuale, e parafilico, si può datare dai sei anni ai dieci.

E' in questo periodo, infatti, che si costituiscono le preferenze e attrazioni sessuali quasi in modo definitivo.

In questo periodo può accadere che, specialmente nei maschi, vi siano esperienze omosessuali in età adolescenziale. Di solito, tali esperienze sono transitorie e non incidono sull'indirizzo sessuale da adulti.

In questo caso un atteggiamento sereno e realistico degli adulti è di grande rilevanza.

INNAMORAMENTO E CORTEGGIAMENTO

Questi due aspetti costituiscono la base e l'inizio dei rapporti di coppia e vi influiscono i fattori culturali, le abilità sociali, la capacità di gestire l'ansia, l'autocontrollo e l'immagine di sé.

Molti studiosi, interpretano l'innamoramento come un fenomeno d'imprinting e il periodo critico è individuato nell'adolescenza.

SESSUALITA E ADOLESCENZA

L'adolescenza, come sappiamo, è la fase transitoria più drammatica nella vita di una persona, poiché avvengono cambiamenti fisiologici, cognitivi, emozionali e psicosessuali.

In questo periodo si dichiara la propria mascolinità o femminilità al mondo.

Gli aspetti evolutivi durante l'adolescenza comprendono la separazione dalla fanciullezza, dai genitori, e lo stabilirsi di un'identità sessuale adulta e della capacità d'intimità.

Nel periodo della seconda adolescenza - dai 15 ai 19 anni - che si può definire anche il termine di questo delicato periodo, la maggior parte degli individui ha avuto rapporti sessuali con regolarità e ha sviluppato un'identità sessuale ben consolidata e una capacità d'intimità.

Anche in questo periodo i maschi si differenziano dalle femmine nel dialogo e nel confronto: i primi tendono a parlarne poco, cercano di cavarsela da soli, le seconde condividono maggiormente le loro esperienze.

SESSUALITA' AGITA ED ESPERIENZA COITALE

Durante il periodo adolescenziale si scoprono molte aree del corpo piacevoli sia per sé sia per il partner, queste importanti scoperte sono indispensabili per la buona vita sessuale e si chiamano petting e necking o, com'è definita dai sessuologi nella prescrizione di una terapia, sensibilizzazione corporea.

Gli adolescenti devono conoscere il proprio corpo prima di intraprendere comportamenti sessuali, sia per una buona educazione, sia per non incorrere in spiacevoli inconvenienti dovuti proprio dall'inesperienza.

Oltre alle semplici conoscenze fisiologiche, è indispensabile che il giovane abbia potuto apprendere atteggiamenti adeguati circa temi di carattere più eminentemente formativi: in primo luogo il concetto di piacere.

Nel corso dell'educazione il giovane deve apprendere tre regole fondamentali del rapporto sessuale: **RISPETTO, ATTENZIONE, COMPLICITA'**.

Deve imparare che un rapporto non è una prestazione, non un esame di valutazione per dimostrare la bravura, ma è un momento in cui due persone desiderano procurarsi vicendevolmente piacere al di fuori di schemi prefissati.

Il rapporto deve essere affrontato solo quando si prova desiderio in entrambi i partner.

CONTRACCEZIONE

La contraccezione è un insieme di metodi che si apprendono con una buona educazione sessuale, per non incorrere in gravidanze indesiderate. Tali metodi vanno approfonditi in base alla propria situazione personale, con l'aiuto di un medico specialista in ginecologia per le donne e in andrologia per gli uomini.

LA SESSUALITA' NELL'ETA' ADULTA E NELLA TERZA ETA'

Come abbiamo sintetizzato, occorre una buona conoscenza per quanto riguarda la corporeità e la sessualità e il rispetto della figura maschile e femminile.

Con l'inizio della formazione della coppia- sia essa eterosessuale o omosessuale –si manifesta una vita sessuale che incide anche nel buon funzionamento della relazionalità.

Infatti, nelle coppie dove esistono serenità e felicità, e non sono minate da malattie che ne impediscono l'evolversi, c'è sempre una buona intesa sessuale, non solo nella fase adulta, ma anche e soprattutto nella fase della cosiddetta terza età.

Per avere maggior delucidazioni e approfondimenti, consiglio due libri che a loro volta riportano in bibliografia interessanti approfondimenti:

Davide Dettore, *Psicologia e Psicopatologia del comportamento sessuale*, Milano, McGraw-Hill, 2002.

Sergio Puggelli – Sara Puggelli, *L'amore, la sessualità: non hanno età*, Foggia, Bastogi Editrice Italiana, 2007.

Premessa alle disfunzioni sessuali

Le disfunzioni sessuali sono sempre esistite, ma non vi si attribuiva la giusta importanza poiché i detti popolari incolpavano il mistero non riuscendo a dare spiegazioni al problema. Infatti, prima che fossero studiati i vari disturbi, le categorie erano generalizzate in uomini impotenti e donne frigide, senza soffermarsi sulle possibili cause.

Coloro che accusavano disturbi sessuali difficilmente ne parlavano e solo pochi riuscivano a parlarne col medico di base che spesso aiutava e aiuta tuttora questi pazienti con pillole, antidepressivi, ansiolitici sperando nella diminuzione della soglia ansiogena e nel conseguente ritorno alla "normalità".

Questo tipo di approccio non ha dato grandi risultati, infatti, in molti casi, le disfunzioni sessuali hanno le loro radici in problemi più immediati e semplici, fino a poco tempo fa ignoti, come la previsione di una prestazione scadente, pretese reali o immaginarie di una buona prestazione, paura di essere respinti, mancanza di autostima. Si tratta di problemi che hanno alla base la mancanza di comunicazione fra i partner.

Il postulato semplice è che non è l'individuo malato, ma la coppia, la sua comunicazione, la sua relazione sessuale.

La terapia sessuale, si distingue dai sistemi terapeutici tradizionali per due aspetti: gli obiettivi della terapia sessuale sono essenzialmente limitati all'ELIMINAZIONE DELLA DISFUNZIONE SESSUALE del paziente, inoltre la terapia sessuale si distingue per l'uso che fa di compiti sessuali e comunicativi quale parte integrante della cura.

Gli obiettivi delle due forme tradizionali di terapia riguardanti le turbe sessuali, psicoterapia e terapia coniugale, sono analoghi.

La prima cerca di ristabilire la personalità del paziente promuovendo la risoluzione dei suoi conflitti inconsci, la seconda tende a migliorare la qualità dei rapporti intimi della coppia.

Negli ultimi anni l'abuso dei farmaci ha contribuito in maniera crescente all'insorgere di disturbi sessuali.

L'avvento di farmaci come Viagra, Cialis, Vivanza, che permettono e mantengono l'erezione, non ha risolto il problema, anzi l'ha aggravato, poiché sono più i giovani che ricorrono alla pastiglia blu o gialla. Il fine è dimostrare la propria potenza e prestazione, dimenticando che fare all'amore non è meccanicistico, ma un insieme di sentimenti, emozioni, sensazioni che si racchiudono in una sola parola: AMORE.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEI DISTURBI SESSUALI

Parallelamente alla elaborazione di un Assessment occorre fare un inquadramento diagnostico per stabilire la presenza di un disturbo sessuale al fine di iniziare la terapia più adeguata.

Le distinzioni sono molteplici e si può parlare di disturbi sessuali e delle identità di genere.

Disfunzioni sessuali

Disturbi del desiderio sessuale: disturbi del desiderio sessuale ipoattivo

disturbi di avversione sessuale

Disturbi dell'eccitamento sessuale: disturbi dell'eccitamento sessuale femminile

disturbo maschile dell'erezione

Disturbi dell'orgasmo : disturbi dell'orgasmo femminile

disturbi dell'orgasmo maschile

iaculazione precoce

Disturbi da dolore sessuale:dispareunia

vaginismo

Disfunzione sessuale dovuta a una condizione medica

Disfunzione sessuale indotta da sostanze

Disfunzione sessuale non altrimenti specificata

Disturbi dell'identità di genere: disturbi dell'identità di genere

disturbi dell'identità di genere non altrimenti specificata

Parafilie: esibizionismo feticismo

frotteurismo pedofilia

masochismo sessuale sadismo sessuale

feticismo da travestitismo voyeurismo

parafilia non altrimenti specificata

ASSESSMENT

L'Assessment, è l'indagine che il terapeuta deve fare per poter fare una buona diagnosi, e aiutare il paziente nella ricerca del suo equilibrio psico-fisico. Per far ciò si deve indagare in quattro ambiti.

AMBITO BIOLOGICO

Alterazioni cromosomiche

Alterazioni Endocrine

Patologie sistemiche

Farmaci

AMBITO EMOZIONALE

Iperattività delle risposte in seguito a: mancanza di abilità di autoregolazione e autocontrollo

Iperattività delle risposte di attivazione in seguito a: estinzione o assenza della

Risposta di attivazione sessuale indotta dal partner

Condizionamenti precedenti negativi

Risposte concorrenti inibitorie apprese per condizionamenti precedenti

AMBITO COGNITIVO

Immagine di sé

Immagine del partner

Concetto della sessualità

Concetto del piacere

AMBITO COMPORTAMENTALE

Povertà di repertori sessuali

Povertà di abilità di contrattazione

Povertà di repertori sociali

Squilibrio fra le abilità dei due partner

L'esame dell'area biologica consente al clinico l'acquisizione di informazioni utilissime circa i processi biologici di base del paziente.

L'ambito emozionale è costituito dalla valutazione delle variabili di personalità. Si procede ponendo domande specifiche alle persone che si rivolgono allo specialista: se provano disagio o hanno sentimenti spiacevoli nell'affrontare problematiche riguardanti la sessualità

A livello cognitivo il terapeuta può rilevare il modo in cui il soggetto interpreta i propri pensieri, reazioni emozionali con i conseguenti comportamenti

In ambito comportamentale è fondamentale appurare nei minimi dettagli come si svolgono le interazioni sessuali nei membri della coppia problematica e anche la storia delle loro esperienze sessuali.

Per saperne di più consiglio il manuale: Davide Dettore, *Psicologia e Psicopatologia del comportamento sessuale*, Milano, McGraw-Hill, 2001.

DISFUNZIONI SESSUALI

Come accennato nei capitoli precedenti, i disturbi e le disfunzioni sessuali stanno diventando un serio problema proprio perché viene a mancare un'educazione scolastica, e una conoscenza del proprio corpo. Emergono, inoltre paure e timori di vario genere che in special modo nel maschio sono i più evidenti. I giovani ricorrono all'aiuto dei farmaci più dei meno giovani e questo deve far riflettere sulle conoscenze che hanno della sessualità.

Adesso cerco di elencare e descrivere sinteticamente i disturbi più denunciati da chi chiede un consulto dallo specialista.

DISTURBI DEL DESIDERIO

La diagnosi disfunzione sessuale si certifica quando essa non può essere attribuita a fattori organici, come farmaci o malattie fisiche o altri disturbi di tipo fisiologico e psichico.

Riguardo alla motivazione sessuale, ancora esistono molte controversie fra i vari studiosi: alcuni la definiscono determinata da fattori interni pulsionali, altri da fattori esterni o incentivi.

La motivazione sessuale più nota è senza dubbio quella psicanalitica che Freud indicò nella sua opera "Tre saggi sulla teoria sessuale", in cui introduce il concetto di "libido".

Teorie più recenti si basano sul concetto di incentivi o stimoli esterni e ipotizzano che il desiderio sessuale sia dipendente dalla stimolazione ambientale.

Si può affermare che, per l'uomo e la donna, il desiderio sessuale dipende dal grado in cui il soggetto ripone attese positive nei confronti del comportamento sessuale; ciò può essere il risultato dell'apprendimento culturale, infatti, la sessualità può essere piacevole o peccaminosa secondo la propria educazione e religiosità, la propria esperienza e, in misura minore, eventuali stati ormonali o di privazione.

Le cause individuali che possono provocare questo tipo di disturbo, possono essere: convinzione religiosa, personalità ossessivo - compulsiva, disturbi dell'identità di genere, specifiche fobie sessuali, paura della gravidanza, sindrome della vedovanza, preoccupazioni dell'invecchiamento, fattori legati allo stile di vita.

Possono anche esserci cause per conflitti all'interno della coppia: mancanza di attrazione verso il coniuge, scarse abilità sessuali del partner, conflitti coniugali, conflitti di potere, incapacità di fondere i sentimenti di amore con il desiderio sessuale.

Il trattamento di questi casi è complesso e occorre tempo per ottenere risultati positivi, e non sempre vi si riesce.

Lo studio della Kaplan, che si è occupata per prima di questi modelli d'intervento e ha iniziato concentrandosi sulla focalizzazione sensoriale, e, in seguito, gli studi di Lo Piccolo e Friedman e Pridal hanno integrato la terapia con esercizi specifici.

DISTURBO DA AVVERSIONI SESSUALI

Questo tipo di disturbo è stato introdotto nel DSMIII e poi nel DSMIV dalla Kaplan, che è l'unica che per il momento ha dedicato un manuale al trattamento delle avversioni e fobie sessuali.

L'ansia anticipatoria per i rapporti sessuali induce i fobici a comportamenti di fuga o di evitamento, nel tentativo di ridurre l'ansia.

Se eventualmente si trovano nella situazione da non poter fuggire, scattano veri e propri attacchi di panico, il che rende penoso il rapporto sessuale.

La persona con disturbo da avversione sessuale può presentare un desiderio sessuale ipoattivo, non prova eccitamento e non raggiunge l'orgasmo.

Il trattamento terapeutico più indicato, inizialmente, è l'esposizione graduata in vivo, che consiste nel far affrontare al soggetto la situazione ansiogena nella realtà.

Per situazioni di avversione sessuale generalizzata è impiegata la tecnica ideata da Masters e Johnson detta Focalizzazione sensoriale.

Nei casi con forte panico sessuale è necessario procedere gradualmente e occorre anche la somministrazione di antidepressivi per innalzare la soglia alla reazione di panico.

Per risolvere con successo queste problematiche occorre che lo specialista conosca molto bene il soggetto che ha chiesto aiuto, poiché un'errata diagnosi può procurare ulteriori ansie.

DISTURBI DELL'ECCITAMENTO SESSUALE

Disturbo dell'eccitamento sessuale femminile

Nel 1970 Master e Johnson definirono l'incapacità della donna a raggiungere l'orgasmo con il termine "disfunzione orgasmica", eliminando il vecchio aggettivo "frigida".

La Kaplan in seguito suddivise le difficoltà di eccitamento in disfunzione sessuale generale e disfunzione orgasmica.

Jehu suddivise la disfunzione sessuale generale in disfunzione vaso congestiva, cioè mancanza di risposta nella lubrificazione e gratificazione sessuale insufficiente. Il DSMIV ha accolto solo la prima ipotesi.

Data la scarsa conoscenza delle risposte di eccitazione sessuale femminile, sia da un punto di vista fisiologico sia psicologico, la possibilità di trattamento è caratterizzata dagli esercizi di Kegel, la terapia di stimolazione di Gillan, o, come descrive la Kaplan, varie tecniche di tipo cognitivo comportamentale per la parte psicologica del disturbo.

Per alcune donne ha dato esito positivo anche la terapia ormonale questa non è consigliabile a tutte poiché come può aumentare il desiderio e l'eccitabilità, lo può anche diminuire.

Disturbo maschile dell'erezione

Questo disturbo, consiste nell'impossibilità, parziale o completa, persistente o ricorrente, di raggiungere e mantenere l'erezione durante l'attività sessuale.

Master e Johnson stimarono che le cause psicogene per questo disturbo si attestano intorno al 95% dei casi. Uno studio recente ha equilibrato i dati portando al 40% la causa organica, al 40% quella psicogena e al 20% quella mista, psicogena e organica.

Le indagini per la verifica di tale disturbo presentano diverse difficoltà, e devono essere condotte da personale specializzato.

La Kaplan propone diverse cause che possono provocare l'impotenza secondaria: timore dell'insuccesso, timore di essere abbandonato o di non essere amato, incapacità di abbandonarsi alle proprie sensazioni corporee, mancanza di coinvolgimento, eccessivo coinvolgimento, stress generale.

Trattamento

Vari possono essere i trattamenti grazie alle nuove ricerche, sia di tipo medico, sia psicologico.

Molti studiosi consigliano di associare la psicoterapia a un trattamento medico, altri dissentono, specialmente quando da una buona diagnosi si percepisce che si tratta di ansia da prestazione o timore della figura femminile.

Le terapie di tipo medico sono: terapie ormonali, terapie farmacologiche per via orale (Viagra, Cialis etc.), terapie locali, trattamenti chirurgici.

Il trattamento psicologico somministrato da sessuologi specialisti, si basa su procedure di decondizionamento, sia attraverso tecniche di gestione dell'ansia, sia mediante un'esposizione graduata in vivo, per far sì che la coppia ricominci a manifestare espressioni di affetto attraverso il contatto fisico.

Inizialmente è proibita la penetrazione per far sì che l'uomo abbia una diminuzione dell'ansia, favorita dal fatto che non gli viene richiesta alcuna prestazione.

DISTURBI DELL'ORGASMO

Disturbo dell'orgasmo femminile

L'orgasmo femminile è una combinazione di esperienze soggettive e di mutamenti fisiologici nella vagina e nell'area pelvica.

Gli aspetti soggettivi, comprendono descrizioni come "raggiungere l'acme", senso di contrazione nell'area genitale ed elevata eccitazione seguita da un improvviso sollievo e rilassamento.

Gli aspetti fisiologici comprendono l'intero corpo, contrazioni dell'utero, della vagina e dello sfintere anale.

Il termine più antiquato per descrivere questo disturbo, si chiama "anorgasmia" e si determina quando la donna non ha mai raggiunto l'orgasmo da sola o con il partner o con qualunque tipo di stimolazione. Questo è il disturbo più frequente nelle donne.

Come sempre in queste nuove ricerche, gli studiosi stanno cercando le vere motivazioni di questo effetto, anche se la presenza dell'ansia può dare indicazioni sulle paure ed eventuali traumi precedenti. Se nell'uomo l'ansia può produrre la facilitazione all'orgasmo, nella donna avrebbe un effetto inibitorio, facendole perdere la concentrazione sulle sensazioni.

Trattamento

Il trattamento più efficace per questo tipo di disturbo è quello dei nove passi di LO Piccolo: informazione sulla fisiologia e anatomia sessuale, esplorazione visiva e tattile dei genitali, esplorazione dei genitali all'interno, stimolazione manuale, aumento d'intensità della stimolazione, uso del vibratore, masturbazione alla presenza del partner, stimolazione del partner, coito vero con posizione a ponte.

Questo programma è un misto tra una esposizione graduata in vivo, per abbassare l'ansia, e un training di abilità sessuali effettuato con la tecnica detta shaping o modellaggio.

La presenza del partner è utile per vari motivi, sia perché è necessario effettuare le tecniche in coppia, sia per evidenziare veramente chi è il vero disturbato. Infatti spesso, e quando la donna denuncia anorgasmia il suo partner è un eiaculatore precoce o ha problemi di erezione.

DISTURBO DELL'ORGASMO MASCHILE

Anche per l'uomo, come per la donna, questo disturbo si riferisce al ritardo o all'assenza ricorrente o persistente dell'orgasmo.

Questo disturbo si può anche chiamare " eiaculazione ritardata o inibita".

Il soggetto che soffre di eiaculazione ritardata, mantiene una buona reazione agli stimoli sessuali e, pur provando desiderio alla scarica orgasmica, non riesce a portarla a termine.

Anche in questo disturbo sono da distinguere varie fasi, se si tratta di un causa primaria o secondaria, se esiste ansia o problematiche organiche, neurologiche, endocrinologiche, farmacologiche chirurgiche.

Eliminate le cause organiche e avendo un quadro più chiaro della situazione, si può iniziare il trattamento che può essere di tipo psicodinamico o cognitivo comportamentale e come tecnica di terapia sessuale si considerano i passi dettati dalla Kaplan.

Anche per questo trattamento è importante la partecipazione del partner poiché il problema è anche di coppia.

EIACULAZIONE PRECOCE

Per questa definizione possono sorgere alcuni dubbi se considerarla una disfunzione oppure no. Infatti si tratta di una persistente e ricorrente eiaculazione in seguito a stimolazione sessuale anche minima, prima, durante, o con la penetrazione, sempre prima che il soggetto possa definirsi soddisfatto.

La maggior parte delle definizioni date alla eiaculazione precoce, sono maschiliste.

Alcuni hanno tentato di definirla in base al numero di spinte pelviche intravaginali effettuate dall'uomo prima dell'eiaculazione, altri quantificando il tempo in minuti.

Alcuni ricercatori clinici hanno preferito definire l'eiaculazione precoce in termini di controllo volontario, cioè la disfunzione si presenta quando l'uomo non è capace di ritardare volontariamente l'eiaculazione.

Sono state date molte spiegazioni, sia mediche che psicologiche, e tuttora si stanno facendo studi, ma con poche novità rispetto alle definizioni proposte da Kaplan, Master e Johnson, e Kinsey.

La Kaplan usa il condizionale poiché afferma che potrebbe essere il risultato di un inconscio e profondo odio per le donne: eiaculando rapidamente l'uomo sporca, deruba la donna dal piacere sessuale. Ciò comunque non è mai stato dimostrato.

L'ansia, con tutte le conseguenze sulla prestazione, è un altro aspetto che si è preso in considerazione.

Alcuni soggetti che denunciano questo tipo di disturbo, infine, riferiscono una scarsa frequenza nell'attività sessuale e anche questa potrebbe essere una causa dell'eiaculazione precoce.

Trattamento

La mancanza di una definizione precisa dell'eiaculazione precoce, e la scarsa chiarezza circa la sua eziologia hanno fatto sì che si sviluppassero varie strategie di intervento mirate al controllo eiaculatorio.

Le strategie di intervento si basano sia su spiegazioni biologiche sia psicosociali. Le strategie comportamentali e farmacologiche sono le predominanti.

Master e Johnson introdussero la tecnica dello "stop-start"; Semans aggiunse la manovra di "squeeze o compressione"; la Kaplan riprese queste tecniche, invitando l'uomo a concentrarsi sulle proprie sensazioni erotiche per percepire quando è vicino all'eiaculazione in modo tale di cessare la stimolazione da parte della partner.

Lo Piccolo suggerisce due procedure alternative come lo stiramento dello scroto e dei testicoli verso il basso, e la manovra di Valsalva (espirazione forzata a naso e bocca chiusa).

Altri terapeuti includono tecniche di esercizi focalizzati sulle sensazioni, training di comunicazione, educazione, riduzione dei pensieri distraenti e riduzione delle richieste di performance.

L'impiego di psicofarmaci può essere utile inizialmente per abbassare la soglia di ansia da prestazione, per poi gradualmente togliere il farmaco con la progressione delle prescrizioni di esercizi e tecniche per il disturbo stesso.

DISTURBO DA DOLORE SESSUALE

LA DISPAREUNIA

Si tratta di un persistente e continuo dolore vaginale nel corso di un rapporto sessuale o dopo di esso.

Il DSM IV TR afferma chiaramente che il disturbo può avere cause psicologiche o miste, psicologiche e organiche.

Il gruppo di ricerca della Binik, fra le principali studioso della dispareunia, ha concettualizzato la dispareunia non più come una "disfunzione sessuale", bensì come disturbo del dolore. L'autrice, nel suo studio, identifica alcuni sottotipi di dispareunia.

Le dispareunie presenti nel periodo pre menopausa vengono considerate delle forme di " Sindrome della Vestibolite Vulvare" che consiste in un dolore definito come bruciante o acuto e può essere facilmente prodotto dalla pressione del pene durante la penetrazione in vagina.

Altro tipo di dispareunia è " L'atrofia vulvare o vaginale", che presumibilmente si verifica dopo la menopausa in seguito al calo dei livelli di estrogeni.

La dispareunia, come abbiamo detto, può essere provocata sia da problemi fisiologici sia psicologici, questi ultimi sono in prevalenza sia nella donna. Anche se gli studi in proposito sono scarsi, talvolta il disturbo si verifica anche nell'uomo.

Nella DONNA le cause psicologiche sono individuate in uno stato ansioso che provoca alterazioni nella lubrificazione e soprattutto nell'elevazione del tono muscolare vaginale.

In questi casi sono indicate tecniche di rilassamento e di controllo muscolare, di gestione dell'ansia.

In conclusione si può affermare che gli sforzi terapeutici devono essere indirizzati verso tre mete fondamentali: " ridurre o controllare il dolore; trattare le conseguenze negative dell'esperienza del dolore; ristabilire una piacevole vita sessuale.

VAGINISMO

Si tratta della contrazione della muscolatura vaginale, come conseguenza del timore della penetrazione.

Il dolore deriva dai tentativi del pene di forzare l'orificio vaginale serrato e non ha alcuna base organica.

Anche per il vaginismo si parla di disturbo primario e secondario, Nel primo caso non c'è possibilità di alcun tipo di penetrazione, nel disturbo secondario, pur provando una forte ansia, la donna permette alcuni tipi di penetrazione come il tampone o uno speculum.

Questo disturbo è molto diffuso ed è il più frequente dopo l'anorgasmia.

Il punto di vista psicanalitico ha in genere interpretato il vaginismo come un rifiuto del ruolo femminile, una resistenza contro le prerogative sessuali maschili, una difesa contro l'incesto paterno reale o immaginario, o una fuga dalle fantasie di castrazione.

La Kaplan ha rifiutato l'ipotesi psicanalitica, infatti, lo ha concettualizzato come una risposta condizionata a un qualsiasi stimolo avversivo associato al coito o alla penetrazione vaginale.

Trattamento

Si attua una strategia di esposizione graduata che comporta la dilatazione per piccoli passi. Il trattamento dura da due a sei settimane.

La comunità degli Psicologi on line

La sequenza degli esercizi guidati da un esperto sessuologo si sviluppa attraverso varie fasi: auto esplorazione: introduzione del dito mignolo con l'aiuto di lubrificanti, introduzione del dito anulare, fino a introdurre due accompagnate da lievi movimenti, introduzione delle dita del partner, infine l'introduzione del pene lasciando il controllo alla donna.

lo specialista esperto usa anche altri metodi fantasiosi, ad esempio, può suggerire a alle donne di crearsi un pene col Das. E' chiaro che, se lo ritiene utile, può affiancare una psicoterapia per capire le cause più profonde. L'abbinamento dei metodi è consigliabile.

DISFUNZIONI SESSUALI INDOTTE DA CAUSE SPECIFICHE DI NATURA NON PSICOGENA

Esiste una serie di stati patologici in grado di influenzare negativamente il desiderio sessuale e lo specialista deve esserne a conoscenza.

ALTERAZIONI DELL'ASSE IPOTALAMO-IPOFISI

Diminuzione della secrezione degli ormoni tropici, che consiste in un abbassamento del testosterone e a un aumento della prolattina.

ANOMALIE TESTICOLARI

MALATTIE ENDOCRINE

ALTRI DISTURBI come sindrome carcinoide, insufficienza renale cronica, diabete, sclerosi a placche, lesioni del midollo spinale, interventi chirurgici pelvici demolitivi, patologie o traumi cerebrali, epilessia temporale, infarto, disturbi cardiaci, arterosclerosi, malattie debilitanti, patologie psichiatriche.

SESSUALITA, FARMACI E DROGHE disfunzione sessuale indotta dall'assunzione di sostanze: antidepressivi, bloccanti dei recettori adrenergici, farmaci antistaminici, psicofarmaci, antipsicotici, antidepressivi, ipnotici, ansiolitici, allucinogeni, amfetamine, cocaina, narcotici, antiepilettici, farmaci endocrini e anche farmaci vari che possono influire sull'organismo.

DISFUNZIONI SESSUALI NON ALTRIMENTI SPECIFICATE

Queste disfunzioni vengono così definite dal DSM IV poiché evadono dalle disfunzioni sopra descritte ed occorre una maggiore indagine sia medica che psicologica poiché non si riesce a determinare se è primaria o no.

DISTURBI SESSUALI NON ALTRIMENTI SPECIFICATI

Anche in questo caso si includono quei disturbi che non rientrano nei criteri dei disturbi citati

In questa categoria di disturbi si può inserire anche il disturbo del l'immagine corporea. Ad esempio, gli uomini che si preoccupano più del dovuto delle dimensioni del proprio membro virile e che per questo si creano problemi che pregiudicano l'erezione. Oppure, le donne possono ritenersi non attraenti, o sexy, e ciò produce distrazione e difficoltà nel raggiungere l'orgasmo e una serena interazione sessuale. (da pag 359 a 366 del manuale psicologia e Psicopatologia del comportamento sessuale sono riportate le tabelle riguardo questi disturbi).

I sessuologi si sono occupati anche dei disturbi di ipersessualità: "dongiovannismo" negli uomini, "ninfomania" nelle donne.

Disfunzioni e Disturbi Sessuali

Come abbiamo già accennato, molti sono i quesiti che vengono proposti ai terapeuti sessuali e ogni giorno si scopre che molte disfunzioni e disturbi sono mascherati, o perlomeno, non si tratta del vero problema, la sessualità disfunzionale è il sintomo, ma altre sono le problematiche psicologiche. Questo si può osservare specialmente nei maschi, i quali si rivolgono al sessuologo solo quando una loro prestazione fallisce e non si domandano il perché.

Da una accurata indagine, spesso si scoprono altre problematiche che erano state sottovalutate, ed emerge che la prestazione disfunzionale è la punta di un iceberg; occorre considerare gli aspetti più profondi dove si nascondono le vere cause che hanno prodotto la sintomatologia denunciata.

DISTURBI DELL' IDENTITA' DI GENERE

Il concetto di identità di genere e ruolo di genere è estremamente importante ed è utile una sua definizione chiara. Gli studiosi contemporanei indicano tre termini: "identità di genere", "ruolo di genere", e "orientamento sessuale".

1° l'identità di genere è il "senso di se stessi", cioè percezione sessuata di se stessi e del proprio comportamento, l'essere in grado, da parte del bambino, di discriminare correttamente fra maschi e femmine e di identificare il proprio stato di genere.

Molti giovani hanno difficoltà nella consapevolezza di essere maschio o femmina, donde deriva la drammaticità propria della cosiddetta "disforia di genere" che è alla base di vari disturbi d'identità di genere.

2° Ruolo di genere è in gran parte una acquisizione delle consuetudini sociali apprese, cioè è una rielaborazione personale di condizionamenti esterni.

Gli psicologi dello sviluppo sono concordi con tali termini poiché si riferiscono ai comportamenti, atteggiamenti, alla personalità che in una società, in una cultura, in un periodo storico si designano come maschi o femmine.

3° Orientamento sessuale, è la tendenza della persona a rispondere agli stimoli sessuali.

Questa categoria di stimoli, è utile per la persona come definirsi eterosessuale, omosessuale o bisessuale.

E' importante non associare completamente il concetto di orientamento sessuale a quello di identità sessuale.

Ad esempio una persona può avere fantasie ed eccitarsi con stimoli omosessuali e non considerarsi "omosessuale".

L'orientamento sessuale non è dicotomicamente etero o omosessuale. Per ulteriori spiegazioni e approfondimenti consiglio di prendere in visione la "Scala di Kinsey" sviluppata nel 1948.

Per i disturbi di identità di genere sono da considerare anche le tre presentazioni per quanto riguarda la disforia di genere da donna ad uomo, da uomo a donna di tipo androfilico, da uomo a donna di tipo autoginefilico.

Androfilico è la classica figura del transessuale uomo-donna, detta anche "tipo omosessuale"

Autoginefilico è una forma diversa dalla precedente e viene detta "tipo eterosessuale o travestito"

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Il transessualismo, fra i disturbi di identità di genere, si diversifica dall'omosessualità e dal travestitismo.

In questa casistica ci troviamo anche le situazioni di ermafroditismo, come rileva Meyer-Bahlburg (1994), infatti esse sono simili a quelle del disturbo di identità di genere; c'è da aggiungere che esistono delle differenze sostanziali nelle caratteristiche associate, nella prevalenza, nel rapporto fra i sessi e nell'età d'inizio.

Per quanto riguarda gli aspetti genetici, non sembra che il disturbo dell'identità di genere sia legato ad anomalie cromosomiche.

TRATTAMENTO

Il trattamento di questi disturbi presenta varie difficoltà che si possono suddividere in due piani: il primo comprende l'individuazione di modalità d'intervento efficaci; il secondo è relativo a questioni di tipo fondamentalmente etico.

Per non esaltare un trattamento piuttosto che un altro, poiché sono i risultati che contano, evidenzio quelli che più sono usati: trattamento con drop-out; terapia del comportamento; trattamento psicanalitico; trattamenti di gruppo; trattamento dei genitori. Per approfondimenti rimando al Manuale Psicologia e Psicopatologia del Comportamento Sessuale (capitolo sesto).

PARAFILIE

DEFINIZIONE

Secondo il DSM IV-TR, le caratteristiche fondamentali di questa sottoclasse di disturbi sessuali consistono in ricorrenti e intensi impulsi sessuali e fantasie, o comportamenti eccitanti sessualmente, riferiti a oggetti, esseri viventi non umani, comportamenti atti a infliggere sofferenza fisica o morale a se stessi o al proprio partner, a bambini o persone non consenzienti.

Il DSM IV tratta esplicitamente otto parafilie che si possono riassumere:

ESIBIZIONISMO eccitamento sessuale derivante dal mostrare o esibire i propri genitali a un estraneo non consenziente.

FETICISMO eccitamento sessuale derivante da oggetti inanimati, che divengono oggetti di venerazione come feticci.

FROTTEURISMO eccitamento sessuale derivante dal toccare o strofinarsi contro persone non consenzienti.

PEDOFILIA eccitamento sessuale derivante da un'attività sessuale con uno o più bambini prepuberi di età inferiore ai 13 anni, oppure attenzioni di un soggetto responsabile di almeno 16 anni con maggiore età del bambino di almeno 5 anni.

MASOCHISMO SESSUALE eccitamento sessuale derivante dall'atto, reale o simulato, di essere umiliato, picchiato, legato, fatto soffrire.

SADISMO SESSUALE eccitamento sessuale derivante da azioni reali che inducono sofferenza psicologica o fisica nella vittima.

FETICISMO DA TRAVESTIMENTO eccitamento sessuale derivante dal travestirsi con abiti dell'altro sesso da parte di un maschio eterosessuale.

VOYERISMO, che si può chiamare anche scopofilia, mixoscopia, e consiste nell'eccitamento sessuale derivante dall'osservare, non essendo visti, persone che sono nude, che si spogliano o stanno avendo rapporti sessuali.

Queste otto non sono le sole parafilie, ma ve ne sono molte altre, che sono chiamate **PARAFILIE NON ALTRIMENTI SPECIFICATE**. Per avere un quadro completo -poiché sono moltissime - rimando a pagina 208,209, 210 del manuale **Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale**.

Diagnosi differenziale

Le parafilie sono da distinguere dalle fantasie erotiche, che possono essere più o meno spinte o anche "perverse" e sono presenti nella maggior parte delle persone.

Queste fantasie diventano parafilie quando creano distress o comunque danneggiano il soggetto. In questi casi, il soggetto è obbligato ad attuarle per provare eccitamento sessuale. Tali comportamenti portano atti contro la legge, coinvolgono persone non consenzienti, danneggiano le relazioni interpersonali.

Questi atti sessuali possono presentarsi in varie condizioni in cui c'è un'alterazione di personalità dovuta a vari fattori medici e psichici.

Le parafilie sono un disturbo prettamente maschile, l'unica in cui il DSM IV prevede un'incidenza femminile è il masochismo sessuale.

Da un punto di vista eziologico, come molti autori sostengono, si può ritenere che le parafilie si sviluppino precocemente nella vita di un individuo, possano essere influenzate da esperienze di apprendimento, da processi di condizionamento, ma è anche possibile, in alcuni casi, che siano coinvolte predisposizioni biologiche.

TRATTAMENTO

La terapia delle parafilie non è semplice, infatti, comporta notevoli difficoltà sia per la complessità di questo insieme di disturbi, sia a seguito della scarsa o assente motivazione di chi ne soffre a recarsi da un terapeuta, salvo che non vi sia costretto al momento della scoperta da parte di un familiare.

Il trattamento dei parafilici, per ottenere dei risultati, è multimodale e comprende un pacchetto terapeutico in cui numerosi sono gli interventi specifici fra cui una parte importante è costituita dalla prevenzione della ricaduta.

I principali metodi di trattamento possono essere: interventi di tipo educativo e di ristrutturazione cognitiva; la relapse prevention o prevenzione della ricaduta; il modello di Marlatt; il modello di Pithers; interventi di modificazione dei moduli di attivazione sessuale devianti; strategie d'individuazione degli antecedenti dei lapse; strategie di coping per i lapse; strategie d'incremento delle abilità ad ampio spettro; strategie di supervisione di squadra a scopi preventivi. il problema della negazione e prospettive d'intervento; efficacia dei trattamenti psicosociali delle parafilie.

CONCLUSIONI

Come abbiamo potuto vedere, in questi capitoli ho cercato, sintetizzando, ma usando un linguaggio comprensibile a tutti, di spiegare in cosa consiste la salute sessuale con tutti le sue particolari definizioni.

E' chiaro che gli studiosi stanno cercando di trovare sempre miglior rimedi per dare all'uomo la possibilità di risolvere i problemi sessuali, poiché essi condizionano spesso i rapporti relazionali e causano separazioni.

E' importante sottolineare che bisogna diffidare dai tuttologi. La materia sessuale non è semplice come sembra, ed è spesso complicato diagnosticare i disturbi sessuali. Vi sono molte insidie che si nascondono nella psiche di ogni persona e spesso il paziente designato non è il vero malato. Può accadere che sia disturbato il partner, o la relazione stessa. Non è raro che risolvendo i problemi dell'uno se ne presentino all'altro, qui sta l'abilità e l'esperienza dello specialista nel saper condurre una terapia sessuale e di coppia.

Tutti i disturbi si possono guarire con delle strategie di cura che si imperniano in gran parte su pratiche corporee sessuali e psichiche della coppia.

Come ho cercato di spiegare, in questi disturbi si cerca di non usare la farmacologia, poiché può essere causa stessa delle disfunzioni, la farmacologia viene somministrata solo quando il medico dell'équipe la prescrive per debellare crisi acute di nevrosi o depressione.

Le prescrizioni fatte alla coppia vengono effettuate a casa e nello studio si verificano gli stadi di avanzamento.

Tendo a sottolineare che i risultati si ottengono lavorando in stretto contatto fra specialisti: il medico specialista e lo psicoterapeuta sessuologo, poiché sono necessarie le conoscenze di entrambi. Tali conoscenze si devono integrare senza sovrapporsi, questo nell'interesse di tutti e in particolare del paziente.

Quindi, per concludere questo breve excursus sulla sessuologia, invito coloro che ricorrono, per problemi sessuale, allo specialista di accertarsi che esso sia **uno specialista sessuologo** iscritto e diplomato presso le varie scuole che esercitano questa materia.

Questo non è per difendere la categoria, ma per dare al paziente la certezza che si trova a consultare lo specialista che può risolvere il suo caso. Bisogna diffidare dei tuttologi poiché non hanno gli strumenti e non sono preparati ad assolvere il compito richiesto.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, G. (1985). *Amare l'amore*, Milano: Frassinelli.
- Abraham, G. (1993). *Le età della vita*, Milano: Mondadori.
- Abraham, G., & Pasini, W. (1975) *Introduzione alla sessuologia medica*. Milano: Feltrinelli.
- Abraham, G., & Porto, R. (1978) *Psicanalisi e terapie sessuologiche*. Milano: Feltrinelli.
- Baldaro Verde, J., & Pallanca, G.F. (1984). *Illusioni d'amore*. Milano: Cortina.
- Bernardini De Pace, A. (2004). *Calci nel cuore*. Milano: Sperling&Kupter.
- Bortz, W. M. & Wallace, Dh., & Willey, D. (1999). *Sexual function in 1, 202 agin males: Differentiating aspects*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 54 (5): M237-41.
- Boyle, P. (1999) Epidemiology of erectile dysfunction. In C. Carson R. S. Kirby, & I. Goldstein (Eds.), *Textbook of erectile Dysfunction* (pp: 15-24). Oxford: Isis.
- Canestrà, R. (2002) *Itinerari del ciclo della vita: Adolescenza, mezza età, vecchiaia*, Bologna: Clueb.
- Capodiecì, S. (1996) *L'età dei sentimenti. Amore e sessualità dopo i 60 anni*. Roma: Città nuova editrice.
- Cesa Bianchi, M., & Cattaneo, M. (1995) *L'anziano e la paura del sesso*. Tirrenia: edizioni Del Cerro.
- Cesa Bianchi, M., & Vecchi, T. (1998) *Elementi di Psicogerontologia*. Milano: Franco Angeli.
- Crepault, C. (1981) *L'imaginaire érotique et ses sécrétés*, Québec : Press de l'Université.
- D'Amico, R. (2006) *Le relazioni di coppia*. Bari: Laterza.
- Dello Buono, M., Zaghi, P.C., Padoani, W., Scocco, P., Urcioli, O., Pauro, P., De Leo, D. (1998) *Sexual feeling and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106 year olds*, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 6:155-162.
- Dettore, D. (2001). *Psicologia e psicoterapia del comportamento Sessuale*. Milano: McGraw-HILL.
- D'Ottavio G., Simonelli, C. (1990). *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Ellis. (1982) *Psicologia del sesso*, La Spezia: Club del libro fratelli Melita.
- Fiesoli, D. (2006). *Quotidiano il tirreno*. Livorno.
- Fischer, H. (2005) *Perché amiamo*, Milano: Corbaccio .
- Fossi, G., & Mascara, P. (2001). *L'immaginario. Fantasie e sessualità*. Milano: Franco Angeli.
- Giusti, E., Montanari, C., Iannazzo, A. (2000). *Psicoterapie integrate*. Milano: Masson.
- Hirigoyen, M.F. (2000). *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro (trad.ita.)* Torino: Einaudi.
- Kaplan, S.H. (1997). *Nuove terapie sessuali*. Milano: Bompiani.
- Kaplan, S.H. (1981). *I disturbi del desiderio sessuale*. Milano: Mondadori.
- Kernberg, Otto F. (1995) *Relazioni D'amore*. Milano: R. Cortina.
- Lis, A., P., Venuti, M.R., & De Zordo (2004). *Il colloquio come strumento Psicologico*. Firenze: Giunti.
- Lo Piccolo, J. & L.Heiman J. (1984). *Becoming orgasmic*, Bologna: Centro studi terapie sessuali.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1974.) *Patologia e terapia del rapporto sessuale. Le insufficienze nell'uomo e nella donna*. Milano: Feltrinelli.
- Masters, W.H., & Johnson. (1975). *Il legame del piacere*. Milano: Feltrinelli.
- Masters, W.H., & Johnson (1977). *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*. Milano: Feltrinelli.
- Masters, W.H., & Johnson (1978). *Patologia e terapia del rapporto coniugale*. Milano: Feltrinelli.
- Masters, W.H., & Johnson (1987). *Il sesso e i rapporti amorosi*. Milano: Longanesi.
- Muraro, G.B., Orciai, R., & Pierangeli, T. (1999). *La disfunzione erettile nell'anziano. La percezione professionale del problema*. *Giornale italiano. Di Andrologia* 6: 182-184 .
- Muraro, G.B. (2002) *L'anziano, i farmaci e le disfunzioni sessuali*. Milano: Sentrix.
- Nancy, Mc Williams. (2006) *Psicoterapia psicoanalitica*. Milano: Cortina .
- Oliviero A. (2005). *Istruzione per restare intelligenti*. Milano: Rizzoli.
- Pasini, W., Crepault, C., & Galimberti, V. (1988). *L'immaginario sessuale*. Milano: Cortina.
- Pasini, W. (1996). *I tempi del cuore*. Milano: Mondadori.
- Pasini, W. (2002). *I nuovi comportamenti amorosi*. Milano: Mondadori.
- Pentimonte, F., & Del Corso, L. (1994). *La disfunzione erettile nella terza età*. Minerva Medica.
- Pepe, F., Pepe, P., Scifo, M., Garozzo, G., Chirico, E., & Mauro, S. (1992), *La sessualità nel maschio senescente*. *Minerva Ginecologica*, 44: 525-531.
- Puggelli, S. (1992). *La parabola discendente*. Empoli: Ibiskos.
- Puggelli, S. (1995). *Infatuazione*. Empoli: Ibiskos.
- Puggelli, S. (2006). *Processo evolutivo delle emozioni*. Foggia: Bastogi.
- Ribelli, G. (1998). *Psicologia e psicopatologia della sessualità*. Bologna: Mulino.

- Di Maria, F. & Formica, I. (2006) *Psicologia contemporanea*, n°197, Firenze: Giunti.
- Schopenhauer, A. (2006). *L'arte di invecchiare*. Milano: Adelphi.
- Sciacca, A.M. (2007). *L'essenziale dell'amore*. W .W.W. Psiconline .it
- Simonelli, C., Petrucelli, F., & Vizzari, V. (1997), *Sessualità e terzo millennio. Studi e ricerche in sessuologia clinica*. Volume I, Milano: Franco Angeli.
- Simonelli, C. (1997). *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*. Milano: Franco Angeli.
- Simonelli, C. (1998), *Identità di genere e soddisfazione di coppia*. Rivista di sessuologia clinica
- Simonelli, C. (2006). *L'Approccio integrato in sessuologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Smarch, D. (2001). *La passione nel matrimonio*. Milano: Cortina.
- Stablum, F. (2002). *L'attenzione (trad.it.)* Roma: Carocai.
- Steimberg, M., & Schanall, M. (2006). *La dissociazione*. Milano: Cortina.
- Trotta, D. (1994). *Andropausa e precocità eiaculatorie, atti del congresso di sessuologia 1993*. Modena: Edizioni internazionali.
- Valdina, P. (1994). *Il sesso degli anziani*. Roma: Edizioni dell'università popolare.
- Varricchio Coppola. (1998). *Geriatría e Gerontologia*. Napoli: Idelson Gnocch.