

I Disturbi del comportamento sessuale

Carlo Pruneti

Unità di Psicologia Clinica

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Università di Parma

DISFUNZIONI SESSUALI

modificazioni psico-fisiologiche

nell'ambito delle varie fasi sessuali:

- Interesse
- Desiderio
- Eccitamento
- Orgasmo
- Risoluzione

Il DSM IV TR pone l'accento sull'importanza clinica del disturbo la cui gravità deve determinare delle ripercussioni sul funzionamento globale del soggetto (marcato distress o difficoltà interpersonali)

Disturbi presenti in modo permanente fin dall'inizio dell'attività sessuale

Disturbi insorti successivamente ad una funzione sessuale normale

Disturbi generalizzati: si manifestano in tutte le circostanze e con tutti i partner

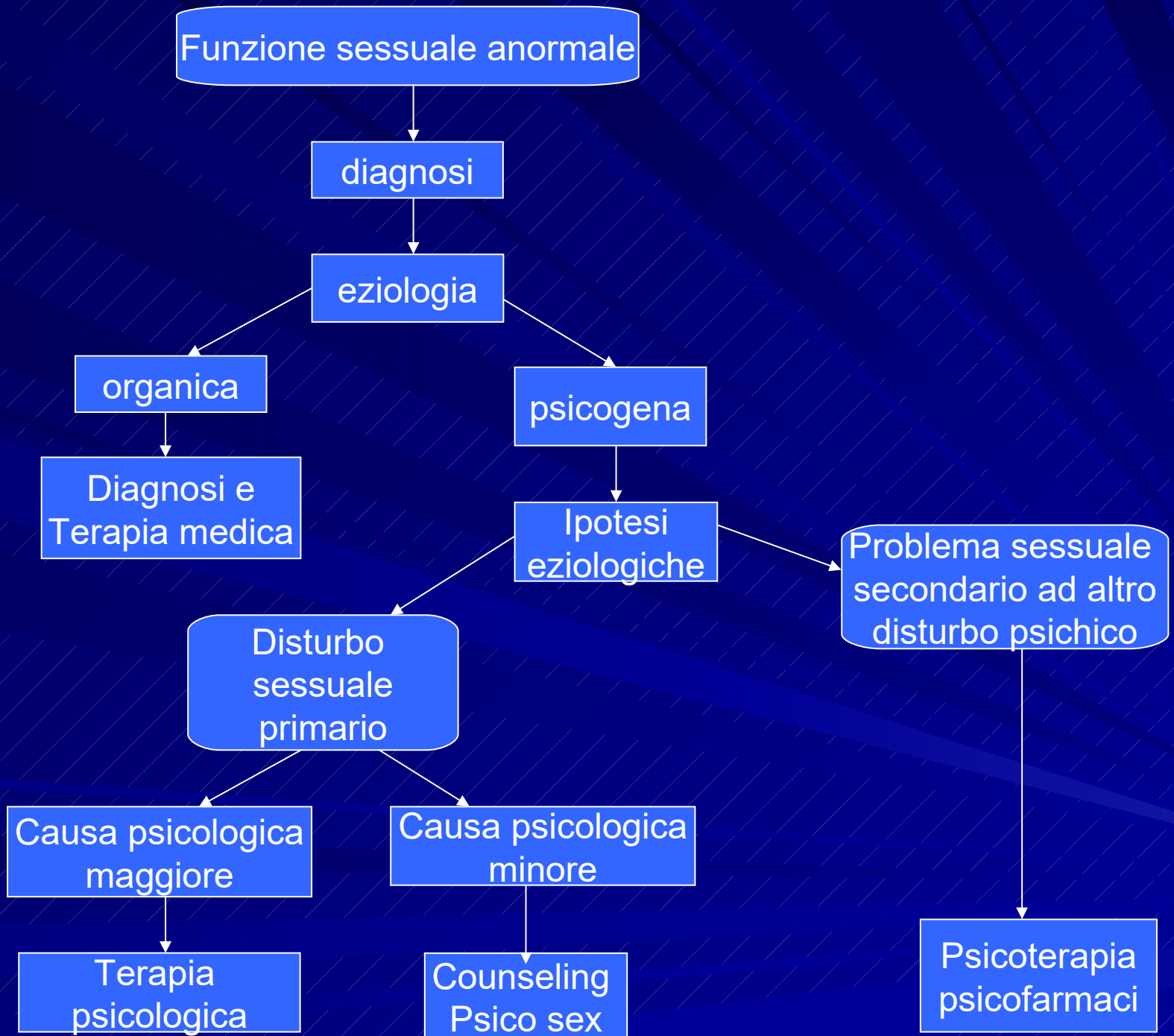
Disturbi situazionali: si verificano solo in concomitanza di particolari situazioni, o partner

Fattori determinanti:

Psicologici

Medici e psicologici concomitanti

Cause organiche



Nell'uomo il comportamento sessuale è dettato da:

- Istinto → stereotipia di condotte (come per gli animali)
- Attività mentale superiore
- Caratteristiche sociali
- Caratteristiche culturali
- Caratteristiche educative

in cui i soggetti realizzano la propria personalità

(Morali-Daninos, 1968)

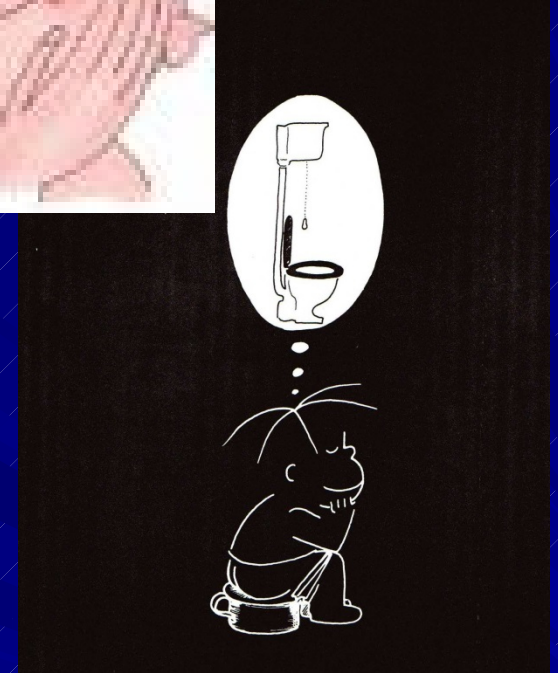
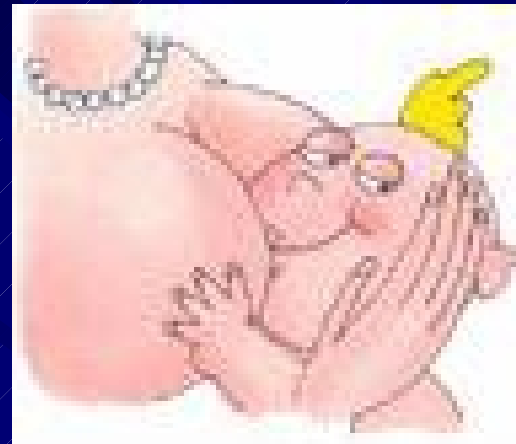
Il bambino impara ad amare fin dai primi mesi di vita, e nella relazione con i genitori prima, e col genitore del sesso opposto successivamente, si impronta il tipo di componente emotiva che accompagnerà ogni futura relazione



Se la componente emotiva e relazionale presenta distorsioni, carenze, un altalenante comportamento di accudimento, assenze fisiche o distanza psico-emozionale da parte delle figure di accudimento → problemi nella realizzazione sessuale adulta

**La condotta
dell'accoppiamento
ha in se elementi
derivati da tutte le
forme infantili di
espressioni sessuali
accettate socialmente
solo in numero
limitato**

**(vedi bambino
polimorfo e perverso)**



NON ESISTE UNA DELIMITAZIONE PRECISA TRA COMPORTAMENTO SESSUALE NORMALE E PATOLOGICO

**(nelle perversioni si evita la relazione di intimità
psicologica emozionale)**

**Una devianza dalla norma sessuale non presuppone
necessariamente una situazione patologica**

**Le pulsioni parziali fanno parte della vita e non sono
un problema se ben inserite nella dinamica di coppia**

Se le pulsioni e la loro percezione, sia pur parziale, sono eccessive, mal gestite o addirittura divergenti nei due partner → azione disgregatrice per l'impossibilità di appagamento reciproco dei desideri.

Delimitazione delle difficoltà sessuali...

Situazioni personali

Disarmonia dei partners

Influenze socio-ambientali

Criteri obiettivi

Vissuti soggettivi



Nessuna forma di
attività sessuale è
intrinsecamente e
inevitabilmente
NORMALE o
ANORMALE se
non si prende in
considerazione il
contesto in cui
avviene

(Ford, Beach, 1952)

L'ESPRESSIONE SESSUALE È COMPOSTA DA VARI ASPETTI CHE SI INFLUENZANO:

Identità di genere

Orientamento sessuale

Intenzione

Desiderio

Eccitamento

Orgasmo

Soddisfazione e intimità

IDENTITA' DI GENERE:

il senso di se come maschio o come femmina in accordo con il correlato biologico

D.I.G.: DISTURBO DI IDENTITÀ DI GENERE:

La persona non si riconosce nel proprio sesso e desidera appartenere al sesso opposto fino al cambiamento chirurgico delle proprie caratteristiche somatiche e al riconoscimento giuridico del nuovo sesso acquisito



Frequentemente non si tratta di DIG ma di timore di un'insufficienza sul piano della mascolinità o della femminilità

ORIENTAMENTO SESSUALE ed ATTRAZIONE

La componente oggettiva dell'orientamento è dato dal sesso della persona con cui si ha un contatto sessuale (eterosessuale, omosessuale, bisessuale)

Componente soggettiva:

FANTASIE e DESIDERI verso

- lo stesso sesso (omoerotici),
- il sesso opposto (eteroerotici)
- entrambi i sessi (bierotici)



A volte l'aspetto oggettivo e soggettivo dell'orientamento non sono in armonia: un soggetto può sentirsi attratto da persone dello stesso sesso ma adottare un comportamento sessuale con individui di sesso opposto → ansia, depressione, perdita di desiderio

INTENZIONI

Le intenzioni sessuali possono essere **NORMALI** o **ANORMALI**

INTENZIONI NORMALI:

Si basano su affetto, fiducia, desiderio di dare e ricevere piacere

INTENZIONI NON CONVENZIONALI (ANORMALI)

Riflettono aggressività, ostilità, vergogna, desiderio di ferire o di essere feriti

Omino ingrifato

Le intenzioni anormali in genere rimangono nelle fantasie. Quando vengono agite nella realtà (vedi processo secondario) portano ad **atti violenti (stupro) o parafilici**

INDAGINE SESSUOLOGICA

L'esplorazione dei comportamenti sessuali può essere problematica in quando riguarda un'area particolarmente intima della vita del soggetto.

Tuttavia può essere necessario ottenere informazioni specifiche al fine di una corretta diagnosi

Si possono porre domande generiche e non intrusive, esplorando sia la storia di sviluppo della sessualità che il comportamento attuale e i vissuti relativi

DISTURBI del DESIDERIO SESSUALE

Ipoattivo: quando il desiderio e le fantasie a sfondo sessuale appaiono assenti o diminuiti grandemente rispetto all'età e alle abitudini del soggetto

Diagnosi differenziale da condizioni mediche

- anomalità funzione ipotalamo-ipofisaria (no testosterone o aumento della prolattina)
- malattie testicolari primarie e secondarie
- farmaci

Perdita di desiderio globale → può mascherare sottostanti alterazioni psicopatologiche: ansia, depressione, stress elevato ma anche **parafilie**

Le Parafilie sono un insieme di pensieri e comportamenti caratterizzati da un atteggiamento ossessivo-compulsivo verso situazioni non direttamente connessi alle finalità riproduttive tipiche del sesso tradizionale. In mancanza dell'elemento ossessivo-compulsivo, simili pratiche sessuali possono essere considerate soltanto inusuali.

Per parafilie si intendono dunque le deviazioni dal normale oggetto sessuale. Il termine sinonimo di perversioni sessuali o deviazioni sessuali. Alcune delle deviazioni, come l'esibizionismo, la pedofilia o il sadismo, sono perseguite dalla legge, poiché comportano, o possono comportare, la sopraffazione della volontà dell'altro, fino al coinvolgimento di persone non consenzienti.

Le parafilie possono essere classificate in base all'atto che sostituiscono o all'oggetto verso cui si indirizzano:

nella devianza dell'atto vi è una sostituzione del coito o dell'attività sessuale, con pratiche di altro tipo;

nella devianza d'oggetto vi è una surrogazione dell'oggetto o uno spostamento della meta.

Non sempre chi è affetto da una parafilia accetta di ricorrere ad un aiuto psicoterapeutico, poiché la propria specifica forma di deviazione gli garantisce eccitamento e orgasmo, per quanto in forma patologica.

Un'altra suddivisione riguarda il canale sensoriale che viene sollecitato:

- **canale visivo**, l'eccitazione sessuale viene ricercata nell'esibizione del corpo o parti di esso (esibizionismo), nell'osservazione di altri soggetti impegnati in attività sessuali (voyeurismo, mixoscopia) o di funzioni corporee fisiologiche (coprofilia, urofilia);
 - **canale acustico/verbale**, l'eccitazione è ottenuta mediante la pratica del turpiloquio, l'ascolto o il pronunciamento di parole scurrili o volgari attinenti alla sessualità (scatologia telefonica, coprolalia, pornolalia, mixacusi);
 - **canale olfattivo**, l'eccitazione sessuale è data dalla percezione di odori, anche sgradevoli, come l'urina, le feci, il sudore (ospressiofilia);
 - **canale gustativo**, l'eccitazione sessuale è perseguita tramite l'ingestione/irrorazione di escrezioni corporee (coprofagia, spermatofagia, pissing);
 - **canale tattile**, il piacere sessuale è dato dalla pratica di attività corporee inusuali, come stuffing (penetrazione con oggetti), percossofilia, spanking (sculacciare con violenza), clismafilia (pratica del clistere), nasofilia, rinolagnia, uretrolagnia (stimolazione di parti del corpo non classicamente erogene, come le narici o l'uretra).
- Per essere considerata effettivamente una patologia, la deviazione deve ricorrere per almeno sei mesi e manifestarsi come forma di sessualità esclusiva o prevalente del soggetto, interferendo in modo rilevante con la sua normale vita di relazione e causandone un disagio clinicamente significativo.

- **Clinicamente sono riconosciute otto maggiori forme di parafilia:**
- **esibizionismo** (comportamento che porta all'esposizione dei propri genitali ad una persona ignara);
- **feticismo** (uso esclusivo di oggetti non direttamente attinenti alla sessualità, ad esempio scarpe o indumenti, o parti del corpo di una persona, al fine di innescare o aumentare l'eccitamento sessuale);
- **frotteurismo** (comportamento che porta a toccare o palpeggiare il corpo di una persona non consenziente);
- **pedofilia** (attrazione sessuale verso ragazzi in età prepuberale o bambini prossimi a questa età);
- **masochismo** (comportamento sessualmente eccitante ricercato nel voler essere umiliati, provare dolore o soffrire in altri modi);
- **sadismo** (comportamento sessualmente eccitante nel produrre dolore o umiliazione della vittima);
- **feticismo di travestimento** (eccitazione o piacere sessuale nell'indossare abiti del sesso opposto);
- **voyeurismo o scopofilia** (comportamento che porta a spiare persone ignare mentre sono nude, in intimo o impegnate in attività/rapporti sessuali).

Altre forme meno comuni di parafilia sono raggruppate con la classificazione di Disordini Sessuali:

- acrotomofilia (attività sessuali con persone artrolese o con handicap),
- apotemnofilia (desiderio sessuale di avere uno o più arti amputati o di apparire come se così fosse),
- catafilia (attività sessuali con sottomissione al partner),
- cateterofilia (attività sessuali con uso di cateteri),
- clismafilia (attività sessuali con clisteri),
- coprofilia (interesse per le feci come oggetto di piacere),
- deviazione del pungitore (eccitazione sessuale raggiunta pungendo con oggetti appuntiti il corpo del partner)
- efefilia (attrazione sessuale per i tessuti),
- fobolagnia (eccitazione sessuale in situazioni di paura),
- gerontofilia (attività sessuali con persone anziane),
- ipossifilia (ricerca del piacere sessuale tramite azioni che provocano difficoltà a respirare),
- mixacusi (ascoltare rumori di una coppia impegnata in attività sessuali),
- necrofilia (attività sessuali con cadaveri),
- parzialismo (attenzione esclusiva per una parte del corpo),
- patofilia o nosofilia (attività sessuali con persone portatrici di malattie, anche trasmissibili)
- pluralismo o partouze (orgia o sesso di gruppo),
- scatologia telefonica (telefonate oscene),
- triolismo o triolagnia (osservare il proprio/a partner in attività sessuali con un'altra persona),
- urofilia o urolagnia o pissing (interesse per l'urina come oggetto di piacere),
- zoofilia (attività sessuali con animali).

DISTURBO DA AVVERSIONE SESSUALE

Avversione estrema fino all'evitamento totale dei contatti sessuali genitali

Fobia fino a ripugnanza verso l'atto sessuale

In anamnesi ci sono spesso violenze sessuali e rapporti sessuali vissuti come traumatici e dolorosi, sensi di colpa o di vergogna

Diagnosi differenziale con:

- ansia
- dispareunia
- desiderio sessuale ipoattivo
- patologie organiche

Ciascuna fase del
rapporto sessuale può
essere turbata da ansie e
paure più o meno
inconsce

DISTURBI DELL'ECCITAMENTO

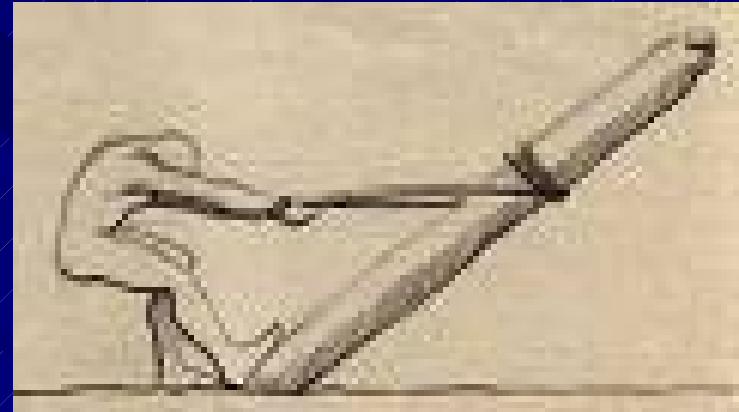
IMPOTENZA SESSUALE MASCHILE

Incapacità di soddisfare i propri desideri sessuali coscienti:

- per anerezione (impotenza erigendi)
- per erezione non efficace (impotenza coeundi)

Vissuta dal soggetto come un disturbo che provoca senso di perdita e scontentezza →

- riduzione dell'autostima
- necessità di ricorrere al medico



POSSIBILI CAUSE DI IMPOTENZA SESSUALE MASCHILE

- vagina vissuta come **ORGANO CASTRANTE** (angoscia di castrazione) che incute terrore e può determinare impotenza
- figura **FEMMINILE** fantasticata come agente di castrazione
- **RELAZIONE INTERPERSONALE**, paura di ferire o rovinare la donna amata (proiezione sulla partner della propria angoscia di castrazione)
- **FOBIE**: paura di indebolirsi, contrarre malattie veneree, causare gravidanza indesiderata,



- idealizzazione della figura
materna:

→ dipendenza dalla moglie

→ impotenza come modo per
dare sfogo all'aggressività
repressa



“impotenza come mezzo per ferire la moglie-madre che non riesce ad ottenere la risposta desiderata, cioè l'erezione” (Harrison et al., 1979)

Diagnosi differenziale da condizioni mediche:

- cause meccaniche (traumi, chirurgia demolitiva, etc.)
- danni all'innervazione
- cause vascolari
- cause endocrine (diabete, etc.)
- farmaci



DISPAREUNIA MASCHILE

Ricorrente e persistente dolore genitale durante l'erezione, la penetrazione, l'eiaculazione o dopo il rapporto sessuale

Spesso, ANCHE SE NON ESCLUSIVAMENTE, le cause sono urologiche

Diagnosi differenziale da condizioni mediche :

- malformazioni peniene
- cancro del pene
- lesioni dermatologiche cutanee
- prostatiti, epididimiti, etc.

DISTURBI DELL'EIACULAZIONE

EIACULAZIONE PRECOCE: se il tempo necessario al raggiungimento dell'orgasmo è abbreviato (ante portam, o dopo pochi movimenti intravaginali)

EIACULAZIONE RITARDATA: se il tempo necessario al raggiungimento dell'orgasmo è allungato

ASSENZA DI EIACULAZIONE: il rapporto sessuale termina senza emissione di liquido spermatico → fare DD con eiaculazione retrograda

EIACULAZIONE SENJUNCTA: quando si verifica a distanza dal termine del coito

EIACULAZIONE ANORGASTICA: il piacere parossistico è assente

EIACULAZIONE PRECOCE

NON ESISTONO a tutt'oggi CAUSE ORGANICHE RICONOSCIUTE di eiaculazione precoce, SI POSSONO AVERE.

Eiaculatio precox (da pochi secondi a meno di 2 minuti)

Eiaculatio ante portam

- stress, ansia situazionale, prestazionale, (reversibile se si allontanano le cause scatenanti), problemi educazionali, familiari, attaccamento a figure significative, problemi culturali e morali e religiosi sono in grado di influenzare massivamente la prestazione

EIACULAZIONE RITARDATA

La tendenza ritentiva domina quella eliminativa compromettendo spesso l'orgasmo

Diagnosi differenziale con assunzione di

- farmaci (neurolettici, sedativi, antidepressivi, etc.)
- sostanze stupefacenti (morfinosimili, con assenza di orgasmo)
- malattie neurologiche (parkinson, Sclerosi Multipla, etc.)

DISTURBI dell'ORGASMO MASCHILE

IMPOTENZA ORGASTICA

Assenza di eccitazione e piacere durante l'atto sessuale a cui fa seguito un senso di affaticamento e di disgusto.

Può causare sia un disinteressamento verso la vita sessuale, sia un comportamento ipergenitale (dongiovannismo) → l'atto sessuale assume funzione di scarica e diventa arma di lotta contro il sentimento di inferiorità e di insicurezza

Se non trattato attraverso una psicoterapia il soggetto continua a mettere in atto un comportamento sessuale reiterativo, rigido, stereotipato, insoddisfacente (disturbi di personalità)

DISTURBI DELL'ECCITAMENTO

SESSUALE FEMMINILE

Impossibilità di avere o mantenere le reazioni di lubrificazione e tumescenza, normalmente legate all'eccitamento sessuale, fino al termine del rapporto.

Oppure assenza della sensazione soggettiva di eccitamento sessuale e di piacere

gli estrogeni hanno un ruolo importante nel causare la lubrificazione vaginale → frequenza aumentata nella perimenopausa

Diagnosi differenziale da condizioni mediche:

- deficit di estrogeni (ovariectomia)**
- vulvovaginiti atrofiche**
- malattie neurologiche centrali e periferiche**
- disordini endocrini e metabolici**
- farmaci (psicotropi e non)**

DISFUNZIONI ORGASMICHE FEMMINILI

Inibizione specifica della componente orgasmica della relazione sessuale

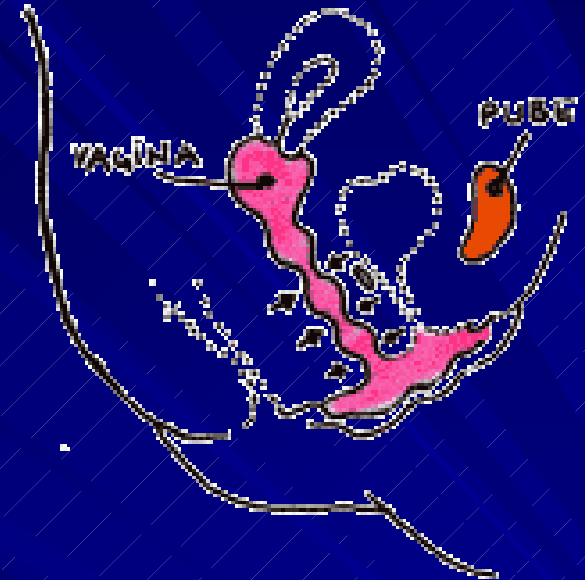
(sono i disturbi sessuali più spesso lamentati)

La teoria psicanalitica dello sviluppo psicosessuale femminile presume l'esistenza di 2 zone erogene:

il clitoride: altamente investito libidicamente nel periodo infantile dello sviluppo

la vagina: investita libidicamente durante e dopo la pubertà

→ Venivano considerate nevrotiche le donne che continuavano a provare piacere con la stimolazione clitoridea e che non raggiungevano l'orgasmo con il coito



NB!!! Questa dicotomia tra orgasmo clitorideo e vaginale non è più sostenibile anche in relazione ad una serie di studi fisiologici e ginecologici (Master, Johnson, 1967)

Si ritiene che esista un solo tipo di orgasmo femminile, per cui quello ottenuto attraverso il coito, e quello ottenuto tramite la stimolazione del clitoride sono considerati del tutto sovrapponibili e ugualmente autentici

Punto G: un ufo ginecologico?

POSSIBILI CAUSE DELL'ANORGASMIA FEMMINILE

- ambivalenza verso la relazione di coppia
- paura di essere abbandonata
- paura di affermare la propria indipendenza
- senso di colpa verso la sessualità
- ostilità nei confronti del partner



SUPERCONTROLLO involontario del riflesso orgasmico

per paura di perdere il controllo delle proprie sensazioni (troppo intense) o del proprio comportamento

DISTURBI DA DOLORE SESSUALE nelle DONNE

DISPAREUNIA

**ricorrente o persistente dolore genitale durante la penetrazione,
l'atto sessuale o l'orgasmo o dopo un rapporto sessuale**

CAUSE

- urologiche**
- farmacologiche**
- psicogene (in assoluto le più presenti)**

**La forma psicogena è la più frequente e spesso si riscontra
in donne che abbiano subito abusi sessuali o violenze in età
infantile**

VAGINISMO

ricorrente e persistente spasmo involontario della muscolatura del 3° esterno della vagina, che precede la penetrazione e interferisce col coito

E' una reazione condizionata dall'associazione di dolore e paura ai tentativi (o anche alla sola fantasia) di ricevere una penetrazione, dovuta ad una contrazione volontaria dei muscoli sfintere della vagina ed elevatore dell'ano

Al vaginismo può associarsi la FOBIA del COITO (condotta di evitamento)

CAUSE del VAGINISMO

- patologia degli organi pelvici che renda doloroso l'atto sessuale
- violenze sessuali

Molte donne possono comunque raggiungere l'orgasmo con la stimolazione del clitoride o ricavare piacere dai giochi erotici e cercare il contatto sessuale purchè si eviti il coito

La terapia sessuale che riunisce la desensibilizzazione della vagina spastica e un intervento psicologico breve ad orientamento psico-analitico rappresentano il miglior approccio terapeutico.

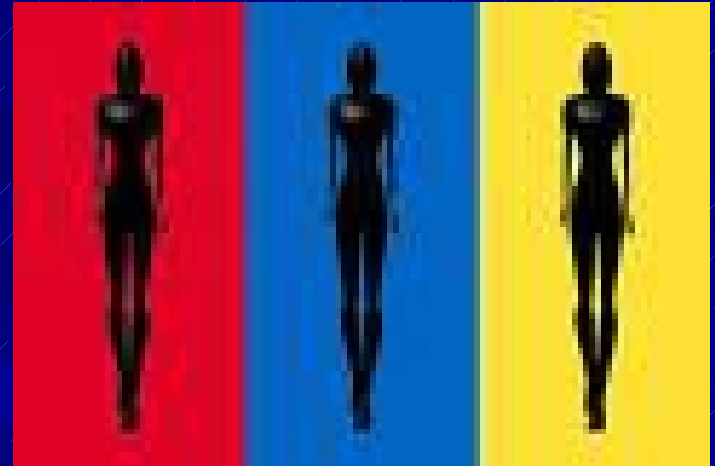
PSICOLOGIA delle DISFUNZIONI SESSUALI

Per un buon funzionamento sessuale ci devono essere 3 elementi che funzionano in sincronia e ben integrati:

PULSIONE: affonda le sue radici nel biologico e può essere condizionata da fattori fisici (livelli ormonali, malattie e farmaci)

DESIDERIO: associato a fattori consci, cognitivi o ideativi (es.: proibizioni religiose)

MOTIVAZIONE: collegata a bisogni di affetto e influenzata da precoci condizionamenti nelle relazioni interpersonali con le figure di accudimento (attaccamento)



(Levine, 1988)

**DISFUNZIONI SESSUALI
SECONDARIE
AL TRATTAMENTO
CON PSICOFARMACI**

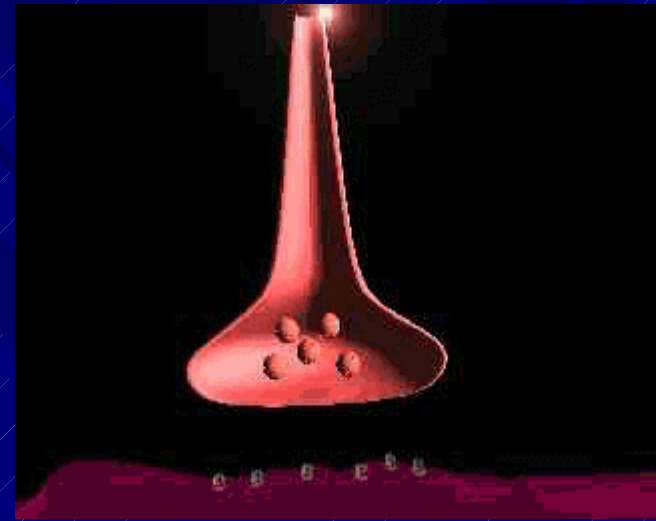
**La terapia psicofarmacologica può spesso indurre problemi
sessuali →**

CON O MENO PROBLEMI DI NON COMPLIANCE

RUOLO DEI NEUROTRASMETTITORI NELLA RISPOSTA SESSUALE

I neurotrasmettitori coinvolti nel controllo del comportamenso sessuale sono:

5HT, NA, DA, Ach



Aumento attività 5HT → inibizione orgasmo

Aumento attività DA → miglioramento risposta sessuale o nessun effetto

NA a livello centrale → stimolante funzioni sessuali

NA a livello periferico → inibizione dell'erezione, facilitazione dell'eiaculazione

Ach → possibile facilitazione dell'orgasmo

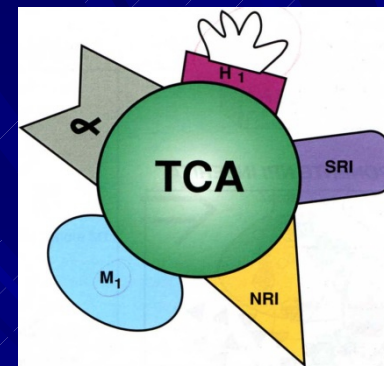
Neurofisiologia della disfunzione sessuale

	DA	5HT	NA	Ach
Erezione	↑	0	↓ α β	↑ M
Eiaculazione	0	↓	α1	↑ M
Orgasmo				

EFFETTI COLLATERALI DEGLI ANTIDEPRESSIVI

DISTURBI DESIDERIO SESSUALE

- SSRI: sertalina, paroxetina, in misura minore fluoxetina, fluvoxamina)
- TCA: imipramina, amitriptilina, clorimipramina



DISTURBI DELL'EREZIONE

- TCA: desimipramina, nortriptilia, amitriptilina



DISTURBI DELL'ORGASMO e dell'EIACULAZIONE

- SSRI
- TCA: imipramina, clorimipramina

PRIAPISMO: (protratta congestione dei corpi cavernosi, che può portare a fibrosi peniena con perdita della funzione erettile)

- Trazodone (non Nefazodone)

IMAO → provocano disturbi del desiderio all'inizio ma dopo 3 mesi di terapia questo effetto scompare

TRATTAMENTO DEGLI EFFETTI COLLATERALI da ANTIDEPRESSIVI

- diminuzione del dosaggio → ripresa sintomi depressivi

- betanecolo e ciproeptadina 2 ore prima del coito

- sostituzione con bupropione, trazodone (nelle disfunzioni erettile), buspirone o con amfetamino-simili



EFFETTI COLLATERALI del LITIO

L'appiattimento dell'affettività → Disturbi del desiderio

**Alcuni possono lamentare
inibizione della Fase eccitatoria**



Le disfunzioni sessuali da litio insorgono nella fase iniziale della terapia e vanno incontro a remissione spontanea dopo 2-3 mesi.

I neurolettici nell'UOMO possono provocare:

Disturbi del desiderio

Disturbi dell'erezione

Disturbi dell'orgasmo

Riduzione del volume dell'eiaculato

Priapismo

Ginecomastia

I neurolettici nella DONNA possono provocare:

Riduzione della libido

Disturbi dell'orgasmo

Irregolarità mestruali → amenorrea

Galattorrea

Gli antipsicotici che inducono più spesso effetti collaterali sessuali:

Clorpromazina, pimozide, sulpiride, aoperidolo, flufenazina, risperidone

Patogenesi:

- blocco recettori alfa 1 adrenergici
- blocco recettori dopaminergici
- aumento secrezione prolattina

Risperidone: eiaculazione precoce, a dosi elevate → aneiaculazione



-Soluzioni: alternative farmacologiche (poche), trattamento farmacologico dei disturbi iatrogenici, ad esempio, iperprolattinemia, diminuzione del dosaggio, sospensione della terapia (nei casi più gravi soluzione assai problematica)

BENZODIAZEPINE

È stata accertata la loro capacità di ritardare l'eiaculazione ma causano frequentemente anche inibizione dell'orgasmo sia in senso qualitativo che quantitativo (prolungamento dei tempi)

Non esistono evidenze d'azione sulla funzione erettile

Alterazioni reversibili alla sospensione del trattamento

SOSTANZE IN GRADO DI ALTERARE IL COMPORTAMENTO SESSUALE:

- ***Antidepressivi Triciclici***
- ***Inibitori delle MAO***
- ***Altri farmaci attivi sull'umore (litio, amfetamine)***
- ***Farmaci Antipsicotici (flufenazina, tioridazina)***
- ***Farmaci antiipertensivi (clonidina, metildopa
spironolattone, idroclorotiazide)***
- ***Sostanze oggetto di abuso (alcool, barbiturici,
cannabinoidi, cocaina, eroina, metadone, morfina)***
- ***Farmaci cardiologici: propranololo, digossina, in
genere tutti i calcioantagonisti e betabloccanti***