

Alessandra Graziottin

## SOMMARIO

- CARATTERISTICHE GENERALI DELLA SESSUALITÀ UMANA
- IDENTITÀ SESSUALE
- PATOLOGIA DELL'IDENTITÀ SESSUALE
- FUNZIONE SESSUALE
- PATOLOGIA DELLA FUNZIONE SESSUALE
- RELAZIONE DI COPPIA
- ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

*Sintesi essenziale*

*Riferimenti bibliografici*

*Test di autovalutazione*

La sessualità umana comprende: *identità sessuale*, *funzione sessuale* e *relazione di coppia*. È determinata da condizioni biologiche e modulata da fattori psicoemotivi, relazionali e socioculturali, ed è parte integrante della salute e della qualità della vita.

Sono oggetto di studio della Sessuologia i fattori biologici, innati ed acquisiti, psicologici e relazionali che possono interferire con una fisiologica maturazione della sessualità e della capacità di vivere il piacere erotico, nei suoi vari aspetti. Il ginecologo è il medico che ha le maggiori conoscenze biologiche, psicologiche e relazionali sulla paziente, soprattutto nelle relazioni fiduciarie di lunga durata. Può diagnosticare e curare le cause o concause biologiche di disfunzione sessuale, e inviare correttamente ai colleghi di altra specialità, o psicoterapeuti, casi in cui emergano importanti comorbilità o fattori che meritino un approfondimento psicodinamico o psichiatrico.

La consulenza sessuologica richiede tatto, sensibilità e rispetto. La riservatezza e la tutela della privacy della paziente sono essenziali, anche in ambito sessuale; è sempre opportuno informare la paziente di ogni limite posto alla riservatezza e alla privacy, per esempio in caso di adolescenti. La appropriata distanza medico-paziente va sempre rispettata, evitando ogni inutile o pericolosa “sessualizzazione” del contesto clinico, commentando l’attrattività della paziente, rivelando informazioni personali intime o usando l’umorismo in un modo che possa essere percepito come imbarazzante o offensivo. È essenziale rispettare il pudore della paziente.

## CARATTERISTICHE GENERALI DELLA SESSUALITÀ UMANA

Le principali caratteristiche della sessualità umana sono riassunte nella **TABELLA 47.1**. La sessualità umana è: *multifattoriale*, in quanto ad essa concorrono fattori *biologici*, *psicoemotivi* e *contesto-correlati*, sia in senso affettivo, di coppia e famiglia, sia in senso culturale e sociale, e *multisistemica*, in quanto dal punto di vista biologico la funzione sessuale dipende dall’integrità e dall’armonioso coordinamento dei sistemi nervoso, vascolare, ormonale, muscolare, metabolico e perfino immunitario.

**TABELLA 47.1 ►►► COMPONENTI DELLA SESSUALITÀ UMANA**

Fisiologia	Patologia
<b>Identità sessuale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di genere</li> <li>• di ruolo</li> <li>• di mèta</li> </ul>	<b>Disturbi dell'identità o disforie di genere</b>
<b>Funzione sessuale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• desiderio ed eccitazione mentale</li> <li>• eccitazione genitale/lubrificazione</li> <li>• orgasmo</li> <li>• soddisfazione</li> </ul>	<b>Disturbi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• del desiderio sessuale</li> <li>• dell'eccitazione mentale e genitale</li> <li>• dell'orgasmo sessuali caratterizzati da dolore</li> </ul>
<b>Relazione di coppia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eterosessuale</li> <li>• omosessuale</li> </ul>	<b>Patologie della relazione</b>

Modificata da Graziottin, 2010

Le *disfunzioni sessuali femminili* (FSD, Female Sexual Disorders) possono esprimersi in un continuum dalla *insoddisfazione* (con potenziale integrità della risposta fisiologica ma frustrazione emotivo-affettiva) alla *disfunzione* (con o senza modificazioni patologiche) alla *patologia* francamente radicata nel biologico. Le FSD possono causare un variabile grado di disagio e sofferenza (distress) personale e interpersonale. Inoltre le disfunzioni sessuali femminili sono frequentemente copresenti, ad esempio, un disturbo del desiderio può coesistere con un disturbo dell'eccitazione o dell'orgasmo e si parla allora di *co-morbilità*.

È frequente la comorbilità tra *disfunzioni sessuali e patologie mediche*: ad esempio, tra disturbi del desiderio e depressione; tra dispareunia introitale e disfunzioni del tratto urinario inferiore, quali cistiti e incontinenza da urgenza; tra stipsi ostruttiva e vaginismo; tra dispareunia profonda, endometriosi e dolore pelvico cronico. In queste condizioni, denominatori comuni di tipo biologico – che vanno diagnosticati e curati dal medico – si sommano a fattori psicosessuali e relazionali. Di qui la necessità di una visione integrata del problema che la donna porta in consultazione, di cui il ginecologo con formazione sessuologica può essere il referente principale.

Fattori *socioculturali* possono modulare la percezione e le modalità di espressione verbale del problema. Il *significato* dell'intimità sessuale e del problema stesso per la donna e la coppia influenzano il vissuto che ne deriva, la prognosi, la compliance alla terapia e la variabilità del risultato terapeutico.

## IDENTITÀ SESSUALE

Con il termine “identità sessuale” si indica l'insieme di:

- *identità di genere*, ossia la rappresentazione intrapsichica che ognuno di noi ha della propria identità di uomo o donna, modulata dalla soddisfazione o meno con cui la vive;
- *identità di ruolo*, relativa al vissuto del proprio ruolo sociale, maschile o femminile;
- *identità di mèta* relativa all'orientamento del proprio desiderio o mèta sessuale, su un partner, oggetto di desiderio, dello stesso sesso (omosessuale) oppure del sesso opposto (eterosessuale).

### Strutturazione e plasticità dell'identità sessuale

Alla *strutturazione dell'identità sessuale* concorrono fattori *biologici, psicosessuali e relazionali*. L'identità sessuale, proprio perché espressione di un *vissuto* modificabile da fattori endogeni ed esogeni, biologici e psichici, è *dinamica*. Presenta la *massima plasticità* durante la vita fetale, la prima e seconda infanzia e l'adolescenza, tuttavia può andare incontro a *ristrutturazioni significative* a tutte le età, in risposta a fattori biologici e psicodinamici, in particolare ad eventi traumatici affettivi o somatici.

I periodi di massima vulnerabilità sono i seguenti.

#### Fase prenatale

I nove mesi gravidici sono un periodo di estrema sensibilità biologica, neuropsichica e genitale dell'identità sessuale. Alterazioni dell'ambiente endocrino embrio-fetale per cause endogene, materne o fetali, o esogene, ad esempio per ormoni somministrati alla madre a scopo anti-abortivo, possono modificare il normale sviluppo delle strutture anatomiche mülleriane o wolffiane, con alterazioni morfologiche che possono comparire alla nascita, quando sia stata alterata la forma dei genitali esterni (modificando i cosiddetti “*caratteri sessuali primari*” da cui dipende l'attribuzione del *sexu anagrafico*), o alla pubertà. Parallele alterazioni possono verificarsi a livello neuropsichico, per quanto riguarda l'imprinting endocrino delle aree cerebrali ormono-sensibili e ormono-dipendenti. I principali fattori di disturbo sono riassumibili in:

- *alterazioni endocrine endogene*: se il feto femmina è esposto durante la vita prenatale ad alti livelli di androgeni di provenienza surrenalica materna (sindrome adreno-genitale), con variabile mascolinizzazione, a livello sia genitale, sia intrapsichico;

- *alterazioni endocrine iatrogene*: sullo sviluppo del feto femmina, per l'effetto di gestageni, somministrati in passato a scopo antiabortivo (in particolare quelli di derivazione androgenica, come il 19-nor-17alfa-etiniltestosterone);
- *alterazioni endocrine da tossici esogeni*: per l'azione potenzialmente malformativa di tossici ambientali ad azione endocrina, i cosiddetti "xeno-estrogeni", che, essendo lipofili, si accumulano nell'adipe materno e possono manifestare la loro azione tossica sul feto mesi o anni dopo l'esposizione al fattore tossico stesso. Possono causare malformazioni genitali e possibili alterazioni dell'imprinting endocrino cerebrale prenatale.

### Prima e seconda infanzia

**ASPETTI BIOLOGICI.** Sul fronte biologico della strutturazione dell'identità sessuale femminile, l'eccessiva produzione materna surrenalica di androgeni, oppure l'uso cronico di cortisonici con azione androgenica può "androgenizzare" i follicoli piliferi nella bambina. Alla pubertà questo imprinting endocrino si può tradurre in ipertricosi generalizzata di varia gravità o addirittura in irsutismo, con implicazioni negative per la strutturazione dell'immagine di sé e la percezione di femminilità.

**ASPETTI PSICOLOGICI.** Per la *strutturazione dell'identità sessuale*, in questo caso femminile, fin dalla nascita è di essenziale importanza il rapporto con i genitori o loro sostituti *stabili*. Dal punto di vista psicologico l'identità sessuale femminile si struttura grazie:

- *all'identificazione con il genitore dello stesso sesso*, e quindi la madre (naturale o adottiva), purché ci sia la possibilità di una rapporto affettivo continuativo e affettuoso;
- *alla complementazione con il genitore del sesso opposto* (il padre o un suo sostituto stabile).

Accanto all'identificazione sessuale, è essenziale lo stile di attaccamento tra i genitori (o loro sostituti significativi) e la bambina. Un amore sicuro, tenero e sereno contribuisce alla crescita della cosiddetta "base sicura" che nutre la *fiducia* interiore sull'essere capaci di amare e meritevoli di essere amati. Gli stili di attaccamento affettivo (sicuro, ansioso, evitante) vissuti nella prima e seconda infanzia costituiscono un imprinting psicoemotivo che caratterizzerà il modo di amare nella vita adulta.

Di converso, un'infanzia carente di affetti costituirà un elemento di vulnerabilità sia sul fronte della gioia di vivere personale, sia della capacità di vivere relazioni d'amore soddisfacenti. L'abuso, psichico,

fisico e/o sessuale costituisce uno dei fattori di rischio più forti e pervadenti di infelicità, non solo sessuale, e va indagato in ogni anamnesi ginecologica. Sfortunatamente, solo una minima percentuale di ginecologi chiede sistematicamente alla donna se in passato abbia subito molestie o abusi.

### Pubertà e adolescenza

Si definisce *pubertà la transizione biologica dall'infanzia alla maturità sessuale. L'adolescenza comprende invece l'insieme delle trasformazioni psicoemotive e psico-sessuali che accompagnano la pubertà*. È la seconda età critica, dopo la fase prenatale, in quanto maturano i cosiddetti "*caratteri sessuali secondari*": comparsa della peluria con distribuzione tipica del sesso femminile, sviluppo mammario, comparsa delle mestruazioni, modificazioni della secrezione sudoripara e sebacea, con inizio della produzione di feromoni, sostanze che modulano l'attrazione sessuale istintuale, subliminale, a livello intraspecifico, ossia nell'ambito della stessa specie.

In passato pubertà e adolescenza tendevano temporalmente a coincidere. Oggi esiste un progressivo sfasamento tra le due: da un lato, la pubertà tende ad anticipare, con il menarca che può comparire anche a nove anni o prima, quando lo sviluppo psichico è ancora dominato da tematiche infantili; dall'altro, l'adolescenza, come processo psichico di maturazione, tende a protrarsi oltre i vent'anni, con la dipendenza economica e logistica dalla famiglia che la caratterizza, soprattutto nei giovani, ragazze e ragazzi, a lunga scolarità.

I disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia, possono ripercuotersi sull'identità sessuale, sulla funzione sessuale, sulla salute generale e ginecologica. Le preoccupazioni delle adolescenti sull'immagine corporea (body image) possono esasperare la pratica di diete autogestite sino a franchi disordini del comportamento alimentare e della regolarità mestruale.

### Età adulta e senile

L'identità sessuale è in genere ben consolidata nell'età adulta. Può essere lesa da tumori che colpiscono gli organi ormono-sensibili (mammelle, utero, ovaie), che richiedono chirurgie demolitive e amputanti (mastectomie, o isterectomie radicali) o che comportino comunque chemio- e/o radio-terapie aggressive che inducano menopausa precoce per danno ovarico irreversibile anche nelle giovani donne (ad esempio, per tumori ematologici).

In positivo, la somministrazione di adeguate terapie ormonali sostitutive (TOS) dopo la menopausa può

migliorare la percezione dell'identità sessuale, ferita dalla carenza protratta di ormoni sessuali femminili.

Riassumendo, la vulnerabilità dell'identità sessuale è massima dal concepimento fino alla fine dell'adolescenza, è stabile in età fertile, aumenta durante la transizione menopausale e si ristabilizza in età senile. Quando inizia la maturazione sessuale puberale e quando la sessualità diviene relazionale in senso genitale, la funzione sessuale è il bersaglio più evidente sia di difficoltà esistenziali, affettive e di coppia, sia di possibili interazioni farmacologiche, mentre l'identità viene colpita solo secondariamente.

## ■ PATOLOGIA DELL'IDENTITÀ SESSUALE

Le "disforie di genere" indicano i disturbi relativi all'identità sessuale e sono più frequenti negli uomini, in rapporto di circa 10 a 1 rispetto alle donne. Nelle donne i disturbi dell'identità sessuale si esprimono lungo un continuum di disagio:

- *disforia di genere lieve*: l'identità sessuale è poco disturbata, con maggiore vulnerabilità in adolescenza, per traumi affettivi (lutti di persone significative, abbandoni, delusioni) e/o depressione;
- *disforia di genere moderata*: il disagio è maggiore; può esprimersi con atteggiamenti maschilini, e essere associata o meno a omosessualità. Nella donna è raro il travestitismo (ossia il vestirsi con abiti del sesso opposto *perché questo procura eccitazione sessuale*, fenomeno molto più frequente invece nei maschi);
- *disforia di genere grave*: mette in discussione la coerenza tra sesso biologico e sesso intrapsichico. Si parla allora di "transessualismo": "Sono un uomo intrappolato in un corpo di donna" è la autodiagnosi con cui queste donne biologiche, che si sentono psicologicamente maschi, si rivolgono al medico per ottenere la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS). Il transessualismo è caratterizzato dalla "convinzione precoce, permanente e irreversibile di appartenere al sesso opposto". Può avere esordio precoce, nei primi tre anni di vita, in cui la bambina manifesta comportamenti e preferenze tipici del sesso opposto: si parla in tal caso di "transessualismo primario", raro. Si parla di "transessualismo secondario" quando la disforia di genere grave esplose alla pubertà, o più tardi. Si tratta di una patologia specialistica, per cui si rimanda a testi di riferimento.

## ■ FUNZIONE SESSUALE

A scopo didattico, la funzione sessuale può essere considerata come un circuito (FIGURA 47.1) di cui fanno parte quattro componenti:

- desiderio ed eccitazione mentale
- eccitazione genitale (con erezione nell'uomo, con congestione/lubrificazione e recettività vaginale nella donna)
- orgasmo
- risoluzione/ soddisfazione

Una *lettura circolare* di queste variabili (diversamente dal modello lineare di Masters e Johnson) consente di comprendere i *feedback positivi e negativi* che possono rilanciare o frenare tutta la funzione. Ad esempio, in condizioni fisiologiche il *desiderio* alimenta l'*eccitazione*, mentale e fisica, facilita l'*orgasmo* e una maggiore intimità e soddisfazione dopo il rapporto. Un'esperienza positiva può accentuare il desiderio e con questo la possibilità che tutta la cascata di eventi fisici e psicosessuali si svolga nel più soddisfacente dei modi, grazie all'*immaginario erotico* e ai flash-back di eccitazione e di emozione. La *soddisfazione* sessuale è un aspetto cardinale nella nostra specie, in cui la ricerca del piacere sessuale si è autonomizzata dalla funzione procreativa, fino ad occupare la maggior parte dell'esperienza sessuale stessa.

### Fisiologia del desiderio sessuale

Il *desiderio sessuale* costituisce la dimensione più sfuggente della sessualità umana. Dal punto di vista neuropsichico, il *desiderio* è espressione di una *funzione associativa complessa*, che induce il bisogno e il desiderio di comportarsi sessualmente. È attivato da *stimoli endogeni*, ormonali e

FIGURA 47.1 ■ Modello circolare della funzione sessuale femminile.



Modificata da Graziottin, 2010

psichici – come le fantasie sessuali e i sogni erotici – o *esogeni*, veicolati attraverso gli organi di senso. Dal punto di vista psicologico, il *centro del desiderio* è l'*assenza* (“mi manchi...”). Il desiderio sessuale ha una funzione riparativa ed espressiva, finalizzata a ricreare il benessere generato dall'intimità erotica e affettiva.

Al desiderio contribuiscono tre grandi fattori:

- 1) *Stimolo biologico istintuale*, tendente, attraverso la procreazione, al mantenimento della specie (“*sexus procreativo*”). Ad esso concorrono:
  - a) gli ormoni:
    - androgeni: anche nella donna attivano il desiderio fisico istintuale. Testosterone totale e libero, androstenedione e deidroepiandrosterone solfato (DHEA-S), stimolano le basi fisiche e psichiche del desiderio. Gli androgeni sono più rappresentati nel corpo femminile rispetto agli estrogeni, se i diversi ormoni sessuali vengono tutti misurati in picogrammi/mL (**TABELLA 47.2**). In condizioni fisiologiche, essi raggiungono il picco plasmatico a 20 anni; sono ridotti del 50% a 40 anni, con una progressiva riduzione per cui la donna a 60 anni ha circa un quarto del livello di androgeni presente nella giovinezza. Se la donna va incontro a menopausa chirurgica, con asportazione bilaterale delle ovaie, perde più del 50% del testosterone totale. Chemioterapia e radioterapia pelvica o total body possono causare menopausa precoce iatrogena e ledere le cellule del Leydig contenute nell'ilo ovarico, riducendo la produzione di testosterone, pur con ovaie in sede;
    - estrogeni, in quanto modulatori della femminilità e del benessere psicofisico;
    - prolattina, con ruolo inibitorio, in entrambi i sessi;
    - tiroidei, che, se carenti, possono ridurre il desiderio sessuale;
    - ossitocina, neuroormone che presenta un picco plasmatico in coincidenza con l'orgasmo, otte-

nuto sia con autoerotismo, sia con il coito. Favorisce il desiderio. È il principale mediatore neurobiologico dei legami affettivi;

- b) la salute fisica e psichica, che modula l'efficienza dei sistemi biologici che concorrono alla funzione sessuale e il livello di energia vitale, di cui l'energia sessuale è espressione;
  - c) i fattori stimolanti (farmaci, droghe, malattie psichiatriche);
  - d) i fattori inibenti (farmaci, droghe, malattie fisiche e psichiatriche).
- 2) *Stimolo motivazionale-affettivo*: a seconda della motivazione, possiamo distinguere:
    - *sexus amoroso*, che nasce dal bisogno/desiderio di amore e di intimità emotiva;
    - *sexus ricreativo*, originato dal bisogno/desiderio di gioco, di novità, di trasgressione, di divertimento, di complicità;
    - *sexus procreativo*, finalizzato al concepimento e all'avere un figlio: la motivazione conscia e integrata al progetto di famiglia integra e umanizza la spinta procreativa biologica;
    - *sexus riparativo*, o consolatorio, in cui il bisogno sessuale nasce da motivazioni non sessuali al comportamento sessuale (ansia, tristezza, sentimento di solitudine, abitudine, noia);
    - *sexus strumentale*, che nasce dall'uso strumentale del sesso per motivazioni e fini diversi dall'amore, dalla procreazione, dal divertimento e dalla consolazione, quando è finalizzato a ottenere dei vantaggi diretti o indiretti, economici, professionali, relazionali.

Queste motivazioni possono variare in diverse fasi della vita e a seconda della relazione che la donna sta vivendo.
  - 3) *Valutazione cognitiva* ad agire un comportamento sessuale, valutandone rischi e vantaggi. È un aspetto vulnerabile all'irrompere (acting-out) dei fattori istintuali e affettivi, nonché all'effetto negativo di alcool e droghe che alterino la capacità di giudizio.

**TABELLA 47.2 ▶▶▶ LIVELLI PLASMATICI MEDI DEGLI STEROIDI SESSUALI NELLA DONNA (VALORI CONVERTITI IN PG/ML)**

Categoria	Età riproduttiva	Menopausa naturale	Menopausa iatrogena
Estradiolo	100-150	10-15	10
Testosterone	400	290	110
Androstenedione	1900	1000	700
Deidroepiandrosterone, DHEA	5000	2000	1800
DHEA-solfato	3.000.000	1.000.000	1.000.000