



DISFUNZIONI SESSUALI

Dr. Filippo Franconi

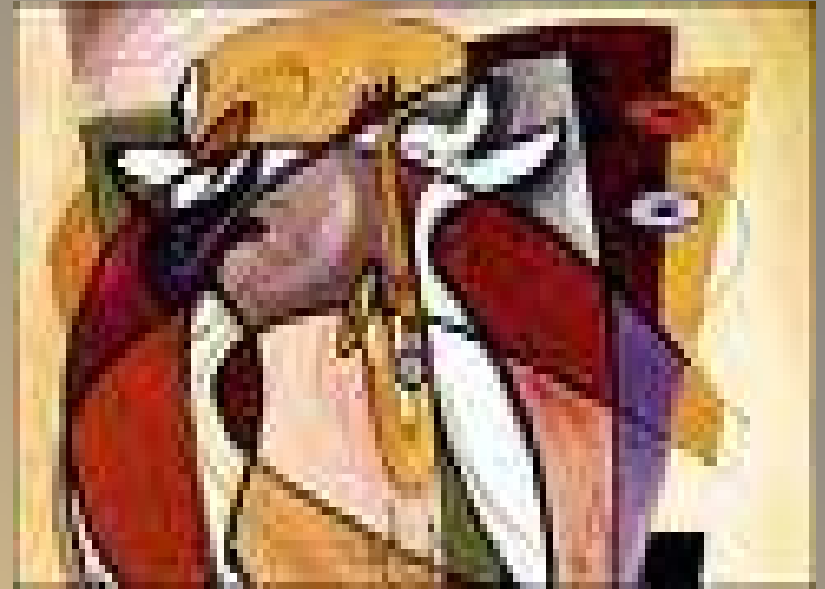
Dr. Daniele Araco

Dr. Sandro Elisei

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

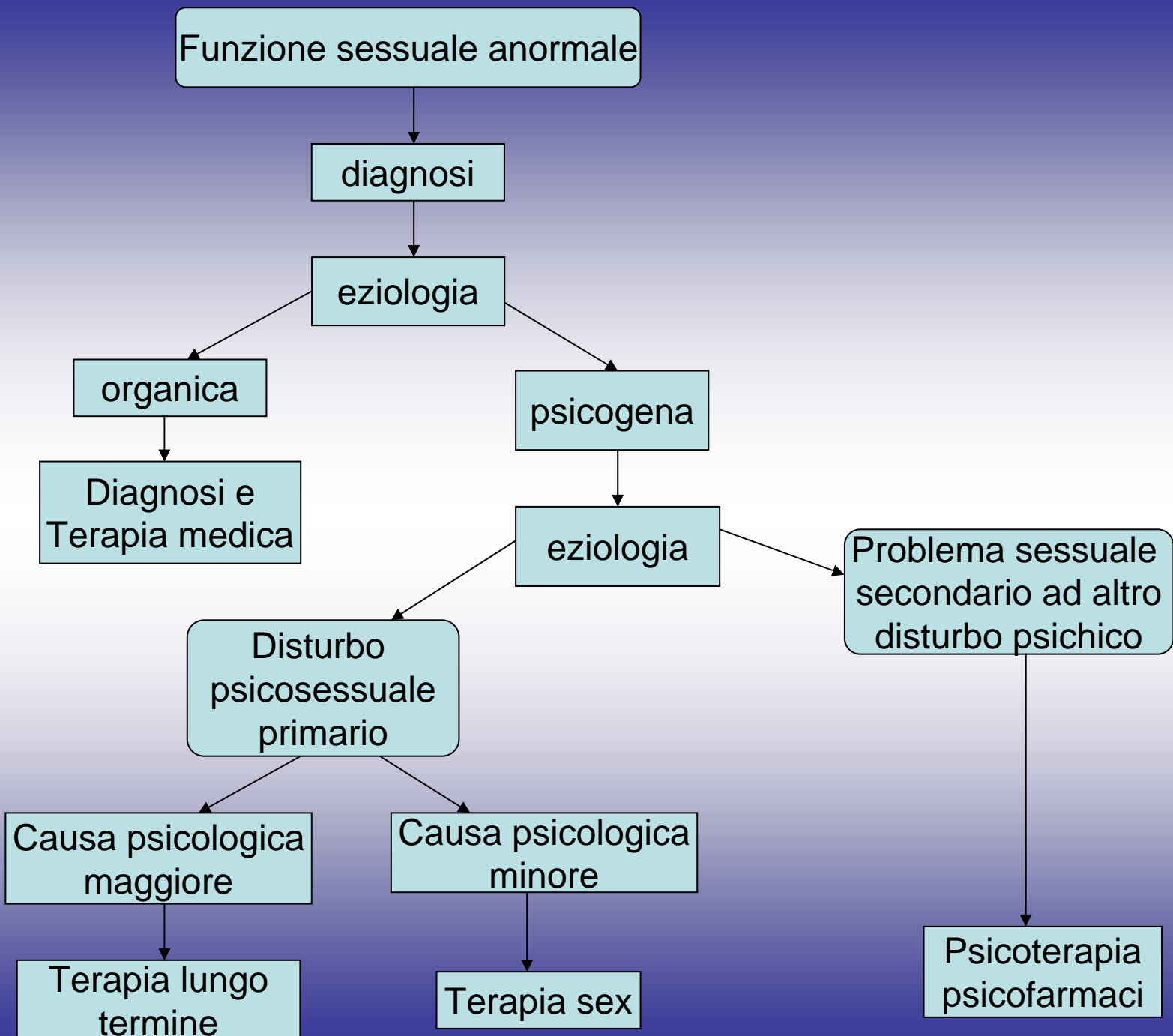
Disturbi situazionali: si verificano solo in concomitanza di particolari situazioni, o partner

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 il genitore del sesso opposto si impronta il tipo di componente emotiva che accompagnerà ogni futura relazione

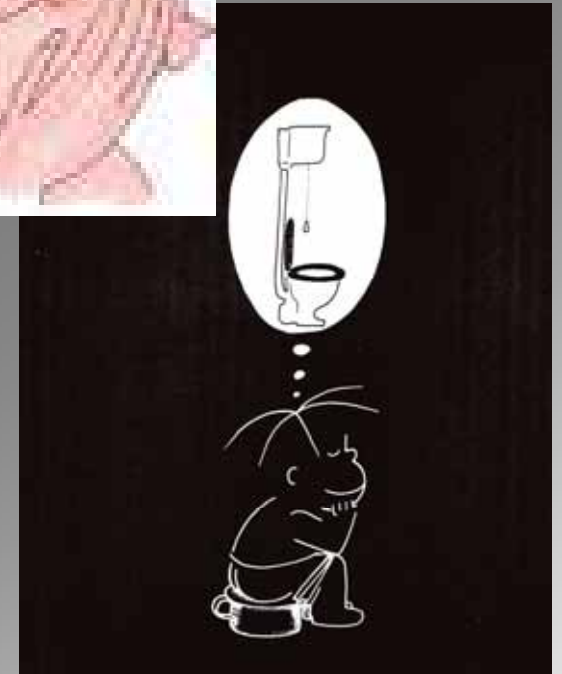
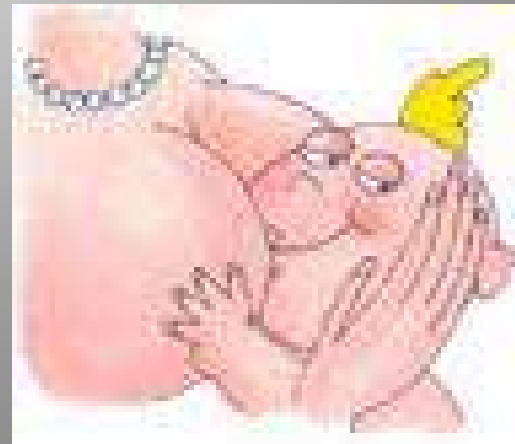
(vedi psicodinamica)



Se la componente emotiva presenta distorsioni nell'impostazione → 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)

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

**Le pulsioni parziali (vedi psicomodinamica) fanno parte
della vita normale, e non sono un problema se ben
inserite nella dinamica di coppia**



**Se le pulsioni
parziali sono
eccessive e
divergenti nei due
partners**

**→ 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



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

(fotocopie)



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 psicotologiche: ansia, depressione o parafilie



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
inconsce

Man With a Dilemma – c. Corinne Whitaker 1998

DISTURBI DELL'ECCITAMENTO

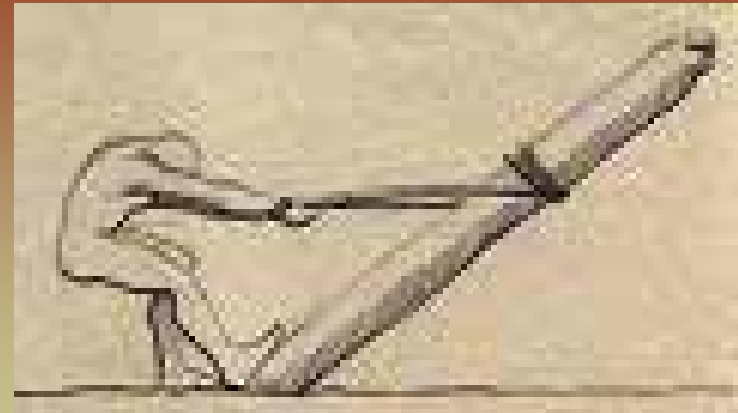
IMPOTENZA SESSUALE MASCHILE

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



CAUSE IMPOTENZA SESSUALE MASCHILE

- vagina vissuta come ORGANO CASTRANTE (v. angoscia di castrazione) che incute terrore e può determinare impotenza
- figura esterna fantasticata come agente di castrazione (divinità o proprio padre)
- paura di ferire o rovinare la donna amata (proiezione sulla partner della propria angoscia di castrazione)
- 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 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

- stress, ansia situazionale (reversibile se si allontanano le cause scatenanti)

Lettura psicodinamica secondo Abraham:

- 1) La zona erogena è avvertita non sul glande ma alla radice del pene → inibizione della attività sessuale fallica**
- 2) Tentativo di ferire e profanare la donna (sadismo pregenitale)**
- 3) Fissazione uretrale della libido → lo sperma è come l'urina → va eliminato nel momento in cui si manifesta la tensione**



EIACULAZIONE RITARDATA

La tendenza ritentiva domina quella eliminativa compromettendo l'orgasmo

Diagnosi differenziale con

- farmaci (neurolettici, sedativi, antidepressivi, etc.)
- malattie neurologiche (parkinson, SM, etc.)



Lettura psicotrasinamica secondo Abraham:

- l'eiaculazione ritardata esprime uno stato ansioso legato alla perdita dello sperma come paura inconscia di smarrire una parte di se, o paura della morte (diminuzione della pulsione erotica, cellule germinali)
- la tendenza sadico-anale a ritenere si attua anche sul seme

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)

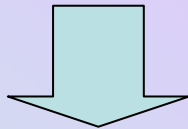
Si ritiene che esista un solo tipo di orgasmo femminile, per cui quello ottenuto attraverso il coito, e quello ottenuto tramite la stimolazione del clitoride sono considerati del tutto sovrapponibili e ugualmente autentici

Punto G: un ufo ginecologico?



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**

**La forma psicogena è più frequente in donne che abbiano
subito abusi sessuali o violenze in età infantile**

**Conflitti inconsci e pregiudizi possono essere all'origine di un
dolore che assume spesso l'aspetto di un sintomo di conversione**



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 psicoanalitico rappresentano il miglior approccio terapeutico.

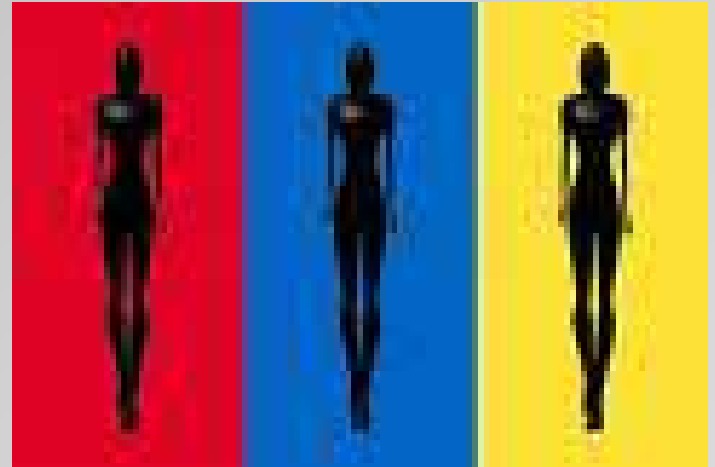
COMPRENSIONE PSICODINAMICA delle DISFUNZIONI SESSUALI

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 inconsci di relazioni d'oggetto (focus dell'intervento psicoterapico)



(Levine, 1988)

Sviluppo tipico di una relazione di amore secondo Scharff (1988)

QUANDO CI SI INNAMORA, SIAMO IN 6!!!

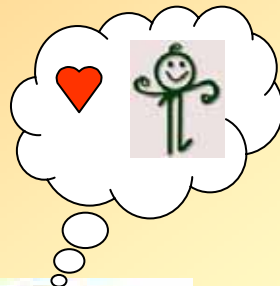
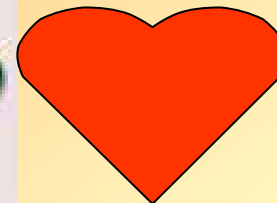
1) Gli individui sono attratti uno dall'altro

(attivazione del sistema oggettuale)

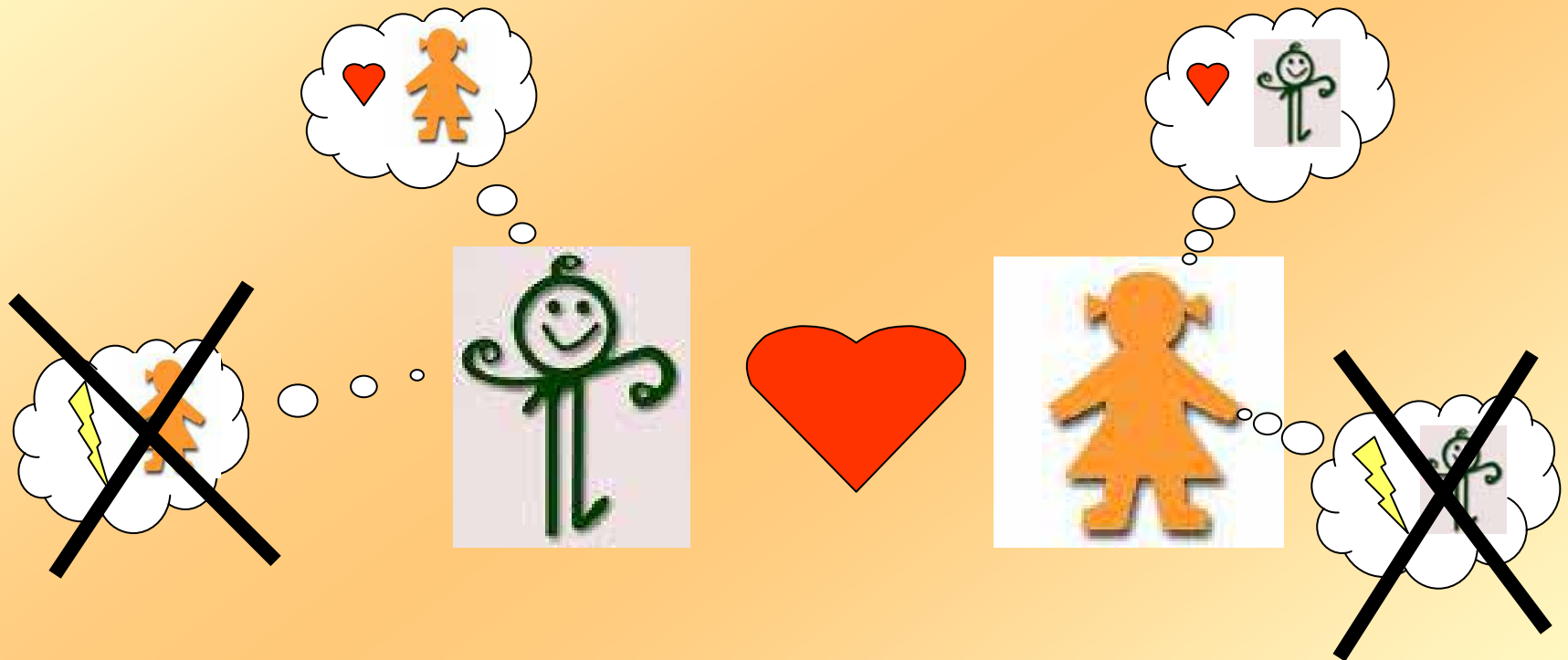


2) Mutua identificazione proiettiva:

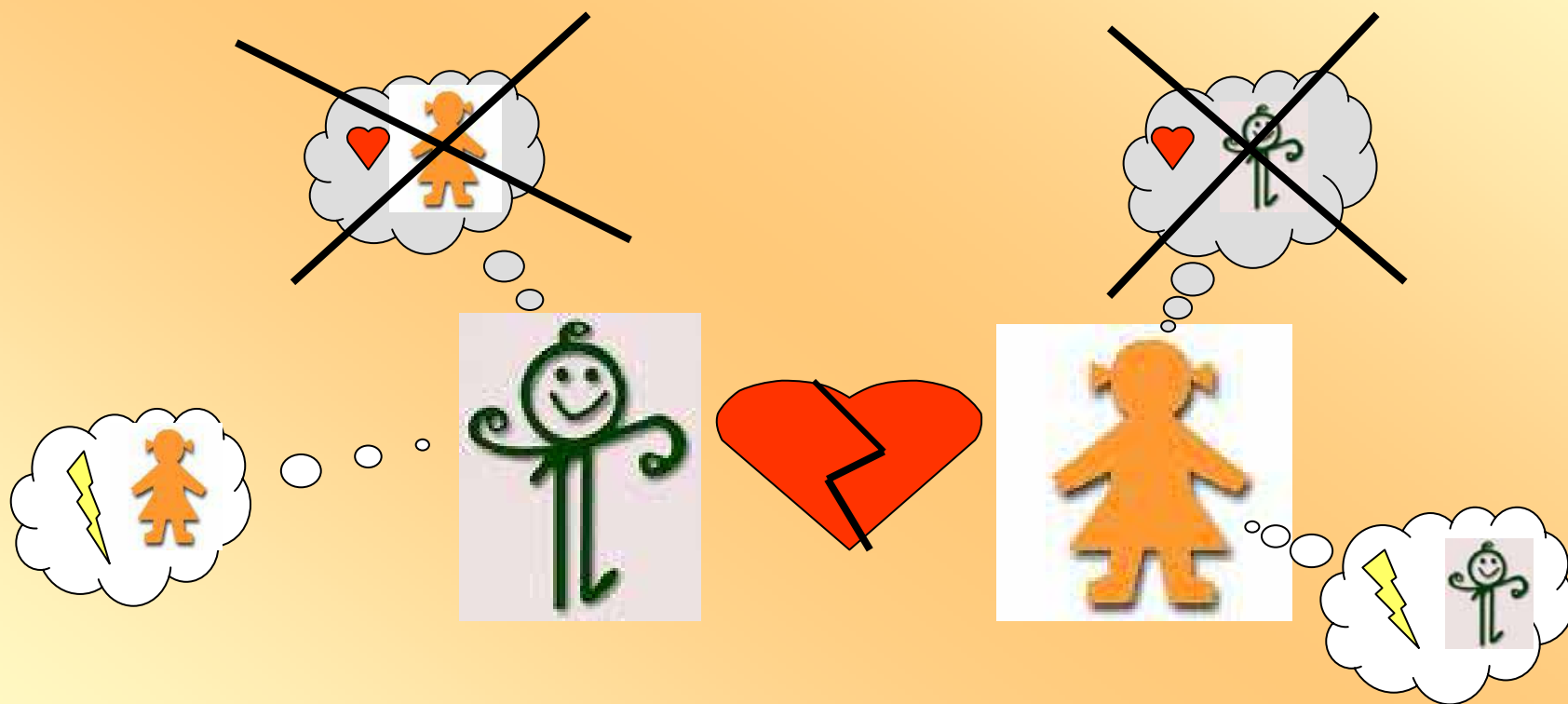
ognuno guarda all'altro come oggetto eccitante



Per mantenere lo stato di innamoramento idealizzato, ciascun membro della coppia deve rimuovere l'oggetto rifiutante, attaccante, negligente (detto antilibidico) che però esiste



Una volta che il luccichio e la freschezza si esauriscono, l'unità di relazioni oggettuali rimosse inizia ad apparire in superficie, soprattutto quando i bisogni vengono inevitabilmente frustrati



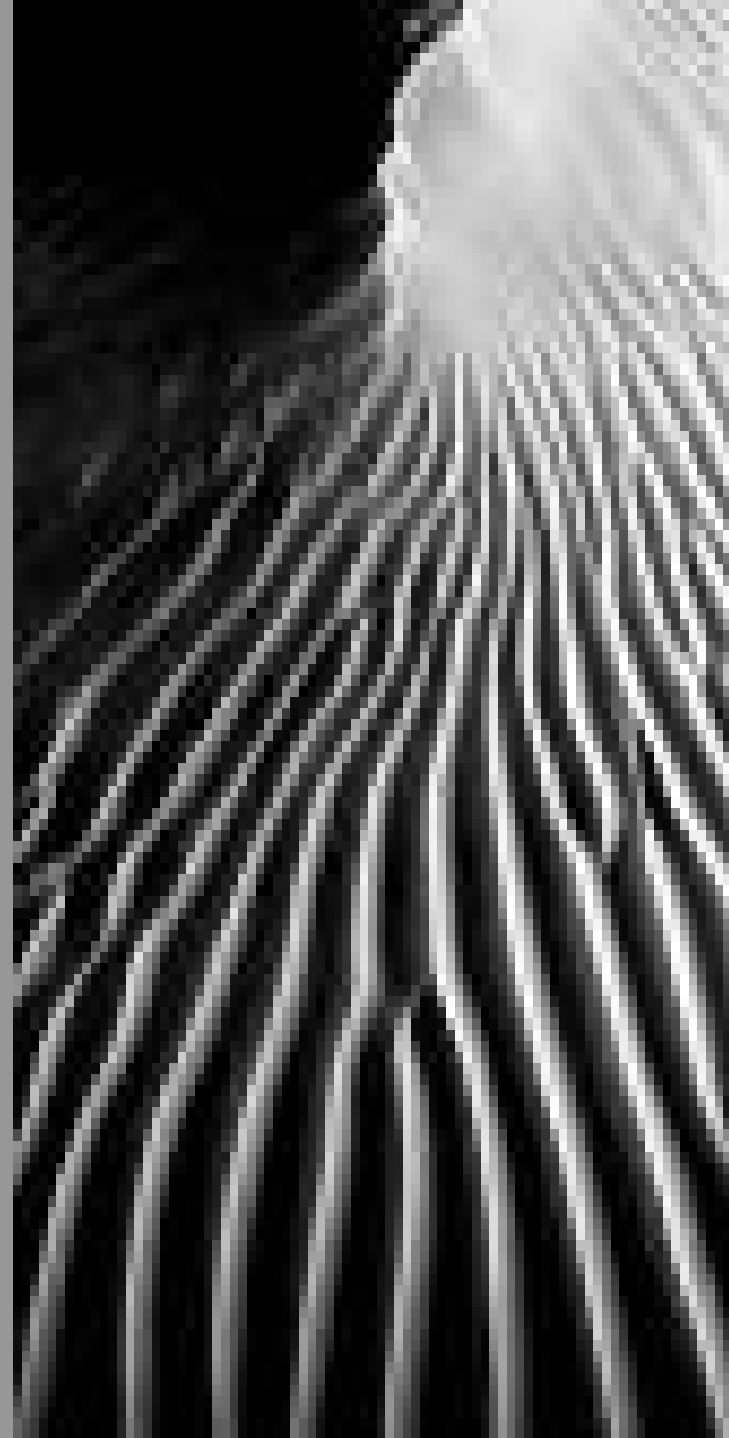
L'oggetto rifiutante del sistema antilibidico viene proiettato nell'altro e l'eccitamento sessuale è contaminato dalla percezione del partner come perseguitante e abbandonante



CONSIDERAZIONI TERAPEUTICHE

Approcci terapeutici:

- terapia sessuale comportamentale breve (Master & Johnson)
- terapia della coppia
- psicoanalisi o terapia espressivo-supportiva
- farmacoterapia
- **QUALSIASI COMBINAZIONE** di questi approcci



TERAPIA SESSUALE COMPORTAMENTALE BREVE

Indicazioni:

- coppia motivata
- non grave psicopatologia nei partner
- entrambi ragionevolmente soddisfatti della relazione
- ansia da prestazione



TERAPIA DI COPPIA

Indicazioni:

- Coppie con inibizione del desiderio sessuale
- Coppie disilluse riguardo alla relazione



TERAPIA PSICOSESSUALE (Kaplan, 1979)

Prescrizione di esercizi comportamentali e
indagine di qualunque resistenza allo svolgimento
di tali esercizi con una psicoterapia psicodinamica

Indicata per chi non applica gli esercizi della
terapia comportamentale



PSICOANALISI o PSICOTERAPIA ESPRESSIVO-SUPPORTIVA

Indicazioni

Gravi patologie del carattere

Conflitti nevrotici radicati relativi alla sessualità



NB una terapia sessuale comportamentale potrebbe esacerbare questi problemi in quanto la prescrizione di esercizi focalizzati sui sensi potrebbe costringere la coppia ad affrontare tematiche che vengono evitate per il modo in cui si è organizzata la loro relazione

Es. se è presente una storia di trauma sessuale anche la prescrizione di una terapia sessuale può essere vista come un trauma e avere effetti antiterapeutici

**Il trattamento delle disfunzioni sessuali è un area della
psichiatria intrisa di valori**

**I clinici devono temperare il
loro bisogno contro-transferale
di curare rispettando il diritto
del paziente di scegliere una
particolare modalità di
adattamento sessuale**

(Gabbard, 2002)



**DISFUNZIONI SESSUALI
SECONDARIE
AL TRATTAMENTO
CON PSICOFARMACI**

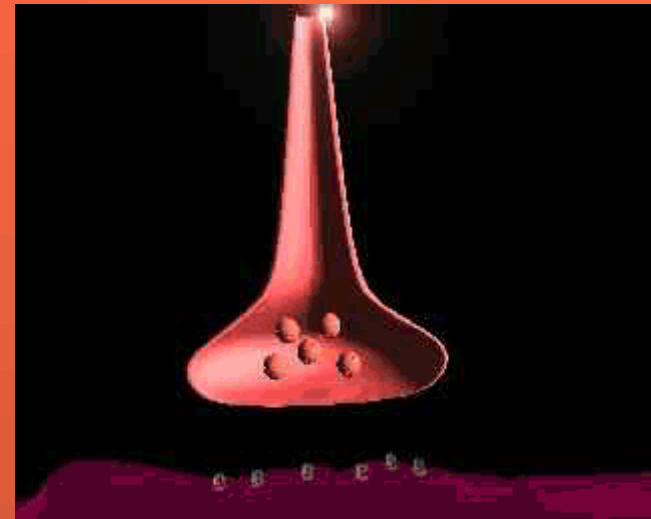
**La terapia psicofarmacologica
può spesso indurre problemi
sessuali →**

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

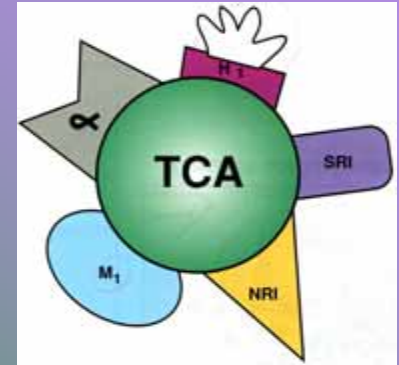
Neurofisiologia della disfunzione sessuale

	DA	5HT	NA	Ach
<i>Erezione</i>	↑	0	↓ α β ↑	M
<i>Eiaculazione</i>	0	↓	α1 ↑	M
<i>Orgasmo</i>				

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 (ma 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 erettili), 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, aloperidolo, flufenazina, risperidone

Patogenesi:

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

Risperidone: eiaculazione precoce, a dosi elevate → aneiaculazione



TRATTAMENTO DEGLI EFFETTI COLLATERALI degli ANTIPSICOTICI

- Se c'è iperprolattinemia secondaria a neurolettici → bromocriptina
- Diminuzione del dosaggio, sospensione o sostituzione

BENZODIAZEPINE

È stata accertata la loro capacità di ritardare l'eiaculazione

Causano frequentemente inibizione dell'orgasmo

Non esistono evidenze d'azione sulla funzione erettile

Alterazioni reversibili alla sospensione del trattamento



USO DI SOSTANZE

- 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 (alcol, barbiturici, cannabinoidi, cocaina, eroina, metadone, morfina)***
- Farmaci cardiologici: propranololo, digossina***