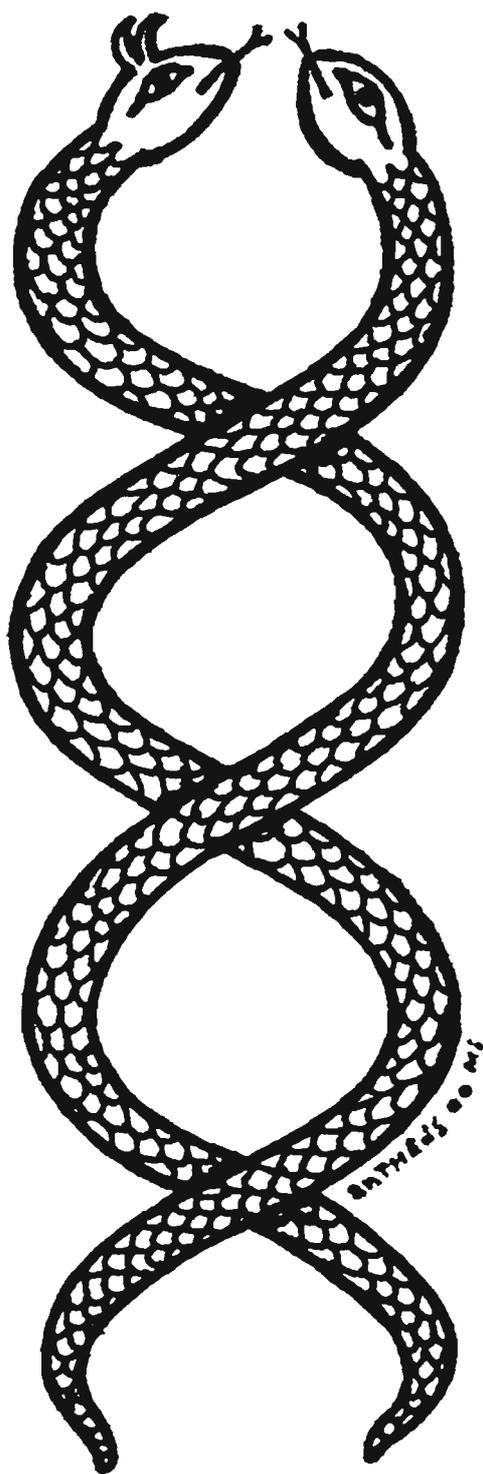


Donne e Ragazzi Casalinghi

Rivista di pratiche ludiche - numero J - inverno 2611 (2000)



Uomini e Sesso

dizionario di educazione sessuale

prima parte

...

**Essere veramente morta.
Sul punto di lasciarmi
piangeva forte**

**e diceva: che strazio,
Saffo, doverti lasciare.**

**A me non restava che dire:
addio, buon viaggio
non dimenticarmi. Tu sai
come ti ho amato**

**Ma se tu dimentichi
ci sarò io a ricordarti
le gioie possedute:**

**quante corone di viole
e rose e croco
accanto a me intrecciavi**

**e che collane di fiori
intorno al fresco collo**

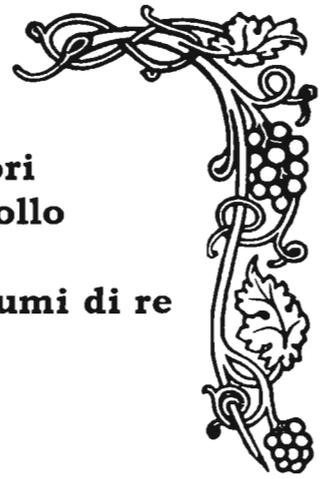
**che essenze e profumi di re
versavi sul corpo**

**e sul soffice letto
svegliavi desideri
di fresche fanciulle**

**non c'era danza
né festa cui non fossimo presenti**

né sacro bosco

Saffo



Ringraziamenti

Ringraziamo i giornali da cui sono tratti gli articoli. Un grazie a Fabio e Rosaria per le fotocopie, a Silvia e Alberto per la veste grafica e a Peppina da Letta (Antonietta), che ha permesso la realizzazione di questo numero mettendo a disposizione la casa.

La Redazione
Maura da Bianca
Maia da Peppina e Elena
isTERI da Rosaria
anTHEÓS da vioLETA e antiGONE*
Inverno 2611**

DONNE E RAGAZZI CASALINGHI, rivista di pratiche ludiche, n° J, inverno 2611 (2000).

Supplemento a AAM TERRA NUOVA, n°135 - Novembre 1999.

Registrazione: Tribunale di Firenze, n°3287 del 13/12/1984.

Direttore responsabile: Marcello Baraghini - CP 199, via Don Sturzo, 19 - 50032, Borgo San Lorenzo (FI)

Movimento degli Uomini Casalinghi: c/o Legambiente - Via Bazzini, 24 - 20131 Milano - Tel. 02/70632885

* Nota: Questi sono i nomi che ciascuna si è data. Una delle nostre pratiche per liberarci dall'ideologia patriarcale è l'autodeterminazione dell'identità fondata sulla riconoscenza verso la madre e chi si prende cura dell'infanzia. Per approfondire questa tematica rimandiamo alle pubblicazioni precedenti, in particolare "homo casalingus" [primavera 2601 (1989)].

** Nota: Facciamo partire l'anno nuovo dal 21 marzo, cioè dall'equinozio di primavera e la cronologia storica dalla fondazione del Tiaso di Saffo.

Per comprendere quest'altra pratica di liberazione dall'ideologia patriarcale invitiamo a leggere la pubblicazione: "Saffo e Carla Lonzi" (Quaderni dei ragazzi casalinghi n°10, primavera 2607-1995).



*Io detesto le tecniche amatorie,
e penso che basterebbe esprimere con fiducia
le proprie sensazioni erotiche
e cogliere i suggerimenti dell'altro*

*Io ho sempre abbandonato gli affetti per interessi,
possibilità, incontri di cui adesso non afferro più
il potere magico che avevano su di me.
E' chiaro che io ho preso dalla vita soprattutto
il bisogno di conoscenza, ricerca di sé ed erotismo
(come molla più che come fatto).
Adesso sono il figliol prodigo che torna indietro,
lacerato e stanco, torno agli affetti,
a cominciare da quello per me stessa*

*C'è anche la mia estrema eccitazione prima
di fatti piacevoli, feste, incontri ecc. ...
Questa eccitazione è attesa di eventi erotici,
ma anche difesa da una loro irrealizzazione*

*Nella competizione sessuale mi sono sempre
sentita perdente, così mi sono spostata
nella competizione intellettuale*

*L'angoscia che mi ha sempre dato l'erotismo
è questa perdita di identità,
come se tutto saltasse per aria*

*La pace è bella
l'eccitazione è bella
essere in pace è divino
essere eccitati è superumano
essere in pace diventa noioso
essere eccitati è subito stancante*

*Fare l'amore senza contatto, solo così,
per provare piacere*

*L'erotismo al di fuori dell'affetto,
della conoscenza, delle garanzie.
Ma io stessa non so cos'è quest'erotismo per me:
so che esiste, dovrebbe esistere in me,
a volte è trapelato, magari è scoppiato,
poi subito si è bloccato. Perché?*

*La clitoridea è la donna autonoma, né passiva
come la passiva vaginale, né attiva come la vaginale
emancipata. La clitoridea è la femminile da scoprire,
anzi quella che si scopre da sé,
che non appare disponibile all'identificazione
da parte di altri, quella che non serve al mondo
maschile, quella che parla ma non si sente,
quella che sfugge alla presa, l'essenza della
femminilità che non ha posto in un mondo
dove sono gli uomini a dare il diritto di esistenza,
quella che sta nascendo alla coscienza
delle donne, lentamente e faticosamente
nell'autenticità di se stessa riflessa nell'altra, mentre
tutti la stanno aspettando sul versante culturale del
godimento o di un altro analogo destino. L'aspettano
li per qualche deduzione concettuale e per arcaismo.
La donna non si sa dov'è, certamente non è nella
vagina, il primo luogo dove l'uomo, sguinzagliato
dalla cultura in questo gioco al buio proposto
dalla donna, ha la goffaggine di continuare
a cercarla. L'uomo ha perso la donna convinto
di averla sua preda, suo oggetto, identica
alle sue interpretazioni, confinata nell'aut-aut,
o con lui, esistente, o contro di lui, malata, pazza.
O autonoma, inesistente*

*L'ingordigia originaria è uno stimolo per rivedere
sempre il significato delle proprie rinunce
e non essere succubi delle medesime; d'altra parte
cedere a quell'ingordigia è protrarre la mentalità
del lattante per il quale gli altri sono niente
altro che cibo a sua disposizione*

*Quando mi viene questa evidenza dell'erotismo
che mi manca tutto salta per aria,
la mia vita non vale niente*

*Il punto è la mia vita erotica, non la sua,
però mi incoraggia, alleggerisce e libera
l'ammissione dei suoi bisogni erotici.
Finché lui è attaccato a me con fedeltà
(comunque sempre relativa, la fedeltà assoluta
è un concetto astratto) io sono legata*

CARLA LONZI

(Brani tratti dal diario: "Taci, anzi parla",
ed. Rivolta Femminile)

**USIAMO LE LINGUE PER
AMARE NON PER LECCARE
IL CULO AI PADRONI**

**NON VOGLIO ESSERE
UN BUCO**

IL SESSO È TUO LIBERALO

**IL SESSO È GIOIA
NON È PARANOIA**

**MASCHI SBORONI SI TIRA
AI COGLIONI**

**INDIANI METROPOLITANI
E SQUAWS METROPOLITANE**





Dizionario di **EDUCAZIONE SESSUALE**

*Dalla A alla Z i termini fondamentali
per capire come funziona
la vita sessuale e
per studiarla nelle scuole*

Da "Dizionario del sesso" di **GIORGIA DELLA GIUSTA**
(con la collaborazione di **STEFANO CAMPAGNA**)

A

Aborto

Termine con cui si definisce l'espulsione del prodotto del concepimento prima del 180° giorno di gestazione, cioè entro 180 giorni a partire dal momento dell'annidamento dell'ovulo all'interno dell'utero.

L'aborto può essere provocato o spontaneo. Nel primo caso l'interruzione è volontaria ed è regolata da una legge dello Stato. L'aborto spontaneo è invece dovuto a cause legate alla salute della donna e/o del feto. In questo caso l'interruzione di gravidanza avviene per cause fisiologiche e può essere determinata da: malformazioni dell'apparato genitale, urinario e/o respiratorio; avvelenamento da sostanze tossiche o radioattive; carenze alimentari, traumi fisici o psichici, ecc.

L'aborto spontaneo è caratterizzato dall'espulsione del feto e del materiale ovarico. Se ciò non dovesse accadere, sarà il ginecologo a rimuovere i resti presenti nella cavità uterina.

Alcuni studi effettuati nei confronti di donne affette da aborto spontaneo ricorrente, senza che vi fossero motivazioni organiche, mettono in luce una difficoltà a percepirsi come soggettisessuati a danno della loro femminilità, del loro sentirsi donne.

L'aborto spontaneo, a causa degli aspetti depressivi che comporta (non necessariamente evidenti a li-

vello consapevole), può in molti casi creare un rapporto ambivalente nei confronti non solo di un'eventuale gravidanza futura ma anche della sessualità in senso stretto, e quindi dei suoi aspetti ludici, piacevoli. L'aborto spontaneo può quindi essere alla base di successivi disturbi sessuali transitori o permanenti.

Aids

(Acquired Immune Deficiency Syndrome - Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita).

Malattia infettiva virale che colpisce il sistema immunitario, esponendo chi ne è contagiato a gravi infezioni e a forme tumorali. Questa malattia è preannunciata dalla comparsa del virus Hiv-1 che, coinvolgendo tutta una serie di cellule (linfociti T, macrofagi e cellule dendritiche), determina uno scompaginamento del sistema immunitario. In altri termini il virus si moltiplica all'interno delle cellule deputate alla difesa del nostro organismo dagli attacchi di germi provenienti dall'esterno, determinando un generale indebolimento del sistema immunitario.

Tra il momento del contagio e la comparsa dei primi sintomi possono trascorrere in media 7-10 anni. Nella prima fase il soggetto interessato è definito "sie-





ropositivo". Sieropositività diagnosticabile attraverso un apposito test, che si può effettuare gratuitamente presso tutte le strutture ospedaliere pubbliche e le Unità sanitarie locali (Usl, più correttamente Asl). A questa condizione segue, nella maggior parte dei casi, la malattia vera e propria, in cui la persona passa dalla fase di "portatore sano" a quella cosiddetta di "conclamazione". Qui la patologia è più evidente e l'interessato è soggetto a una serie di infezioni fungine (candidosi, spergillosi, criptococcosi), protozoarie (toxoplasmosi, pneumocistosi - polmonite), virali (herpes, cytomegalovirus) e a forme tumorali (sarcoma di Kaposi e linfoma cerebrale).

Il contagio avviene mediante contatto con liquidi organici: sangue, sperma, secrezioni vaginali. Mentre nelle altre secrezioni corporee la concentrazione dell'Hiv è ritenuta insufficiente al contagio.

Facilitano la trasmissione del virus:

- rapporti sessuali non protetti da profilattico (vedi Preservativo);
- promiscuità sessuale (la percentuale di rischio nel contrarre il virus è tanto maggiore quanto maggiore è il numero dei partner);
- uso delle stesse siringhe tra tossicodipendenti;
- trasfusione di sangue, o di suoi derivati, non sottoposto ai controlli sanciti dalla legge. L'incidenza della malattia tra gli emofilici (persone che devono sottoporsi a periodiche trasfusioni) è oggi notevolmente diminuita in quanto il sangue viene accuratamente analizzato;
- gravidanza da parte di donne sieropositive;
- trapianto di tessuti o organi espianati da persone sieropositive.

Alcune precauzioni:

- il bacio non consente al virus di trasmigrare da un soggetto sieropositivo a una persona sana. È comunque prudente verificare - senza eccessi d'ansia o "ispezioni investigativo-odontoiatriche" - che nella nostra, come nella cavità orale di chi stiamo per baciare, non ci siano lacerazioni. Quindi, dal momento della pulizia dei denti è meglio far trascorrere alcune ore prima di incontrarsi con il partner; - evitare incontri occasionali quando si è colpiti da infezioni quali herpes associato a eventuali raffreddori, bronchiti, ecc., od altre manifestazioni patologiche determinate anche da un sistema immunitario deficiente.

Amenorrea

Disturbo mestruale rappresentato dall'anormale assenza del ciclo mestruale. Può essere primaria (se il

ciclo non è mai scomparso) o secondaria (se si è successivamente interrotto).

Andrologia

È una branca dell'endocrinologia che studia la fisiologia e la patologia dell'apparato riproduttivo e sessuale maschile.

Questa disciplina si occupa della risoluzione a livello chirurgico e farmacologico di tutti i disturbi dell'apparato sessuale dell'uomo, in particolare del deficit erettile, dell'aneiaculazione, dello sviluppo dei genitali, dell'infertilità e della patologia prostatica e di tutte le altre ghiandole sessuali accessorie.

Con il progredire delle conoscenze in campo medico, le risposte andrologiche sono oggi in grado di trovare soluzioni alla maggior parte delle patologie, sia attraverso l'innesto di protesi peniene o la correzione estetica di malformazioni di vario tipo, sia attraverso la somministrazione di sostanze vasoattive che agiscono direttamente o indirettamente sui corpi cavernosi.

Andropausa

(o *Climaterio maschile*)

Termine che, pur se dibattuto nella sua accezione, indica genericamente il periodo in cui nell'uomo cala la produzione di spermatozoi e di ormoni sessuali. Nonostante l'andropausa presenti un'analogia terminologica con la menopausa (climaterio femminile), non esiste per l'uomo una condizione fisiologicamente paragonabile a quella della donna. Le ghiandole sessuali maschili, infatti, contrariamente a quanto accade nelle persone di sesso opposto, continuano a produrre - sebbene nella terza età in maniera inferiore - sia gli spermatozoi che gli ormoni necessari alla riproduzione. Questo processo inizia mediamente intorno ai 50 anni. Purtroppo nella fantasia dell'essere umano permane la convinzione di riuscire a protrarre per il resto della vita il tipo di prestazione dell'età giovanile. Nella sessualità maschile è ovvio che con l'aumentare degli anni occorra un tempo sempre maggiore, rispetto al passato, per ottenere un'erezione pienamente soddisfacente. In altri termini la rigidità del pene, sebbene perfettamente sufficiente alla penetrazione, non sarà più esattamente uguale a quella di una volta. La stessa eiaculazione richiede tempi più lunghi. In definitiva occorrerà, per il raggiungimento e l'ottenimento dell'erezione e dell'eiaculazione, una stimolazione comunque più intensa da un punto di vista sia sensoriale, emotivo che fantastico.





Anorgasmia

Classificabile come disturbo della fase orgasmica femminile o maschile, consiste nella ricorrente assenza o ritardo dell'orgasmo dopo una normale fase di eccitazione sessuale.

L'anorgasmia è un disturbo che riguarda in prevalenza le donne.

Raramente ha origini organiche a eccezione che per:

- condizioni mediche generali (ad esempio, gravi lesioni al midollo spinale);
- altre anomalie neurologiche;
- anomalie ormonali e metaboliche;
- effetti collaterali di farmaci deputati a risolvere problemi derivanti da altre patologie.

Nel caso specifico dell'uomo, questa disfunzione può essere determinata dall'assunzione di farmaci antiipertensivi, antidepressivi e neurolettici, droghe (in particolare gli oppioidi) e, sotto il profilo ormonale, dall'iperprolattinemia.

Tra le cause psicogene più frequenti vanno segnalate:

- inadeguata stimolazione - per localizzazione, intensità e durata - del clitoride, o, nel caso dell'uomo, del glande (causa psicofisiologica, dovuta in prevalenza alla mancanza di conoscenza dei meccanismi che portano al piacere);
- esperienze sessuali traumatiche (ad esempio lo stupro);
- conflitto relazionale;
- scarsa attrazione per il partner;
- difficoltà nella comunicazione sessuale di coppia;
- sensi di colpa nei confronti del piacere sessuale;
- timore di lasciarsi andare al piacere;
- paura di perdere il controllo di se stessi;
- paura di diventare genitori;
- scarsa accettazione di sé e della propria immagine corporea;
- stereotipi culturali e/o errate convinzioni sulla sessualità;
- stress, ansia e depressione.

Anticoncezionali

Vedi contraccezione.

Apparato genitale femminile

Insieme di organi deputati alla riproduzione e al piacere. È composto da genitali esterni (denominati vulva, che comprende grandi labbra, piccole labbra, monte di Venere, clitoride e apertura della vagina) e genitali interni (imene, vagina, utero, tube uterine e ovaie).

Iniziando là dove è situata la massa di peluria pubblica, zona chiamata monte di Venere, osserviamo una fessura vulvare, che si prolunga in basso verso l'ano, circondata da due prominente, le grandi labbra. Queste ultime sono due rigonfiamenti posti ai lati dell'apertura vaginale che presentano uno strato di peluria sulla faccia esterna. Divaricando le grandi labbra e procedendo verso l'interno della cavità vulvare, troviamo le piccole labbra, che circondano in alto il meato urinario e in basso l'orifizio vaginale. Le piccole labbra (come anche le grandi) sono di dimensioni variabili da persona a persona.

All'inizio della fessura vulvare, in alto, sotto il monte di Venere e sopra il meato urinario, c'è il clitoride, una delle zone più erogene, ricoperto in parte o del tutto dal prepuzio o cappuccio, che deriva da un prolungamento delle grandi labbra.

Quest'organo possiede dei corpi cavernosi che si rigonfiano per l'afflusso di sangue dovuto allo stato di eccitazione che ne provoca l'erezione.

La donna possiede, a differenza dell'uomo, due canali distinti, uno con funzione urinaria, l'uretra, e uno con quella riproduttiva, la vagina. Questi due canali hanno due uscite esterne distinte, il meato urinario e l'orifizio vaginale.

L'ingresso dell'orifizio vaginale è reso meno ampio, nella donna vergine, dalla presenza di un sottile anello membranoso, l'imene, che può avere forme diverse. Esistono il tipo semilunare, cioè a forma di mezza luna, segue il tipo anulare o circolare, il tipo labbiato, che ha una fessura centrale più o meno lunga, e il tipo frangiato, così denominato per la struttura a forma di frange. Meno frequenti quello biperforato, cioè con due fori, e il cribriforme, con più fori.

L'imene è di consistenza elastica, scarsamente innervato e irrorato. La penetrazione può talora dar luogo a perdite ematiche di diversa entità, mentre non dovrebbe provocare dolore. L'imene dopo il primo rapporto si sfrangia in linguette che si retraggono in seguito con il parto.

La vagina è un canale muscolo-membranoso che mette in comunicazione l'ambiente esterno con l'utero. Distesa ha una forma cilindrica, ma le sue pareti anteriori e posteriori in fase di riposo aderiscono fra loro. È costituita da un tessuto estremamente elastico, per cui può allungarsi e allargarsi notevolmente, come infatti accade durante l'atto sessuale, e ancor più durante il parto. È circondata da una fitta rete di vasi sanguigni che, durante la fase di eccitazione, si gonfiano rendendo più stretto il lume.

L'utero, dalla forma di una pera con la base rivolta





in alto, ha la funzione di accogliere l'uovo fecondato e di assicurare il suo sviluppo embrionale e fetale durante la gravidanza. L'utero è situato fra vescica e retto, comunica lateralmente con le tube, o trombe di Falloppio. La sua parte più stretta, il collo dell'utero, si affaccia nella parte alta del canale vaginale.

Le ovaie, destra e sinistra, sono situate ai lati dell'utero e sono deputate non solo alla maturazione dell'uovo, ma anche alla produzione degli ormoni necessari allo sviluppo sessuale e al mantenimento del ritmo ciclico.

Le trombe uterine sono due canali che raccolgono l'uovo espulso dall'ovaio e permettono il passaggio agli spermatozoi uno dei quali, nella loro cavità, incontra l'ovocita.

Apparato genitale maschile

È l'insieme di organi deputati alla riproduzione e al piacere. Questo apparato è formato da pene, prepuzio, glande, frenulo, scroto, dotti deferenti, epididimo, prostata, testicoli e vescivole seminali.

Il nome scientifico dell'organo sessuale maschile è pene, le sue dimensioni variano, nella vita adulta, da uomo a uomo, così come è variabile a seconda del suo stato: eretto o a riposo. Sembra inoltre esservi anche un rapporto indirettamente proporzionale, paragonando uomini diversi, al momento di un'erezione e non, fra le dimensioni che il pene raggiunge dalla fase di flaccidità a quella di inturgidimento. Quanto più la misura del pene flaccido è minima, tanto più - nella maggior parte dei casi - aumenterà una volta raggiunta l'erezione e viceversa. Comunque la dimensione del pene non è legata alla capacità di stimolazione erotica. Considerare il proprio organo genitale in base alle dimensioni che esso assume allo stato di riposo, oppure avere timori di avere un pene troppo piccolo o troppo grande, secondo i propri criteri, è del tutto privo di significato e può essere motivo di ansie e di turbamenti, specialmente nell'adolescenza. La vita erotica, lo ripetiamo, non si misura a centimetri.

L'estremità superiore del pene, o glande, a forma vagamente di cono arrotondato, presenta un orifizio, il meato urinario, attraverso il quale fuoriesce l'urina, durante la minzione, e il liquido spermatico durante l'eiaculazione. La base del glande forma un rilievo detto corona, e tra quest'ultima e il corpo del pene c'è un solco, detto balano prepuziale, che contiene nel suo spessore numerose ghiandole sebacee. Il prepuzio, lembo di pelle floscia, ricopre il glande quanto questo è a riposo e si ritrae durante l'erezione.

Il prepuzio è attaccato al glande mediante il frenulo, di forma triangolare, con l'apice che dista pochi millimetri dal meato urinario. Per ragioni sia razziali che religiose (queste ultime nascono, a loro volta, da motivi sostanzialmente igienici), presso alcune culture il prepuzio viene asportato mediante circoncisione (per motivi religiosi o perché troppo stretto con complicazioni a livello urinario e coitale).

Al disotto del pene troviamo lo scroto, che contiene i testicoli e che, nella sua parte centrale, presenta una linea longitudinale che lo divide in due. Questi due lati mostrano una differenza di volume, di solito con la parte sinistra più pronunciata e più discesa rispetto alla destra. Se osservassimo i genitali in sezione, in modo da averne anche una visione interna, noteremo che il pene presenta nel suo interno i corpi cavernosi, che lo occupano in tutta la sua lunghezza, essendo disposti intorno al canale uretrale. Al momento dell'erezione i corpi cavernosi si riempiono di sangue, determinando un aumento di volume del pene. Il meccanismo dell'erezione è, quindi, un meccanismo essenzialmente vascolare. I corpi cavernosi hanno infatti lo scopo di ospitare e trattenere il sangue necessario all'erezione. Il corpo spugnoso non è altro che la struttura che sostiene il canale (uretra) attraverso il quale scorrono urina e sperma. Liquido seminale e urina non possono fuoriuscire contemporaneamente salvo in particolari condizioni patologiche.

Lo scroto, sacco cutaneo, ha lo scopo di contenere e proteggere i testicoli. I testicoli, a loro volta, contengono i tubuli seminiferi, nei quali si svolge la produzione degli spermatozoi.

La prostata produce un liquido che, unitamente a quello che giunge dalle vescichette seminali, costituisce lo sperma. Durante l'eiaculazione, la prostata, con le sue fibre muscolari, chiude l'apertura con la vescica urinaria, impedendo allo sperma di mescolarsi con l'urina.

Sul pene, da sempre, si fonda una cultura di "superiorità" dell'uomo rispetto alla donna, rispetto ad altri uomini e, talvolta, rispetto a se stessi. I criteri che tanto condizionano il maschio è facile intuirli: lunghezza, larghezza e capacità erettiva. Eppure, contrariamente a tutti gli stereotipi che ruotano attorno al pene - lo abbiamo accennato - le dimensioni di quest'organo non incidono né sulla potenza sessuale, né sulla capacità riproduttiva. Così, durante l'erezione, un pene "piccolo" può aumentare notevolmente di volume, viceversa un pene "grande" durante la fase di riposo, può solo modificare di





poco le sue proporzioni.

A questo punto si rende opportuna una precisazione: identificare gli organi sessuali maschili (come del resto quelli femminili) con i termini apparato oppure organo genitale può risultare riduttivo. Il termine genitale, infatti, riferendosi solamente all'aspetto riproduttivo, esclude in qualche modo quello del piacere.

B

Bacio

Termine che deriva dal latino *basium*. Rappresenta il contatto delle labbra, o anche della lingua, fra due individui.

Superata l'infanzia, in cui ha un significato strettamente affettivo, il bacio diventa, pur conservando quest'ultima connotazione, anche un mezzo di comunicazione erotica, uno strumento per stimolare e comunicare il desiderio, per dare e ricevere piacere. Molti sono i tipi di baci, dal semplice contatto labiale a un coinvolgimento complessivo della bocca nelle sue parti interne ed esterne. Il bacio può coinvolgere anche altre parti del corpo.

Bisessualità

Attrazione sessuale e/o affettiva sia per persone del proprio sesso che di quello opposto. Un uomo, quindi, può essere attratto e/o innamorato sia di una donna che di un uomo. Viceversa la donna può desiderare - o provare sentimento per - un uomo e allo stesso tempo una persona del proprio sesso. In realtà tra omosessualità ed eterosessualità esistono varie realtà intermedie che possono avere carattere permanente (in tal caso si parla di identità e/o orientamento sessuale vero e proprio) o occasionale che, in quanto tale, non è riconducibile ad alcuna classificazione.

Nella fase adolescenziale (e talvolta anche in età matura) capita di essere attratti contemporaneamente da individui sia del sesso opposto che del proprio. Può anche verificarsi di avere con essi rapporti sessuali. Questo non significa essere omosessuali né tantomeno bisessuali. Una fase bisessuale appare del tutto "fisiologica" nel periodo dello sviluppo di un ragazzo o di una ragazza. La bisessualità, inoltre, anche in età adulta può rappresentare un momento transitorio che sfocerà presto in una identità ben definita eterosessuale o omosessuale.

C

Ciclo mestruale

Processo periodico femminile, sotto il controllo di ormoni prodotti dall'ipotalamo, dall'ipofisi e dalle ovaie, la cui manifestazione più evidente è la mestruazione.

La durata media del ciclo mestruale è di 28 giorni. L'intervallo può durare tra un minimo di 21 e un massimo di 40 giorni. Si distingue, a partire dal primo giorno di mestruo, in tre fasi: follicolare, ovulatoria (che in un ciclo di 28 giorni si verifica intorno al 14°), e luteinica (che termina con l'inizio del ciclo successivo).

Climaterio femminile

(o *Menopausa*)

Con questo termine si intende comunemente quel periodo in cui nella donna si verificano quei mutamenti fisiologici (primo fra tutti la cessazione delle mestruazioni, vedi) e psicologici conseguenti alla riduzione della produzione di ormoni estrogeni da parte delle ovaie.

L'epoca di comparsa delle manopausa dipende da fattori individuali, familiari ed etnici. Compare solitamente tra i 45 e i 55 anni, e può essere anche l'effetto di interventi chirurgici (isterectomia) o terapeutici che abbiano influito sull'apparato genitale.

Il climaterio femminile può essere brusco e inatteso oppure preceduto da irregolarità mestruali, con cicli allungati che si alternano a periodi di emorragia. La fase che precede l'entrata nella menopausa vera e propria è detta perimenopausa.

Sintomi del climaterio:

- aumento di peso;
- vampate di calore;
- dolori articolari;
- insonnia;
- nervosismo;
- tendenza alla depressione;
- perdita della memoria.

L'ingresso nella fase di menopausa di una donna comporta una serie di cambiamenti sia fisici che psicologici. Quelli di natura fisica riguardano principalmente le malattie cardiovascolari e l'osteoporosi (in cui il sistema osseo diventa più fragile e soggetto a fratture).

Importanti successi sono stati ottenuti, negli ultimi anni, con la terapia ormonale sostitutiva, cosiddetta in





quanto integrante farmacologicamente (per via orale o con cerotto transdermico) gli ormoni femminili venuti a mancare. Queste terapie, oltre a migliorare la qualità generale della vita della donna in menopausa, hanno dato ottimi risultati anche nella prevenzione di una delle principali patologie legate al climaterio femminile, l'osteoporosi.

Questa serie importante di mutamenti può portare a reazioni depressive, ansiose e fobiche.

Il periodo menopausale, ovvero la perdita della capacità riproduttiva, va sottolineato, non indica in alcun modo la fine della vita sessuale, intesa in termini di giocosità, di piacere e quindi di soddisfazione.

Clitoride

Organo erettile dell'apparato genitale femminile situato nella parte antero-superiore della vulva, nel punto di congiungimento delle piccole labbra. Ricco di terminazioni nervose, quindi sensibilissimo a ogni tipo di stimolazione, ha una funzione fondamentale sia nella fase dei preliminari, quindi in quelli dell'eccitazione, sia nel raggiungimento dell'orgasmo, trattandosi dell'organo sessuale deputato al piacere orgasmico. Deriva embriologicamente dallo stesso tessuto del pene con il quale ha anche alcune analogie anatomiche: la parte superiore - detta glande - e un cappuccio formato dalle piccole labbra - detto prepuzio. A queste analogie va addebitata l'erronea convinzione di considerare (a torto) il clitoride un pene rudimentale.

Coito

Dal latino unirsi, andare insieme. Questo termine - comunemente poco utilizzato - indica l'unione sessuale. Coito, oltre a identificare il rapporto pene-vagina, viene utilizzato anche per definire altre situazioni in cui ha luogo la penetrazione: coito orale e coito anale.

Consultorio

Termine con il quale si definiscono i centri che forniscono assistenza psicologica, medica e sociale.

In Italia sono gestiti, a livello pubblico, dalle Unità Sanitarie locali (Usl, più correttamente Asl). Esistono anche strutture private. Sono tutte dettagliatamente riportate negli elenchi telefonici.

I professionisti che operano in queste unità sono ginecologi, ostetriche, pediatri, andrologi, psicologi, assistenti sociali. L'assistenza fornita, infatti, va dalla contraccezione alla gravidanza fino al parto, e dai problemi della coppia a quelli della famiglia.

Contraccezione

Termine che si riferisce ai metodi da utilizzare al fine di evitare la gravidanza. Queste pratiche permettono a una coppia di scegliere il momento ritenuto più giusto per avere un bambino. La contraccezione non solo consente ai partner di vivere una sessualità più serena e mirata prevalentemente ai sentimenti e al piacere, ma risulta un efficace strumento per prevenire aborti e abbandono di neonati oltre che per un'opportuna pianificazione delle nascite nelle zone del mondo sovrappopolate e afflitte da fame e malattie.

Metodi di astensione o naturali

Sono gli unici tollerati dalla Chiesa cattolica.

- Metodo Ogino-Knaus (o del calendario). Prende il nome dai due medici noti per i loro studi sulla fertilità periodica della donna. Si basa sull'astensione dai rapporti sessuali durante il periodo dell'ovulazione femminile. Con il metodo Ogino Knaus, in termini di rischio, si ha un alto numero di gravidanze indesiderate (in media 15-40 per cento l'anno).

- La temperatura basale. Metodo altrimenti detto termico, si basa sul fatto che nella donna la temperatura corporea presenta delle variazioni legate all'ovulazione. La temperatura scende leggermente subito prima dell'ovulazione, raggiunge il livello minimo intorno al 14° giorno del ciclo, per poi rialzarsi nell'arco delle ore successive e attestarsi a una temperatura superiore ai 37 gradi. Usando questo metodo i rapporti non dovrebbero essere a rischio di gravidanza a partire dal 3° giorno di aumento e di stabilizzazione della temperatura corporea. Questo metodo riduce di molto il numero dei giorni nei quali il rapporto sessuale è consentito.

Seguendo questo metodo contraccettivo (più efficace dell'Ogino-Knaus) si ha comunque un numero di gravidanze indesiderate che va dal 3 al 15 per cento l'anno.

- Metodo Billings (o del muco cervicale). È basato sull'osservazione del muco cervicale. Il muco prodotto dal collo dell'utero modifica, nell'arco del ciclo mestruale, le sue caratteristiche in seguito alle variazioni ormonali. Gli estrogeni determinano un aumento di quantità, fluidità e trasparenza (tipo chiara d'uovo) di questa sostanza, che raggiunge il massimo proprio nel periodo ovulatorio, quando il tasso estrogenico è più elevato. Nella seconda fase del ciclo (così come in quella immediatamente post-mestruale) il muco diventa via via più vischioso, biancastro e meno abbondante. È così possibile individuare dei giorni cosiddetti "asciutti" (lontani dal momento dell'ovula-





zione) in cui i rapporti sono meno rischiosi. L'indice di fallimento di questo metodo è pari al 3-30 per cento delle gravidanze indesiderate annuali.

- Coito interrotto. Metodo di controllo delle nascite che si applica estraendo il pene dalla vagina prima che sopraggiunga l'eiaculazione. Dal punto di vista psicofisico questo metodo è sconsigliabile.

1. per una non sempre totale capacità di autocontrollo;
2. per l'eventuale e possibile fuoriuscita involontaria di liquido lubrificante (o prespermatico);
3. a causa di una possibile eiaculazione in prossimità della vagina, situazione in cui alcuni spermatozoi potrebbero comunque accedere all'interno dell'organo genitale femminile;
4. sotto il profilo psicologico, può inoltre provocare in entrambi i partner stati di tensione emotivamente negativi che possono disturbare l'armonia del rapporto di coppia.

Contracezione meccanica

Termine che comprende i metodi di barriera (profilattico o preservativo o diaframma) e i dispositivi intrauterini (Iud: Intra Uterine Device).

Questi metodi agiscono a diversi livelli impedendo il contatto tra gli spermatozoi e l'ovulo.

Il risultato dei metodi di barriera è buono ma è legato a un loro uso corretto e costante, e si aggira intorno a un indice di efficacia pari a 2-4 gravidanze indesiderate su 100 l'anno.

Altro vantaggio importante è l'innocuità. Infatti, salvo rari casi di allergia alla gomma, non c'è alcun effetto collaterale. Per quanto riguarda il preservativo, il suo uso costituisce anche una protezione dalle malattie sessualmente trasmissibili siano esse di origine micotica, batterica o virale - vedi Mst - inclusa l'Aids, vedi), cosa non garantita dagli altri metodi contraccettivi.

- Preservativo (o profilattico o condom). È una guaina di lattice che va applicata sul pene al fine di impedire la fuoriuscita di sperma all'interno della vagina. L'uso del condom ha un'efficacia pari al 2-10 per cento di gravidanza indesiderate l'anno.

Il profilattico, come già accennato, oltre a una funzione anticoncezionale, costituisce la migliore difesa dalle malattie sessualmente trasmissibili. A tale scopo ne è consigliato l'uso anche nei rapporti orali e anali.

- Diaframma. È una sottile cupola di gomma che, inserita in vagina, va a coprire il collo dell'utero, in modo che gli spermatozoi non possano risalire attraverso il canale cervicale. Ne esistono diversi modelli e svariate misure per consentire l'adattamento

a ogni struttura anatomica e, salvo malformazioni o gravi alterazioni dell'apparato genitale, non vi sono donne che non possano farne uso. Il diaframma va applicato non più di una o due ore prima del rapporto sessuale e deve essere lasciato all'interno almeno per le sei ore successive. È consigliabile associarlo a uno spermicida.

La misura del diaframma e l'"addestramento" per un suo uso corretto devono essere suggeriti da personale esperto e specializzato. L'efficacia di questo metodo è pari a 5-20 gravidanze indesiderate l'anno su 100.

- Cappuccio vaginale (o cervicale). È simile al diaframma ma è di dimensioni più ridotte (il diametro è inferiore ai 5 centimetri). Utilizzato con le stesse modalità del diaframma, può rimanere applicato per più giorni.

- Spermicidi. Sono preparati chimici (candele, ovuli, creme, gelatine, spray, schiume, ecc.) da introdurre in vagina e/o da applicare sul pene (eventualmente sul preservativo) prima del rapporto sessuale. Hanno la funzione di bloccare il passaggio degli spermatozoi e di distruggerli. Vanno applicati al massimo un'ora prima del rapporto e ripetutamente a ogni successivo e ulteriore contatto pene-vagina.

La loro efficacia si rivela piuttosto scarsa, mentre hanno un buon effetto contraccettivo se usati in associazione con preservativo, diaframma e cappuccio cervicale.

- Spirale. Detta anche Iud (dall'inglese Intra Uterine Device: Dispositivo Intrauterino), viene alquanto impropriamente inserita nella classe dei contraccettivi meccanici perché, come vedremo, la sua azione si esplica attraverso meccanismi molto più complessi. Esistono in commercio diversi tipi di spirale, ma si tratta comunque di dispositivi di struttura plastica associati a un filamento di metallo (rame, argento) oppure a un ormone (il progesterone) che ne aumenta l'efficacia contraccettiva. Viene inserita dal ginecologo all'interno della cavità uterina. Le spirali sono dotate alla loro estremità inferiore di fili che, dopo l'applicazione, sporgono dal canale cervicale consentendo il controllo periodico e, ove necessario, la rimozione. Salvo complicazioni, la spirale, a seconda del tipo, può essere mantenuta all'interno dell'utero per alcuni anni. Essa esplica la sua azione contraccettiva senza bisogno di ulteriori interventi. La sicurezza di questo metodo è pari al 2 per cento delle gravidanze indesiderate. Normalmente ben tollerata, non richiede alcun intervento attivo da parte di chi la usa, ma può, in taluni casi, provocare dolore, sanguinamento, rischio di infezioni all'apparato genitale ed e-





spulsione della stessa spirale.

È sconsigliata se non si sono ancora avuti figli (per il rischio che possa venire espulsa) o quando si hanno molti partner occasionali.

Contracezione ormonale

I metodi che rientrano in questa categoria si rifanno sostanzialmente alla cosiddetta pillola antifecondativa, introdotta nel 1955 da Gregory Pinkus.

La pillola, attualmente, se usata in modo corretto, è l'unico metodo contraccettivo sicuro al 100 per cento. Essa è costituita da un'associazione di estrogeni e progestinici. L'assunzione quotidiana di questi ormoni consente all'ipofisi di inibire l'ovulazione da parte delle ovaie, stabilendo nell'organismo una situazione ormonale che simula quella causata da una gravidanza. La conseguenza a livello ovarico della mancata stimolazione ipofisaria è quindi la soppressione dell'ovulazione.

La sicurezza della pillola è così completa in quanto essa agisce anche su altri aspetti: induce modificazioni a livello dell'endometrio, rendendo l'utero inadatto all'annidamento dell'uovo fecondato, altera la motilità tubarica e il muco cervicale. La pillola va assunta con regolarità quotidiana per tre settimane al mese, a cui fa seguito una settimana di pausa. Oltre all'alto livello di sicurezza, la pillola non intereferisce in alcun modo con la spontaneità del rapporto sessuale. L'assunzione della pillola deve essere effettuata sotto controllo medico: è necessario infatti escludere (con la visita ginecologica, il pap-test, il controllo del seno e la valutazione di alcuni parametri metabolici) che vi siano controindicazioni ed è altrettanto importante che tali verifiche avvengano periodicamente al fine di accertare la buona tolleranza del farmaco da parte dell'organismo. A differenza del passato, le pillole usate attualmente, essendo a bassissimo dosaggio ormonale, hanno effetti collaterali infrequenti.

C'è poi la pillola del giorno dopo che costituisce una metodica di emergenza alla quale si può ricorrere quando vi sia stato un rapporto non protetto (effettuato cioè senza usare alcun contraccettivo) o nel

caso di fallimento del contraccettivo usato (ad esempio la rottura di un profilattico). Consiste nell'assunzione, entro un massimo di 72 ore dal rapporto a rischio di gravidanza, di una dose piuttosto elevata di estroprogestinici.

La sicurezza del metodo, sebbene inferiore a quella della pillola antifecondativa propriamente detta, risulta piuttosto elevata (96 per cento). Va però sottolineato che numerosi possono essere gli effetti collaterali. La notevole dose di ormoni assunta con questo metodo è tale da ritenere questa procedura "rischiosa" e alla quale ricorrere in casi estremi.

Metodi di contraccezione chirurgica

Nonostante lo studio di nuove tecniche, la sterilizzazione è tuttora un metodo irreversibile e impone quindi una decisione molto ponderata, specie nel caso in cui non vi siano indicazioni mediche a imporla e soprattutto quando si tratta di giovani. La vasectomia, cioè la tecnica più usata per la sterilizzazione maschile, consiste nell'interruzione chirurgica dei dotti deferenti, cosicché (dopo un periodo di circa 2-3 mesi) il liquido seminale sarà completamente privo di spermatozoi. Viene praticata con un intervento ambulatoriale e non ha alcuna ripercussione (se non a volte di tipo psicologico) sulla potenza sessuale.

La sterilizzazione femminile viene effettuata chirurgicamente mediante interruzione o recisione delle tube (trombe di Falloppio). Con questo intervento chirurgico si impedisce il passaggio degli spermatozoi dalla parte inferiore della tuba a quella superiore (terzo distale) e quindi l'incontro con l'ovulo.

Pur bloccando la possibilità di fecondazione, i processi legati all'assetto ormonale della donna non sembra vengano alterati. La sterilizzazione non comporta la perdita della possibilità di avere l'ovulazione o le mestruazioni.

Anch'essa è priva di conseguenze dannose, ma l'intervento è più complesso per la posizione intraddominale delle tube stesse e infatti, più frequentemente, viene effettuata nel corso di altri interventi chirurgici (per esempio dopo un taglio cesareo).

Giorgia della Giusta si è specializzata in sessuologia alla University of California. Nel 1978, con il professor Romano Forleo, ha fondato e diretto il primo ambulatorio pubblico (e gratuito) di sessuologia in Italia. È membro del comitato direttivo dell'Associazione mondiale di sessuologia. È autrice, oltre che di numerose pubblicazioni scientifiche, di *La sessuologia* e di *Non di solo sesso...*

Stefano Campagna, giornalista, ha collaborato a diversi seminari tenuti presso l'Istituto di Psicopatologia del comportamento sessuale dell'Università «La Sapienza» di Roma. Ha ideato e condotto programmi radiofonici e televisivi.

Il **Dizionario del sesso**,
Editori Riuniti, lire 8.500
è in vendita
in tutte le librerie.

La prossima settimana, con **Avvenimenti**,
la seconda parte del **Dizionario**
di Educazione sessuale.





D

Desiderio sessuale

L'etimologia del termine "desiderio" deriva dal latino *de sidera*, letteralmente "senza astri", un'espressione che a sua volta trova la sua origine nella leggenda di un aurispice che, dovendo trarre profezie dall'osservazione degli astri, quando avveniva che il cielo fosse coperto dalle nuvole e si trovasse quindi impotente a compiere le proprie attività divinatorie, sviluppasse appunto il desiderio che le nubi diradassero e che gli astri ricomparissero al più presto.

Il desiderio sessuale, stato emotivo che porta l'individuo alla ricerca di un'esperienza sessuale, è un evento la cui conoscenza diventa possibile solo attraverso una sua lettura multifattoriale in senso psicosomatico. I suoi meccanismi vanno quindi individuati sotto vari punti di vista:

- biologico, che include sia l'incidenza genetica e organica che l'influenza degli ormoni e dei cinque sensi, in quanto fattori inibenti o stimolanti del desiderio;
- esperienziale, che definisce la "storia" dell'uomo, costituita a sua volta dalla genericità inerente la cultura di appartenenza di ogni essere umano e dalla specificità degli avvenimenti che si svolgono al suo interno;
- relazionale, aspetto nel quale sono in gioco i bisogni, l'intimità e gli affetti del singolo nei confronti del mondo esterno, inteso in senso privato e anche collettivo;
- cognitivo, nel senso che determina attraverso le diverse convinzioni personali e le molteplici fantasie in merito, l'intensità e la qualità del progetto di soddisfacimento futuro;
- emotivo, dove, prima fra tutte, l'emozione del piacere condiziona un processo, vuoi di autoalimentazione che di inibizione, ove non di soppressione, sulla base delle esperienze recenti o remote. In altri termini le esperienze positive rinforzano il desiderio e lo indirizzano al piacere sessuale, mentre quelle negative tendono a reprimerlo.

Dispareunia

La dispareunia consiste in un ricorrente e persistente dolore ai genitali nel momento del coito, non esclusivamente dovuto a condizioni mediche generali. Può riguardare sia gli uomini che le donne. In quest'ultimo caso è più frequente e ha carattere prevalentemente psicologico. Nelle persone di sesso femminile, infatti, l'esistenza di una casualità emotiva e conflittuale è da considerarsi la più probabile.

Disturbi sessuali

Possiamo suddividere il vasto campo delle problematiche sessuali in due grandi gruppi: quello in cui è possibile rintracciare una qualche causa organica e quello che invece rivela esclusivamente un'origine psicologica. Il primo gruppo raccoglie disturbi di gran lunga più rari, che comprendono malattie o difetti di sviluppo degli organi sessuali: alterazioni del pene e del prepuzio, conformazioni particolari o patologie localizzate a livello dei genitali interni ed esterni femminili; disturbi legati a fattori ormonali, biochimici, vascolari o cerebrali, oppure secondari a trattamenti farmacologici, a uso o abuso di sostanze oppure ancora a malattie generali. Fra questi ultimi casi è da citare, tra i più ricorrenti, il diabete, i problemi di livello epatico, un abuso cronico di alcool, trattamenti farmacologici particolari, specie a base di stupefacenti e tranquillanti. La grande maggioranza dei problemi sessuali rientra nel secondo gruppo, legato a dinamiche sociopsicologiche. È di queste ultime che ci occuperemo più dettagliatamente.

Le disfunzioni sessuali sono oggi classificabili in:

- disturbi del desiderio;
- disturbi dell'eccitazione;
- disturbi dell'orgasmo.

Per inibizione del desiderio sessuale si intende la carenza di un impulso atto a ricercare l'esperienza sessuale che vada oltre le normali oscillazioni che questo istinto, allo stato naturale, subisce nella vita individuale o di coppia. Diversa è la situazione dell'avversione sessuale che invece consiste nell'attivo evitamento del contatto sessuale genitale con il partner. Entrambi questi disturbi possono essere di natura primaria (esistenti cioè fin dallo sviluppo), o secondaria (insorti in un momento successivo), assoluta (cioè rivolti a qualsiasi oggetto del desiderio), o relativa al partner o a una modalità di vita sessuale, ecc.; può essere poi parziale o totale, nel senso che il desiderio può essere solo diminuito o scomparso del tutto.

Poiché si tratta di una condizione che riguarda l'atteggiamento globale dell'individuo nei confronti dell'attività sessuale, l'inibizione del desiderio non risulta specifica dell'uomo o della donna, ma si manifesta in entrambi i sessi con modalità identiche.

Passando alle problematiche relative alla fase di eccitazione troviamo quella sintomatologia maschile, meglio nota come impotenza, termine al quale oggi si preferisce comunque quello di disturbo maschile dell'erezione. In questo caso il pene, sebbene l'uomo desideri avere un rapporto sessuale, o non diviene e-



retto o perde l'erezione ottenuta precedentemente. Tale perdita può avvenire in corrispondenza di qualsiasi fase del rapporto sessuale: prima o durante i preliminari, durante il coito, ma generalmente si verifica in un momento subito precedente la penetrazione, un'eventualità che in alcuni casi si presenta esclusivamente durante un rapporto vaginale, mentre in altri è generalizzata a qualsiasi tipo di esperienza sessuale. La mancanza di erezione non impedisce comunque che l'uomo possa talora arrivare all'eiaculazione, che in questo caso avviene con il pene allo stato semi eretto o flaccido.

L'equivalente femminile della disfunzione erettiva è la frigidità, o meglio disturbo dell'eccitazione sessuale femminile. Contrariamente al significato che generalmente viene associato a questo termine - di donna sessualmente fredda, non in grado di raggiungere un orgasmo durante i rapporti con il partner - esso corrisponde fisiologicamente a una persistente o ricorrente incapacità di raggiungere, o di mantenere, fino al completamento dell'attività sessuale, un'adeguata risposta di lubrificazione, espansione vaginale e tumescenza dei genitali esterni. La mancanza di lubrificazione vaginale può arrivare a rendere disagiata, fastidiosa, se non addirittura dolorosa la penetrazione del pene.

I disturbi dell'orgasmo si manifestano nell'uomo con i sintomi dell'eiaculazione precoce oppure con orgasmo ritardato o assente; nella donna con quello dell'anorgasmia, più propriamente detto disturbo dell'orgasmo femminile, che a sua volta è un consistente o ricorrente ritardo o assenza dell'orgasmo, dopo una normale fase di eccitazione sessuale.

L'eiaculazione precoce, secondo il Dsm IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, redatto nel 1996, dall'American Psychiatric Association), «è la persistente o ricorrente insorgenza di orgasmo e eiaculazione a seguito di minima stimolazione sessuale prima, durante o subito dopo la penetrazione, e prima che il soggetto lo desideri». Per l'uomo rappresenta uno dei disturbi sessuali più frequenti.

La situazione psicologica opposta, cioè il blocco involontario della risposta eiaculatoria, è alla base dei fenomeni dell'eiaculazione ritardata o assente. Bisogna comunque differenziare le diverse modalità con le quali si manifesta quest'ultima sintomatologia: nella forma più blanda, come difficoltà a raggiungere l'eiaculazione; nelle forme più gravi, come incapacità di far scattare il riflesso orgasmico, un'eventualità che nella maggior parte dei casi, come frequentemente evidenziato dall'esperienza clinica, si presenta esclusivamente

durante la penetrazione in vagina, mentre in altri è generalizzata a qualsiasi tipo di rapporto sessuale. Accade ciò in questo caso che l'individuo, nonostante le prolungate stimolazioni che riceve a livello tattile, non riesce a ottenere sollievo dalla tensione sessuale accumulata, oppure, proprio quando la tensione arriva a uno stadio che preluderebbe la risposta orgasmica, essa diventa talmente elevata da costringerlo a porre termine all'atto sessuale. È utile comunque ribadire, per sfatare un altro luogo comune, che, in termini di sensibilità, l'organo femminile corrispondente al glande del pene non è la vagina bensì il clitoride, da cui si desume che non possiamo parlare di anorgasmia nel caso in cui la donna non riesca a ottenere questa sensazione durante una stimolazione esclusivamente vaginale. Il clitoride, componente cruciale nel produrre sensazioni di piacere nella donna, possiede una distribuzione nervosa così riccamente innervata da rispondere non solo a una stimolazione diretta dello stesso, ma, in un certo numero di casi, anche a una stimolazione indiretta, sia attraverso la pressione sul monte di Venere, sia attraverso lo stiramento intermittente delle piccole labbra, entrambi esercitati durante la penetrazione vaginale in particolari posizioni. Quanto appena descritto spiega, in termini fisiologici, agli uomini e alla maggior parte delle donne che sperimenta una difficoltà orgasmica durante la penetrazione e non con la stimolazione clitoridea, che una condizione di questo genere non è riconducibile ad alcun disturbo dell'orgasmo.

Tra i problemi che limitano una serena vita sessuale femminile, il più frequente è dato dall'anorgasmia. Anche questa può essere primaria o secondaria, assoluta o relativa. Si parla di anorgasmia primaria quando un soggetto non ha mai sperimentato l'orgasmo, e di anorgasmia secondaria quando il problema si inserisce in una fase successiva a una vita sessuale fondamentalmente soddisfacente. Alle disfunzioni sessuali qui trattate bisogna aggiungere i disturbi da dolore sessuale che includono dispareunia e vaginismo.

E

Eccitazione

È la risposta sessuale a una serie di stimolazioni sensoriali e/o emotive e/o fantastiche, caratterizzata dalla vasocongestione genitale, che comporta l'erezione del pene nell'uomo e la lubrificazione vaginale nella donna. Nell'uomo il pene viene irrorato di sangue



e aumenta di dimensione. Nella donna la vagina si allunga e si allarga facendo contemporaneamente trasudare del liquido fisiologico (lubrificazione, che oltre a indicare lo stato d'eccitamento, facilita l'introduzione del pene). Le labbra vaginali si gonfiano e si arrossano mentre il clitoride si erige e aumenta di misura. L'utero si solleva all'interno del bacino. Infine, sia nell'uomo che nella donna, si assiste a un coinvolgimento di tutto il corpo: aumentano la pressione del sangue, il battito cardiaco, il tono muscolari, mentre ha luogo un inturgidimento dei capezzoli. Questi mutamenti non sono dettati dalla volontà dell'essere umano ma avvengono sotto il diretto controllo del sistema nervoso autonomo. Per raggiungere un buon livello di eccitazione occorre una premessa importante, quella del desiderio. Premessa che appare meno evidente nei giovani in cui sono sufficienti i soli stimoli fisici (visivi, tattili, olfattivi e gustativi) oppure soltanto quelli psicogeni (fantasie sessuali, approccio con un partner dal quale si è particolarmente attratti, se non se ne è innamorati, o altre circostanze favorevoli quanto desiderabili). Mano a mano che aumenta l'età si passa sempre più alla necessità di una concomitanza di entrambi i fattori.

Un ruolo importante è quello dei preliminari - stimolazioni delle zone erogene - che conducono progressivamente a un incremento dell'eccitazione e garantiscono migliori prestazioni.

Eiaculazione

Rappresenta il momento finale della catena funzionale caratterizzata dalla sequenza "desiderio - erezione - orgasmo - eiaculazione" che definisce il comportamento sessuale maschile. Contrariamente a quanto si intende con l'uso comune di questo vocabolo - per cui l'orgasmo nell'uomo si identificherebbe con il verificarsi dell'eiaculazione, e quindi i due termini sarebbero sinonimi - si tratta in realtà di due eventi della risposta sessuale maschile ben distinti, l'uno successivo all'altro, coordinati ma indipendenti sul piano dei meccanismi che li determinano: quello dell'emissione del liquido seminale a opera delle vie spermatiche e quello della sua espulsione vera e propria, con contrazioni muscolari bulbari e perineali. La prima, percepita attraverso le sensazioni di inevitabilità eiaculatoria (definita così in quanto, una volta verificatasi l'emissione, il processo diviene inarrestabile) consiste nella contrazione riflessa degli organi riproduttivi interni (prostata, vasi deferenti e vescicole seminali) a cui fa seguito l'espulsione dello sperma dal pene. Il liquido spermatico viene dapprima raccolto e trasferito nell'ure-

tra prostatica. È qui che il soggetto avverte la già citata sensazione di imminenza dell'orgasmo.

La seconda fase, quella dell'eiaculazione vera e propria, come abbiamo già accennato, consiste in una serie di contrazioni ritmiche e involontarie della muscolatura alla base del pene, con intervalli della durata di 0,8 secondi, che spingono il liquido seminale verso l'estremo. Lo sperma fuoriesce dal pene passando attraverso l'uretra in getti successivi. Queste contrazioni sono accompagnate dalle tipiche sensazioni del piacere orgasmico.

Una volta concluso il momento eiaculatorio, il sangue defluisce dai corpi cavernosi del pene, che torna a una normale condizione di flaccidità.

Per una più esauriente conoscenza dei disturbi eiaculatori, vedi le voci Disturbi sessuali e Orgasmo.

Erezione

È la manifestazione evidente della fase dell'eccitazione nell'uomo che si verifica a livello di atto riflesso involontario con una tumescenza del pene, risultato di una complessa interazione tra il sistema nervoso centrale, autonomo e somatico, il sistema artero-venoso e l'asse ipotalamico-ipofisario-gonadico. Elementi sensitivi, metabolici, psicogenici, neurologici ed endocrini concorrono infatti, in un processo di interazione reciproca, alla attuazione di questo fenomeno, in ultima analisi di tipo vascolare, che per verificarsi necessita di un adeguato afflusso arterioso nei corpi cavernosi attraverso un meccanismo caratteristico del sistema idraulico. In altri termini, nella fase dell'eccitazione, una considerevole quantità di sangue affluisce nei corpi cavernosi del pene. A livello sensitivo, l'erezione avviene in risposta a stimoli tattili, visivi, olfattivi e uditivi: la stimolazione, ad esempio, di tipo manuale e/o orale dei genitali e delle zone erogene in genere mette in moto i nervi sensori presenti in queste parti del corpo, con la conseguente attivazione dei centri nervosi dell'eccitamento, che si trovano all'interno del midollo spinale. A questo meccanismo di risposta sessuale, di tipo più o meno riflesso, se ne sovrappone un altro che può intensificare, diminuire oppure annullare quella precedente, e che risulta condizionato dal vissuto di ogni singolo soggetto. La sensorialità ha infatti forti implicazioni psicogene che condizionano e determinano la presenza, l'assenza, l'intensità e la qualità della risposta soggettiva a ogni stimolo interno e/o esterno. L'insieme delle percezioni sensitive è infatti correlata a una gamma di implicazioni percettive, emotive ed affettive che influiscono sul meccanismo dell'e-



rezione e che vengono peraltro modulate da tutta una serie di altre variabili organiche.

Una visione moderna della sessualità umana, intesa in senso inscindibilmente psicosomatico, tende a sottolineare la stretta correlazione esistente tra i meccanismi biofisiologici e quelli biopsicologici nel determinare la funzionalità, e anche la disfunzionalità, delle sue manifestazioni. In tal senso l'erezione, come pure qualsiasi altra risposta sessuale, appare estremamente vulnerabile agli effetti dell'emotività individuale, sia positiva che negativa: emozioni quali l'attrazione, il coinvolgimento affettivo, l'innamoramento ma anche l'ansia, lo stress, la paura, la collera, la rabbia, ecc. possono interferire direttamente con i riflessi vascolari mediati autonomamente o anche provocare mutamenti endocrinologici significativi, condizioni che a loro volta possono essere alla base di una mancata o carente risposta erettiva.

Eterosessualità

Indica un'attrazione sessuale e affettiva prevalente e ricorrente nei confronti di persone di sesso opposto al proprio, che si esprime, sotto il profilo erotico, attraverso le fasi del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo. È il risultato di fattori concomitanti di tipo biologico (dipendenti dalle caratteristiche genetiche, gonadiche ed endocrine che l'individuo acquista, sviluppa e mantiene fin dal momento della nascita), di tipo psicologico (in quanto presuppone lo sviluppo di un'identità di genere, nel senso di una percezione sessuale di se stessi e del proprio comportamento in senso maschile o femminile) e di tipo ambientale (componente, quest'ultima, determinata a sua volta da implicazioni sociali e culturali).

Esibizionismo

Comportamento sessuale che consiste nel ripetere il gesto di mostrare i propri genitali e estranei. L'esposizione, a livello reale o fantastico, avviene allo scopo di raggiungere l'eccitazione sessuale senza che vi sia il tentativo di compiere ulteriori attività sessuali. L'esibizione può accompagnarsi a erezione e/o a un'attività masturbatoria.

F

Fantasie sessuali

Attività psichica a sfondo sessuale che rende l'essere umano capace di creare, spaziare ed elaborare si-

tuazioni immaginative diverse dalla realtà.

Sappiamo che l'essere umano possiede la capacità di rappresentarsi mentalmente situazioni sessuali, il che lo differenzia da tutte le altre specie viventi. L'importanza delle componenti psicologiche rispetto a quelle biologiche, nel comportamento sessuale umano, aumenta man mano che si sale nella scala filogenetica. Questa prerogativa dell'uomo è da sempre suscettibile di notevoli interventi contraddittori per lo più di tipo repressivo. Il fatto è che la fantasia - e non solo a contenuto sessuale - proprio in quanto consente di oltrepassare i confini della realtà, viene generalmente ritenuta inutile in quanto non produttiva a livello sociale, pericolosa perché difficile da controllare, e addirittura moralmente e legalmente pregiudizievole in quanto spingerebbe l'individuo a tradurre in azione quanto in precedenza immaginato.

Nell'uomo prevalgono, in termini di frequenza, fantasie quali: avere rapporti con una partner diversa da quella abituale, vivere insieme alla compagna situazioni che coinvolgono altre donne; immaginare parti del corpo femminile; rivivere scene di un film pornografico; fare l'amore con la partner in luoghi inabituali, ecc. Nella donna sono invece prevalenti situazioni immaginative quali: rivivere rapporti sessuali avuti con partner precedenti; fare l'amore con il compagno in luoghi trasgressivi; cedere alla seduzione; rivivere immagini di un film erotico; essere oggetto sessuale di più di un uomo alla volta; subire una violenza sessuale, ecc..

La differenza fra i due sessi si manifesta con significati diversi connessi a matrici molto simili. Nell'uomo i contenuti tendono a polarizzarsi attorno a situazioni legate all'affermazione della propria "potenza" sessuale, mentre nella donna vertono su aspetti relativi all'affettività, alla propria estetica e alla propria curiosità interpersonale.

Farmaci

Che numerose sostanze chimiche possano interferire con la risposta sessuale è fatto ormai noto.

È opportuno sottolineare che, specialmente in relazione all'uso di psicofarmaci, va di solito registrato un mutamento dell'attività sessuale provocato non dal farmaco in sé, chimicamente, ma dalla sua modificazione di una condizione psicobiologica che è la determinante dell'attività sessuale.

Gli effetti da farmaci riscontrati sono vari:

- disturbi del desiderio: alcuni sedativi, neurolettici, ansiolitici, ormoni, oppiacei, antipertensivi, antide-



pressivi, antiparkinsoniani, questi ultimi in termini di aumento del desiderio;

- disturbi dell'erezione: taluni neurolettici, antidepressivi triciclici, anticolinergici e farmaci dell'apparato digerente, ipotensivi, diuretici;

- modificazione dell'ejaculazione: queste sono più rare, anche se diffusamente citate per lo più nel senso di un ritardo eiaculatorio. Ciò è appannaggio dei farmaci anti-Mao e della tioridazina;

- altri disturbi come il priapismo da trazodone, prostaglandina Pfl e papaverina.

Fecondazione

Penetrazione dello spermatozoo nell'ovulo che solitamente ha luogo durante il coito: gli spermatozoi, una volta fatto il loro ingresso in vagina, risalgono il canale cervicale e la cavità uterina fino a raggiungere la tuba (o tromba di Falloppio) dove trovano l'ovulo.

Ai fini della fecondazione basta un solo spermatozoo, sebbene il liquido seminale ne contenga decine di milioni.

La fecondazione è il risultato di un rapporto sessuale tra un uomo e una donna entrambi dotati della capacità riproduttiva e che non hanno evitato con metodi contraccettivi questo evento.

Fellatio

Stimolazione dei genitali maschili con la bocca fino all'eventuale raggiungimento dell'orgasmo. Il suo corrispettivo femminile è il cunnilingus.

Feticismo

Il termine feticismo deriva dal portoghese. Quando nel '700 i mercati di schiavi provenienti da questa parte della Penisola Iberica, entrando per la prima volta a contatto con le religioni animistiche dell'Africa, applicarono ai loro oggetti di culto il termine feitico, derivato a sua volta dal latino factitius, artificiale. Il significato originario era quindi quello di «oggetto prodotto mediante un procedimento tecnico» che raffigura e sostituisce una forza della natura, ad esempio la fertilità, la potenza virile, l'attitudine alla procreazione.

Psicologicamente indica fantasie, impulsi o comportamenti ricorrenti o intensamenti eccitanti sessualmente che comportano - generalmente nell'uomo - l'uso di oggetti inanimati, solitamente accessori o componenti dell'abbigliamento femminile (ad esempio: giarrettiere, reggiseni, scarpe, stivali, mutande, ecc.).

Tali oggetti vengono utilizzati, indossati o immaginati durante la masturbazione o durante un rapporto sessuale in cui si invita il partner ad adeguarsi.

Non si può considerare feticista l'uomo che accresce la propria eccitazione chiedendo occasionalmente alla compagna di indossare particolari indumenti intimi e neppure ricorrendo sporadicamente a fantasie di questo genere.

Il caso patologico subentra solo quando il feticcio sostituisce il partner diventando l'unico oggetto sessuale di desiderio.

Frigidità

Secondo la maggioranza degli esperti (compresa Helen Singer Kaplan), la frigidity è oggi definibile come una persistente o ricorrente incapacità di raggiungere, o di mantenere, fino al completamento dell'attività sessuale, un'adeguata risposta di lubrificazione, espansione vaginale e tumescenza dei genitali esterni. Secondo gli stessi esperti, questo disturbo sessuale della donna corrisponderebbe, fisiologicamente, al deficit erettile maschile. Mentre nell'uomo la mancata erezione determina un'oggettiva difficoltà o impossibilità della penetrazione, la mancanza di lubrificazione vaginale tende a rendere disagevole, fastidiosa, se non addirittura dolorosa la penetrazione del pene.

Questo disturbo può avere anche carattere transitorio. In quest'ultimo caso, tra le ragioni che ne possono determinare gli effetti: l'attraversamento di un particolare periodo della vita, una sopraggiunta crisi con il partner; situazioni che producono ansia, stress e depressione, ecc.

La frigidity, come del resto tutti i disturbi sessuali, può essere attribuibile a cause prettamente organiche (neurologiche, ormonali o vascolari) o concomitanti con fattori psicogeni. Anche droghe, alcool e alcuni tipi di farmaci possono rivelarsi inibenti. Quando i disturbi (fisiologici e/o psicologici) assumono carattere permanente è opportuno rivolgersi a uno specialista. Una terapia sessuologica e/o medica (in quest'ultimo caso quando ci sono problemi di carattere organico) può consentire di superare gli ostacoli alla base di questi disturbi, ricreando i presupposti per una serena attività sessuale.

Frotteurismo

Parafilia che comporta il toccare o lo strofinarsi contro una persona non consenziente, usualmente in posti affollati (mezzi di trasporto, cinema, ecc.), in cui il soggetto può facilmente passare inosservato.

G



Gravidanza

È lo stato fisiologico della donna che porta nel proprio organismo il prodotto del concepimento, cioè uno o più ovuli fecondati e in via di sviluppo.

La gravidanza, dal punto di vista biologico, è una funzione del sistema riproduttivo della donna. Essa inizia con la fecondazione e finisce con il parto. La sua durata media è di 270-280 giorni (circa 9 mesi) a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione.

Il corpo femminile subisce in questo periodo della vita tutta una serie di modificazioni fisiche e psicologiche che culminano con il parto e che proseguono con l'allattamento e le cure del neonato.

Sotto il profilo strettamente fisiologico i sintomi della gravidanza sono vari, primo fra tutti l'amenorrea.

Dal punto di vista psicologico, il vissuto intrapsichico e le modalità di relazione con il partner risultano mutate. Un dato costante nella letteratura sulla psicologia della gravidanza è il riconoscimento che l'evento radicalizza nella donna una dissociazione più o meno latente tra attività sessuale e funzione materna, tra femminilità e maternità. Il conflitto che ne consegue sembrerebbe quasi sempre risolto a favore della rinuncia alle esigenze sessuali della coppia a tutto vantaggio di una presunta tutela del feto.

Nelle modificazioni del comportamento sessuale in gravidanza, infatti, entrano in gioco importanti fattori di ordine culturale: atteggiamento proibitivo, difformità della risposta dei medici sul periodo durante il quale possa essere praticato il rapporto sessuale e su quello in cui debba essere sospeso, ecc.

Gli studi effettuati in proposito tendono a dimostrare che nel corso della gestazione ha luogo una progressiva riduzione dell'attività sessuale in quanto il desiderio (sia nella donna che nell'uomo), sulla base dei criteri culturali dominanti, viene influenzato a tal punto da ridurre la frequenza dei rapporti a causa di accettazione o meno della gravidanza in corso, stato generale di benessere, bisogno di conservare l'attenzione del compagno, sensazione di sentirsi meno desiderabili sul piano estetico, ecc. Fattori che interferiscono in modo così rilevante da rendere difficile attribuire le modificazioni del desiderio in gravidanza a fenomeni esclusivamente biologici.

Nonostante, per esempio, si assista da un punto di vista biologico a un potenziale aumento di reattività sessuale in coincidenza con il secondo trimestre di gravidanza, dovuto all'aumentata irrorazione pelvi-

ca (afflusso di sangue a livello pelvico) e a un diverso quadro ormonale, tipici di questo momento della gestazione, generalmente a essi non corrisponde un analogo innalzamento della frequenza dell'attività sessuale.

Alla diminuzione dei rapporti intimi, sono da ritenersi correlati soprattutto i timori di alterare il normale decorso della gravidanza o addirittura di danneggiare il feto. Eccessive paure nei confronti dell'andamento fisiologico della gravidanza possono interferire con il benessere emozionale della gestante e con una soddisfacente intimità di coppia. Qualora siano invece presenti obiettive complicazioni quali minacce d'aborto, precedenti e ripetute interruzioni di gravidanza, emorragie uterine, non solo viene consigliato di non avere rapporti sessuali ma neppure comportamenti masturbatori. La contrattività uterina legata all'orgasmo potrebbe infatti favorire l'espulsione prematura del feto.

H

Handicap e sessualità

Sotto il profilo sesso-affettivo, ogni persona con disabilità fisiche o mentali prova bisogni, sentimenti, desideri sessuali. La maggior parte dei portatori di handicap vive però la sessualità in modo difficile. Questo non solo a causa delle limitazioni psico-fisio-motorie, ma anche per una pressione sociale tendente a negare loro la sessualità, con una ulteriore conseguente autolimitazione.

Per comprendere i complessi meccanismi della vita erotica dei disabili occorre mettere in primo piano le diverse menomazioni sessuali di natura organica determinate dalle singole limitazioni fisiche. Ad esempio, nel caso della lesione al midollo spinale, circa la metà dei pazienti maschi conserva la capacità di ottenere un'erezione. Alcuni studi dimostrano che un quarto di essi è in grado di portare a termine un rapporto sessuale completo, mentre solo il 5 per cento riesce ad avere una percezione piacevole dell'orgasmo e, infine, unicamente il 3 per cento raggiunge l'eiaculazione.

Ciò spiega quanto le complicità della funzionalità sessuale siano legate al livello e all'estensione del danno organico primario: una generalizzazione approssimativa fa ritenere che tanto più è alta la lesione, tanto più facilmente è presente un'erezione riflessa (quella che ha luogo a prescindere dalle com-



ponenti psicologiche). Nel caso in cui la lesione al midollo spinale non sia completa, la capacità eiaculatoria tende a manifestarsi in una buona metà dei pazienti. Quindi gli effetti dell'erezione non dipendono solo dal punto in cui si localizza la lesione ma anche da quanto essa sia estesa.

Sempre nell'ambito del trauma midollare, la sessualità della donna disabile risulta meno complessa in termini di difficoltà, non perché le risposte dell'eccitazione e dell'orgasmo siano, a parità di lesione, molto dissimili da quelle dell'uomo, quanto perché la fertilità femminile rimane praticamente inalterata.

In altri handicap (cecità, mutismo, poliometite, mutilazioni di organi non strettamente interferenti con l'apparato sessuale, dialisi renale, trapianti di organi - specie renali e genitali), l'eventuale insorgenza di una patologia della sfera sessuale si deve più a componenti emotive che non all'incapacità fisica vera e propria. L'handicap, in questi casi, funziona allo stesso tempo come causa ed effetto della problematica sessuale. Il deficit organico, in quanto tale, non porta né alla mancanza né alla diminuzione dell'istinto sessuale, ma a disfunzioni patologiche legate all'eventuale insicurezza con la quale è vissuta la sessualità.

Come già accennato, la sessualità del disabile incontra, oltre ai limiti fisiologici, anche quelli culturali. La società infatti sembra escluderlo da una vita completa, sia dal punto di vista affettivo che sessuale, nutrendo nei suoi confronti una sorta di distacco. Il portatore di handicap è ignorato o evitato. In altri termini, si riscontra una tendenza a desessualizzarlo. All'handicappato, insomma, viene - fondamentalmente - negato il diritto alla sessualità.

Identità sessuale

Ogni persona nasce sessuata, cioè con caratteri genitali e somatici che la fanno appartenere a uno dei due sessi. Successivamente il tempo, e tutto ciò che esso contiene nei suoi aspetti biologici, culturali e psicologici, tende a confermare in modo stabile la percezione iniziale dell'essere uomo e dell'essere donna, processo che inizia fin dall'infanzia e al termine del quale, nella fase della maturità postadolescenziale, quando questo cammino si conclude, si può affermare con maggiore certezza se una persona abbia maturato un'identità sessuale corrispondente a quella a-

natomica.

Al momento della nascita quindi ogni individuo viene riconosciuto come maschio o come femmina indicando così l'appartenenza a un genere sessuale mediante la semplice osservazione dei genitali esterni. Questa identificazione rappresenta l'inizio di un percorso che segna l'intera vita dell'essere umano, il primo passo per la costruzione della propria identità sessuale. La determinazione genetica del genere sessuale è di primaria importanza. Infatti la diversità del corpo maschile e di quello femminile è determinata principalmente da alcune sostanze prodotte dal corpo stesso, che semplificando possiamo individuare negli ormoni estrogeni e progestinici nelle donne, e in quelli androgeni negli uomini (testosterone). È facile però rendersi conto che non sono soltanto i genitali che fanno un uomo o una donna. A questi elementi biologici se ne accostano altri che chiameremo sociali. Essi consistono nel diverso modo in cui le persone interagiscono sotto il profilo del comportamento sessuale.

Il riconoscimento del sesso alla nascita è, lo abbiamo premesso, il primo messaggio che il mondo esterno ci invia sul nostro genere sessuale. Poi, durante tutta la vita, si sussegue una moltitudine di altri segnali, emessi dall'ambiente circostante (famiglia, coetanei, scuola) che, giorno dopo giorno, e esperienza dopo esperienza, confermano o meno la propria identità sessuale. Poter stabilire se nel processo di acquisizione di questa identità siano prevalenti gli elementi biologici, costituzionali, o quelli socialmente appresi, è un'impresa ardua se non impossibile. Tanto è vero che la scienza sta cercando, ormai da qualche anno, di superare la diatriba fra chi sostiene il primato di ciò che è innato e chi difende l'ipotesi della successiva acquisizione dell'identità a causa di fattori ambientali. Le teorie oggi più accreditate sullo sviluppo infatti considerano ogni comportamento umano come il prodotto di un intersecarsi di questi fattori tra loro dipendenti, che appunto si influenzano reciprocamente.

Escludendo i fattori biologici, ci occuperemo in questa sede prevalentemente dell'identità sessuale nei suoi aspetti psicologici. In tal senso essa può essere suddivisa in due componenti distinte. La prima è l'identità di genere che consiste nella consapevolezza interiore che ogni persona ha del suo genere sessuale. La seconda è l'identità di ruolo, rappresentata dal riscontro sociale della prima. Essa è formata dalle emozioni che l'ambiente riflette sull'individuo per ciò che concerne l'identità sessuale secondo una con-



vinzione in base alla quale al giudizio degli altri corrisponde l'immagine di se stessi.

La fisiologia è strettamente legata all'identità di genere. Quando una donna, ad esempio, ha le mestruazioni prova delle emozioni che scaturiscono da questa mensile conferma della propria fertilità: può essere felice se la sua identità di genere è salda, oppure perplessa se sussistono dubbi su ciò che vorrebbe realmente essere. Pensiamo anche all'erezione che nell'uomo è la prova visibile della sua virilità e delle sensazioni intense che a essa sono collegate. Se invece parliamo di identità di ruolo possiamo pensare alla piacevole emozione di un complimento che gratifica il nostro aspetto esteriore, quando soprattutto arriva da una persona dell'altro sesso che ci piace. E ancora alla gioia che ci assale se ci accorgiamo di essere accettati, amati per ciò che siamo. Questo duplice aspetto rende possibile in ognuno la fusione di elementi psichici ed esperienziali, che costituiscono insieme la nostra identità sessuale. L'identità di genere e l'identità di ruolo si costituiscono in modo diverso, soprattutto temporalmente. È stato dimostrato che l'identità di genere si forma all'incirca nei primi tre anni di vita e si sviluppa fino all'adolescenza. In quest'arco temporale il bambino prima - e il ragazzo poi - acquisisce, in modo irrevocabile, il senso della sua identità sessuale, grazie soprattutto al rapporto che egli ha con la madre prima e con il padre poi, identificandosi prima con l'uno e poi con l'altro. Ciò significa che egli, sin dall'inizio, non solo si percepisce come maschio e femmina, ma dirige la propria sessualità in senso eterosessuale o omosessuale. La definizione dell'identità di ruolo, invece, si forma più tardi, in quanto i messaggi sociali, che invero esistono già dalla nascita, si caricano di maggiore significato con la pubertà e si fanno più accentuati nel resto dell'adolescenza.

Costituita, l'identità di genere, si inizia, nell'adolescenza, a delineare l'identità di ruolo. Infatti, prima della pubertà, ossia prima di quello che comunemente si definisce sviluppo, la differenza esteriore fra maschi e femmine è molto attenuata. Le diffe-

renze corporee diventano invece più evidenti grazie alla comparsa dei caratteri sessuali secondari. È nell'adolescenza che si fa sentire ancora più prepotentemente la spinta di ricerca dell'amico del cuore da un lato, e dell'oggetto del primo amore dall'altro. In entrambi i casi (nel primo attraverso il confronto con una persona dello stesso sesso; nel secondo grazie a quello con una persona dello stesso sesso; nel secondo grazie a quello con una persona di sesso diverso) e ancora mediante le attività autoerotiche, si avrà la conferma o meno di appartenenza al proprio sesso in rapporto all'identità di genere e di ruolo. Nell'adolescenza, quando il processo di identificazione nei confronti dei genitori è ormai interiorizzato, si fa più significativa l'influenza dei modelli sociali. È in questo periodo che si fa sentire in maniera evidente la risposta ai modelli dominanti. La sessualità adolescenziale è una tappa importantissima, in entrambi i sessi, per il costituirsi dell'identità sessuale. In definitiva, il consolidamento dell'identità sessuale passa attraverso fattori psico-ambientali (quali l'educazione familiare; i condizionamenti che vengono dal resto della società, da tutte le esperienze che ci troviamo a vivere quotidianamente) e da fattori biologici (cromosomi, ormoni, caratteri fisici).

Il processo fin qui esaminato riguarda la maggior parte degli esseri umani. Ma ciò non avviene sempre in maniera così armonica. La gran parte degli individui acquisisce un'identità sessuale ben definita in senso maschile o femminile ed è attratta da persone di sesso opposto o da persone dello stesso sesso oppure avverte una intensa e persistente identificazione con il sesso opposto. In quest'ultimo caso ci troviamo di fronte a una contraddizione tra l'identità genetica e quella psicologica, in cui il soggetto sviluppa il desiderio di modificare la propria conformazione fisica rendendo coerente il vissuto interiore con le sembianze anatomiche. Si tratta insomma di persone che si sentono prigioniere di un corpo che non viene percepito come il proprio e desiderano superare questa discrasia.

Giorgia della Giusta si è specializzata in sessuologia alla University of California. Nel 1978, con il professor Romano Forleo, ha fondato e diretto il primo ambulatorio pubblico (e gratuito) di sessuologia in Italia. È membro del comitato direttivo dell'Associazione mondiale di sessuologia. È autrice, oltre che di numerose pubblicazioni scientifiche, di *La sessuologia* e di *Non di solo sesso...*

Stefano Campagna, giornalista, ha collaborato a diversi seminari tenuti presso l'Istituto di Psicopatologia del comportamento sessuale dell'Università «La Sapienza» di Roma. Ha ideato e condotto programmi radiofonici e televisivi.

Il **Dizionario del sesso**,
Editori Riuniti, lire 8.500
è in vendita
in tutte le librerie.

La prossima settimana, con **Avvenimenti**,
la terza parte del **Dizionario**
di **Educazione sessuale**.





Impotenza

È il termine con cui viene comunemente indicata la persistente o ricorrente impossibilità di raggiungere, o di mantenere un'adeguata erezione del pene fino al completamento dell'attività sessuale. Per avere un rapporto sessuale soddisfacente, infatti, occorre una buona rigidità peniena, che a livello vascolare è determinata dall'afflusso del sangue all'interno dei corpi cavernosi. Questo modificherà la forma dell'organo sessuale maschile portandolo da una condizione di flaccidità a una di erezione, effetto psicofisiologico della fase dell'eccitazione.

Gli episodi di incapacità erettiva possono avvenire in coincidenza di circostanze specifiche ricorrenti (ad esempio solo con una determinata partner e non con un'altra: impotenza situazionale), oppure manifestarsi incondizionatamente in ogni occasione di rapporto sessuale (impotenza totale). Può accadere anche che l'uomo ne rimanga vittima fin dall'inizio della propria vita sessuale (impotenza primaria) o successivamente a una fase più o meno lunga di attività sessuale ottimale (impotenza secondaria).

Il pene, sebbene l'uomo si senta eccitato, può non divenire eretto o perdere l'erezione (impotenza parziale). Ciò in corrispondenza di una qualsiasi fase del rapporto: prima o durante i preliminari, prima o durante il coito, ma generalmente in un momento di pochi attimi precedenti la penetrazione. La mancanza di erezione non impedisce comunque all'uomo di arrivare all'ejaculazione, che però in questo caso avviene con il pene allo stato flaccido o semi eretto.

A una mancanza o insufficiente erezione occasionale, la maggior parte degli uomini non dà particolare importanza. Per altri, lo stesso episodio costituisce un problema per cui la medesima preoccupazione a esso connessa tende ad autopetpetuarlo. La psicosomatica offre un'ipotesi che può essere ritenuta valida. Una reazione esasperata a un determinato e specifico tipo di stress porta l'individuo a reagire con un sintomo somatico altrettanto specifico. Quello che è stato un problema momentaneo tenderà a cronicizzarsi. Ogni insuccesso provoca infatti in alcune persone un grado di ansia ulteriore: dubbi sul proprio funzionamento sessuale e sulle previste conseguenze si moltiplicano a catena. Il soggetto a questo punto mette in atto dei tentativi dettati essenzialmente da un'autori-chiesta di prestazione, in pratica la richiesta a se stessi di una prestazione a comando. Il fenomeno erettivo, che è una risposta eminentemente parasimpatica, non è sotto il controllo volontario. Si tratta bensì di un ri-

flesso naturale e spontaneo sul quale le richieste volontarie hanno per contro un effetto controproducente.

Tutti gli uomini registrano, almeno una volta nel corso della loro vita sessuale, una perdita involontaria di erezione. Occasionale e transitorio, l'episodio è da considerarsi assolutamente normale.

Tra i possibili fattori organici alla base di una disfunzione erettile ricordiamo: il diabete, problemi a livello epatico, un basso livello di ormoni androgeni, l'uso di droghe, l'abuso cronico di alcool e barbiturici, trattamenti farmacologici a base di estrogeni o anticolinergici, disturbi neurologici come la sclerosi multipla o la sindrome di Peyronie, ecc.

L

Lesbismo

Sinonimo di omosessualità femminile, indica l'attrazione sesso-affettiva della donna nei confronti di persone del medesimo sesso. Il termine deriva dall'isola greca di Lesbo dove la poetessa Saffo (da qui anche il sinonimo di saffismo), dedicava poesie ricche di sensualità e di erotismo a giovani donne.

Lubrificazione vaginale

Secrezione di liquido trasudante dalle pareti vaginali che coincide con l'eccitazione sessuale e facilita la penetrazione. Una delle cause della dispareunia e, per motivi diversi, del vaginismo è proprio l'assenza di lubrificazione vaginale.

M

Malattie veneree

Termine usato per indicare le malattie trasmesse per via sessuale quando queste erano erroneamente ritenute trasmissibili solo da parte della donna.

Masochismo

Fantasie, impulsi sessuali o comportamenti ricorrenti ed eccitanti che comportano il bisogno di essere oggetto di umiliazione, percosse e altre sofferenze.

Masturbazione

Autostimolazione del corpo, dei genitali e delle zone erogene, al fine di ricavarne piacere sessuale. La ma-





sturbazione rappresenta il primo scalino per poter accedere al riconoscimento del proprio corpo come fonte possibile di piacere. Nella sua attuazione pratica, essa è messa in atto in associazione con le fantasie sessuali, composte in uno scenario immaginario, che consentono alla persona di raggiungere il piacere attraverso la stimolazione degli organi genitali maschili o femminili.

Questa attività sessuale inizia, in modo consapevole rispetto alla scoperta orgasmica, in età adolescenziale, e può essere praticata per tutto il corso dell'esistenza. Le diverse concezioni morali e religiose, nonché i pregiudizi culturali, hanno fatto sì che nel corso dei millenni la masturbazione venisse vietata e penalizzata socialmente. Essa può essere considerata, per contro, un'attività sessuale comune e generalmente presente anche in età adulta.

Menarca

Inizio del funzionamento dell'ovaio nella donna pubere (12-15 anni) che si manifesta con la prima mestruazione. Se da un lato è fonte di orgoglio, di raggiungimento di una femminilità adulta, dall'altro è causa di imbarazzo nell'impatto con il mondo esterno: famiglia, scuola, amici. Imbarazzi che rischiano di far vivere i propri genitali come fonte di vergogna con tutte le problematiche che possono conseguire.

Menopausa

Scomparsa delle mestruazioni dovuta alla fine dell'attività dell'ovaio. Insorge fra i 45-50 anni di età. Il periodo in cui si verifica la menopausa dicesi climaterio.

Mestruazione

Fenomeno fisiologico della donna in età feconda che consiste nell'emissione dai genitali esterni di sangue proveniente dall'utero. Con la maturazione del follicolo ovarico l'utero si prepara alla gravidanza, mediante proliferazione della mucosa (fase estrogena). Con la successiva ovulazione (precedente di 10-15 giorni la mestruazione), l'utero entra in fase secretiva; la mancata gravidanza lo riporta in condizioni normali, eliminando il contenuto delle ghiandole e lo strato superficiale della mucosa (caduca) insieme al sangue dei capillari dilatati. La durata della mestruazione è in genere di 2-6 giorni e il ciclo normale ha una durata media di 28 giorni. La comparsa delle prime mestruazioni caratterizza la pubertà; la loro definitiva cessazione è denominata menopausa. Le alterazioni della mestruazione sono costituite dal loro arresto (amenorea), da disordini del ritmo (oligome-

norrea e polimenorrea), da anomalie dell'entità del flusso (ipomenorrea, ipermenorrea), da accentuata sintomatologia dolorosa (dismenorrea).

Malattie sessualmente trasmissibili

Malattie che si possono trasmettere e contrarre per contatto diretto tra mucose attraverso l'attività sessuale. Il contagio, infatti, avviene da una persona all'altra generalmente nel corso di un rapporto sessuale in senso stretto, ma anche nei diversi contatti che possono avvenire tra bocca, genitali e ano. Le malattie sessualmente trasmissibili, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), rappresentano una delle classi di patologie infettive più frequenti nel mondo e, contrariamente a quanto si ritiene, ancora estremamente diffuse. Le principali Mst sono: sifilide, gonorrea, clamidia, trichomonas, granuloma inguinale, ulcera venerea, herpes genitale, condilomatosi genitale, epatite virale, Aids.

O

Omosessualità

Variante naturale della sessualità umana che comporta un'attrazione sesso-affettiva esclusiva, o quasi esclusiva, nei confronti di persone dello stesso sesso. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima intorno al 5-7 per cento della popolazione mondiale le persone annoverabili in questa identità sessuale. Poiché l'omosessualità incontra da sempre, e nonostante il mutare dei tempi, resistenze culturali e religiose, e dati i conflitti interni che ne possono scaturire, occorre distinguere due tipi di omosessualità, quella egosintonica, in cui vi è piena accettazione di sé, e quella egodistonica, in cui vi è una costante tendenza a rimuovere e a reprimere razionalmente la spinta sessuale predominante verso persone dello stesso sesso. Per la medesima ragione sono da considerarsi omosessuali anche coloro che dietro una spinta costante hanno rapporti sessuali con persone dello stesso sesso ma che conducono, per motivi sociali e/o intrapsichici, una vita eterosessuale. Possono essere considerati facenti parte di questa categoria anche coloro che, pur non avendo mai avuto rapporti sessuali con persone dello stesso sesso, avvertono spinte e fantasie ricorrenti e persistenti omoerotiche che rimuovono, reprimono, negano. Non sono da considerarsi omosessuali coloro che hanno un comportamento di questo genere a livello tran-



sitorio, legato a situazioni di segregazione sessuale (un esempio viene dalle carceri). Non vanno altresì considerati gay o lesbiche quei ragazzi e quelle ragazze (soprattutto in età adolescenziale), ma anche quegli adulti, che hanno attrazione e/o esperienze rare e occasionali con individui del proprio sesso.

Una valutazione per identificare un omosessuale deve quindi tenere conto:

- della spinta, della ricerca e dell'eventuale appagamento di rapporti omoerotici (e/o omoaffettivi);

- delle fantasie ricorrenti e persistenti rivolte a persone dello stesso sesso (fantasie, nella maggior parte dei casi, presenti sin dall'infanzia);

- degli eventuali progetti relazionali immaginari (anche se tendenzialmente rimossi, negati o repressi).

Già nell'edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Dsm III) del 1980, l'American Psychiatric Association derubricava l'omosessualità egosintonica - quella in cui l'individuo accetta pienamente la propria identità - mentre la restante omosessualità egodistonica - quella in cui l'entità gay e lesbica rappresenta un' indesiderata fonte di disagio - veniva depennata come entità diagnostica solo con la revisione del Dsm III-R, nel 1987.

Orgasmo

La fase orgasmica consiste, sia nell'uomo che nella donna, in una serie di contrazioni della muscolatura pelvica. Nell'uomo si distinguono ulteriormente due momenti, quello dell'emissione del liquido spermatico, percepita sotto la forma di sensazioni dell'inevitabilità eiaculatoria, che consiste nella contrazione riflessa della muscolatura prostatica, dei deferenti e delle vescichette seminali, e quella dell'eiaculazione, successiva all'emissione di una frazione di secondo, che si manifesta con una serie di contrazioni ritmiche dei muscoli striati alla base del pene.

L'orgasmo femminile possiede invece solo una delle due componenti: quella corrispettiva all'eiaculazione, ma consiste ugualmente in una serie di contrazioni da parte dei muscoli pelvici. Nonostante il clitoride con la sua stimolazione, abbia un ruolo fondamentale per il raggiungimento dell'orgasmo femminile (la vagina è infatti scarsamente innervata, soprattutto se paragonata al clitoride, dotato di un grado di sensibilità notevolmente superiore) esso non è coinvolto direttamente nella manifestazione orgasmica.

È opportuno segnalare un fatto di estrema importanza per comprendere meglio gli aspetti differenziali delle risposte femminili e maschili: l'avvio e l'incremento della tensione erotica assume generalmente

tempi diversi nell'uomo e nella donna. Il desiderio sessuale maschile sembra avere il suo apice all'età di 20 anni, per poi decrescere, ma molto lentamente, mentre quello femminile, dopo un'ascesa graduale, che inizia nel periodo dell'adolescenza, troverebbe il suo vertice molto più tardi (addirittura a 40 anni), per poi decrescere sempre molto lentamente. Anche all'interno d'un rapporto sessuale i tempi di reazione sembrano diversi: l'uomo manifesta generalmente una maggiore facilità di eccitazione, il che è vero specialmente per i soggetti più giovani, ma immediatamente dopo l'eiaculazione ha un periodo refrattario (non sente cioè rinascere l'impulso sessuale, se non a una certa distanza dal precedente), mentre la donna può presentare la situazione inversa: uno o più orgasmi possono ripetersi consecutivamente, sempre che persista una adeguata stimolazione.

Statistiche piuttosto aggiornate affermano ad esempio che durante l'atto sessuale, in termini approssimativi, circa il 50 per cento delle donne raggiunge l'orgasmo. Il motivo di tale sproporzione può invece essere individuato nel fatto che le modalità dei contatti sessuali di molte coppie, se vengono incontro ai desideri della maggioranza degli uomini, non corrispondono invece a quelli delle donne. Molti uomini non sanno che la penetrazione per la donna, dato lo scarso grado di sensibilità delle pareti vaginali, è assimilabile a quella che potrebbe essere una stimolazione dei testicoli per l'uomo. La donna necessita di un tempo di stimolazione molto maggiore per l'incremento della fase dell'eccitazione. Se lo stimolo si mantiene adeguato alle esigenze della donna, l'intensità della risposta sessuale aumenta rapidamente, ma se l'approccio risulta fisicamente o psicologicamente non efficace, o se viene interrotto, la fase può prolungarsi di molto o addirittura regredire.

P

Parafilie

Fantasie, impulsi o comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti quanto indispensabili ai fini dell'eccitazione sessuale. Questa definizione esclude, quindi, le situazioni a cui si ricorre occasionalmente, con un partner adulto e consenziente, al fine di creare varianti all'interno del rapporto sessuale.

Un aspetto fondamentale per diagnosticare patologie di tipo parafilico risiede nel grado di disagio e di compromissione a livello sociale, lavorativo o attinente ad





altre aree importanti per il soggetto che ne è affetto. Questi disturbi si manifestano solitamente fin dall'età adolescenziale e il loro decorso tende a essere cronico. Questi disturbi, in estrema sintesi, possono riguardare: oggetti inanimati o umiliazione o sofferenze di se stessi o del partner e quindi presentarsi come esibizionismo (esposizione dei genitali), feticismo (uso di oggetti inanimati), frotteurismo (toccarsi o strofinarsi contro una persona non consenziente); pedofilia (focalizzazione dell'interesse sessuale su bambini prepuberi), masochismo (ricevere umiliazioni o sofferenze), sadismo (infliggere umiliazioni o sofferenze), voyeurismo (osservare attività sessuali altrui).

Pedofilia

Termine che indica fantasie, impulsi sessuali o comportamenti ricorrenti o intensamente eccitanti con uno o più bambini prepuberi, generalmente di 13 anni o addirittura più piccoli.

L'attrazione pedofiliaca ha per oggetto sia maschi che femmine, seppure le vittime di sesso femminile siano più frequenti di quelle di sesso maschile. Alcuni soggetti affetti da questa patologia giustificano e razionalizzano questo comportamento sostenendo il "valore educativo" dell'atto sessuale e il piacere che lo stesso bambino ne ricaverebbe. Tranne i casi in cui questi disturbi sono associati a sadismo, in cui il comportamento pedofiliaco assume carattere particolarmente violento, il soggetto tende a ottenere l'affetto, l'interesse e la fedeltà del bambino stesso.

Pene

Organo sessuale maschile deputato alle funzioni urinarie (contiene anche la parte terminale dell'uretra), riproduttive e del piacere. Può essere distinto in tre porzioni: la radice, situata nello spessore del perineo anteriore e posta sotto la sinfisi pubica; il corpo, dalla forma cilindrica; il glande, rigonfiamento simile a un cono arrotondato al vertice, coperto da mucosa e rivestito da pelle retrattile; il prepuzio, che è assicurato al glande dal frenulo, o filetto, all'altezza del solco balano-prepuziale che lo separa dal resto del pene. Al suo interno vi sono i corpi cavernosi, grazie ai quali il rigonfiamento, dovuto all'afflusso di sangue in fase di eccitazione, avviene l'erezione. Sull'apice del glande si apre il meato urinario, orifizio terminale dell'uretra, dal quale fuoriesce anche lo sperma. Contrariamente a quanto si crede, non esistono enormi differenze nella dimensione del pene umano: a stato eretto misura mediamente fra i 10 e i 20 centimetri. Queste differenze non sono correlate né alla dimen-

sione del pene allo stato flaccido né allo sviluppo muscolare e scheletrico generale dell'individuo, né tantomeno alla potenza dell'attività sessuale. Il pene di dimensione maggiore riscontrato dalle indagini di Masters e Johnson apparteneva infatti a un uomo di statura non elevata e del peso di 69 kg, mentre quello più piccolo apparteneva a un uomo alto 1,80 m e del peso di 80 kg. D'altronde nessuna considera che quest'organo, durante il rapporto sessuale, non procura soddisfazione alla donna in base alle sue dimensioni assolute, non solo perché il piacere femminile è determinato da innumerevoli altre variabili, ma anche perché la vagina possiede uno spazio virtuale piuttosto che reale (capace di dilatarsi e di adattarsi a qualsivoglia misura di pene). Non va dimenticato infine che il piacere sessuale femminile riguarda principalmente il clitoride e i primi due terzi delle pareti vaginali.

Periodo di refrattarietà

Periodo successivo all'orgasmo maschile in cui non è possibile raggiungerne immediatamente un altro. Dopo l'eiaculazione, infatti, si rende necessaria una fase di riposo, variabile da individuo a individuo e a seconda dell'età. Diversa è la risposta sessuale della donna perfettamente in grado di ricevere successive stimolazioni e avere orgasmi multipli e continuativi.

Petting

Termine che indica una forma di comunicazione erotica in cui i baci, le carezze, la palpazione delle zone erogene, inclusi i genitali, possono portare all'orgasmo senza dover ricorrere alla penetrazione.

Piacere sessuale

È la sensazione che, in termini generali, si attribuisce all'attività sessuale. Condizione che non solo si esplica a livello dei genitali, ma che coinvolge tutte le zone erogene del corpo umano. Il piacere implica una complessa serie di fattori fisiologici, culturali, esperienziali e, di conseguenza, comportamentali che si esprimono nello strumento che spinge alla socializzazione (attraverso la ricerca di un partner) e anche alla procreazione (quindi ai fini della sopravvivenza della specie umana).

Polluzione notturna

Eiaculazione involontaria che si presenta durante il sonno. Solitamente è la risposta sessuale a un sogno a contenuto erotico. È in questo modo che molti adolescenti vengono a contatto per la prima volta con il proprio liquido seminale. La polluzione è un feno-





meno assolutamente normale che può verificarsi anche in età adulta, quando l'attività sessuale risulta rara o insoddisfacente.

Esiste anche un corrispondente femminile di questo fenomeno che si manifesta con lubrificazione vaginale e con analogo risposta orgasmica.

Preliminari

Contatti corporei che precedono il rapporto sessuale vero e proprio: baci, carezze, tocamenti, palpazioni, ecc. che hanno lo scopo di portare l'eccitazione al livello necessario alla penetrazione. I preliminari sono importanti soprattutto per la donna dato il bisogno di un maggior tempo e di una maggiore gradualità ai fini del raggiungimento di uno stato elevato di eccitazione sessuale, che le consentirà di vivere il rapporto in modo soddisfacente.

Preservativo

Il preservativo (o condom o profilattico) è una sottile guaina di gomma con la quale si può rivestire il pene durante un rapporto sessuale. In questo modo lo sperma non viene emesso in vagina, rappresentando un valido strumento contraccettivo. Per la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili compresa l'Aids il preservativo rappresenta l'unico mezzo sicuro. Questo nei confronti di tutte le modalità (etero- o omosessuali) in cui vi siano contatti tra pene e vagina, pene e bocca, pene e ano.

Protesi

In questi ultimi anni si sono notevolmente sviluppate le tecniche di impianto di protesi nei soggetti maschi affetti da disfunzioni erettile. Il meccanismo dell'eruzione del pene è il risultato di una complessa coordinazione fra impulsi nervosi, attività cerebrale e risposta vascolare e muscolare alle stimolazioni. Qualsiasi alterazione di questi meccanismi porta a disturbi erettili. Disturbi che sono da attribuirsi nella maggior parte dei casi a fattori psicogeni. Esiste però anche una vasta casistica di impotenza organica o indirettamente organica (abuso di fumo, alcool, droghe, ecc.), che in parte può essere affrontata da un medico (andrologo, endocrinologo o urologo) mentre altre volte richiede un intervento del chirurgo specialista.

Pubertà

Periodo di maturazione sessuale che si accompagna alla comparsa dei caratteri sessuali secondari: barba, peli, mammelle, ec. Nei maschi ha luogo in genere verso i 13-15 anni, nelle femmine verso i 12-24 anni. La

raggiunta maturità sessuale dal punto di vista organico non corrisponde alla maturità sessuale psicologica, che viene raggiunta poco più tardi. Per pubertà precoce s'intende la maturazione delle gonadi entro i 10 anni. Per pubertà tardiva s'intende la maturazione delle gonadi oltre i 16 anni.

S

Sadismo

Con questo termine vengono indicate le fantasie, gli impulsi, i comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti che comportano azioni, reali e non simulate, in cui la sofferenza psicologica o fisica, inclusa l'umiliazione, di un'altra persona è sessualmente eccitante per il soggetto.

Per taluni il piacere si esplica esclusivamente a livello di fantasia. Per altri le fantasie possono tradursi in comportamenti reali che sottolineano il dominio del soggetto nei confronti della sua vittima (imprigionare, schiaffeggiare, sculacciare, percuotere, bruciare, violentare, strangolare, mutilare, torturare, fino al caso più grave, quello dell'omicidio).

Sesso

Nell'accezione comune il termine identifica l'attività sessuale nel suo complesso. Il sesso può essere definito come il complesso dei caratteri genetici, anatomici, gonadici, endocrini, germinali, funzionali e psichici che distinguono, tra individui della stessa specie, il maschio dalla femmina. I due sessi si distinguono, oltre che per le ghiandole sessuali e gli organi genitali esterni, anche per altri caratteri tipici dell'uno o dell'altro sesso (dimorfismo sessuale) che si dicono caratteri sessuali secondari. Geneticamente i sessi differiscono per il numero o per la forma dei cromosomi o per ambedue i caratteri. Per esempio, nella specie umana, accanto ai normali cromosomi esiste una coppia di cromosomi sessuali uguali nella femmina, indicati con XX, diversi nel maschio, indicati con XY. Pertanto nella femmina si sviluppano cellule uovo tutte uguali con il solo cromosoma X e nel maschio due tipi di spermatozoi X e Y. Nella fecondazione si verificano due possibilità: XX (femmina), XY (maschio). In questi casi si dice che la femmina è omozigote e il maschio eterozigote.

Sperma

Liquido espulso dal maschio mediante eiaculazione.





Di colore biancastro, lo sperma, detto anche liquido seminale, è costituito da una parte liquida (plasma seminale) e una corpuscolata (cellule germinali o spermatozoi). Il plasma seminale, prodotto dall'epididimo, dalle vescichette seminali, dalla prostata e dalle ghiandole accessorie, ha una funzione determinante di veicolo e di nutrimento degli spermatozoi. Questi ultimi (detti anche gameti), prodotti dai tubuli seminiferi dei testicoli, costituiscono l'elemento maschile per la fecondazione. La loro produzione è continua. Le cellule sono depositate nelle vescichette seminali che fungono da serbatoio.

Spermatozoo

Gamete maschile destinato a fecondare l'uovo. Gli spermatozoi sono cellule di piccole dimensioni, formate da una testa, da una coda filiforme e da una parte intermedia. Hanno grande mobilità e procedono con la coda all'indietro. Fattori determinanti per la vitalità degli spermatozoi maturi sono la disponibilità di fruttosio, valori di temperatura compresi fra i 37 e 37,5 gradi centigradi e la leggera alcalinità del pH. (Vedi anche Apparato genitale maschile).

Sterilità

Per sterilità maschile o femminile si intende l'impossibilità assoluta a concepire. Concetto diverso da quello di infertilità, con il quale s'intende, per una coppia potenzialmente fertile, la difficoltà di concepire dopo un anno di rapporti non protetti.

La sterilità interessa circa il 20 per cento delle coppie. La responsabilità del maschio riguarda approssimativamente il 50 per cento dei casi.

Stimolazione orale

Stimolazione mediante la bocca dei genitali del partner. Nel caso in cui sia un uomo a stimolare i genitali della donna si parla più propriamente di cunnilingus. Viceversa il termine corretto è fellatio. Nel primo caso di stimolazione riguarderà il clitoride, le labbra vaginali e le zone circostanti. Nel caso della fellatio la modalità in cui si svolge è quella della stimolazione del glande, scendendo lungo tutto il resto del pene.

T

Terapia sessuale

Negli anni '60, presso l'Università di St. Louis, negli Stati Uniti, due studiosi, William Masters e Virginia

Johnson, partendo da un'indagine pionieristica sui meccanismi biologici dell'atto sessuale, hanno applicato alcune tecniche comportamentali alla cura delle disfunzioni sessuali, dando vita a un nuovo approccio terapeutico denominato successivamente (grazie agli ulteriori sviluppi apportati da un'altra studiosa, Helen Singer Kaplan), «New Sex Therapy» (Nuove terapie sessuali), applicato ai disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo e alla patologia del dolore.

Masters e Johnson conseguirono risultati terapeutici talmente eclatanti da essere considerati da molti specialisti dello stesso settore veri e propri pilastri nel trattamento dei disturbi sessuali, avendo portato allo studio di questa "nuova" disciplina (la sessuologia) il contributo più notevole dopo quello di Sigmund Freud (padre della psicanalisi). Con il pragmatismo tipico della mentalità nordamericana, schematizzarono i deficit di funzionalità sessuale sulla base del nuovo approccio terapeutico. Questo approccio si basa sulla prescrizione di una serie graduale di "esercizi" o "mansioni sessuali", che la coppia deve poi mettere in pratica nel privato, e che hanno lo scopo di diminuire progressivamente l'ansia con cui la coppia vive l'esperienza sessuale, fino a neutralizzarla. A differenza del metodo psicanalitico, che tende a vedere sempre nella patologia sessuale un problema legato al mondo dell'inconscio, con delle radici molto profonde a livello di conflitti intrapsichici da risolvere, in questo tipo di terapia si pone invece l'accento sulle cause immediate del sintomo, in primis l'ansia.

Terza età e sessualità

Con questo termine si indica il raggiungimento della menopausa, per la donna, e dell'andropausa per l'uomo. In questa fase la risposta sessuale dell'essere umano tende a modificarsi. E spesso questo periodo viene interpretato come la fine della vita sessuale, generando paure e ansie che si traducono in un graduale calo di desiderio. In realtà la vita sessuale di una persona meno giovane può trovare risposte adeguate nella qualità delle prestazioni che, sebbene ridotte di numero, possono tradurre in pratica tutta l'esperienza che probabilmente manca ai più giovani. Essere anziani, quindi, non significa assolutamente rinunciare ai piaceri della vita sessuale.

Nella sessualità maschile è naturale che con l'aumentare dell'età occorre un tempo sempre maggiore per ottenere un'erezione e un'eiaculazione, avvertita, inoltre, meno intensamente. Occorre poi una stimolazione più sensoriale che immaginativa. Nell'am-





bito sessuale ciò vuol dire che occorreranno meno stimoli visivi e più stimolazioni tattili. Una maggiore esperienza, una migliore conoscenza della sessualità, il fatto di poter prolungare lo stato di erezione antecedente l'eiaculazione (per l'uomo) possono significare uno stimolo positivo sia per l'uomo che per la donna. Per quest'ultima la menopausa coincide con una riduzione della lubrificazione vaginale. Ma è pur vero che a essa corrisponde un aumento di testosterone nel sangue (definito come ormone del desiderio). All'avanzare dell'età si associa quindi un'intensificazione fisiologica del bisogno d'amore. Sta solo alla donna coglierne gli aspetti migliori.

In definitiva, l'essere umano può continuare ad avere rapporti soddisfacenti a qualsiasi età seppure con modalità e tempi diversi, come d'altronde avviene per qualsiasi altra attività fisiologica.

Transessualismo

Può essere definito come il sentimento di un individuo di appartenere a un sesso diverso da quello anatomico, con il desiderio intenso ed ossessivo di cambiare la propria conformazione sessuale per vivere in sintonia con questa sensazione forte e persistente. Il transessuale è un individuo con organi genitali e caratteri sessuali secondari che non riconosce come appartenenti alla propria identità vissuta interiormente, a livello psicologico.

Transomosessualità

Termine con il quale gli autori hanno inteso indicare quelle persone che, a differenza dei transessuali, avvertono non solo una profonda e segnante discrasia tra la propria identità anatomica e quella interiore, ma che, sotto il profilo psicologico, provano attrazione sesso-affettiva per individui del sesso opposto, rispetto a quello di nascita, e dello stesso sesso rispetto a quello che riflette l'identità interiore.

Più facile comprendere che cosa si intenda per transomosessualità con due esempi. Basti pensare a una persona che all'esame dei genitali appare di sesso maschile ma che dimostra una personalità femminile forte e dominante. Si tratta però di una donna (transomosessuale) che non è attratta da uomini ma da donne. Il desiderio intimo e profondo è quindi non solo quello di essere donna, ma anche lesbica (translesbismo). Analogamente, una ragazza che alla nascita avverte una forte spinta alla mascolinità e al tempo stesso attrazione sesso-affettiva per individui di sesso maschile è annoverabile tra persone caratterizzata da un'identità di tipo omosessuale.

Travestitismo

Fantasie, impulsi, comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti da un punto di vista sessuale riguardanti il travestimento in un maschio eterosessuale. Il travestitismo può rappresentare un comportamento solitario (generalmente associato alla masturbazione) oppure essere condiviso con uno o più partner anch'essi eterosessuali. Alcuni maschi indossano un capo di abbigliamento femminile (è il caso della biancheria intima celata da abiti maschili), altri assumono, tramite abbigliamento e trucco, sembianze femminili. Può anche essere praticato in pubblico, sebbene il travestito è solitamente un maschio che nella vita quotidiana passa inosservato.

V

Vagina

Condotto muscolo-membranoso che costituisce l'ultimo tratto del canale genitale femminile, il quale va dall'utero al vestibolo della vagina e quindi ai genitali esterni (vedi Apparato genitale femminile). Ha forma cilindrica un po' appiattita e si presenta come una cavità virtuale poiché le sue pareti, pur combaciando, possono assumere varie dimensioni, soprattutto durante un rapporto sessuale e durante il parto. Ha lunghezza variabile con decorso obliquo dalla profondità in basso e un poco in avanti rispetto all'asse del corpo. Ha inizio al di sopra del diaframma pelvico e si inserisce sul contorno del tratto terminale del collo uterino, che sporge nell'interno della vagina.

Vaginismo

Per comprendere i meccanismi di questo disturbo occorre fare innanzitutto una netta distinzione tra dispareunia e vaginismo, spesso e a torto accomunate o confuse nel loro contenuto patologico.

Per dispareunia si intende quella manifestazione di dolore genitale associato al rapporto sessuale che può, contrariamente a quanto si crede, colpire sia uomini che donne. Nell'accezione clinica più comune, questo termine viene spesso erroneamente associato e confuso, come appena accennato, con quello di vaginismo, patologia che, pur rendendo ugualmente doloroso se non impossibile il coito, oltre al fatto di colpire, a differenza del primo, esclusivamente la popolazione femminile, ne differisce anche per le connessioni psicologiche a livello individuale e di coppia. Entrambi i sintomi condividono invece il fatto di ar-



recare dolore - non necessariamente correlato a evidenti anomalie genitali e neppure agli effetti fisiologici determinati da altro tipo di condizioni patologiche, di cui sono solo una manifestazione secondaria e rientrano quindi nella patologia di pertinenza ginecologica, urologica oppure andrologica, e che entrambi hanno la caratteristica di comparire fin dall'inizio della vita sessuale (disfunzione primaria) oppure in una sua fase successiva (secondaria).

Dal punto di vista funzionale, il vaginismo, una patologia che si presenta con estrema frequenza all'osservazione sessuologica e ginecologica, è uno spasmo involontario del muscolo elevatore dell'ano, della vulva e dell'orifizio vaginale, che si verifica ogni qualvolta si prospetti anche solo l'eventualità della penetrazione in vagina da parte di un corpo estraneo, con l'effetto conseguente di rendere impossibile l'introduzione non solo del pene, ma anche di un dito, di tamponi interni e/o di medicazioni specifiche.

Questa reazione involontaria di fuga o di diniego rende perciò impensabile non solo un rapporto sessuale completo, ma anche un'avisita ginecologica per via vaginale. A ogni tentativo in questo senso la donna reagisce inevitabilmente con un irrigidimento della muscolatura vaginale.

Tra le cause di questo disturbo vi possono essere esperienze traumatiche legate alla genitalità femminile come una violenza sessuale o una visita ginecologica particolarmente dolorosa. Ma, molto più frequentemente, l'ignoranza oppure convinzioni rigide nei confronti della sessualità possono portare ad associare la penetrazione a un evento doloroso. Fortunatamente la preclusione alla penetrazione costituisce, nella maggioranza dei casi, una risposta di tipo fobico, scissa da profonde problematiche di personalità. Il trattamento è quindi essenzialmente focalizzato alla modificazione delle cause immediate del sintomo, principalmente di tipo fobico, ed è integrato con una serie di istruzioni che permettono una migliore conoscenza da parte della donna del proprio apparato genitale e da parte della coppia di sviluppare uno stile di comunicazione più aperto.

Verginità

Con questo termine si indica la condizione di chi non ha mai avuto rapporti sessuali completi.

In senso fisiologico corrisponde nella donna all'integrità di quella sottile membrana, l'imene, posta tra l'ostio vaginale (ingresso della vagina) e la vagina stessa. L'imene permette comunque il passaggio del sangue mestruale che compare con il menarca.

Questa membrana si sfrangia, normalmente, durante la prima penetrazione o in seguito a ripetute stimolazioni manuali. Il passaggio dalla verginità all'ingresso in una vita sessuale nuova comporta, nella maggior parte dei casi, perdite ematiche ma non necessariamente dolore.

Voyeurismo

Fantasie, impulsi sessuali, comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti sessualmente che comportano l'atto di osservare di nascosto e in modo furtivo soggetti ignari, di solito estranei, mentre sono nudi, mentre si spogliano o mentre sono impegnati in attività sessuali. Il voyeurista ottiene l'orgasmo, solitamente indotto mediante masturbazione.

Z

Zone erogene

Mappa varia e vastissima in cui una determinata parte del corpo genera sensazioni particolari che arricchiscono il piacere sessuale.

Sia nell'uomo che nella donna i genitali risultano essere le parti del corpo più reattive, seppure questa stessa specificità appartenga a molte altre zone del corpo, come la bocca, le labbra, la lingua, il seno, i capezzoli, il collo, l'ano, le mani, i piedi, ecc.

Le zone erogene rappresentano una sorta di geografia corporea difficilmente tracciabile, in quanto, a esclusione di quelle parti ritenute universalmente sensibili, è fondamentalmente soggettiva.

Giorgia della Giusta si è specializzata in sessuologia alla University of California. Nel 1978, con il professor Romano Forleo, ha fondato e diretto il primo ambulatorio pubblico (e gratuito) di sessuologia in Italia. È membro del comitato direttivo dell'Associazione mondiale di sessuologia. È autrice, oltre che di numerose pubblicazioni scientifiche, di *La sessuologia* e di *Non di solo sesso...*

Stefano Campagna, giornalista, ha collaborato a diversi seminari tenuti presso l'Istituto di Psicopatologia del comportamento sessuale dell'Università «La Sapienza» di Roma. Ha ideato e condotto programmi radiofonici e televisivi.

Il **Dizionario del sesso**,
Editori Riuniti, lire 8.500
è in vendita
in tutte le librerie.

Le prime due parti del Dizionario
di Educazione sessuale sono state pubblicate
in **Avvenimenti** n. 2 e 3.



SOMMARIO

- Pag. 2 Omaggio a Saffo – Ringraziamenti**
- 3 Omaggio a Carla Lonzi e agli Indiani e Squaws Metropolitane**
- 4 Dizionario di Educazione Sessuale**

In copertina: Disegno di anTheós per Maia, metà febbraio 2000, Milano.
Coppia di serpenti simbolizzante l'energia cosmica, attorcigliata attorno ad un invisibile Lingam

Qui sotto: immagine tratta dalla rivista "Corrispondenze ed informazioni rurali"

