

01/03/2017

Testi d'esame

Testo fondamentale e obbligatorio: Dèttore, D. (2001). *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. Milano: McGraw-Hill.

Oltre al testo fondamentale, UN volume a scelta fra i seguenti:

- Batini F., & Santoni B. (a cura di) (2009). *L'identità sessuale a scuola. Educare alla diversità e prevenire l'omofobia*. Napoli: Liguori.
 - Dèttore, D., & Fuligni, C. (2008). *L'abuso sessuale sui minori* (II ed.). Milano: McGraw-Hill.
 - Dèttore, D. (2005). *Il disturbo dell'identità di genere*. Milano: McGraw-Hill.
 - Dèttore, D., & Lambiase, E. (2011). *La fluidità sessuale*. Roma: Alpes .
 - Dèttore, D., & Parretta, A. (2013). *Crescere nelle famiglie omosessuali*. Roma: Carocci.
 - Dèttore, D., Antonelli, P., & Ristori, J. (2014). *Il bullismo omofobico a scuola. Strategie di analisi e intervento basate sugli stereotipi e i ruoli di genere*. Roma: Alpes.
 - Dèttore, D., Ristori, J., & Antonelli, P. (2015). . *La disforia di genere in età evolutiva. Implicazioni cliniche, sociali ed etiche*. Roma: Alpes
 - Fenelli, A., & Lorenzini, R. (1999). *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Roma: Carocci. → trattato sessuale a orientamento cognitivista
 - Fisher, H.E. (2005). *Perché amiamo?* Milano: Corbaccio. → innamoramento romantico sta all'amore come un infante sta all'essere umano; innamoramento = prima fase dell'amore „*esattamente come un bambino è tanto carino e tenero...e poi, ahimè, cresce*“. Finisce per i neurotrasmettitori che non funzionano più, dura all'incirca un anno
 - Fossi, G., & Mascari, P. (2001). *L'immaginario. Fantasie e sessualità*. Milano: Angeli Editore. → fantasie sessuali
 - Kaplan, H. (1998). *Nuove Terapie Sessuali*. Milano: Bompiani. → rinforzo negativo (no punizione!) e positivo
 - Lambiase, E. (2009). *La dipendenza sessuale* (II ed.). Roma: LAS. → selezione sessuale
 - Miller, G. (2002). *Uomini, donne e code di pavone*. Torino: Einaudi. → la coda di pavone è un impaccio dal punto di vista pratico, non possono scappare velocemente
 - Montano, A. (2000). *Psicoterapia con clienti omosessuali*. Milano: McGraw-Hill → qual è l'approccio rispetto al trattamento dell'omofobia interiorizzata in particolar modo
 - Taurino A. (2005). *Psicologia della differenza di genere*. Roma: Carocci. → es: temperamento maschile/femminile. Da un punto di vista motorio i maschi sono più attivi (si allontanano di più dalla mamma, amano il gioco fisico violento). Esperimento scimpanzé con giocattoli vari da bambini: maschi battevano a terra e se li battevano addosso, le femmine prendevano quelli morbidi e li abbracciavano. 67% maschi temperamento maschile/femmine temperamento femminile. Temperamento cross-sex è un fattore predittivo. Prove orientamento spazio-temporale più bravi i maschi, mentre le femmine sono più brave in prove verbali.
- Le femmine transessuali migliorano se sottoposte ad androgeni, mentre i maschi sotto cross-sex non migliorano molto nelle prove verbali (anche se anch'essi vengono sottoposti a androgeni ed estrogeni.

“State attente alla fase del ciclo in cui siete. Serve per prevenire le nascite e i bozzi sulla macchina. Che già è difficile per il gentil sesso parcheggiare, poi sotto ciclo è un trauma per paraurti e tutto ciò che sporge dalla macchina.”

Modalità d'esame: Orale.

Scaricamento lucidi: <http://e-l.unifi.it> (piattaforma Moodle)

Es: "il doc nel soggetto è CONCLAMATO = spiega perfettamente la cui sintomi siano inesorabili, indubbi, evidenti

Durante il corso faremo delle simulate (psicologo/paziente).

Orari:

LUNEDÌ 09.30-11.00

MARTEDÌ 11.30-13.00

MERCOLEDÌ 09.00-10.30

01/03/2017

Nella sessualità intervengono fattori importanti dal punto di vista culturale, biologico. Col termine "sesso" ci si riferisce essenzialmente al punto di vista biologico.

Esistono gameti femminili e maschili.

Le lumache sono ermafrodite: hanno sia gameti femminili che maschili.

Si accoppiano però perché non possono autofecondarsi.

Negli esseri umani gli spermatozoi sono i gameti maschili e gli ovuli quelli femminili.

Quindi, da un punto di vista biologico i sessi sono solamente 2.

Le persone "mosaico" hanno una parte delle loro cellule fatte in una maniera e una parte del genoma diversa. Es: una parte portatrice della Sindrome di Down (una parte caratterizzata dalla mutazione della trisomia 21).

Esistono persone che hanno la "faces" della trisomia 21, ma il cervello del tutto normale.

Prima si chiamavano "ermafroditismi", poi "condizioni di intersesso", infine "condizioni disturbate dello sviluppo sessuale" quelle persone che hanno entrambi i sessi, biologicamente parlando.

Con il termine "genere" ci si riferisce a tutto ciò che la cultura fa fare alle persone per distinguerle in base al sesso a cui vengono attribuiti di solito alla nascita.

"Di solito" perché alcune culture attribuiscono il genere attorno ai 5 anni.

Le persone, in una Società, si comportano e atteggianno in modo abbastanza stereotipico rispetto agli "standard".

Gli stereotipi di genere sono delle "regole" che vengono attribuiti alla persona rispetto al ruolo di genere, dettate dalla cultura.

Es: il maschio non deve piangere e non lavora a maglia.

Il Transgender sostiene che ogni persona abbia il diritto di esprimere se stessa come meglio crede. Secondo questo punto di vista non esistono abiti maschi e abiti femminili.

Es: Concita è un Transgender coerente.

Le leggi occidentali non permettono di andare a giro travestite. Le leggi suntuarie dettavano come doversi vestire alle persone, a seconda del ceto a cui appartenevano. Prima ad esempio il celeste era considerato un colore "smorto" e quindi andava bene per le femmine, mentre il rosa essendo "forte" per i maschi.

"Quello è un uomo effeminato" non ha una connotazione positiva, mentre "quella è una donna virile" sì.

Il motivo è: perché un appartenente al sesso dominante deve somigliare al "sesso

dominato”? Il sesso dominato che “scimmietta” quello dominante invece “ha più senso”. Solo il 27% dei maschi omosessuali ha un ruolo di genere molto effeminato. La maggior parte ha un forte ruolo di genere mascolino.

La sessualità è nata fondamentalmente per la riproduzione, quindi legata alla procreazione.

Siamo il terzo Paese più vecchio al mondo dopo il Giappone e la Germania.

Il secondo elemento importante che connota la sessualità è che è legata al piacere.

Tutto ciò che produce piacere è potenzialmente pericoloso. Questo perché produce rinforzo ed è portata quindi la persona a ripetere il comportamento.

Un altro aspetto che coinvolge la sessualità è l'intimità.

La masturbazione è una fase importante nella sessualità: “obbligata” per gli uomini e un po' meno per le donne.

Un elemento dominante nelle donne è il coinvolgimento emotivo, mentre per gli uomini non è necessariamente importante.

La sessuologia come disciplina scientifica: la storia della sessuologia

Nasce nella seconda metà dell'800 da parte di psichiatri o medici. All'epoca vigevano 2 prospettive teoriche fondamentali.

Il concetto di “degenerazione” era stato introdotto in medicina generale (da Morello e Damagnan) che sosteneva che il genere umano fosse nella prospettiva di un progressivo miglioramento, nella progressione delle specie ci si adatta.

In alcune persone il processo si inverte, ecco che nasce il concetto di “degenerato”. I malati mentali sono dei degenerati, che anziché migliorare tendono a tornare verso situazioni più primitive.

Richard Von Kraft-Ebing pubblicò un trattato di sessuologia, il primo della storia: “Psychopathia Sexualis”.

Nel 1886 scrisse che le degenerazioni sessuali fossero dovute anche alla masturbazione.

Tissot, un medico francese, scrisse nel 1760 “L'Onanisme”. L'Onanismo è un termine antiquato per indicare la masturbazione. In realtà è un errore: Onan aveva un fratello e da tradizione, essendo scapolo, dovette sposare la moglie del fratello morto. Non concordando con questa tradizione, operava un coitus interruptus per non ingravidarla.

[“E' un metodo antipatico che lascia problemi, oltre che bambini”]

Tissot pensava che la masturbazione portasse alla perdita del midollo spinale, problemi psichiatrici e malattie della pelle.

Nel 1950 giravano libri, soprattutto di impostazione cattolica, secondo cui la masturbazione era sbagliata.

Henri riteneva che le impostazioni sessuali fossero ereditarie.

Introdusse prima di Freud il “simbolismo erotico”: sostiene che le perversioni sessuali siano la trasformazione dell'energia sessuale equivalenti all'arte, la poesia, è l'equivalente della sublimazione.

Scrisse un trattato sull'omosessualità mettendo in dubbio che tutti i casi di omosessualità fossero patologici.

Il secondo autore nel campo degenerativo fu Freud.

La sua teoria dello sviluppo sessuale è degenerazionale. Le fasi della sessualità per lui sono: orale, anale, fallica, latenza e genitale.

Un bambino che si mette in bocca un ciuccio, però, si seda non si eccita. Il nucleo del tratto solitario è uno dei nuclei sincronizzanti del nostro organismo, quindi porta a sonnolenza.

[“Se tu vuoi titillarti il pipino o la patatina lo fai in altre situazioni, non in pubblico”]

La fase fallica (fallico-clitoridea per le femmine) è incentrata sul benessere per se stessi.

Nella fase genitale si fa con un partner, non più da soli.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è la personalità anale che si è fissata nel controllare. Freud non considerò mai l'omosessualità come una degenerazione: sosteneva che gli esseri umani fossero bisessuali.

Gli oppositori principali alla derubricazione dell'omosessualità dal DSM, furono psicoanalisti difatti.

Nella sesta edizione del DSM-II nel 1974 fu eliminata dall'APA, per poi essere reinserita nel DSM III.

1° LEZIONE (2016)

DIFFERENZA SESSO e GENERE

in sessuologia non sono sinonimi, anche se collegati

il SESSO concetto prettamente biologico, si basa sul fatto che la > parte degli esseri viventi cartt dal fatto che ogni specie si presenta con 2 presentazioni:

con gonadi maschili e gonadi femminili, quindi differenziate x questo e x il fatto che fenotipo maschile e femminile son diverse sia a liv esteriore, che fisiologico

interno e anche cerebrale. Di sessi ne esistono solo 2 tipi, perchè esistono solo 2 tipi di gonadi, le condiz di ermafroditismo sono considerate patologie

GENERE concetto culturale non biologico, riferito al fatto che ogni cultura ha modalità sue proprie per manifestare in vari modi il fatto che una persona presenta un det sesso, l'abbigliamento legato al genere non al sesso (perchè non c'è motivo biologico per cui io non posso portare una gonna, è una decisione della cultura)

Ogni cultura definisce come si deve comportare il maschio o la femmina, nella nostra cultura il genere corrisponde al sesso: maschile e femminile

esistono culture in cui ci son + di 2 generi (in genere 3, al massimo 7, max di generi sviluppati da una cultura umana)

modalità di espress di persone che hanno un sex maschile o femminile che seguono regole particolare es: sciamano siberiano, appartengono ad un 3° genere, biologicamente

sono uomini ma assumono componenti del genere femminile, indossano strumenti delle femmine tipiche, e vengono attribuiti ad un 3° genere che ha caratteristiche miste, uomini che si comportano con caratt femminile, 3° genere ha caratt particolari essere dotati di poteri magici (si rivedrà nella disforia di genere)

Trangender non ha a che fare con il transessualismo, ideologia transgender ritiene che ogni individuo abbia diritto di esprimere il proprio genere come meglio crede senza seguire stereotipi legati alla cultura, ciascuno si può vestire come vuole perchè non ci sono vestiti/modi di essere/attività tipicamente maschili o femminili ma nella cultura non va così, ci sono ruoli stereotipicamente maschili o femminili

GENERE ha delle conseguenze pesanti su tutti quanti noi, ha conseguenza + pesanti sui maschi, la definiz del genere maschile è più rigida (deve fare alcune cose, non può fare cose femminili)

Sessuologia come scienza nasce nell'800, mai avuto un prima, una sua identità come a sè stante, nasce nella seconda 1/2 dell'800

si è divisa anch'essa secondo 2 prospettive tipiche della psichiatri dell'epoca:

1) prospettiva della degenerazione -> introdotto il concetto di degenerazione da 2 medici; si inseriva nelle nuove concezioni evolucionistiche introdotte da Darwin e colleghi, sul fatto che l'essere umano era in continua evoluzione in uno sviluppo sempre migliorativo (siamo nel positivismo)

in alcuni individui questo sviluppo in un cervello sempre più raffinato/complesso si blocca e ritorna indietro, concetto di malattia mentale come degenerazione su ritorno su funzionamenti più primitivi, questa regressione si sarebbe potuta trasferire geneticamente da padre a figlio, e quindi diventare sempre più degenerata, quindi di generazione in generazione peggiorare e sviluppare patologie sempre + gravi

Il più famoso autore in campo sessuologico era Ricard von Kraft-ebing (psichiatra e sessuologo) pubblicò un immenso volume "psicopatia sexualis" tradotta in 2 volumi italiani enormi, contiene centinaia di casi di aberrazioni sessuali scritte in latino, perchè si riteneva che solo le persone colte potevano leggere queste cose senza esserne traviate

KRAFT-EBING analizzava i dist parafilici (perversioni sessuali), lui abbracciava la teoria della degenerazione, riteneva queste persone degenerati, ma aveva accettato anche la teoria associativa di Binet moduli degenerati son frutto di apprendimento associativo (condizionamento classico)

quindi aveva alcuni asp moderni ma anche più vecchi, appoggiava le idee di Tissot (medico francese che nel 1860 pubblicò un trattato sull'onanismo, sulla masturbazione onanismo era il termine dotto, derivate dal peccato di Onan nella Bibbia, in realtà era il coito interrotto il suo "crimine", onanismo sprecare sperma non andava bene, Tissot diceva che masturbarsi in età giovanile/adolescenziale faceva malissimo al maschio, perdeva midollo, diventava più debole, sviluppava patologie, anche mentali)

07/03/2017

La fissazione in uno sviluppo precedente la fase genitale, secondo Freud, fa sì che ci sia una degenerazione sessuale.

L'omosessualità è un reato e nel 1970 fu il Regno Unito ad eliminarla per ultimo dai reati. In Italia dal 1960 fu derubricata invece.

Un famoso Principe fu accusato di omosessualità, come il caso del Generale vestito col tutù e le punte da ballerina a cui venne un infarto.

Magnus Ischber (accompagna Lily de "The Danish Girl" = storia romanzata di uno dei primi interventi chirurgici di riattribuzione di genere: primo intervento con asportazione del pene, secondo intervento ovaie rigettate da un cadavere e nel terzo intervento le trapiantarono un utero → isetticimia fulminante che la uccise).

L'approccio ai disturbi psichiatrici nell'ambito della degenerazione fu alla base della moderna neuropsicologia.

La prospettiva opposta a quella della degenerazione non vede un netto iato tra gli aspetti psicologici e la normalità. Ciò che è patologico sarebbe quindi un aumento qualitativo di ciò che è normale nella popolazione.

Es: l'idea di riferimento con vaghi aspetti persecutori sono presenti in tutti noi ("cos'ha quel cretino da ridere di me?").

Il più importante sessuologo che caratterizza questa visione fu Ivan Block, che nel 1906 pubblicò un trattato di sessuologia "Scienze Sessuali".

Secondo Freud il bambino è un perverso sessuale, quindi tende a soddisfare sessualmente ogni suo bisogno. Con la crescita dalle pulsioni libidiche passa alle pulsioni

dell'Io. Vengono introiettate le regole genitoriali, creando la censura e magari riuscendo a sublimare (es: ho forti pulsioni orali, divento un cantante lirico). Block è contrario alla teoria freudiana, sosteneva che le pulsioni sessuali fossero legate a eventi, al clima, alla cultura.

Effetto Colidge (stimoli nuovi presentati continuamente) = il sottoporsi in continuazione a stimoli eccitanti portano alla saturazione

Colidge fu un presidente degli Stati Uniti. Andarono a visitare un allevamento: la moglie gli fece notare che c'era solo un gallo, che doveva essere sessualmente molto attivo per soddisfare tutte quelle galline. Le rispose che il motivo poteva essere proprio grazie al fatto che non fosse sempre la stessa gallina.

Nel dibattito attuale esiste una pseudomosessualità e un'omosessualità vera e propria. Nella Grecia Antica poteva essere un esempio di pseudomosessualità per voglia di variazione (es: carcere o esercito).

La vera omosessualità, secondo Block, era dovuta a cause biologiche in base a eventi avvenuti nella vita fetale.

Ischber sostenne che ogni essere umano fosse bisessuale. Totipotente = può andare in una direzione o nell'altra)

Nella Grecia Antica era l'Erastes (la giovane amante, maschio adulto) che portava all'adulterità un maschio giovane.

Per la mentalità greca classica essere penetrato è inconcepibile, è una posizione passiva caratteristica solo delle donne, sesso considerato inferiore.

Le prime statue greche infatti, i Kuroi, sono maschi giovani, perché consideravano l'uomo il sesso perfetto.

Negli anni '20-'30 la ricerca scientifica fu quasi a zero, perché prevalse l'approccio psicoanalitico che contrastava lo studio scientifico in psicologia clinica.

Negli anni '30 uno studioso americano scrisse a Freud, con in allegato un articolo, che aveva fatto una ricerca scientifica che dimostrava degli studi di Freud, il quale gli rispose che non poteva fare danno la sua ricerca e che già il metodo clinico da solo dimostrava già i concetti da lui teorizzati.

Negli anni '50 (1948-1953) comparvero i rapporti Kinsey. Era un medico americano che pubblicò un'opera di analisi scientifica sulla sessuologia: primo grande studio compiuto su una popolazione numerosa come quella americana. Era un'intervista strutturata estremamente pedante che affrontava tutti gli aspetti sulla sessualità.

La Fondazione Kinsey è uno dei maggiori Centri di ricerca sessuologica che esiste ancora oggi.

Negli anni '60 in sessuologia comparvero i nomi dei padri della Terapia Sessuale (forma di psicoterapia per trattare la sessualità): Masters (sessuologo) & Johnson (comportamentista).

“Nuove Terapie Sessuali” di Helen Kaplan è stato il primo trattato di terapia sessuale. Era una psichiatra psicoanalista: in terapia sessuale la psicoanalisi non funzionava e sosteneva di usare tecniche comportamentali.

Analizza anche una quinta fase del desiderio, analizzata anche da Masters & Johnson.

La prima paziente del Dettore soffriva di una sindrome vertiginosa psicosomatica, che guarita, poi gli volle dire anche che non provava orgasmo. E' soddisfacente per un terapeuta, perché nella sessuologia i risultati son ben visibili.

Fino agli anni '90 l'erezione del clitoride femminile si credeva fosse fisiologicamente uguale all'erezione del pene maschile.

Quando inventò il viagra (rombo azzurro), lanciò poi il viagra rosa (triangolo rosa) ma non produce un miglioramento fisiologico sessuale femminile.

L'anatomia della fisiologia sessuale femminile

La vulva è composta dalle piccole labbra e le grandi labbra (esterne): la parte compresa si chiama vestibolo ("ingresso" della vagina). Le piccole labbra si vengono a fondere nel cappuccio del clitoride.

Si fondono poi nella fourchette (forcella o forchetta). A ore 5 e 7 ci sono i dotti della ghiandola vestibolare maggiore (del Bartolini) e producono liquido lubrificante. Si possono infettare, causando le Bartoliniti (cisti).

La struttura del clitoride è molto simile (ha l'asta) a quella del pene. Ha 2 crus (in latino, crura = gambe), radici che si fissano sull'osso del bacino. Sono i 2 corpi cavernosi su cui si pianta il clitoride.

Il corpo spongioso costituisce il glande e si trasforma nei due bulbi del vestibolo, che corre all'interno delle grandi labbra. Sono corpi erettili, in fase di eccitamento di gonfiano di sangue e diventano più duri. Producono l'estroflessione delle grandi labbra. In fase di penetrazione il pene batte continuamente contro queste, stimolando il clitoride.

L'imene è una membrana che chiude l'ingresso vaginale. Si ha la deflorazione con la penetrazione per la prima volta

L'imene compiacente si ha quando l'imene anulare (quello più diffuso nelle donne) permette la penetrazione senza rompersi.

L'imene a setti ha una banderella in mezzo che deve necessariamente essere deflorato, come l'imene cibroso. Il parvus introitus (caruncole mirtiforme) è quello di una donna che ha appena partorito.

La vagina non è "dritta" è una sorta di fiaschetta curva. Sono ripiegate su se stesse e formano una "H". Il primo terzo inferiore della vagina contiene i recettori del piacere, gli altri 2 no.

["un pene molto lungo può essere pittoresco ma non molto funzionale. Può essere carino a vedersi"]

L'utero in posizione femminile è piegato in avanti, alcune donne lo hanno retroverso.

I prolapsi vaginali sono degli sfiancamenti che fa sì che il primo terzo anteriore sia una struttura a fianco. Tramite gli esercizi di Kruger possiamo prevenirlo in parte.

Per poter avere un rapporto sessuale penetrativo soddisfacente (che non faccia male), la vagina deve essere ben lubrificata.

La donna non ha ghiandole lubrificanti, produce lubrificazione mediante il processo di trasudamento: le pareti della vagina del terzo anteriore si inturgidiscono in seguito a una vasodilatazione dei vasi sanguigni che la attraversano. Si crea una sorta di manicotto e le pareti diventano semipermeabili alla linfa del sangue. Questa attraversa il tessuto delle pareti vaginali e si trasforma quindi in liquido lubrificante.

L'eccitamento sessuale fisiologico è definito in base alla vasodilatazione delle pareti vaginali, nella donna.

In teoria bastano fisiologicamente 2 minuti nel maschio, mentre nella donna è più lenta.

Ecco perché le donne si lamentano del poco tempo dei preliminari, mentre per l'uomo sono eccessivi (lui è "pronto" per la penetrazione).

Passano dalle 3 alle 4 ore prima dell'eccitamento sessuale completamente azzerato, nella donna (dall'ultima fase dell'eccitamento), mentre nell'uomo dall'ultima fase bastano 1-2 minuti.

2° LEZIONE 07/03/2016

psicopatici -> persone che nascevano senza senso morale (nel passato)

attualmente con Psicopatia -> quadro clinico di > gravità del dist antisociale di personalità, grave forma di Dist antisociale di personalità, grossi deficit nell'empatia e caratteristiche di personalità di grandiosità, ritengono di dover avere privilegi

psicopatia sexuales -> persone con comp sex aberrante (considerato all'epoca amorale), la descrizione di questi casi fatta in latino perchè si riteneva che solo persone colte potessero leggerle

Kraft-Ebing pur considerandoli dei degenerati riteneva che queste persone dovessero essere aiutate e sostenute, non guariti (perchè non si poteva guarire)

Altra fonte di degenerazione di problemi era la Masturbazione -> K.E. riteneva che anche la masturbazione fosse fonte di gravi problemi sessuali

Altro autore importante nella storia della sessuologia Henry everock ellis (?) uno dei primi che precorse Freud x quanto riguarda il simbolismo sessuale, sostenne che le rappresentazioni grafiche/erotiche o altre forme di arte erotica nella cultura umana fosse un equivalente erotico, le espressioni artistiche rappresentavano espressioni di sintomi sessuali (servivano a soddisfare pulsioni sessuali) Everock ellis uno dei primi a scrivere sull'omosessualità -> grosso trattato incompleto (morì prima di pubblicarlo) pubblicate solo parti, considerati volumi troppo audaci tale da mettere in cattiva luce E.E. (sembrava fosse omosessuale represso, nonostante fosse sposato)

Atteggiamento molto comprensivo verso gli omosessuali, ma si considerava ancora come patologia

Termine omosessualità inventato da un austro-ungarico Benkit (?) -> opuscolo contro una legge tedesca che andava contro i comportamenti omosessuali, curiosamente 1865 l'Italia eliminò le leggi contro gli omosessuali, l'ultimo paese europeo fu Gran Bretagna (1972)

E.E. per riferirsi alle persone omosessuali usava un termine a lungo usato dalla popolazione colta europea -> "INVERTITI" ci si riferiva solo agli omosex maschi gay -> persona che trova attrazione x stesso sesso e si identifica in questo caso omosessuale -> non accetta l'identificazione, (gay e omosessuale non sono sinonimi)

Non usare la terminologia "omosessuale" ma "persona omosessuale"

Invertito -> a quell'epoca c'era una visione dell'omosex maschile caratterizzata da persone biologicamente di sex maschile ma con caratt femminili

altro termine storico -> URANISTI o ORNINGI deriva dal Dio Urano, mai entrato nel lessico, veniva detto che Urano era il protettore degli omosessuali

sottocategoria -> effeminati (circa il 23% dei maschi omosex sono effeminati)

Altro esponente della degenerazione -> Sigmund Freud come studioso della sex umana appartenente al gruppo di fautori della degenerazione, pensando alla teoria dello sv sex di Freud e il concetto di fissazione vediamo che x Freud la psicopatologia nasce dalla fissazione, lo sviluppo invece che andare in avanti torna indietro

In Freud il concetto di degenerazione si trasforma in fissazione, normale sv sex quando la libido si sposta dalla fase orale, anale, fallica, latenza, genitale (dalla preadolescenza in cui l'energia libidica torna ad esser centrata sui genitali ma diventa un investimento oggettuale all'esterno, genitali servono ad essere utilizzati con un'altra persona, libido da narcisistica ad essere utilizzata con l'altro)

x Freud questo sv può fissarsi perchè la libido rimane fissata su una det parte del corpo e non prosegue, rimane una sessualità primitiva/non completamente sviluppata la fissazione alla fase orale può venire sublimata, può essere utilizzata a scopi utili (cantanti mostrerebbero una fissazione alla fase orale, dist alimentare persistenza fissazione alla fase orale), fissazione alla fase anale = produce

personalità anale = ossessiva, tende all'ipercontrollo che deriva da un desiderio ossessivo del controllo sfinterico (costrizione dovuta ai genitori)
Altro autore Magnus Ischber primo sessuologo a seguire una persona che voleva perseguire una sessualità diversa (the danish girl)

Tutti quanti questi autori pensavano che tutte le perversioni sessuali fossero problemi di natura biologico, con l'eccezione di Freud -> sempre sostenuto che gli esseri umani nascono bisessuali, non ha mai detto ufficialmente che l'omosex è una patologia

Quelli che hanno fatto danno sono stati i suoi seguaci, tutti gli psicoanalisti dopo Freud considerato omosex come patologia dovuta alla fissazione ad una fase, frutto di cattivi rapporti con madre/padre ecc..

Seconda corrente dominante della psichiatria/sessuologia dell'epoca visione che considerava una netta separazione tra ciò che è patologico e ciò che è normale ma una sorta di continuità tra patologia e normalità (visione anche moderna), non c'è una frattura netta tra patologia e normalità

Ivan Block -> primo vero trattato di sessuologia, non ci si concentra solo sulla psicopatologia ma anche sulla normalità, riteneva che sicuramente la biologia dava un imp contributo allo sv sex ma anche gli eventi di vita potessero contribuire a ciò che una persona diviene da un pdv sex non divideva il concetto di degenerazione e non divideva il concetto freudiano di tendenza naturale alla perversione (bambino tendenzialmente perverso) in questo teneva presente sia le tradizioni culturali di vari popoli e che ci potessero essere dei condizionamenti che legano l'eccitamento sex a situazioni particolari e quindi associazione eccitazione con vari stimoli

2 tipi omosessualità: pseudoomosex deriva da situazioni di vita (desiderio novità, impossibilità ad avere partner di sex f)
e omosex autentica -> basata su causa solo biologiche

Con il prevalere della psicoanalisi degli anni 20-30 la sessuologia si fermò è diventò coincidente con la psicoanalisi, fino a anni 50 la sessuologia non ha dato autori importanti, ne studi rilevanti (psicoanalisi non conducevano all'epoca studi scientifici, eccetto Jung)

Si deve il risorgere della sessuologia scientifica ad Alfred Kinsey (medico americano) pubblicò il 1° studio statistico dei comportamenti sessuali umani, dimostrò come i comp varianti sessuali fossero + frequenti di quanto si credeva, rilevò che i comp sex occasionali erano presenti in % elevate di persone

Ancora oggi si fanno rianalisi dell'analisi di Kinsey

I secondi padri della sessuologia moderna furono Masters & Johnson (ginecologo e psicologa comportamentista), (serie tv Masters of sex) reclutarono uomini e donne e fecero loro far sesso in laboratorio, per avere visione precisa di ciò che accade fisiologicamente in un rapporto sessuale

M&J elaborarono una teoria dell'eziologia delle disfunzioni sessuali e svilupparono le prime tecniche di terapia sessuale

I genitori della sessuologia moderna non furono solo M&J ma anche una psichiatra/psicoanalista Ellen Katland (c'è uno dei libri a scelta) sviluppa delle tecniche usate ancora oggi, ebbe il coraggio di dire che la psicoanalisi x la > parte delle disfunzioni sex non serve a niente ma dice che sono utili tecniche comportamentiste, estremamente ottimista pensava che con queste procedure si sarebbero risolte tutti i dist sex dell'epoca (anni '70)

Sessuologia poi ulteriormente sviluppata recentemente tra USA e Inghilterra, con l'intrusione di qualche autori olandesi, danesi, tedeschi
In Italia l'ambito sessuologico non ha avuto un grandissimo peso, è stata dominata dalla psicoanalisi fino agli anni '80 = rallentamento ricerca, dagli anni '90 con l'apporto dell'approccio CBT e degli endocrinologi fatti studi anche di una certa importanza, a Firenze professor Maggi (endocrinologo)
da un pdv degli psicologi oltre a Dettore, a Roma prof.ssa Simonelli...
bisogna dire che la psicologia non ha dato notevoli contributi

Fine parte Storica

08/03/2016

Il patrimonio di cellule uovo potenziali vengono prodotti dalla donna al momento della pubertà. Questi ovociti sono circondati da cellule che formano il follicolo. Mensilmente uno di questi matura e produce un ovulo, solitamente la produzione è alternata tra le 2 ovaie.

Nella vita una donna matura circa 300-400 ovuli.

[naturalmente non sempre producono figliolanza, altrimenti ci sarebbe sovrappopolazione]

La donna ha 200000 gameti, ne fa maturare 400, hanno una dotazione finita messa a poco a poco a disposizione.

Gli uomini è teoricamente e tecnicamente fertile fino alla morte.

Da un punto di vista anatomico, le tube di Falloppio hanno un'allargamento verso la fine l'ampolla, e il tratto più stretto in fondo si chiama Isthmo (= restringimento).

La Fimbria accoglierà l'ovulo maturato, che passa dall'ovaio, che scenderà lungo la tuba di falloppio aiutato da cellule ciliate, che lo spingono creando una corrente che fa sì che l'ovulo vada a finire nell'utero dove può potenzialmente essere fecondato.

La parte interna dell'utero si chiama endometrio (parte più interna).

La parte muscolare si chiama miometrio (mio dal gr. = muscolo).

L'endometrio subisce una serie di cambiamenti, durante il ciclo mestruale come in certi momenti subisce una vascolizzazione, che cessa se non si produce una gravidanza.

Il ciclo mestruale si produce ogni 28 giorni ed è uno dei cicli più importanti nella donna. Nell'uomo esistono ritmi circadiani: i tassi ormonali cambiano durante il giorno, non nelle settimane o nei mesi.

[siamo più stabili, mettiamola così]

L'ORGASMO FEMMINILE

Masters & Jonhson hanno condotto una serie di studi, pagando persone che avessero rapporti sessuali collegati a fili che testimoniassero le risposte fisiologiche sessuali.

Le 4 fasi dell'eccitamento femminile sono: eccitamento, plateau (topologia piatta, altopiano), orgasmo e risoluzione.

Kaplan aggiunse successivamente una fase antecedente: la fase del desiderio.

Esistono disfunzioni sessuali per tutte le fasi della risposta sessuale, tranne che per la fase del plateau, che è esente da disfunzioni sessuali.

La fase dell'eccitamento è caratterizzata da modificazioni degli organi sessuali per assumere la forma e il funzionamento adatto per raggiungere il coito, cioè la penetrazione.

La vasocongestione delle pareti vaginali con conseguente trasudamento di liquido lubrificante avviene nel contempo alle strutture erettili del clitoride che si gonfiano di sangue, permettendo l'erezione del clitoride e di tutte le sue strutture (corpi carvernosi

e corpo sporgioso).

La fase dell'eccitamento sessuale maschile equivale all'erezione.

La fase del plateau è semplicemente il perdurare dell'eccitamento, è la continuazione che deve rimanere sufficientemente per arrivare alla fase dell'orgasmo.

La fase del plateau è caratterizzata anche dal rigonfiamento delle pareti dell'utero, i due terzi anteriori assumono la forma di fiasca, che altrimenti è collassata su se stessa a forma di H maiuscola. Si ha anche un sollevamento all'interno della pelvi nell'utero.

Possono avvenire in questa fase anche delle contrazioni muscolari e uterine leggere.

Sia nell'uomo che nella donna esistono però 2 tipi di eccitamento sessuale: uno oggettivo e uno soggettivo.

Nella donna si tratta di sensazioni di piacere, ed è bassa la correlazione tra l'eccitamento sessuale oggettivo e quello soggettivo (è possibile che sia perfettamente lubrificata, ma non provare piacere). L'eccitamento nella donna è possibile in 4 possibili modi: può essere eccitata fisiologicamente ma non psicologicamente e viceversa e può esserlo in entrambi i modi o non esserlo in nessuno dei 2.

Il maschio, contrariamente alla donna, ha solo due alternative: se è eccitato fisiologicamente lo è anche soggettivamente oppure non essere eccitato in nessuno dei due modi. E' rarissimo che sia eccitato soggettivamente, ma non fisiologicamente.

Perché si ha questa situazione nelle donne?

La mediazione cognitiva e ansiosa nella donna è disorganizzante la risposta di eccitamento sessuale in modo più complesso che nell'uomo.

La risposta cognitiva con la conseguente fisiologica nella donna è più complessa che nell'uomo, ad es. l'ansia se è presente a livello moderato nella donna, contribuisce a produrre eccitamento fisiologico. Se invece troppo elevata disorganizza sia il livello fisiologico che psicologico. Mentre nell'uomo l'ansia disorganizza sempre.

La componente di mediazione cognitiva è molto importante per l'eccitamento soggettivo, nella donna.

Tutti i pensieri cognitivi quindi contribuiscono molto nella donna per l'eccitamento soggettivo.

La spiegazione evolucionistica a ciò è un fattore protettivo nei riguardi della donna, anche se la donna si trova in una situazione psicologica negativa, i genitali si autoprotettono con la lubrificazione. Nel corso della storia purtroppo infatti sono state oggetto di stupri, abusi e violenze purtroppo.

Il 15% degli uomini sono abusati da donne, sotto reazione di sostanze o di armi magari.

Le donne si colpevolizzano per il fatto di avere risposte di lubrificazione durante un abuso e alcune ammettono di aver provato piacere. In realtà non si tratta affatto di una deviazione, gli organi genitali hanno i recettori del piacere che se adeguatamente stimolati mandano poi l'impulso al cervello.

Ad es. se ho gli occhi aperti, vedo, anche cose che non voglio vedere; le orecchie sentono anche cose che non vogliono sentire.

Da un punto di vista psicologico non è gradevole, ma compiono solo il loro dovere.

Per quanto riguarda la fase dell'orgasmo, sono stati fatti numerosi studi.

L'orgasmo può essere clitorideo (prodotto tramite stimolazione diretta o indiretta del clitoride senza penetrazione) o vaginale/coitale (prodotto nella donna tramite penetrazione).

[“...come è possibile produrre orgasmo in un uomo con pratiche orali o manuali, da solo o in compagnia e lo stesso vale per la donna”]

“Una donna che ha solo l'orgasmo clitorideo è una donna nevrotica. Le donne che

raggiungono l'orgasmo anche vaginale o coitale sono le donne equilibrate e psicologicamente sane.”

[questo concetto è assolutamente privo di qualunque senso, non è assolutamente vero]

Ora si sa benissimo che non è così: ci sono donne che in vita loro non avranno mai orgasmo vaginale, ad esempio. Questo perché nelle specie animali l'orgasmo femminile, non essendo necessario alla riproduzione, non ce lo hanno (tranne alcune specie di primati, come le signore del Gorilla e i Bonobo).

[I bonobo sono degli disinibiti...sono degli arrapati e fanno cose terribili...cioè no, terribili no, si divertono]

Le femmine del Bonobo hanno orgasmi per la maggior parte grazie a rapporti sessuali tra femmine.

La femmina umana non è ben attrezzata per averla, contrariamente al maschio (es. Eiaculazione precoce -> alcuni sessuologi sostengono che dovrebbe essere eliminata dalle disfunzioni sessuali, perché in realtà è favorevole, adattiva).

E' bene che il maschio faccia presto, perché due animali che copulano sono indifesi.

L'elefante, essendo grosso, può permettersi di durare di più.

Quando un maschio è vicino all'orgasmo e viene ferito, vengono sentite come stimolanti, anestetizzanti, non dolorose, per poter continuare a copulare e fecondarla.

[siamo degli eroi! Continuiamo a copulare mentre ci mangiano...non credo sia successo nel caso degli uomini]

L'anorgasmia è la disfunzione sessuale più presente nella donna invece, ahimè!

Una volta che una donna ha un orgasmo, clitorideo, non ci si incaponisce per farglielo avere anche vaginale.

Nei rapporti sessuali non è detto che la donna debba avere un orgasmo, solitamente nell'uomo questo accade sempre invece.

La donna ha un orgasmo maggiormente clitorideo, che vaginale.

La donna può avere orgasmi multipli (stato orgasmico), ogni tanto, in modo imprevedibile. I maschi non possono, perché l'apparato si deve ricaricare.

In giovani, il periodo refrattario dura alcuni minuti, per gli anziani possono anche essere un giorno o due. Con l'età si sposta di mezz'ora, un'ora.

I bambini prepuberi possono avere orgasmi multipli, senza eiaculazione ovviamente, quindi si ha solo la fase delle contrazioni, non quella delle emissioni.

Si ritiene che circa l'80-90% delle donne raggiunga l'orgasmo clitorideo. Esiste un 10-15% di donne che non riuscirà a raggiungere l'orgasmo nella propria vita.

Freud attribuiva un aspetto patologico a una condizione che in realtà è assolutamente normale.

Come meccanismo di produzione (generazione) sono esattamente uguali sia l'orgasmo vaginale che clitorideo, diversa è la stimolazione, il modo in cui viene raggiunto.

Non tutte le donne la pensano così sull'orgasmo clitorideo e quello vaginale.

Negli anni '70 nacque il Rapporto Hite (ricercatrice americana) analizzava la sessualità femminile (7000-8000 donne). Fu molto famoso, ebbe un buon effetto sui mass media.

[tutti quanti ci guardavamo mentre fece questa penosa relazione peraltro sembrava assolutamente drogata e noi ci guardavamo come per dire “ma questa è fatta o sta andando verso la demenza senile”]

Dal rapporto venne fuori che il 60% delle donne (che provavano entrambi i tipi di orgasmo) preferiva l'orgasmo clitorideo a quello vaginale. Questi dati vanno presi con le pinze, però, ovviamente per un problema di campionamento, in quanto autoselezionate: il problema è metodologico di ricerca, di campionamento.

Hanno sicuramente delle caratteristiche psicologiche particolari: potrebbero essere state le più disinibite o magari quelle che hanno problemi sessuali. Perché dei milioni di donne che leggevano quella rivista, solo 7000-8000 hanno preso la briga di rispondere a un questionario così personale e intimo.

[Nelle tesi di clinica non si dovrebbe mai parlare di "campioni", quanto di gruppi: se si prendono 30 persone della popolazione generale che abbia una particolare patologia clinica, cerco di rendere più analoghe le medie: prendo 4 maschi di 38 anni ad esempio (meglio sarebbe se li accoppiassi per livello culturale)]

Dire che le donne apprezzavano di più l'orgasmo clitorideo, era anche un modo per la Hite (femminista convinta) per dire che erano autonome.

Quali sono le basi fisiologiche dell'orgasmo nella donna?

Master & Jonhson hanno rilevato che l'orgasmo femminile è sempre mediato dalla stimolazione del clitoride, che deve quindi essere stimolato direttamente o indirettamente (senza penetrazione viene stimolato per forza). I bulbi del vestibolo penetrano all'interno delle grandi labbra, sono il corpo sporgioso del clitoride, quindi stimolare le grandi labbra è equivalente allo stimolare il clitoride.

Durante la penetrazione si ha la stimolazione anche delle pareti interne della vagina.

Durante le spinte pelviche si ha anche stimolazione del clitoride.

Ufficialmente quindi si riteneva che il clitoride fosse la base principale di entrambi i tipi di orgasmo.

Le contrazioni muscolari pubo-coccigei sono una parte fondamentale dell'orgasmo femminile, dura attorno agli 0,8 sec (come nell'uomo). Possono esserci anche delle contrazioni uterine, tramite contrazioni vaginali, creando il cosiddetto orgasmo uterino. Alcune donne lo esperiscono, altre no. Alcuni studi lo hanno individuato, altri non ci riescono.

Studi sembrano ammettere che la donna possa avere orgasmo senza contrazioni muscolari.

IL PUNTO G

Deve il suo nome a un ginecologo americano, Graphenberg, che nel 1944 pubblicò una ricerca. Rilevava come la stimolazione soltanto del primo terzo anteriore nelle donne, portava all'orgasmo. E' un articolo rimasto sconosciuto per anni, in opposizione alle teorie di Masters & Johnson.

Questo punto era tastabile e rilevato come una sorta di "bottoncino" che all'ispezione digitale della vagina anteriore si percepiva, secondo Graphenberg.

Negli anni '80 sono partite delle ricerche sulla cosiddetta eiaculazione femminile: lo squirting.

Alcune donne, durante l'orgasmo, eiaculano un liquido anche in abbondanza e con forza, dall'uretra. Prima si credeva fosse una perdita del controllo vescicale, come fosse urina. In realtà, nella maggior parte dei casi è un liquido che ha una composizione abbastanza simile al liquido prostatico maschile.

Intorno all'uretra femminile (come in quella maschile) c'è l'apparato dei dotti parauretrali, una serie di piccoli tarallicoli che sbucano nell'uretra e traggono origine nella donna dalle cellule di Skene (anatomista della fine dell'800 che le scoprì). Nello

sviluppo fetale della donna, provengono dagli stessi precursori da cui si genera la prostata nel maschio.

Quindi esse sono gli equivalenti prostatici della femmina. Producono un liquido, in parte simile a quello prostatico dell'uomo. Durante l'eccitamento viene riversato nell'uretra. Alcune donne potrebbero avere una struttura più abbondante di altre e quindi produrre più liquido.

Durante l'orgasmo i muscoli pubo-coccigei si contraggono, schiacciando sia la vagina che l'uretra espellendo quindi il contenuto dell'uretra, come nell'uomo il liquido spermatico. Si ha quindi un parallelismo con l'uomo.

L'uomo ha due strutture che inducono l'orgasmo, se stimolato: il pene (equivalente del clitoride) e la prostata.

Tecnicamente è raggiungibile attraverso il retto. Quando invecchiano gli uomini e hanno l'ipertrofia prostatica, il prototologo per ispezionarla deve inserire un dito nel retto per tastarla. Questa operazione è imbarazzante per l'uomo, perché quando il dottore la stimola, può avere un inizio di erezione. In Occidente la maggior parte degli uomini sono omofobi, quindi pensano: "chissà cosa penserà il dottore adesso".

[assolutamente nulla, perché è un dottore e lo sa benissimo]

Per questo in rapporti omosessuali possono raggiungere l'orgasmo sia l'uomo che penetra, sia il penetrato.

Si tende a considerare che l'orgasmo femminile sia prodotto da una struttura dal complesso clitorio-uretro-vaginale (struttura formata dal clitoride, dalla parete vaginale anteriore, che comporta il clitoride interno, l'uretra e ghiandole esocrine parauretrale). Si è quindi ampliato il concetto del complesso, il cosiddetto "Cooper-Complex". Iannini è un sessuologo molto famoso, di Roma. E' stato anche l'endocrinologo del Papa. Si supera la dicotomia tra orgasmo vaginale e clitorideo.

"Uretra" è una parola ancipite: può variare l'accento. La maggior parte delle persone dice "Urètra" perché la maggior parte delle parole italiane sono piane. "ùretra" è sdrucchiola, è più rara.

3° LEZIONE 08/03/2016

Differenziazione sessuale dal pdv biologico e cognitivo

processo attraverso cui un feto si differenzia in utero nei 2 sessi, processo automatico che dipende da alcuni fattori e che è molto diverso nel sex femminile/maschile dal pdv di Differenziazione sex il sesso forte è quello femminile, perchè la D.S.

femminile è più semplice di quella maschile - cose possono andare storte

motivo x cui variazioni di orientamento sex e Identità genere sono + frequenti nei maschi nei maschi omosessualità e parafilie + frequenti, (doppio omosessualità risp femmine, parafilie quasi esclusivamente nei maschi)

punto imp che dipende dal patrimonio genetico = differenziazione delle gonadi (strutture che producono gameti), nel feto fino alla 6° settimana esiste una gonade primitiva

indifferenziata e che ha la potenzialità di differenziarsi in gonadi maschili/femminile (questa possibilità di svilupparsi dipende dal patrimonio genetico)

parte + esterna: corticale -> da questa si sviluppa la gonade femminile. parte + interna: midollare -> da questa si forma gonade maschile

caso patrimonio genetico XY la parte midollare comincia a svilupparsi e la parte +

esterna si atrofizza, e cominciano a svilupparsi i testicoli nell'addome del feto rimangono lì fino al 7° mese di gravidanza poi migrano verso l'esterno, alla nascita i testicoli sono scesi fino nello scroto

perché degli apparati importanti e delicati sono migrati all'esterno? x un motivo di condizionamento climatico (devono arieggiarsi, la temperatura dev'essere inferiore a 36 gradi)

in taluni bambini questa "discesa" può essere ritardata ad alcune settimane dopo la nascita, in alcuni casi se non scendono sono necessari interventi chirurgici

Nelle femmine le ovaie non hanno bisogno di tute questi arieggiamento, rimangono dove sono all'interno dell'addome la differenziazione avviene al 3° mese di gravidanza quando la bambina nasce le ovaie contengono già le uova x tutta la vita, tutti i follicoli che poi matureranno in ovuli (300.000-400.000) di questi ne matureranno dai 300 ai 400 con il ciclo dell'ovulazione, ad ogni ovulazione c'è un'alternanza primo mese è un'ovaia che produce un ovulo, il mese dopo è l'altra che produce ovulazione limitata fino circa 50 anni, negli uomini non c'è blocco fertilità (+ vecchi = - spermatozoi prodotti)

prodotti miliardi di spermatozoi, dove vanno a finire gli spermatozoi che non vengono eiaculati -> vengono riassorbiti, c'è un riciclo di quelli non utilizzati ci mettono circa 70 giorni (quelli non eiaculati) per essere riutilizzati, devono fare 500m

Sviluppo apparato urogenitale

fino al 3° mese di gravidanza nel feto esistono le basi x le strutture dotti dida cui si svilupperanno..dotti di wolf (?) precursori parte genitale maschile.

Indipendentemente dal patrimonio genetico del feto se al 3° mese di gravidanza non succede nulla si sviluppa l'apparato urogenitale femminile (si sviluppa di default) se non succede nulla si sviluppa quello maschile

Dotti di Muller -> sviluppati e dotti di wolf atrofizzati

complicato lo sviluppo maschile per ottenere funzionamento di wolf e atrofizzazione di Muller bisogna che i testicoli comincino a funzionare cellule del settore devono produrre la sostanza antimulleriana, altre cellule producono testosterone

se questo sistema non funziona si può arrivare anche all'ermafroditismo

produzione testosterone organizza genitali est, e produce cambiamento del cervello in maschile (+ grande, + pesante, volumetricamente diverso, non dovuto al fatto che abbiamo + neuroni ma sono + grossi)

differenziazione in senso maschile + complessa, delicata, + cose possono andare storte, motivo x il quale le variazioni di genere o dist sviluppo sessuale (riferito all'ermafroditismo) o condizioni intersessuali (ha organi genitali ambigui o elementi di entrambi i sessi) + frequenti nei maschi

2 es. nel maschio -> sindrome insensibilità agli androgeni = x un difetto genetico le cellule del corpo del maschio sono insensibili agli androgeni non si sviluppano in senso maschile ma femminile (di default), nasce una bambina fenotipica, solo che in addome al posto delle ovaie ha 2 testicoli, in questo caso vengono rimossi i testicoli e allevata come femmina (dovrà prendere x tutta la vita estrogeni, come una persona trans)

sindrome adrenogenitale colpisce bambine -> alterata produzione nel feto di testosterone da parte delle ghiandole surrenali (o adrenali) producono ormoni sessuali oltre al cortisone, cortisolo; queste ghiandole surrenali producono troppo testosterone -> nascono bambine un po' mascolinizzate, talvolta genitali esterni con un clitoride troppo grosso, e anche il cervello è androgenizzato (corrette

chirurgicamente) diventeranno donne con caratteristiche un po' maschiline, sviluppo interessi omosessuali (magari nelle fantasie) saranno le bambine tomboy (?)
temperamento maschile

Temperamento maschile -> + attivi da un pdv motorio, quando crescono sono + esplorativi e amano il gioco fisico violento

Temperamento femminile -> - attive dal pdv motorio, - esplorativi ecc...

si distribuiscono lungo una gaussiana i 2 temperamenti

maschi con temperamento femminile -> sissy boys (effeminato)

femmine con temperamento maschile -> tomboy (maschiaccio)

il fatto di avere un temperamento cross gender è un fattore predittivo di potenziale sviluppo di disforia di genere o omosessualità

80% omosessuali adulti erano bambini con temperamento cross gender

Altra sindrome da deficit da 5 alfa reduttasi (rara) sono maschi genetici x cui non producono la 5 alfa reduttasi (trasformazione testosterone in diidrotestosterone, diidrotestosterone fa meglio il suo lavoro) il testosterone non venendo modificato in idro non androgenizza il corpo del bambino, genitali esterni femminili però riesce ad androgenizzare il cervello (bambini allevate inizialmente come bambine, ma in epoca della pubertà è talmente forte che riesce ad androgenizzare il corpo, trasformazione della bambina in ragazzo, il clitoride diventa + simile ad un pene, all'età della pubertà riattribuiti al genere maschile)

DIMORFISMO SESSUALI

dimorfismo = a seconda del sex di una persona vi sono caratteristiche diverse
differenze neuroanatomiche = alcuni nuclei cerebrali maschili + grandi dei corrispondenti femminili (+ famoso è quello dell'area preottica dell'ipotalamo, sessualmente

dimorfico nei maschi + grandi, non diff tra omosex ed etero) anche nuclei interstiziali dell'ipotalamo dimorfici + grandi maschio che nelle femmine (questi invece sono + piccoli

x gli omosessuali, quasi come quelli femminili)

l'autore di questo studio sull'ipotalamo dimorfico interpretò questo studio sul fatto che l'omosex è su base biologica, obiezione: è uno studio correlazionale, non causale (può essere sia causa che conseguenza) può darsi dipendendo da un 3° fattore che noi non conosciamo

criticato come studio xke fatto su cervelli di persone morte di pazienti con Aids (che possono portare a danni neurologici), nel '94 rifatto esperimento su cervelli di uomini gay morti x cause accidentali = trovata stessa cosa

Altro nucleo dimorfico tra omosessuali ed etero = nucleo soprachiasmatico (+ grande negli omosex) ha produzione circadiana di una proteina, è correlato al sonno messo in relazione con un dato statistico curioso, omosessuali maschi si svegliano + presto al mattino risp agli eterosessuali

Nucleo bed della stria (?) dimorfico rispetto al transessualismo (uomini che vogliono diventare donne, + piccolo)

il fatto che le connessioni siano + voluminose nelle donne chiamato in causa x il diverso funzionamento nelle donne, lateralizzazione emisferica - pronunciata se una donna ha lesione all'area di Broca perde la capacità di parlare, però dopo un po' la parte controlaterale dx assume funzioni vicarianti e la donna ricomincia a parlare (nell'uomo non avviene)

anche diff legate all'aspetto fisico, riguarda l'orientamento sex, hanno le dermatoglifi

minori, ne hanno + presenti sulla mano sx (omosex e femmine) maschi + sulla mano dx

- rapporto indice-anulare, le femmine hanno un rapporto diverso risp a quello dei maschi (omosex maschi + simile femmine)
- maschi omosex hanno dimensioni del pene maggiori dei maschi eterosessuali
- alcune tipologie di potenziali evocati acustici sono diversi nei maschi/femmine (femmine lesbiche + simili a quelli maschi)
- differenze abilità cognitive, ai test neuropsicologici maschi tendono a dare punteggi migliori su tutti i test di orientamento spazio temporale, femmine risultati migliori test verbali (tranne ricchezza vocabolario)
- dovuti al tipo di crescita, alle bambine si da meno possibilità di movimento e compensano con cap linguistica (questa era la spiegazione sociale), cap aritmetica correla con cap spazio/temporali
- inizio anni '90 studi con trans (prima di fare riattribuzione devono assumere inibitori dell'altro sesso), trans M to F, e F to M vengono fatti fare test neuropsicologici (fatti prima e dopo il trattamento di 6 mesi con ormoni) maschi migliorano un pochino ai test verbali, femmine migliorano ai test spazio/temporali, quindi funzionamento del cervello è ormonedipendente
- misurato orientamento spazio/temporale nelle donne durante ciclo mestruale, estrogeno al max = orientamento spazio/temporale + basso, poco prima dell'ovulazione cap spazio/temporali + basse

quando si fa terapia di coppia si scoprono delle regolarità nelle relazioni x cui le donne tendono a perseguire det mete maschi altre, espressione emozioni diverse, donne ricercano det situazioni maschi altre
doppio standard -> fa in modo di considerare uomini e donne in maniera diversa (rispetto a stereotipi culturali)
altre teorie evoluzionistiche

13/03/2017

L'orgasmo femminile è stimolato dal complesso clitorio-utero-vaginale. Meccanismi estremamente connessi in un unico tra l'orgasmo stimolato dal punto G e l'orgasmo stimolato dal clitoride.

Perché si è sviluppato l'orgasmo nella femmina umana? Le femmine animali non provano orgasmo. Eccetto per le femmine di Bonobo (scimpanzé), a volte lo hanno, ma in relazioni sessuali omosessuali, tra femmine.

Per quale motivo, da un punto di vista evoluzionistico si è sviluppato l'orgasmo nella femmina umana?

Per il maschio, ad esempio, se non eiacula non c'è fecondazione, mentre nel caso delle femmine si ha comunque fecondazione anche senza orgasmo.

Esistono 4 modalità attraverso cui una caratteristica si può tramandare nel tempo, considerandola un carattere adattivo.

La prima è: l'adattamento attuale, ad es. La capacità di esprimersi verbalmente, avere i capezzoli per le femmine.

La seconda sono gli adattamenti passati, che prima erano adattivi, ma adesso sono dannosi. Ad es. Il nostro organismo è fatto in modo da non disperdere il Sodio (presente nei cibi che ingeriamo), solo che negli ultimi secoli (lo ingeriamo tramite il sale = salario, i soldati romani venivano pagati così perché era alquanto costoso) il Na che acquisiamo ci fa aumentare la pressione. Un altro esempio è che abbiamo particolare gusto per gli alimenti grassi: prima permetteva di accumulare scorte, ma oggi abbiamo grande abbondanza di cibo.

L'exattamento è una caratteristica adattiva che si è sviluppata poi per un altro scopo. Es. Le piume erano dapprima degli isolanti termici (dinosauri con le piume), poi si sono trasformate (trasformazione di un adattamento di altra natura) in materiale utile per volare. Un altro esempio è l'intelligenza umana, con la scrittura, nata come mezzo per gestire il linguaggio, non inizialmente per risolvere problemi.

I buy-product sono i cosiddetti prodotti collaterali, ad es. I capezzoli nei maschi non servono, servono alle femmine perché hanno le ghiandole mammarie.

Quindi, una teoria sull'orgasmo femminile è che sia un prodotto collaterale. I geni nella femmina sono ripetuti molte volte in molti loci (ecco perché è passato il gene al maschio). Esiste comunque una lactatio virilis: in alcune culture se non si può fare altrimenti, il capezzolo del maschio inizia a secernere un liquido acquoso e poco nutriente ma che possa aiutare il piccolo a rimanere in vita.

Oggi sono state prese in considerazione teorie più complesse.

Un prodotto collaterale ha sempre caratteristiche d'incompletezza e vestigiali.

[???

E' importante la produzione di prolattina nella donna.

Sire (sire/progenitore)

Quanto più il partner maschio è attraente dal punto di vista fisico, quanto fa produrre orgasmi.

La simmetria corporea determina l'attrazione del viso e del corpo.

La simmetria corporea è estremamente collegata a una buona qualità genica.

Caratteristiche del fisico e del viso maschiline (mascella possente, viso squadrato) sono collegate ad alti livelli di testosterone, e con un ottimo sistema immunitario.

Se un maschio è disponibile a investire risorse, per la femmina significa che è disposto ad investire anche per la prole.

Durante la gravidanza la femmina deve tenere un peso che la rende più lenta, deve nutrirsi di più e dopo la nascita del piccolo lo deve proteggere e occuparsene. Ecco perché ricerca un partner che la protegga e la aiuti.

Una femmina che ha orgasmi (quindi motivata a mantenere il partner che le fa avere più orgasmi, e viceversa) motiva il maschio ad avere una relazione più prolungata, almeno finché la prole non è autosufficiente.

Solo i gorilla, nei primati, sono monogami. Esiste un maschio alpha che ha un harem (stesso gruppo di femmine, per essere protette e con loro la propria prole), quando viene declassato da un altro maschio alpha, uccide la prole altrui per non spendere energie di altri geni e perché la femmina fintanto che allatta non ovula, quindi in questo modo tornerebbero feconde il prima possibile.

Siamo al servizio dei geni (egoisti) e dei memi (trasferire i concetti), che è l'equivalente culturale del gene. Noi siamo vettori dei memi e dei geni, siamo al servizio altrui.

[“non è una visione molto carina” cit.]

IL CICLO MESTRUALE

E' una delle caratteristiche fondanti delle caratteristiche sessuali femminili. Crea una serie di aspetti che caratterizzano anche la psicologia femminile.

Tiene un ciclo lunare e per convenzione inizia dal primo giorno della mestruazione.

La prima fase è la follicolare (maturazione di un nuovo follicolo in un'ovaia, Graffe) o proliferativa (la tonaca mucosa che riveste l'endometrio si ispessisce e produce strutture

che lo preparano all'eventuale attecchimento dell'ovulo fecondato).

L'ormone follicolo-stimolante (follicolina) e l'ormone luteinizzante vengono prodotti.

Il primo produce la crescita del follicolo, mentre il secondo produce la trasformazione del follicolo in un corpo luteo.

Vengono prodotti estrogeni (soprattutto estradiolo).

Il Befe comporta una produzione altissima di ormone luteinizzante, mentre calo della follicolina.

Il corpo luteo (luteus dal lat. = giallastro, in ita. Lutulento significa giallastro) è un liquido giallastro al 14° giorno del ciclo mestruale si ha l'ovulazione.

Nella seconda fase del ciclo (fase secretiva o luteinica), si ha una secrezione densa e ricca di proteine: l'ovulo migra attraverso la fimbria e raggiunge l'ovaio attraverso le tube di Falloppio.

L'utero viene preparato dagli ormoni e il corpo luteo produce ormoni progestinici (progesterone = facilita la gestazione), che vascolarizzano meglio l'endometrio.

Se la fecondazione non avviene, il corpo luteo smette di produrre progestinici e si stacca tutto, venendo eliminato col il mestruo.

Tutto ciò ha un forte effetto sulla fisiologia della donna, che impiega molte risorse ogni volta. Alti livelli di estrogeni abbassano le capacità di orientamento spazio-temporale della donna.

La procettività e recettività della donna sono rispettivamente iniziative sessuali nei confronti di un maschio (fa le avances) e l'accettazione delle avances del maschio da parte della donna.

La femmina umana, differentemente dalle altre femmine dei primati, che non sono procettive, né recettive (di solito non amano le avances dei maschi), è mediamente recettiva.

Quando diventa procettiva? Studi sono in contraddizione, però sembra che immediatamente prima e immediatamente dopo il mestruo sia più procettiva.

Probabilmente è un aspetto mediato cognitivamente perché ha meno rischio di gravidanza nel secondo caso, contrariamente al primo (che è l'opposto).

LA SINDROME PREMESTRUALE

Il disturbo disforico pre-mestruale di solito è associato.

Nell'85% delle donne sono presenti calo dell'umore, sensazione di gonfiore (alcune si tolgono gli anelli ad esempio), irritabilità, condizioni normali nella donna.

Dolori addominali rilevanti, labilità dell'umore, irritabilità rappresentano la Sindrome Pre-mestruale Clinica. Alcuni somministrano addirittura antidepressivi 7-8 giorni prima dell'inizio del ciclo.

Le femministe la consideravano come una conseguenza normale delle oppressioni della Società e del maschio.

Prima si parlava delle "cose" femminili o la "bandiera", non se ne parlava nemmeno. Le ragazze si scoprivano perdite ematiche e giustamente si spaventavano.

4° LEZIONE 09/03/2016

liv del desiderio sex maschi + elevati in tutte le culture analizzate e in tutte le fasce d'età

prevalenza dist desiderio sex ipoattivo donne -> 30% recentemente questo dato spiegato, i desideri sex maschili/femminili si manifestano in modi diversi

> parte studi però condotti su soggetti maschili (quindi un pò distorti)

studio del desiderio sex maschile usati anche x le donne test tarati sul modello di desiderio sex maschile, chiaramente non funzionano ugualmente bene, poi

rivisitati, e si è visto che il desiderio nella donna è più basso
Disturbo da desiderio sex ipoattivo -> DSM IV tr, nel DSM V splittato in 2 (però hanno fatto macello anche lì)

Anche differenze risp alle fantasie sex, diverse nel contenuto e nella forma della fantasia

maschili -> non molto elaborate, tendono ad avere + elementi parafilici, molto + concentrate sul coito, sulla fase penetrativa, sono molto visive, non contengono grandi temi sentimentali

femminili -> un pò il contrario, + elaborate/complesse, + concentrate su preliminari, presi in considerazione nn solo asp visivi ma anche cinestesici e tattili

al di fuori del rapporto sex gli uomini hanno + desiderio delle donne -> aspetto di spontaneità del desiderio maschile

fantasie erotiche durante il rapporto sessuale? studi discordanti

diversi anche gli "stimoli", pornografia maschile diversa da quella femminile -> problema

xke certe volte può essere utile aiutare donne/uomini a sviluppare

fantasie sessuale x aumentare l'eccitamento durante il rapporto (+ facile farlo x gli uomini, + difficile x donne = l'uso della pornografia maschile x le donne

sconsigliato) come pornografia femminile si usano i Romanzi Rosa, sono strutturate in modo gradito x le donne

adesso ci sono anche opere pornografiche scritte da donne (delta di venire), cercare anche di nn dare stimoli troppo forti, può anche pensare nn si debba avere fantasie durante il rapporto

Altra differenza uomini/donne -> se diamo ad un uomo etero un immagine di una donna nuda molto probabile si possa eccitare, se diamo una foto di un bell'uomo nudo nn è eccitante

se diamo ad una donna una foto di una bella donna nuda potrebbe eccitarsi

sessualmente (perchè si identifica in lei), questo aspetto non è presente negli

uomini che "oggettificano" non si "identificano" rimanda al fatto che le donne hanno + capacità di empatia + naturale identificarsi nell'altro, l'uomo

tende a vedere l'altro come altro, inoltre c'è l'elemento omofobico (tutti uomini nella nostra cultura siamo omofobi, anche i maschi omosessuali, x gli etero

fa venire loro dubbi di omosessualità, dubbio ossessivo di poter essere omosessuali tipico

al giorno d'oggi -> paz Dettore, se lui dicesse l'attore X è un bell'uomo

potrebbe sentirsene attratto, allora si sente di dover dire "l'attore X è un bell'uomo che potrebbe piacere ad una donna")

Altra differenza -> l'effetto della rabbia sul desiderio sessuale, si trova anche spesso in psicoterapia di coppia

donna arrabbiata col partner -> la rabbia che nutre vs il proprio partner ha un effetto inibitorio sul desiderio verso il proprio partner

maschi -> può accadere che rabbia inibisca il desiderio sessuale ma anche che lo

aumenti (effetto sommazione) in quel caso ha + soddisfazione nell'aver il rapporto

Tutte queste differenze le possiamo spiegare sia su differenze in base ad aspetti

biologici sia riferiti ai ruoli culturalmente differenti presenti nella società,

però abbiamo già visto che molte son su base biologica (vedi differenze ormonali viste precedentemente)

SVILUPPO SESSUALITA' NEL CICLO DI VITA

Teoria Freudiana dominante fino a non molto tempo fa (5 stadi orale, anale, fallica, latenza, genitale), attualmente molto criticata ci son molti asp deboli
 es. fase orale -> mucosa orale parte del corpo di riferimento (consideriamo che Freud non ha mai visto un bambino, nemmeno il piccolo Hans -> racconti del padre)
 perchè un bambino si mette un dito in bocca, che effetto fa la stimolazione di mettersi qualcosa in bocca? noi ci mettiamo qualcosa in bocca quando vogliamo rilassarci è una procedura ansiolitica, non eccitanti (i nervi sensoriali della lingua fanno il loro primo relè nel nucleo del tratto solitario = sensitivo, ma anche nucleo che se stimolato sincronizza il trattato cerebrale ci porta verso il sonno)
 2° aspetto fase anale -> considerata da Freud (la fissazione) base di partenze x il DOC (personalità anale = personalità ossessiva) nasce da un'eccessiva educazione al controllo sfinterico precoce e rigida operata dai genitori, bambino impara a trarre piacere dal controllare/trattenere le feci, Freud ha tralasciato il controllo sfinterico vescicale (uretra potente zona erogena, sensazione piacere maschile dovuta al passaggio dello sperma lungo l'uretra, piacere maschile legato anche al volume di sperma -> + volume + piacere)
 studi retrospettivi x valutare se personalità ossessive hanno avuto genitori particolarmente insistenti sul controllo sfinterico -> no correlazione
 Fase latenza -> fase secondo Freud in cui il bambino nn presenta + comportamenti sex x un certo n° di anni, tutti gli studi recenti nn mostrano fasi di latenza, il desiderio continua a manifestarsi solo che diventano + bravi a "non farsi cogliere" imparano che certe cose nn si fanno in pubblico, hanno interiorizzato le regole sociali (verso i 4-5 anni imparano quali zone del corpo si possano toccare socialmente e quali no)
 se continua a toccare anche in età + avanzata -> può essere indicatore di abuso sessuale, bambini abusati hanno una maggiore disinibizione
 sessualizzazione = possibile indicatore di abuso sex (non l'unico)

aspetti cruciali importanti nello sviluppo sex umano
 apparato sex maschile in particolare è funzionante già alla nascita, feto maschio ha erezioni già in utero, e la stimolazioni dei genitali viene connotata come piacevole, la femmina può già avere se stimolata una lubrificazione vaginale, al pari dell'eccitamento maschile segno che si sta eccitando
 il fatto che nel sex femminile i genitali siano interni porta ad uno sfasamento della scoperta della sessualità (scoperta + tardi rispetto ai maschi)
 bambino nasce -> importante che venga stimolata la sua pelle, importante x lo sviluppo normale (depressione anaclitica di Spitz -> analizzato sv di bambini allevati in orfonatrofio, bambini tenuti fisicamente bene ma non psicologicamente, lasciati nelle culle nutriti e puliti, ma non presi in braccio, accarezzati ecc..., molti svilupparono la depressione anaclitica = situazione patologica di solito si sviluppa dopo i 6 mesi in cui il bambino assume una posizione patognomonica (presentata da sola permette la diagnosi) fa riferimento al fatto che il bambino stava a pancia all'ingiù nella culla) questo x dire l'importanza della stimolazione tattile

nei maschi c'è erezione, nelle femmine lubrificazione già alla nascita
 le reazioni degli adulti a queste manifestazioni sex cominciano già a produrre un educazione sex, se il genitore appare preoccupato produrrà dei segnali di disagio -> colti dal bambino e associati alla situazione (apprendimento comincia precocemente)
 bambino comincia presto ad autostimolarsi/autoesplorarsi, 6 mesi -> esordio nei maschi (femmine + tardi, anche xke richiede abilità motorie + complesse, si stimolano

contro qualcosa). L'attività autostimolatoria permane +/- rilevante di frequenza fino alla pubertà, non tutti si ricordano di questi episodi (di essersi masturbati in età prepuberale, spesso dimenticato) questo tipo di masturbazione dovrebbe essere accettata, fonte di preoccupazione solo se eccessiva = molto frequente, fatta x periodi lunghi,

se distratto dall'attività masturbatoria, chiamato ad es a fare un gioco, se dopo ritorna a masturbarsi -> potenziale indicatore di abuso (segnale di eccesso di masturbazione)

masturbazione ha varie conseguenze cognitive -> edonica (genera piacere), potente ansiolitico (attivazione sex prodotta dal sist parasimpatico, ansia diminuisce perchè inibisce il simpatico)

quando si comincia ad utilizzare la masturbazione x gestire ev negativi, produce doppio rinforzo positivo e negativo (tipico delle dipendenze), genera eccitamento e riduce l'ansia

una delle cose che si possono sedare con la masturbazione -> far diminuire la noia (disabile mentale x lui la masturbazione può essere frequente -> la usa x gestire la noia, anche se questo disabile mentale è messo a fare un lavoro troppo difficile x lui si annoia, ha bisogno di ambienti semplificati, anche un ambiente con troppi colori nn sono adatti, noi siamo + affascinati dalla complessità ma abbiamo anche mezzi di elaborazione maggiore loro meno)

Con la crescita -> fase eteroesplorazione, cominciano a voler conoscere il corpo dell'altro, cominciano a scoprire che non sono tutti uguali, verso i 4-5 anni sviluppano la capacità di riconoscere il genere, sanno di essere maschi/femmine verso 4-5 anni sviluppa la propria identità di genere, sa che i maschi si comportano in un modo le femmine in un altro, cominciano a scoprire che i maschi hanno qualche cosa le femmine hanno qualcos'altro, (Freud parlava di paura di castrazione nei maschi, le femmine di ansia di castrazione)

in realtà queste caratteristiche evidenziate da Freud nn sono così evidenti, molto dipende da ciò che dicono i genitori (se minacciano che tagliano il pipino se nn si comporta bene può accadere)

Altre osservazioni di Freud + corrette -> teoria cloacale della nascita dei bambini deriva dall'ignoranza anatomica dei bambini, pensano che x la nascita l'unico posto da cui possa nascere i bambini sia l'ano

Educazione sessuale data a 4-5 anni doveroso spiegare come nascono in maniera soddisfacente, a volte possono ripetere la domanda verso 6-7 anni

09/03/2016

Romanzi rosa preferiti dalle donne come "pornografia" "10 pag. di preliminari e poi la scena di sesso vera e propria". Sconsigliata quella maschile per le donne.

Harmony Dall'inglese all'italiano 5mila lire al mese (tagliando il romanzo perché era troppo lunga rispetto all'italiano)

Adesso esistono opere pornografiche scritte dalle donne. Dobbiamo cercare anche di non dare stimoli troppo forti (perché magari non ha mai avuto fantasie e pensa che non se ne dovrebbero avere).

le donne si identificano nell'altro, gli uomini lo vedono come "altro". Quindi possono eccitarsi di fronte a una foto di una donna nuda, perché ci si identificano.

DOC di essere omosessuale è sempre più presente.

"Tizio è un tipo di uomo che potrebbe piacere a una donna", anziché "è bello", altrimenti significa che mi piace e posso essere ritenuto omosessuale.

Altra differenza tra uomo e donna è la rabbia: effetto inibitorio sul desiderio sessuale (nell'uomo idem oppure lo aumenta).

Abilità che cambiano a seconda dei livelli ormonali.

SESSUALITÀ E CICLO DI VITA

Fase orale: mucosa che fa catessi, ritenuta eccitante.

Noi ci mettiamo qualcosa in bocca quando vogliamo rilassarci. Non è eccitante.

Fase anale: base di partenza per il doc (personalità anale o doc), per Freud.

Il bambino impara a trarre piacere dal trattenere e rilasciare le feci.

L'eroticismo uretrale è importante (nell'uomo a seconda della quantità di sperma e il passaggio nell'uretra, aumenta il piacere sessuale).

Fase di latenza: i bambini diventano semplicemente più abili a non farsi vedere (imparano le regole sociali "certe cose non si fanno in pubblico").

Verso i 4-5 anni discriminano, non toccano il seno in pubblico alle donne. Se lo fa, è un possibile indicatore di abuso sessuale.

Hanno meno inibizioni.

La sessualizzazione è uno degli indicatori, ma non è specifico di abuso sessuale.

Società più disinibita (cappuccio pennini) Anni '20 Marynotsky pensavano fossero società ideali, in realtà avevano tabù anche loro e altri problemi. Tropianesi (isole trobriand non avevano capito che fare sesso produce bambini)

5° LEZIONE 14/03/2016

Lun prossimo 9.00

Contatto fisico maggiore socialmente è fra due donne, minore tra donna e uomo, ancora meno tra uomo e uomo

Non è vero che tanto + precoce è l'età dell'abuso tanto peggiori sono le conseguenze, specialmente se l'abuso non è traumatico (senza penetrazione), anche perché sanno spiegarsi "meno bene" cosa significa, quindi imp il risultato della spiegazione che il bambino si dà sul comportamento dell'adulto, la spiegazione che solitamente si dà è quella di punizione x una sua colpa (del minore), di solito non riesce ad attribuire la colpa all'adulto e non riesce a fare altro che autocolpevolizzarsi

Gioco sessuale -> se avviene tra bambini di età simile non viene classificato come qualcosa di negativo (soprattutto in età scolare e prescolare) spesso viene dimenticato dal bambino, se permane il ricordo di un'interazione sex può creare dei forti sensi di colpa (fratelli e sorelle) non sempre cmq

Comp sex espliciti (comportamenti sessualizzati = ripetuti, troppo frequenti e troppo intimi) sono associati ad un abuso sex specialmente in età prescolare, però non sono indicatori specifici di abusi sessuali

Comportamenti sessualizzati oltretutto presenti solo nel 35% dei bambini abusati, nei

bambini della stessa età non abusati sono presenti nel 15% -> quindi il fatto che ci siano nn è detto sia segno di abuso, al tempo stesso possono essere assenti ma può darsi che la bambina/il bambino possa essere stato abusato

Questi tipi di giochi incestuosi tra fratelli sono abbastanza frequenti, non vanno considerati come pericolosi, lo stesso se questi giochi sono di stampo omosessuale non è detto che siano precursori/indicatori/causa di omosessualità in età adulta non c'è correlazione, non c'è nemmeno correlazione tra abuso omosessuale da bambini e omosessualità in età adulta; vero che maschi abusati da un uomo fa nascere timori di omosessualità (pensano però di essere stati danneggiati), la mente nn è come una tazza rotta è come una pallina di pongo che se cade posso rimodellarla

FISSAZIONE DEI RUOLI SESSUALI

a partire dai 3-4 anni i bambini riescono a fissare la loro identità di genere, si identificano in uno dei 2 generi, nn è detto che quello con cui si identificano sia coerente con il sesso (percentuale piccola) -> disforia di genere (vecchio dist dell'identità di genere)

il bambino identificandosi in un genere riesce a riconoscere le persone dei vari generi, li riconosce in base al ruolo di genere (come si veste, si trucca, come si comporta, gli indumenti che indossa ecc..)

Il problema di come una persona sviluppi la propria ID di genere ha creato un dibattito, fino agli anni '70 vigeva una teoria (Money) sosteneva che i ruoli di genere venivano totalmente appresi, in base a come sono stato educato/allevato mi attribuisco il genere affibbiato alla nascita (se allevo una bambina come un maschio verrà su una bambina con ID di genere maschile)

libro "uomo-donna, ragazza-ragazzo" vari casi riattribuzione +/- precoce di sesso in bambini nati con ermafroditismo o avevano avuto degli incidenti, uno dei casi + belli David Reimer, nacque col fratello gemello normale (in USA circa 80% dei maschi circoncisi alla nascita, studio degli anni '30 < tumore al pene x i circoncisi, poi si scoprì che questo studio era sbagliato) anche loro circoncisi, mentre lo circoncidevano il bisturi elettrico dette una scarica troppo forte e necrotizzò il pisellino del bambino, non avrebbe mai avuto un pene normale, i medici e i familiari rimasero indecisi..venne allevato x 1 anno come un maschio, poi venne suggerito da Money di riattribuire al genere femminile, venne castrato -> divenne Brenda, cominciò a prendere estrogeni, fino ai 15 anni aveva accettato la propria ID di genere in quell'epoca Money aveva uno studente di dottorato (Diamond) lui non condivideva le teorie di Money, voleva fare una ricerca che cercasse di sconfermare la tesi di Money, Money lo buttò fuori dall'università, Diamond meditò vendetta, ci mise circa 14-15 anni, nel 1990 pubblicò uno studio di Follow up a lunga durata su tutti i casi sulla riattribuzione di genere, la maggioranza andò a finire malissimo (Brenda decise di tornare ad essere David, ricostruzione del pene) nel 2004 a circa 40 anni si uccise, la famiglia di David era una famiglia con gravi depressioni, madre, zio, gemello si erano suicidati

(storia che dimostra che nn sia così facile riattribuire il sesso grazie ad una attribuzione esterna)

Altra sindrome con deficit della 5 alfa reduttasi, maschi genetici allevati come bambine, poi alla pubertà si riattribuiscono da soli al genere maschile

Il ruolo di genere (qualcosa che noi apprendiamo quando abbiamo sviluppato una certa id genere, dipende dalla cultura, imparo a recitare il ruolo di maschio di questa cultura), Freud aveva messo alla base dell'apprendimento del ruolo di genere il processo delle IDENTIFICAZIONE col genitore del proprio sesso, il bambino si assimila il suo lo ad un lo estraneo, lo imita, lo accoglie in sé (presa in considerazione

l'accoglimento dell'lo all'interno del proprio = introiezione), recentemente Holberg sottolineò che in realtà c'è un doppio processo: Id col genitore del proprio sex, ma c'è anche un apprendimento complementare se sono maschio mi comporto come il padre ma anche facendo il contrario di quello che fa la madre ruoli di genere insegnati in modo + rigido ai maschi, hanno regole + severe, possono permettersi meno deviazioni dalla consuetudini

PUBERTA'

masturbazione è qualcosa che è presente già da prima dell'inizio della pubertà, nei maschi non porta all'eiaculazione poi all'epoca della pubertà associato all'orgasmo

esordio pubertà = masturbazione comincia ad essere accompagnata da fantasie sessuali, erotiche (sono dimorfiche fra i generi, anche risp alla frequenza e all'importanza) le fantasie erotiche sono imp x esplorare le possibili fonti di eccitazione, contribuiscono ad arricchire il repertorio di possibilità di eccitamento anche durante il rapporto col partner, non tutti accettano di avere fantasie erotiche col proprio partner (alcuni lo considerano come tradimento) sono + frequenti di quanto si creda, specialmente nei maschi le donne sono + sensibili alle fantasie erotiche dei maschi (solo il 2% raggiunge l'orgasmo solo con fantasie erotiche, nei maschi l'1 x 1000)

PREFERENZE SESSUALI

orientamento sex si ritiene provenga da un imprinting biologico, maschi geneticamente orientati x stimoli dell'altro genere, le femmine idem, anche se si tende a pensare che gli esseri umani siano bisessuali in alcune società ci sono comp sex obbligatori, maschi obbligati a rapporti omosessuali culturalmente accettati (in alcune tribù africane) -> omosessualità patica = rapp omosex obbligatori tra uomo adulto e adolescente, quindi c'è diversità di ruolo e di età, era l'omosex tipica negli antichi greci e romani, la + diffusa fino al 1000-1100 (fra 2 maschi adulti sanzionata)

Parafilie dist dell'orientamento sex, si eccita con situazioni/oggetti/persona non considerati eccitanti sessualmente (quasi totalmente nei maschi) perchè avviene ?

- la differenziazione sex in utero è + difficile x i maschi (è una deviazione di un percorso di default = + rischi)

- particolare eccitabilità sex che hanno i maschi in età prepubere, possono avere risp di eccitamento sex a circostanze non eccitanti, anche a sbalzi di ampiezza (fare salti dall'alto, oscillazioni come andare in altalena) -> dislocazioni (qui rimanda al condizionamento)

il fatto che un maschio possa avere... fa sì che le risposte di eccitamento sex possano essere associate a eventi non sessuali (da questo si può spiegare lo sviluppo di parafilia) -> questo nn presente nelle femmine perchè nn presentano eccitazione alle dislocazioni alto/basso, quindi - rischi parafilie

- eccitamento sex maschile è una risposta di cui il soggetto si accorge facilmente (a liv fisiologico, mentre quello femminile è nascosto, può produrre risultati di cui la donna può non accorgersi)

maschi e femmine diversi dal pdv della differenza che c'è fra eccitamento sex psicologico (quando una persona si SENTE eccitato sessualmente) e fisiologico (erezione, e tumescenza vaginale dopo la secrezione vaginale)

i maschi rispetto a queste due forme di eccitamento è + facile (noi abbiamo

appaiamento dei due, se ha erezione è eccitato psicologicamente) nelle donne questi 2 eccitamenti vanno x i fatti loro (può essere eccitata psicologicamente ma non fisiologicamente e viceversa), non si sa perchè è così -> c'è un'unica teoria di stampo evoluzionistico: le femmine dei primati talvolta vengono abusate sessualmente, questo fatto e il fatto che possano avere un eccitamento se fisiologico indipendentemente da quello psicologico potrebbe proteggere i genitali, se in una condizione di abuso hanno una lubrificazione protegge l'integrità dei genitali (è qualcosa che può aiutare a tranquillizzare alcune donne abusate sessualmente) -> in questi casi necessario ristrutturare la donna informandola del fatto che i genitali sono strutturati in un modo con dei recettori del piacere che se stimolati reagiscono, se i genitali sono normofunzionanti e stimolati in un certo modo producono dal pdv fisiologico certi tipi di risposte

possibilità di elaborare dei feticismi, in esp indotti feticismi in soggetti volontari (stivali associando fotografie erotiche eccitanti a foto stivali, altro associando una foto di una donna avvenente con una non molto avvenente)

14/03/2016

Freud nella teoria della latenza ritiene che dai 4 agli 8 anni scompaia il gioco sessuale, in realtà apprendono semplicemente le regole sociali.

Entro i 5/6 anni apprendono le regole sociali generalmente.

Le donne tra loro si toccano molte più parti del corpo, rispetto a quanto possa fare un uomo o tra uomini.

Un bambino abusato sessualmente (non penetrativo) potrebbe non aver vissuto male l'esperienza e potrebbe addirittura averne nostalgia.

Il punto è che non è vero che quanto più è precoce l'età dell'adulto, tanto più è traumatica la conseguenza.

Una delle cause eziopatogenetiche è la spiegazione che il bambino si dà del perché un adulto faccia cose con lui che dovrebbe fare con altri adulti: la risposta che si dà è che abbia fatto qualcosa di male, si autocolpevolizza perché pensa di aver fatto qualcosa di male.

Molti non ricordano i particolari dei giochi sessuali, un classico è "il gioco del dottore".

Sensi di colpa si sviluppano ancora di più se incestuosi (es: tra sorelle).

La sola presenza di comportamenti sessualizzanti non è indice sicuro di abusi subiti.

Non c'è alcun collegamento tra giochi sessuali incestuosi, anche omosessuali.

Sindrome dei beni danneggiati = se sono stati abusati da uomini, possono sviluppare omofobia

La nostra mente è come una pallina di pongo: può essere rimodellata.

La fissazione dei ruoli sessuali: verso i 3/4 anni riescono a fissare la loro identità di genere, che non è detto sia coerente con il sesso.

La disforia di genere è frequente, il vecchio disturbo d'identità di genere.

Il bambino riesce a riconoscere le persone sulla base del ruolo di genere (come si veste, comporta, se si trucca). Qualche volta si sbaglia: orecchini solo per donne, quindi gentiluomo di epoca vittoriana con pendenti -> che strana donna coi baffi!

Money sosteneva che i ruoli di genere venissero appresi.

"Uomo donna, ragazzo ragazza"

Il caso di David Reimer nacque col fratello gemello perfettamente normale. L'80% dei maschi negli USA vengono circoncisi alla nascita, da un recente studio che affermava un'elevata incidenza di tumore al pene. Però setta ebraica endogenetica, che sviluppò una mutazione genetica, non dipendeva quindi dalla circoncisione.

Il bisturi elettrico ebbe una scarica anomala e purtroppo necrotizzò il pene di David. Venne castrato e come tale venne chiamato Brenda. Cominciò a prendere estrogeni e pareva avesse accettato la sua identità di genere.

Money aveva uno studente di PHD, che non condivideva le teorie di Money. Diamond quindi fece delle ricerche.

Diamond pubblicò 14 anni dopo uno studio di follow-up sull'identità di genere.

David fece sospendere gli ormoni per tornare ad essere un uomo e si fece fare un intervento di ricostruzione del pene.

Nel 2004 si sparò, da parte di madre la sua famiglia soffriva di gravi depressioni, si suicidarono diverse persone della sua famiglia prima di lui.

Sindrome di deficit della 5alpha reduttasi: maschi genetici allevati come bambine, alla pubertà riacquisiscono la loro identità di genere "corretta", nonostante l'androgenizzazione ricevuta.

Il ruolo di genere lo apprendiamo dopo aver sviluppato l'identità di genere e viene influenzato fortemente dalla cultura.

Freud aveva individuato l'identificazione del genitore del proprio stesso sesso: accoglie in sé aspetti dell'altro che ritiene facciano parte dell'introduzione del proprio io.

Ci sono 2 fonti d'informazione: colui che devo imitare e quello che l'altro fa (mi separo da un ruolo di genere che non è adatto a me).

I ruoli di genere vengono insegnati più duramente ai maschi, rispetto che alle femmine.

Nella pubertà, è presente la masturbazione, anche se lo è già da prima, nei maschi però non porta all'eiaculazione, perché prepuberi.

Qui viene accompagnata da fantasie erotiche, dimorfiche di generi.

Sono importanti per esplorare le possibili fonti di eccitazione. Come già detto, non tutte le persone accettano di avere fantasie erotiche durante un rapporto col partner, perché lo ritengono come un tradimento.

Le donne sono più sensibili alle fantasie erotiche (2% orgasmo solo su base delle fantasie, 2 x 1000 nei maschi).

Le preferenze sessuali derivano dall'orientamento sessuale, definito da un imprinting, anche se si tende a pensare che gli esseri umani siano potenzialmente bisessuali.

In alcune società ci sono comportamenti omosessuali obbligatori: prevede una fase di omosessualità nel maschio, una volta passata non poteva più averne.

La cosiddetta omosessualità patica, tipica tra gli antichi greci e romani, fino al Medioevo (1000-1100) tra un uomo adulto e un adolescente dello stesso sesso (diversità di ruolo e di età).

In genere sono gli uomini ad essere parafilici: si eccitano con oggetti o persone non considerati eccitanti sessualmente.

Probabilmente sono 3 gli elementi alla base:

-lo sviluppo maschile è un'operazione di default

-in età prepubere i maschi hanno un'eccitabilità (stimolazione dei canali semicricolari, dislocazioni veloci) come fare salti dall'alto, oscillazioni in altalena, le cunette in macchina, particolare, che non è per forza sessualmente eccitante.

I maschi possono avere orgasmi senza eiaculazione, quindi possono associare eventi eccitanti non sessualmente

-l'eccitamento sessuale maschile è una risposta fisiologica facilmente rilevabile, quello femminile è nascosto, quindi produce risultati di cui la donna può anche non accorgersi.

La maggior parte dei parafiliaci non considera la loro parafilìa come patologica.

“Giocavo a nascondino con la mia amichetta, ero molto eccitato per il gioco, strisciando per terra strofinavo i genitali per terra ed ho avuto una forte eccitazione apatica (orgasmo secco). I miei occhi sono caduti sulle scarpe della mia amichetta che era davanti a me”.

C'è stato quindi un condizionamento classico tra stimolo incondizionato (gioco eccitante e strofinamento dei genitali) e risposta incondizionata (risposta sessuale). Lo stimolo condizionato in questo caso sono le scarpe e la risposta condizionata nuovamente la risposta sessuale.

Nel caso in cui lo stimolo incondizionato è in grado di produrre una risposta incondizionata molto potente, basta, come in questo caso, una sola associazione.

Da un punto di vista evoluzionistico è meglio compiere degli errori di falso positivo (ritenere pericolosa una situazione a prescindere), piuttosto che falso negativo (ritenere sicura una situazione che invece è pericolosa).

“Better safe than sorry” = meglio essere prudenti piuttosto che dispiacersene.

La nostra mente produce esiti possibili negativi. Avere pensieri automatici positivi è maniacale.

La paranoia non è altro che un'esaltazione di grado del pensiero di riferimento.

C'è differenza tra l'eccitamento sessuale psicologico e quello fisiologico.

Il primo è quando una persona si sente eccitata sessualmente, la seconda la cumescenza e secrezione vaginale nella donna e l'erezione nell'uomo.

[“Noi siamo on-off, o siamo eccitati o non lo siamo”]

Una donna può essere eccitata psicologicamente ma non esserlo fisiologicamente e viceversa. Negli uomini no, se lo sono, lo sono in entrambi i casi.

Un'unica teoria, di stampo evoluzionistico: le femmine dei primati talvolta vengono abusate sessualmente. Questo comporta un eccitamento sessuale fisiologico diversamente da quello psicologico, può proteggere i genitali, la loro integrità.

Donne o ragazze abusate sessualmente si preoccupano di eccitarsi sessualmente durante un abuso: va loro spiegato a maggior ragione che se stimolati in un particolare modo i genitali funzionano fisiologicamente bene.

E' una sorta di “sistema di tutela” dei genitali femminili.

14/03/2017

LA FIOLOGIA DEGLI ORGANI GENITALI MASCHILI

Il principale organo genitale maschile è esterno (a differenza della maggior parte di quelli femminili) ed è il pene, composto da 2 corpi cavernosi e un corpo spongioso, il quale si diffonde fino a formare il glande (la punta del pene). E' l'equivalente della vagina femminile.

Ha 2 crure (gambe) o radici su cui si poggia il pene.

Sono muscoli e son fissate coi legamenti all'osso pelvico, son la base del pene.

Queste strutture son suddivise da corpi cavernosi e trabecole (fibre di collagene) che delimitano degli spazi (caverne tra 0,5mm e 5mm) piccole cavità, sinusoidi o cavernule.

Sono dei tessuti lisci. L'involucro attorno si chiama tunica albuginea, un tessuto semielastico (allungato alla massima estensione diventa poi rigido).

L'erezione del pene è prodotta dal fatto che normalmente quando non è in erezione i piccoli muscoli lisci sono contratti e quindi la cavernula chiusa, non può entrarci nulla.

Quando si ha l'erezione i muscoli lisci si rilassano e ogni cavernula si apre. I corpi cavernosi si gonfiano di sangue, la tunica diventa poi rigida e il pene idem, perché gonfio di sangue.

I corpi cavernosi schiacciano lungo la tunica albuginea i vasi si gonfiano ed esce pochissimo sangue, altrimenti l'erezione non si mantiene.

Il priapismo (da Priapo, dio greco della libido, rappresentato sempre col pene in erezione) si ha quando il pene rimane in erezione anche senza eccitamento.

Comincia a fare male dopo troppo tempo, dopo le 6 ore il sangue è "prigioniero" nel pene e quindi i tessuti non vengono ossigenati, non si ricambia, avendo delle lesioni irreversibili ai corpi cavernosi.

Dal glande bucano fino ai corpi cavernosi, producendo uno chante, dal corpo cavernoso allo spongioso, che non essendo circondato dalla tunica albugine, rimane sempre più morbido.

Il tritico ha come molecola il trazodone (antidepressivo atipico) è un farmaco antidepressivo e attivante.

Il glande è ricoperto dal prepuzio, un cappuccio di pelle, che è attaccato al glande nella parte inferiore dal un lembo di pelle chiamata frenulo. Può essere corto, se non va giù va tagliato per evitare una circoncisione completa.

La fimosi si ha quando si hanno aderenze che attaccano il prepuzio al glande. Durante il rapporto sessuale, il prepuzio viene stirato durante la penetrazione e fa male. Tutti i maschi nascono con fimosi, ma queste aderenze normalmente si rompono grazie ai giochi che fanno i bambini col proprio pisellino.

I bambini venivano lasciati fimotici così non si masturbavano e veniva tolta solo in età adulta, creando dei problemi, perché l'operazione è più complessa e dolorosa.

Il Re Luigi XXVI era fimotico e rimase bianco il matrimonio con Maria Antonietta D'Austria perché non poteva avere rapporti sessuali. Suo bisnonno, il Re Luigi XXV diede ordine di farsi operare.

Negli Stati Uniti l'80% dei maschi è circonciso, ma non per un aspetto religioso, quanto pratico.

Negli anni '30-'40 uscì un articolo secondo cui era più probabile per i non circoncisi contrarre cancro al pene.

Siccome il glande ha dei recettori tattili e del piacere (senza il prepuzio) se è sempre esposto e tocca le mutande o viene a contatto con varie stimolazioni, le soglie del glande si sollevano, quindi diventa meno sensibile alle stimolazioni.

Lo sfintere prossimale è vicino alla prostata e non è volontario, quello distale è un po' più volontario. Il liquido prostatico è la parte liquida più importante dello sperma. Le aperture dei dotti delle ghiandole del Cowper producono il liquido lubrificante maschile, cristallino prodotto quando è eccitato. Contiene comunque degli spermatozoi, per questo il coito interrotto non è un metodo contraccettivo particolarmente efficace.

L'ipertrofia prostatica oggi può esserci anche attorno ai 40 anni, comprime l'uretra e ci può quindi essere la fuoriuscita di urina e avere la sensazione sgradevole di urinare in continuazione.

La prostatectomia è la rimozione della prostata, quindi non è più fertile. Si possono creare delle lesioni neurologiche, può essere danneggiata l'innervazione dello sfintere distale e quindi con causa di coordinamento, lo sperma va a finire nella vescica (orgasmo anejaculatorio).

Sulla punta del catetere si apre una lama fatta ad ombrello, che toglie la parte eccedente.

La parafimosi è l'impossibilità nel ricoprire il glande col prepuzio una volta retratto quest'ultimo.

I TESTICOLI

Nel neonato le gonadi maschili scendono nello scroto (tramite i canali scrotali), dall'addome (nel feto) poco prima della nascita.

I testicoli sono sempre esterni, per una motivazione di aereazione.

La spermatogenesi deve avvenire a una temperatura inferiore ai 37.

La fertilità biologica sta calando in modo vertiginoso, non di certo solo per gli slip e i jeans troppo stretti, che certo non aiutano.

Il criptorchidismo (orchid = testicoli, cripton = nascosto) sono i cosiddetti testicolo nascosti, bisogna intervenire chirurgicamente perché rischia la sterilità il bambino per quando sarà grande.

I testicoli sono racchiusi dai muscoli cremasteri, che sollevano i testicoli.

Hanno la loro funzione quando fa molto freddo, li portano vicini al corpo e quando l'uomo vicino all'orgasmo.

I muscoli Dartos sono presenti nello scroto, lo fanno raggrinzire.

All'interno i testicoli hanno 3 tipi di cellule: interstiziali (di Leydig) fondamentali perché producono il testosterone (ormone steroideo, come l'estrogeno nella donna, o le ghiandole surrenali/adrenali chiamate nei paesi anglosassoni); tubolari (del Sertoli) attorno alle cellule germinali, precursori degli spermatozoi.

I tubuli seminiferi sono sottili e si trovano nel testicolo, sono convulsi (250m se estesi).

Gli spermatozoi vanno nella rete testis per poi finire nell'epididimo e nei dotti deferenti.

Un uomo con attività sessuale media produce circa 150milioni di spermatozoi al giorno.

Rimangono nell'Epididimo per 2-3 mesi, se non eiaculati muoiono e vengono riciclati.

Costituisce circa il 50-60% dello sperma, prodotto dalle vescicole seminali.

In una eiaculazione vengono prodotti da 100 a 700 milioni di spermatozoi.

Quello che "vince" sarà di alta qualità genetica, forte e ben capacitato.

ORGASMO MASCHILE

Come per le fasi dell'orgasmo femminile, si hanno le stesse per quello maschile.

La prima fase, quella dell'eccitamento è caratterizzata dall'erezione.

Il centro toracolombare produce l'eiaculazione mediata dai centri e il centro sacrale che produce l'eiaculazione meccanica. Per questo anche persone para o tetraplegiche possono avere figli, però non sentono niente perché manca la sensazione recettiva.

Il centro ipotalamico scarica e produce l'erezione quando la soglia viene superata.

Il viagra, l'evitra, il cialis e lo spetra sono inibitori della fosfodiasterasi di tipo 5, che è un enzima facilitante la contrazione dei muscoli sinusoidi. Inibendolo, l'erezione viene facilitata.

Virag si tirò giù i pantaloni durante un congresso e si fece un'iniezione nel pene, avendo un'erezione della durata di 2 ore.

Il cialis ha durata di 48 ore, il viagra 12 ore, alcuni producono effetti collaterali più di altri, come nel caso del viagra in cui si possono vedere aloni blu attorno agli oggetti.

Bisogna differenziare i casi di natura psicogena da quelli di natura organica ovviamente.

Nella fase del plateau continua l'erezione e può iniziare a comparire le secrezioni delle ghiandole del Cowper.

L'eccitamento e il plateau sono indipendenti dalle ultime 2 fasi: un uomo può avere orgasmo senza erezione, ad esempio.

15/03/2017

Ogni ciclo dura circa (1-2-3-4) 90' (2-3-4-fase REM).

La fase REM (movimenti rapidi oculari all'indietro o lateralmente) è caratterizzata da sogni (anche se non è l'unica fase in cui si sogna).

Durante la fase REM nei maschi avviene un'erezione, è meccanica e non è collegata alla posizione, né a sogni erotici.

(Gerotrofilia = preferenza degli anziani)

Il lobus ceruleus (con coloranti ha una colorazione azzurrina) è associato alle vie adrenergiche che trasmettono l'adrenalina.

La fase REM induce una sospensione del tono adrenergico, quindi rilassando i muscoli attorno alla cavernula si ha l'erezione.

L'ipotonia muscolare è un'altra caratteristica della fase REM. Alcuni sostengono essere utile perché il sognatore non traduce in movimenti il contenuto dei sogni.

Potrebbe essere dovuta quindi alla disinibizione per via della diminuzione del tono adrenergico.

Uno dei test che vengono fatti per le disfunzioni erettili per sapere se è un problema organico o psichico è appunto la motorizzazione delle erezioni notturne. Un altro è chiedere loro se recentemente si siano svegliati con un'erezione o meno.

Dalle 3-4 di notte le fasi REM si allungano, ecco perché i maschi spesso si svegliano con un'erezione.

Durante la fase REM anche se il cervello è attivato, si chiama sonno paradossale.

ORGASMO MASCHILE

È più complesso di quello femminile, in quanto produce lo sperma. È composto da 2 fasi: l'emissione e l'ejaculazione propriamente detta.

Si producono normalmente l'una di seguito all'altra e sono prodotte da sistemi vegetativi diversi.

La fase dell'emissione è prodotta da centri simpatici, sistemi vegetativi ortosimpatici.

È composta dalla contrazione dei muscoli lisci e dell'epididimo, spingendo gli spermatozoi sui dotti deferenti. I vasi si contraggono e anch'essi li spingono verso l'uretra, si contraggono le vescicole seminali. Il contenuto delle vescicole (60-70% dello sperma è prodotto da qui) si mescola col liquido della prostata e gli spermatozoi nel collicolo seminale, formando lo sperma.

La fase eiaculatoria è controllata da un centro parasimpatico, a livello sacrale.

Produce la contrazione del cavernoso e del corpo spongioso che circondano l'uretra.

Contemporaneamente si chiude lo sfintere vescicale prossimale, le contrazioni pompano lo sperma verso l'uretra. Avviene l'ejaculazione retrograda in seguito alla prostatectomia ad esempio, in cui l'ejaculazione avviene al contrario.

Le due fasi possono essere dissociate l'una dall'altra.

L'ejaculazione anedonica è rara: è poco piacevole, perché non c'è il passaggio dello sperma nell'uretra. La fase espulsiva (erotismo uretrale) è la parte più piacevole dell'orgasmo maschile. Più l'ejaculazione è voluminosa, più è piacevole per il maschio.

La fase refrattaria non può seguire un'altra ejaculazione, siccome dev'essere riprodotto lo sperma, deve riaccumularsi.

La seconda ejaculazione contiene meno sperma.

L'ejaculazione sgocciolante non ha forza, esce passivamente, per questo è anedonica.

L'orgasmo anejaculatorio ha la fase contrattiva, ma manca la fase d'emissione.

Se un uomo, durante un rapporto sessuale, è in ansia per qualcosa essendo sotto il sistema ortosimpatico, che produce la fase dell'emissione, quindi l'ansia potrebbe facilitare l'orgasmo maschile (ejaculazione precoce) col sistema parasimpatico (problemi di erezione) sono in inibizione reciproca. Ma se è particolarmente sfortunato può averle entrambe contemporaneamente.

Casi di eiaculazione estremamente precoce si hanno ad esempio nella sola aspettativa di avere un rapporto sessuale o si sta spogliando per.

La fase della risoluzione è l'ultima della fase della risposta sessuale maschile: rappresentata dalla detumescenza meniena (l'erezione viene meno) e dal periodo refrattario.

Ogni uomo ha 3 possibili risposte conseguenti all'eiaculazione (ogni maschio ne possiede una e nessuna è patologica): in alcuni l'erezione viene meno subito, quindi non è possibile avere subito un rapporto sessuale penetrativo; altri mantengono l'erezione per un tempo sufficiente per portare la donna all'orgasmo, se non è ancora riuscita ad averlo.

Nel primo caso può continuare l'uomo, ma non sente quasi nessuna sensazione piacevole. Nel secondo anzi le sensazioni sono spiacevoli, quindi solitamente smette.

LA DIFFERENZIAZIONE SESSUALE

Un feto durante la vita uterina si differenzia in direzione di maschio o femmina.

Nelle prime settimane di gestazione il feto ha gonadi differenziate. La gonade primitiva presenta una zona centrale midollare e una esterna corticale. Se il feto ha un patrimonio genetico XY alla sesta settimana di gestazione la midollare si trasforma in due testicoli e quindi va in direzione maschile. Se invece possiede patrimonio genetico XX la parte corticale esterna si trasforma in ovaie a partire dalla 12esima settimana.

Verso il sesto mese di gestazione le ovaie sono ben definite nella femmina.

La trasformazione della parte corticale in ovaie deve avere la presenza di due cromosomi X. Nella Sindrome di Turner, essendo presente un solo cromosoma X determina la sterilità delle stesse: le ovaie non si sono formate in modo adeguato durante la gravidanza.

Solo 300-500 ovociti si svilupperanno nella donna.

Fino al terzo mese di gravidanza il feto possiede delle strutture importanti: i dotti di Muller e i dotti di Wolf.

Questi ultimi sono i precursori dell'apparato genito-urinario maschile; mentre i dotti di Muller sono i precursori dell'apparato urogenitale femminile interno.

Fino al 3° mese di gravidanza il feto è totipotente (può svilupparsi in entrambe le direzioni): son compresenti entrambi.

Se non accade niente, per default si sviluppa in direzione femminile. Perché si sviluppi in direzione maschile si deve creare una deviazione.

I dotti di Wolf automaticamente decadono e quelli di Muller si sviluppano se c'è lo sviluppo dell'apparato femminile.

Se il feto è geneticamente maschio e la deviazione non accade, al posto delle ovaie la bambina avrà 2 testicoli.

L'apparato genitale interno ed esterno sono femminili, quindi viene castrata e durante la pubertà dovrà prendere ormoni femminili, purtroppo però sarà sterile.

Da un punto di vista genetico ha un patrimonio XY, anche se fenotipicamente è femmina.

Al 3° mese di gravidanza le cellule di Leydig cominciano a produrre testosterone che stimola lo sviluppo dei dotti di Wolf.

Le cellule del Sertoli (dei testicoli) cominciano a produrre la sostanza antimulleriana che inibisce la crescita dei dotti di Muller. Perché si sviluppi fenotipicamente un maschio (phenomic = apparire, mostrarsi) dalla strada preprogrammata dalle cellule di Leydig dev'essere prodotto il testosterone e da quelle del Sertoli la sostanza antimulleriana.

Il testosterone produce la differenziazione cerebrale e lo sviluppo dei dotti di Wolf.

Se manca uno di questi eventi, soprattutto per quanto riguarda il liquido antimulleriano si hanno disturbi dello sviluppo sessuale (afroditismo, condizioni intersessuali), se mancano entrambi si va in direzione femminile. Alla nascita non è fenotipicamente

chiaramente sessuata: ha sia un pene che una vagina.

[“...che può essere anche comodo”]

Un tempo la decisione la prendevano i genitori con il piccolo appena nato, attualmente la tendenza è quello di aspettare la persona stessa portatrice della condizione se essere attribuita a un sesso o all'altro.

La sindrome del testicolo femminilizzante (da insensibilità agli androgeni): è legata a un difetto genetico in cui le cellule del corpo dei bambini maschi sono insensibili al testosterone, prodotto normalmente, ma non ha effetto per la differenziazione del feto. Alla nascita si ha una femmina fenotipica perfetta.

Nelle femmine si ha più spesso la Sindrome Andrenocorticale: genetica, durante la vita fetale per una carenza enzimatica le cellule surrenali cominciano a produrre testosterone in grossa quantità (di solito solo dalle ghiandole surrenali, ormoni steroidei e corticosteroidi = cortisolo antecedente sia degli ormoni steroidei che dei corticosteroidi), per cui alla nascita si hanno delle femmine androgenizzate.

Fenotipicamente sono delle femmine, ma il cervello è in direzione maschile.

Possono avere un clitoride molto grosso, qualche problema di forma dei genitali ma soprattutto hanno il cervello androgenizzato, in direzione maschile.

Adesso si hanno dei test alla nascita per le bambine, che normalizza la produzione ormonale, però l'androgenizzazione cerebrale è avvenuta: queste bambine sono Tom-Boy, vale a dire bambine maschiaccio, con un temperamento tipicamente maschile. Sono molto attive, esplorative, amano i giochi fisici violenti esattamente come i maschietti medi. Quando divengono adulte hanno una probabilità un po' maggiore di avere elementi omosessuali, quindi di agire o avere fantasie sessuali maggiori rispetto alle altre donne, che non hanno questo tipo di problematiche. Però hanno una vita più o meno normale, è interessante l'aspetto degli effetti dell'androgenizzazione cerebrale sulle propensioni e comportamenti che sono legati alla biologia quindi e non agli stereotipi culturali.

La Sindrome da deficit della 5 α -reduttasi: è un enzima che trasforma il testosterone in diidrotestosterone (forma chimica del testosterone più attiva nell'organismo). Se rimane testosterone non agisce in modo particolarmente potente sulle cellule del corpo maschile. La 5 α -reduttasi facilita questo passaggio, perché si trasformi in diidrotestosterone.

Nell'800 è avvenuta una mutazione in alcuni popoli della Guinea Papua e della Colombia Britannica, per cui alcuni bambini maschi nascono con questo deficit genetico: avviene un'incompleta androgenizzazione del corpo con genitali più femminili che maschili, fenotipicamente era femmine. Di solito venivano allevate come bambine. Con la pubertà avveniva però una produzione molto forte di testosterone. Cominciavano a sviluppare la voce più grossa, crescevano peli, l'apparente clitoride diventava molto più grosso e sviluppavano atteggiamenti di tipo maschile, venendo quindi riattribuite al genere maschile e vivendo così il resto della vita.

Questa condizione è stata scoperta negli anni '80 da Jinley ('86-'87).

Money e Musa scrissero “Uomo donna ragazzo ragazza” ('74/'76): libro in cui sostenevano un'idea comportamentista “datemi un bambino e a seconda di come io lo allevo, diventerà un maschio o una femmina”, secondo la quale il genere derivi dai processi educativi a cui viene sottoposta la persona e non da basi biologiche.

Nel libro venivano riportati molti casi di riattribuzione di genere in opposizione al sesso biologico. Dipendeva quindi solo dalla scelta dei genitori e dei medici.

[“e ce n'erano un fottio!”]

Money aveva fatto anche degli studi di follow up, dimostrando la sua tesi.

Il caso di David Rimer (anni '60) uno di due gemelli omozigoti: poco dopo la nascita è stato circonciso (americano, era tradizione). Erano stati introdotti da poco i bisturi

elettrici (tagliano e bruciano quasi subito). Quando stavano circondando David, una scarica anomale necrotizzò il suo pene.

Per un anno venne allevato come un maschio.

Money consigliò la riattribuzione al genere femminile: venne quindi castrato diventando Brenda.

La seguì fino ai suoi 14 anni.

Diamond sosteneva l'importanza degli aspetti biologici: fece PHCD in un'università diversa, perché venne cacciato da Money.

Nel 1990 pubblicò allora uno studio di follow up sui casi di Money: alcuni si erano uccisi, altri ritornati al genere di partenza, fra cui lo stesso David Rimer.

Brenda aveva da poco iniziato a prendere estrogeni, 6 mesi dopo decise di tornare Rimer, prendendo invece androgeni.

Nel 2002 il fratello si uccise, sparandosi (come la madre e lo zio). Nel 2004 si uccise anche David, sparandosi. Non sappiamo se sia stato dovuto alla depressione suicidaria o per altri motivi.

David aveva senza dubbio sviluppato un cervello maschile. In epoca fetale e poi nella pubertà il cervello maschile viene modificato.

L'emisfero destro e quello sinistro sono nettamente diversi, fanno cose diverse, mentre quelli femminili sono quasi totipotenti entrambi.

Es: supponiamo una donna abbia una lesione all'area di Broca, possono assumere funzioni vicarianti mentre negli uomini è diverso.

16/03/2016

I muscoli a sostegno della vagina

In alcune donne l'utero è retroverso, quindi lo sbocco è orientato nella parte anteriore della vagina.

I muscoli di sostegno della vagina sono "ad anello" e sono i pubococcigei del pavimento pelvico, che sostengono le pareti della vagina. Sono importanti sia per l'orgasmo che per alcune disfunzioni sessuali, in quanto garantiscono il tono delle pareti (se sono deboli o si sfiancano o creano problemi).

Le tube di Falloppio sono i 2 canali che arrivano alla Fimbria. All'interno delle ovaie ci sono circa 300-400 mila ovuli che deve maturare, le ovaie si alternano il lavoro.

Si attacca poi all'endometrio, se stato fecondato dallo spermatozoo.

Gravidanze extrauterine si hanno se fuori dalla Fimbria.

Le fasi della risposta sessuale secondo Masters e Johnson sono quella di eccitamento, dopo la quale si ha quella di plateau (appiattimento, rimane l'eccitamento iniziale), se poi la stimolazione è sufficiente si ha l'eccitazione massima fino alla fase di orgasmo, infine la fase di risoluzione più lunga nelle donne e breve negli uomini.

Non ci sono disturbi nella fase del plateau, contrariamente a tutte le altre invece. Disturbo è diverso dalla disfunzione sessuale (particolare tipo di cose che non vanno bene dal punto di vista sessuale).

L'orgasmo femminile è una caratteristica presente solo nella femmina umana, gli altri mammiferi no. Perché?

Nei Bonobo e nei gorilla le femmine possono avere occasionalmente orgasmo, prevalentemente in rapporto con altre femmine, non in quelli eterosessuali.

[la donna umana è più intelligente...ma non è una spiegazione scientifica e quindi non la si può accettare]

Alcuni orgasmi femminili contraggono l'utero e quindi migliora l'afflusso di sangue era una delle ipotesi teoriche, ma non ci sono prove.

Altri sostenevano che le contrazioni espirasse nell'utero dell'eiaculato accumulato nel fondo della vagina.

L'utero con la parte terminale a becco d'anatra puccia la cervice permettendo più la fecondazione, ma anche questa non sembrava avere abbastanza prove in merito.

La teoria migliore è che le donne hanno l'orgasmo, come gli uomini hanno i capezzoli (lactatio virilis, in tribù nel sudamerica: attaccano il bambino al capezzolo dell'uomo e ciò permetteva una fuoriuscita di un liquido poco nutriente che però permetteva la sopravvivenza del piccolo per qualche giorno).

I capezzoli femminili sono essenziali per la donna, la selezione naturale li ha duplicati, cosicché almeno una coppia dei geni sia conservata.

Ciò è stato applicato per l'orgasmo maschile: i geni sono ridondanti, passati quindi al patrimonio femminile come quello dei capezzoli. I capezzoli maschili non sono funzionali e l'orgasmo femminile è meno facile e meno funzionante dell'orgasmo maschile.

L'eiaculazione precoce è la disfunzione prevalente (perché adattivamente serve che un maschio si sappia riprodurre).

L'orgasmo femminile è più difficile, non è quindi un disturbo o una patologia.

Da un punto di vista clinico, l'anorgasmia è un disturbo, ma se lo è dal punto di vista clitorideo, non è un disturbo. L'orgasmo vaginale invece è più difficile.

Più la donna si incaponisce a volere un orgasmo vaginale, tanto meno ci riuscirà.

E' importante che la donna sia consapevole di funzionare diversamente dall'orgasmo maschile: non è applicabile tout à court.

Inoltre, le donne possono avere un orgasmo multiplo, se la stimolazione procede può seguirne un altro.

Gli uomini non hanno la possibilità di orgasmi multipli: segue un periodo refrattario, necessario fisiologicamente perché tutto l'apparato deve "ricaricarsi".

Con l'età, il periodo refrattario si allunga (da mezz'ora a ore; in anziani anche di un giorno o due).

Secondo Freud, le donne che hanno solo l'orgasmo clitorideo sono nevrotiche, mentre quelle vaginali "normali". Anzi, uno studio di Fisher sembra dare un output al contrario (sembra che le donne con orgasmo vaginale siano più ansiose).

Quando il clitoride si ritrae, è al massimo grado di eccitamento.

Il Punto G è stato scoperto da un ginecologo, Grafenberg. Fece studi con prostitute, stimolando i genitali in diversi punti.

Si trova nel primo terzo anteriore della vagina (alla palpazione si può sentire una sorta di bottoncino, in realtà in molte donne non c'è).

["presi 2 piccioni con una fava"]

Alcune donne riferiscono che al momento dell'orgasmo esca un liquido, in alcuni casi molto.

I muscoli della vagina (1 ogni 0,8 sec) si contraggono, circondano l'uretra e il primo terzo anteriore della vagina.

Inizialmente si pensava fosse incontinenza da orgasmo femminile.

E' un liquido molto simile al liquido prostatico (caratteristico alcaline).

I dotti parauretrali sono canaletti che finiscono in ghiandole di Skene, che da un punto di vista dello sviluppo embrionale producono un liquido che va a finire nell'uretra.

I maschi hanno 2 organi che producono l'orgasmo: il pene e la prostata.

I maschi omosessuali possono avere un orgasmo durante un rapporto, sia l'uomo che penetra, che quello che viene penetrato.

Clitoride (corrispondente del pene) e punto G (corrispondente della prostata) spiegherebbe l'iaculazione femminile (ghiandole di Skene) e l'orgasmo femminile.

Alcuni autori hanno sostenuto un terzo tipo di orgasmo femminile, più profondo: l'orgasmo uterino. Ci sono delle contrazioni dell'utero particolarmente forti.

Non sarebbero venuti fuori questi studi da Master e Jonhson perché non erano completamente rilassate le donne.

Questi studi vennero fatti anche in casa, tra marito e moglie.

IL CICLO MESTRUALE

Comincia per convenzione, il primo giorno del mestruo.

Si chiama fase follicolare o proliferativa.

I 2 ormoni sono: follicolare e il luteinizzante (cresce lentamente, fase secretoria).

L'ovulazione avviene il 15° giorno dall'inizio del ciclo.

La seconda fase, concentrata sul corpo luteo (ovulo rotto, significa "bianco"), comincia a produrre progesterone, prepara l'endometrio all'eventuale gravidanza.

Se non viene fecondata, la sostanza si stacca, espulsa poi dalla vagina.

20/03/2017

[“ho un disturbo da stress post-traumatico del risveglio al mattino”]

DIMORFISMI SESSUALI RILEVANTI RISPETTO ALLA SESSUALITÀ

Differenze cognitive-emotive tra maschi e femmine, ma anche biologiche.

Ci sono differenze strutturali del cervello, che sono innate.

Il dimorfismo cerebrale si differenzia in 2 fasi sensibili dello sviluppo dell'individuo: la prima fetale (struttura cerebrale di default femminile, quella maschile è una deviazione), poi durante la pubertà (i cervelli si definiscono definitivamente).

Differenze neuroanatomiche: il nucleo sessualmente dimorfico è più grande nei maschi. E' indipendente dall'orientamento sessuale.

Omosessuali si nasce o omosessuali si diventa? L'orientamento omosessuale è alternativo ed è dovuto a geni che vanno più in senso maschile o femminile.

I nuclei interstiziali dell'ipotalamo sono 4 e il secondo e il terzo sono dimorfici rispetto all'orientamento sessuale, l'1 e il 4° sono dimorfici rispetto al genere.

[devo camminare un po' perché sono un vecchio iperattivo]

Nel 1992 un biologo omosessuale, Simon Levay pubblicò un articolo: il primo studio al mondo che dimostrava una differenza biologica fra omosessuale maschi ed eterosessuali maschi.

La prima critica riguarda la metodologia dello studio. Levay ha analizzato cervelli di omosessuali e eterosessuali ed ha confrontato i nuclei interstiziali (metodologia correlazionale).

La debolezza sta nel nesso causale, non dà la direzione della sessualità: ho i nuclei interstiziali più piccoli perché sono omosessuale o il contrario?

La seconda critica riguarda: uomini morti per AIDS, che provoca deformazione dei nuclei interstiziali, non è detto che fossero quindi omosessuali.

Quando però analizzò persone morte in situazioni in cui non avevano subito trasformazioni di nessun tipo, fu confermata nuovamente la tesi.

Lo studio fu replicato solo una volta successivamente.

Levay si dedica alla divulgazione adesso, ha abbandonato la ricerca.

Il nucleo soprachiasmatico (sopra il chiasma ottico) è dimorfico rispetto all'orientamento ed ha dimensioni maggiori negli omosessuali rispetto agli eterosessuali.

La variazione peptidica che produce, varia a seconda del giorno.

Gli omosessuali si svegliano prima al mattino rispetto agli eterosessuali.

Le donne omosessuali avrebbero dedicato più tempo ai bambini che dormono poco la notte, quindi dormirebbero meno.

Il nucleo BadTSc è più simile a quello dei transessuali uomo-donna (M to F = Male to Female) delle donne.

Il corpo calloso è più voluminoso in quello delle donne.

La parte controlaterale nella donna, in caso di lesione in un emisfero, riesce a prendere le veci della parte vicariante, in quanto più elastici perché meno specializzati.

[non ho ancora capito quale sia il vantaggio della specializzazione...a parte il fatto che abbiamo un orientamento spazio-temporale più sviluppato e quindi sappiamo parcheggiare meglio]

I maschi neonati hanno un temperamento mediamente maschile: maggiore attività fisica, più coraggio (si allontanano maggiormente dalla mamma), gioco fisico violento (battersi, darsi in testa o lanciaarli). E' programmato biologicamente.

I bambini con disforia di genere (con esordio precoce) hanno temperamento opposto.

Le femmine Cross-gender le femmine hanno temperamento maschile ed è un potenziale messaggio di omosessualità.

L'80% di adulti omosessuali erano cross-gender da bambini.

Fisicamente i maschi omosessuali hanno più creste cutanee sulla mano sinistra che destra con un pattern femminile e le femmine più dermatoglifi sui polpastrelli delle dita.

L'indice e l'anulare nel maschio eterosessuali è più simile e le dimensioni del pene in media ha un centimetro di differenza in larghezza e in lunghezza negli omosessuali, più grandi rispetto agli eterosessuali.

[voi direte: "i ricercatori non hanno niente di meglio da fare che misurare i peni della gente"]

I potenziali evocati (auto-acustici) facendo dei click: le donne lesbiche hanno potenziali auto-acustici più simili a quelli maschili.

In ambito neuropsicologico i maschi sono superiori rispetto ad abilità di orientamento visuo-spaziale, le donne nelle abilità verbali.

I maschi omosessuali sembrano essere in una zona intermedia (più delle femmine, meno dei maschi etero).

Somministrando androgeni (trans f to m) a donne (m to f) ed estrogeni nei maschi.

I primi migliorano nell'orientamento spazio-temporali (cambiamento più rilevante), i

secondi nelle abilità verbali.

In termini di apprendimento sociale sono più spiegabili le comunicazioni interpersonali e le relazioni emozionali.

Il numero di parole pronunciate dalle donne è esattamente il doppio rispetto a quelle pronunciate dall'uomo.

In coppia le donne sono molto portate a parlare dei problemi, condividere, "apri il tuo cuore", mentre gli uomini lo fanno su richiesta o non spontaneamente e di ciò che fanno (specialmente quando parlano tra di loro).

I maschi vengono cresciuti a "controllare" specialmente le emozioni negative.

Le Tom-boy hanno temperamento più maschile.

Le donne mostrano frequentemente più emozioni (specialmente tristezza e paura), mentre i maschi la rabbia (più aggressivi).

Le donne tendono alla condivisione ed avvicinamento, il pattern strategia avvicinamento-ritirata: l'uomo chiude più la comunicazione, più la donna tende ad aprirsi e voler condividere.

Il comportamento sessuale fra relazioni di genere: per i maschi non è particolarmente importante che ci sia un coinvolgimento sentimentale, mentre per le femmine è più importante.

La spiegazione evoluzionistica si basa sull'investimento parentale minimo: numero di risorse che una femmina di primate deve mettere in gioco per avere un figlio. Deve sostenere una gravidanza, deve difendere se stessa e il pargolo.

Per un maschio è un esercizio fisico di qualche minuto (basso orientamento parentale minimo).

Tendono a scegliere la partner che abbia le caratteristiche ideali per avere un figlio si basa sull'aspetto fisico (pelliccia lucida e corpo e caratteristiche giovanili = neotenia): quindi giovane e sana.

Un eccesso di neotenia porta alla pedofilia.

Se il maschio è potente ha la possibilità di proteggere la prole sia durante che dopo la gravidanza.

I segni che il maschio dà ad investire per la femmina e la prole: accudimento e disponibilità ad impiegare risorse.

La specie umana è simile: i maschi umani sono molto sensibili all'aspetto fisico delle femmine.

Processi cosmetici e strategie di abbigliamento sono tecniche impiegate dalle femmine.

Le femmine sono molto sensibili al coinvolgimento sentimentale e attenzione dell'uomo.

Nei vecchi corteggiamenti gli uomini per dimostrare anche la loro potenza e ricchezza dovevano fare molti regali alla potenziale fidanzata.

Attualmente siamo abituati a pensare che ci si sposa se ci si ama, ma fino al Romanticismo nessuno aveva mai pensato in questi termini, fino all'inizio dell'800.

Prima si sposava chi era utile sposare, l'amore se veniva, veniva dopo.

Gli uomini tendono a prediligere aspetti sessuali forti, espliciti, pornografici.

Alle donne non piace o non dice nulla quella maschile. La pornografia femminile è diversa, quando si vuole portare delle donne a sviluppare l'elaborazione di fantasie erotiche per facilitarle si usano di solito le scene di sesso presenti nei romanzi rosa.

Se fate vedere la foto di un uomo nudo ad un eterosessuale non produce nessun effetto, mentre nella donna può provare un certo eccitamento nel vedere una foto di una donna nuda, perché si identifica, mentre per l'uomo è fonte di oggetto e basta.

23/03/2016

Quando il pene non è in erezione, le cavità sono chiuse. I muscoli lisci sono contratti e

ciò è dovuto dalle terminazioni adrenergiche (detumescenza del pene).

L'erezione viene prodotta dall'Acetilcolina, che fa dilatare le arterie che portano il sangue.

Ci sono 2 vie neurali che producono l'erezione: la via riflessa e la via psicogena.

La via riflessa: dal nervo dorsale del pene, dal nervo perineale e dal nervo pudendo si arriva al centro S1 ed S2, che manda una risposta motoria ai muscoli lisci dei corpi cavernosi, che si contraggono. Per questo una persona emiplegica (lesione spinale a livello di S1 ed S2, più basse della lesione) può avere delle erezioni.

La via psicogena è collegata con l'erezione per eccitamento psicologico. In un uomo normofunzionante si attivano contemporaneamente il centro sacrale e lombare.

Viene liberato il peptide, il VIP [*"...che non è una Very Important Person"*], carente nei soggetti che soffrono di impotenza.

Un altro mediatore chimico importante per l'erezione maschile è l'ossido nitrico, che attiva un enzima, il secondo messaggero MPGciclico.

La fosfodiesterasi di tipo 5 spiega perché funziona il Viagra.

[A uno studente: "Se lei si fa l'erezione...ehm, l'iniezione di papaverina..."]

Si fece un'iniezione di papaverina a un Congresso importante di Urologia e si tirò giù i pantaloni per dimostrarne l'efficacia, anche in assenza di una situazione eccitante [*"A meno che non fosse un parafiliaco della folla"*]

Il Cialis, il Viagra e tutti i simili, facilitano l'erezione solo se il soggetto è eccitato per motivi suoi.

LA TERAPIA SESSUALE

Le disfunzioni sessuali sono disturbi del funzionamento fisiologico sessuale.

Disturbi sessuali NAS:

1) Sentimenti marcati di inadeguatezza a riguardo dell'aspetto fisico, misura e forma degli organi sessuali, prestazioni sessuali, altri elementi collegati agli standard autoimposti di mascolinità o femminilità. → il soggetto ritiene di non rientrare nelle condizioni "standard" della Società (dismorfofobica); di solito le comparazioni circa la lunghezza è tipica dei maschi e il corrispettivo in ambito femminile è legato a 2 altre aree del corpo, i seni e le grandi labbra (esattamente estremamente variabili di forma e dimensione come il pene maschile)

La labioplastica (ricostruzione o modificazione delle grandi labbra) sta diventando sempre più frequente.

["Il pene più lungo nella storia...si chiama Long John Silver è lungo di 39cm"]

La preoccupazione dei maschi per le dimensioni del pene sono di antichissima data: traduzione da papiri del IV o V sec. A.C. In cui viene citata la ricetta per aumentare le dimensioni del pene → catturare delle particolari mosche, metterle nel mortaio ed essendo urticanti ne deriva un pene "più grande"

2) Disagio collegato a modalità di relazioni sessuali ripetute comprendenti una successione di amanti esperiti dall'individuo come oggetti da usare. → è l'unico riferimento nel DSM IV degli stati di ipersessualità (ricerca stimoli sessuali in modo

eccessivo); nel DSM V non è stata inserita tra le dipendenze sessuali (c'è solo il gambling = dipendenza da gioco)

Ci possono essere anche stati di compulsività sessuali e questi sono tipi di rinforzo negativo. Es: la masturbazione perde il piacere sessuale, perché magari viene usato compulsivamente

3) Persistente e marcato disagio a riguardo del proprio orientamento sessuale → l'omosessualità, fino al DSM III è stata catalogata come una patologia

Inibizione dell'eccitamento al proprio sesso con scarica elettrica quando apparivano foto di uomini o donne nudi se corrispondevano allo stesso sesso.

Esistono diverse teorie sull'omosessualità maschile, una di queste ammette che derivi da cattivi rapporti col padre.

Nel 2004, Spitzer (ha guidato l'équipe che ha voluto il referendum per depotenziare l'omosessualità dal DSM) fece uno studio in centri (Ex Gays Ministries) gestiti da sacerdoti. Dallo studio ne derivò che il 50% dei "riparati" avevano rapporti anche con l'altro sesso. Per quanto riguarda le tendenze sessuali sembravano uguali a prima, quindi solo il comportamento sembrava cambiato (erano per la maggior parte maschi).

Hanno modificato il comportamento ma non il loro orientamento, quindi non si può dire che la terapia sia stata efficace.

21/03/2017

SESSUALITA' E CICLO DI VITA

La teoria più famosa dello sviluppo sessuale è senza dubbio quella di Freud.

Oggi, nell'ambito della sessuologia scientifica non viene più presa in considerazione.

Pone particolare risalto all'energia libidica che deve fare katè (investimento) su determinati organi. È una teoria speculativa derivata da ambiti scientifici che non ha basi che la dimostrino. È una teoria sul funzionamento della mente di tipo idraulico (energie che scorrono).

I modelli idraulici, dagli anni '70 sono già stati dimostrati errati sperimentalmente.

La mente non funziona per spostamenti di cariche.

I neuroni non funzionano in questo modo.

La moderna psicoanalisi segue più una visione a stampo cognitivo.

Secondo Freud, gli stadi dello sviluppo sessuale erano fatti secondo il modello idraulico.

In realtà sono di scarico on/off, il neurone scarica o meno.

All'inizio l'energia libidica fa investimento sulla mucosa orale, poi anale, poi narcisisticamente fallica a seguire la fase della latenza e infine in relazione diadica quella genitale.

Se si creano delle fissazioni si hanno problemi di natura patologica.

Freud non ha mai trattato bambini: ha seguito il caso del piccolo Hans tramite il padre, che aveva la fobia dei cavalli.

La figlia, Anna ha trattato coi bambini.

Secondo Freud la bocca ha natura libidica, erotica.

I bambini però si mettono gli oggetti in bocca per conoscerli, è esplorativa, ha funzione di tranquillizzazione: la lingua attraverso la stimolazione del nucleo del tratto solitario è un centro sincronizzante, deattivante.

La fase anale, se si ha una fissazione, ha come conseguenza il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Disturbo Anancastico di Personalità): i genitori avrebbero dato un'eccessiva

importanza al controllo sfinterico (trattenere le feci) e quindi avrebbe sviluppato una personalità troppo parsimoniosa, tirata (il DSM lo considera uno degli 8 criteri, l'ICD no). Questa tendenza deriverebbe dalla trasformazione dalle feci al denaro (equivalente simbolico), che dà una particolare sensazione di controllo.

Il tratto principale è il perfezionismo, uno standard estremamente elevato quindi. Non ci sono state conferme empiriche di questo dato.

Il periodo della latenza sarebbe caratterizzato dall'assenza delle pulsioni libidiche, secondo Freud. È stato dimostrato che non è vero: i bambini hanno semplicemente imparato le regole sociali, dopo i 5-6 anni.

[“...non ci si tira il pisello mentre arriva la zia Giuseppina, che magari è una suora.”]

I bambini diventano semplicemente più socialmente abili.

[“mio figlio da adolescente metteva un cartello <<non disturbare>>]

LA STIMOLAZIONE SENSORIALE E CONTATTO CORPOREO

È essenziale per uno sviluppo cerebrale con maggior numero di sinapsi che si vengono a creare. Bisogna toccare i bambini.

La depressione anaclitica ha un esito letale se non viene interrotta presto.

I genitali sono ben sviluppati e funzionanti sia dalla nascita. I maschi hanno già erezioni in epoca fetale, ad esempio.

Producono sensazioni piacevoli, anche i genitali femminili, che possono produrre un po' di lubrificazione se stimolati.

Per un bambino è più semplice stimolarli perché sono esterni, rispetto alla vagina.

I bambini entro pochi mesi lo possono scoprire, le bambine aspettano di più, anche la semplice manualità infatti è più complessa.

“Il bambino è un perverso naturale” Freud sosteneva, perché perseguono la propria soddisfazione sessuale senza aver alcun limite sociale, culturale.

Nelle Isole Trobriand (nel Pacifico), Malinowski e Mead (etnologi) scoprirono le “isole felici” in cui non ci sono tabù sessuali.

Anche a 6-7 anni potevano avere rapporti sessuali davanti ai genitori.

[“io se avessi visto la babysitter di mio figlio masturbarlo, anche se mi citava Freud, io come minimo la licenziavo”]

Però i bambini cresciuti così erano perfettamente normali. Ciononostante l'abuso sessuale viene vissuto in modo contrario e ciò che prevale sono i bisogni dell'adulto, non del bambino.

Sebbene molti pedofili affermano di essere degli educatori sessuali, che permettono l'educazione sessuale ai bambini per permetter loro di accedervi.

Le bambine per stimolarsi usano oggetti morbidi, i bambini solitamente le mani.

La masturbazione ha una funzione edonica, ma prettamente ansiolitica: inibisce l'ortosimpatico.

Eccitarsi sessualmente è un ansiolitico.

Comportamenti riempitivi in momenti di noia, che viene provata anche nei disabili sensitivi. Un ambiente molto ricco non è stimolante, perché non hanno la capacità di elaborare gli stimoli.

Il colore per i disabili mentali gravi o gravissimi il colore è una distrazione, è troppo complesso: ecco il motivo per cui si utilizza solo un colore nei disegni, per mettere in risalto una particolare caratteristica dello stimolo.

Es: Luigino dal reparto "grave-gravissimi" fu messo nel reparto dei più capaci in cui lavoravano le ceramiche, sotto imposizione della mamma che faceva parte del consiglio direttivo. Però ha sviluppato modalità disturbante: dare pizzicotti (perché si annoiava e non sapeva prendere altro che con le "pinze").

La fobia di castrazione dei maschi nasce dalla vendetta paterna in seguito alla gelosia nei confronti della madre.

Se il bambino sviluppa una masturbazione compulsiva, è eccessiva e andrebbe reindirizzata: "vieni qui, guarda che bello questo".

I problemi sono legati alle reazioni degli adulti, non tanto alla masturbazione stessa. "Il gioco del dottore" è un modo per fare esplorazioni sessuali.

Nel rapporto Kinsey vennero fuori dei dati sconvolgenti: il 45% delle donne e il 57% degli uomini ricorda di aver partecipato a dei giochi sessuali, sia omo che eterosessuali. Questi giochi possono avvenire anche tra fratelli.

Se vengono ricordati ed etichettati con connotazione negativa possono sviluppare dei problemi.

Una ragazza di 24 anni ha un DOC di omosessualità: quando lei ne aveva 8 e la sorellina 6 aveva toccato i genitali e a sua volta se li era fatti toccare.

Teme di essere lesbica, "ingannando" il suo fidanzato quando invece "dovrebbe andare con le donne": pensa di essere contenta non perché è stata con le amiche, ma in quanto donne e quindi "attivata sessualmente".

Una volta il fidanzato allontanatosi dal pc, lei si avvicinò e vide un sito porno con donne obese e quindi lei rimase colpita e si colpevolizza di aver rotto la privacy del fidanzato.

I padri sotto sotto sono "orgogliosi" del figlio maschio brillante sessualmente, le femmine vengono giudicate male, se sono disinibite se ne preoccupano.

Verso i 4 anni i bambini si interrogano su come nascano i bambini.

Freud osservò che esiste una teoria cloacale della nascita dei bambini: (cloaca = fogna) deriva dalle scarse conoscenze anatomiche dei figli.

Credono che escano dall'ano.

Ci sono tante piccole cullette: quando i genitori si vogliono bene il papà deposita un seme nella pancia della mamma.

Verso i 4-5 anni i bambini riescono a cogliere il gusto delle parole sporche, che se si dicono producono delle reazioni negli adulti, ma fanno ridere i compagni.

Spesso non sanno cosa vogliono dire, a cosa si riferiscono.

Sono trasgressive e provocano imbarazzo e sorpresa negli adulti, ma divertimento nei compagni.

Un tempo era considerato un potenziale indicatore di abuso sessuale.

E' possibile che sia un'inadeguata protezione degli adulti dal punto di vista sessuale.

27/03/2017

LA FISSAZIONE DEI RUOLI SESSUALI

28/03/2017

Bambini di 6-7-8 anni possono avere orgasmi aneiaculatori. Non essendoci il periodo refrattario anche maschi possono avere orgasmi multipli, sono più simili alle donne in questa fase.

La masturbazione ha avuto una cattiva fama fino al 1950 dal punto di vista scientifico. Circa il 96-97% dei maschi si è masturbato.

Ha varie sfaccettature: ansiolitico, edonico (del piacere).

Con l'adolescenza si ha la sperimentazione di fantasie erotiche, per sostenere la stimolazione manuale.

Il rischio oggi con internet è che le persone si abituino a stimoli sessuali molto forti e funzionamenti sessuali irrealistici: si crea purtroppo un effetto di assuefazione. Es: nell'800 gli uomini erano molto stimolati dal vedere solo le caviglie delle donne. Oggi la situazione è alquanto diversa.

Uomini dipendenti da cybersesso (pornografia online), passavano molto tempo a guardarla ed hanno avuto una parentesi di pedopornografia, ma non erano pedofili.

Dato l'effetto di assuefazione, cominciano a cercare qualcosa di più hard. I siti pedopornografici erano la novità: quando è arrivata la polizia postale a casa, era più di un anno che non li guardavano più. Furono incriminati perché li avevano scaricati, anziché guardati in streaming. Il rischio è anche il commercio di materiale pedopornografico.

Durante la masturbazione scopriamo cosa ci eccita.

Lei soffriva di vaginismo e anorgasmia di primo tipo e lui eiaculazione precoce e disturbo erettile: sposati da 5 anni e non avevano mai avuto un rapporto sessuale penetrativo.

“Insomma insieme facevano metà DSM”

La fantasia erotica che ha descritto lui: “Ci sono 2 donne in piedi contro il muro, vestite. Una è più bassa e l'altra più alta, sono lì ferme. Hanno entrambe la borsetta e la tengono al braccio. In effetti non è molto eccitante come fantasia.”

Me ne consiglia una lei: “un centro con delle odalische vestite con veli vedo/non vedo”

Lei non soffriva più di vaginismo, lui nemmeno di erezione, quindi potevano passare alla prima penetrazione.

I missionari quando andarono in Africa a portare la religione cristiana scoprirono che la posizione sessuale più comune era a tergo “more ferarum” (la posizione delle bestie) e quindi si impegnarono a far scoprire la posizione “del missionario” perché ritenuta più dignitosa, in quanto entrambi si guardano negli occhi, è paritetica quantomeno.

La posizione che intendevano loro era diversa: lei sul bordo del letto, con le gambe giù e sdraiata di schiena.

L'orientamento sessuale delle persone è basata biologicamente, non si “decide” di diventare omo od eterosessuale, è una propensione che deriva da eventi che sono accaduti in età fetale, con l'androgenizzazione del cervello.

Potenzialmente gli esseri umani sono bisessuali, con notevole preferenza per l'eterosessualità, per ovvie ragioni di mantenimento della specie.

Gli uomini omosessuali sono il doppio delle donne lesbiche circa e sono il 4% (esclusivi) della popolazione mondiale e le donne il 2%.

Esclusivi nel senso che hanno rapporti solo omosessuali.

Le parafilie sono condizioni in cui le persone si eccitano con stimoli atipici.

Il cervello femminile è quello di default nel percorso, mentre quello maschile è deviazione dello stesso.

Sembra che la caratterizzazione del cervello maschile sia non perfetta e presenti quindi sempre degli aspetti femminili, nei maschi omosessuali.

I bambini maschi prepuberi, dai 6-7 anni fino ai 9-10 anni possono avere un forte eccitamento sessuale di fronte a situazione particolarmente eccitanti non da un punto di vista sessuale: es. giocando a “guardie e ladri” può produrre anche una forte stimolazione dei canali semicircolari, forti sbalzi che producono anche un orgasmo secco.

Nel '600 andare in antalena nei collegi era vietato, perché produce forti sensazioni erotiche.

I parafilici delle scarpe sono egosintonici con la loro parafilìa.

Processo di condizionamento classico avviene con reiterazione delle situazioni con o

stimolo incondizionato e condizionato. Un signore feticista di scarpe da donna ne ebbe solo una. Da un punto di vista evoluzionistico conviene fare più errori di falsi positivi che falsi negativi: gazzella attaccata al ruscello da una tigre.

Nessuno di noi ha in mente pensieri automatici positivi. Normalmente vediamo i lati negativi di nostre azioni. Ci permette di prendere precauzioni. Esiste nella fase maniacale o ipomaniacale che si vedano solo gli aspetti positivi, ma è una patologia. “E questo dà lavoro a persone come me”.

Il signore da piccolo, giocando a nascondino, si strusciava per terra ed ebbe una forte erezione dovuta allo strusciare dei genitali e quando ebbe l'orgasmo vide un paio di scarpe da bambina e da lì maturò il suo feticismo per scarpa da donna.

La “tecnica dell'anello di mercurio” è un anello di caucciù collegato a un enometro e viene collegato al pene, che se in erezione, si stira e aumenta la resistenza elettrica. Tramite una formula matematica si può sapere quanto sia eccitato sessualmente il soggetto.

L'omofobia interiorizzata crea problemi alle persone che scoprono dopo il loro orientamento omosessuale.

“Lo so che non approverà, ma ho sposato una donna” (un omosessuale) era riuscito ad avere dei rapporti sessuali, ma è un anno e mezzo che non ha rapporti con questa donna. Lei è un'ex anoressica, quindi non è forse particolarmente disinibita, ma comincia ad essere frustrata.

La capacità d'innamorarsi quando sorge? Non è necessariamente associata alla pubertà. Ci sono dei casi d'innamoramento anche da parte di bambini.

A distanza di 57 anni il prof. si ricorda di Mònique, una bambina di cui era infatuato e si ricorda ancora di lei.

Noi ci innamoriamo, abbiamo una gestalt, una forma ideale di partner perché si adegua a un'immagine ideale che abbiamo del partner?

Negli animali son state studiate le tendenze copulatorie, in particolar modo i cani, che tendono ad accoppiarsi più frequentemente con determinati tipi di cagnoline.

I primati in generale sono particolarmente sensibili all'estetica, sono neotipici (nuovo). I maschi ipermascolini non sono dei validi partner, perché sono troppo aggressivi, poco empatici, poco sensibili.

Nell'adolescenza si comincia a investire sugli altri, ci si stacca dalla famiglia e cominciamo a dare maggiore rilievo ai coetanei e a chi si investe sentimentalmente.

Le amicizie “virili” in certi casi fanno pensare quasi a un'infatuazione che potrebbe far pensare anche a un coinvolgimento sessuale.

Le amiche hanno comportamenti di effusioni e scambio di affetto, i maschi hanno altre manifestazioni di intimità e vicinanza che però non sono considerati affettuosi.

Due amiche possono andare in giro tenendosi la mano, due maschi si danno pugni ecc. la pubertà precoce dei maschi è tutto sommato vantaggiosa: diventa maschio prima.

Nella bambina invece è svantaggiosa: diventa apparentemente più donna in un'età ancora giovane. Comporta dei rischi come comportamenti sessuali.

Esistono dei farmaci alcanaloghi (bloccanti ipotalamici), tolti quando le bambine hanno l'età giusta.

03/04/2017

La Terapia Sessuale è una terapia direttiva: il terapeuta dice che fare ai pazienti. Una ristrutturazione cognitiva sulla coppia è necessaria, dopo che si è creata una compliance.

Es: “voi mi parlate di spontaneità, ditemi che cosa intendete voi per spontaneità”

Un comportamento spontaneo è un comportamento che ci viene spontaneo attuare senza averci pensato sopra immediatamente (non ha avuto una mediazione cognitiva)

prima) e viene attuato senza che nessuno ci dica di farlo. Non è eterodiretto. Esistono solo 2 possibilità perché una persona esegua un comportamento spontaneo perché abbia questa caratteristica: che sia un comportamento innato (es: soffio negli occhi, ammicco perché è un riflesso monosinaptico innato), non abbiamo comportamenti innati complessi. Il comportamento sessuale di un topo è geneticamente programmato: anche se non ha mai visto un maschio montare una femmina, ne sarà perfettamente in grado fin da subito. Cosa invece che non appartiene proprio ai cani, tantomeno agli scimpanzé.

Ovviamente non abbiamo mai fatto un esperimento sugli esseri umani.

Il comportamento automatizzato è quello superappreso (camminare, parlare).

“Se vuoi siete qua davanti a me per un problema sessuale, vuol dire che avete reso spontanei dei comportamenti che sono diventati disfunzionali. Dovete mettere in atto un processo di apprendimento affinché diventi funzionale.”

per alcune persone il piacere viene visto come senso di colpa, perché hanno avuto un'educazione al senso del dovere. Una persona DOC è caratterizzata da un alto livello di perfezionismo, ma anche un alto senso del dovere e il piacere può essere visto anche come una perdita di controllo, quindi qualcosa di negativo addirittura.

Ci sono persone che si etichettano come bisognose di forti sensazioni sessuali.

Mettono in atto azioni sempre più trasgressive e questo può essere un problema.

“Io sono una persona estremamente altruista perché provo piacere nel dare piacere al partner” questa è una posizione che crea problemi di prestazione: o io dò tutta la responsabilità all'altro nel provare piacere o io mi prendo carico del far provare piacere. E' una posizione che non è reciprocabile.

La stimolazione cognitiva consiste nelle fantasie erotiche. Alcune persone non vogliono cedervi perché credono sarebbe come un tradimento nei confronti del partner. Però dopo un po' si ha quasi sempre un processo di assuefazione al partner, se siamo monogami.

Necessariamente le coppie devono contrattare. Quasi sempre le coppie disfunzionino su problemi cretini, es. la scelta di un film.

Per alcune persone avere un partner inesperto o un po' imbranato dal punto di vista sessuale è quasi più eccitante, per altri totalmente smontante.

LE DISFUNZIONI SESSUALI

L'eiaculazione ritardata è il nuovo nome che è stato dato al disturbo dell'orgasmo maschile.

Il disturbo erettile è quando il pene non può andare in erezione.

Il disturbo dell'orgasmo femminile è l'equivalente dell'eiaculazione ritardata maschile: non può avere orgasmo.

Il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitamento sessuale femminile nella donna consiste

Il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione è orientato esclusivamente alle donne.

Il disturbo del desiderio sessuale maschile è stato separato da quello femminile: da desiderio sessuale ipoattivo maschile. → la persona non desidera, ma se abilmente coinvolta può partecipare attivamente e con piacere

L'eiaculazione precoce è strettamente maschile.

La disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci

La disfunzione sessuale con altra specificità

La disfunzione sessuale senza specificazione.

Nel DSM-V manca il disturbo da avversione sessuale. In realtà ci rientra, come

“disfunzione sessuale con altra specificazione”. Questo perché in realtà è una fobia ed è più facile da trattare: tecniche di esposizione e poi in vitro.

DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI

Il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile è una persistente o ricorrente insufficienza (o assenza) di pensieri o fantasie sessuali/erotici e di desiderio di attività sessuale.

Ovviamente l'età influenza molto, il contesto di vita (estremamente stressante), il contesto socioculturale.

Il DSM-V aggiunge la tempistica: 6 mesi come indicatore temporale di cronicità.

La disfunzione non dev'essere ricondotta ad un altro disturbo mentale non sessuale (es. depressione).

Può essere generalizzata o specifica e il grado di gravità (lieve, moderato, grave).

Il modello pulsionale è classico, derivato da Freud. Il modello incentivo (della motivazione incentiva) è più recente.

La motivazione innata (un istinto) che attiva gli esseri umani verso l'attività sessuale: si ha quindi la fase appetitiva e quella consumatoria.

Questi modelli seguono le concettualizzazioni di stampo idraulico: non faccio sesso per un po', la mia libido aumenta finché non trovo un oggetto sessuale di mia soddisfazione. Dagli anni '60 degli studi hanno dimostrato che i modelli di stampo idraulico sono sbagliati.

Una continua attività dovrebbe causare uno svuotamento del serbatoio sessuale.

L'astinenza sessuale però può causare sia aumento che decremento del desiderio sessuale.

Nel disturbo da desiderio sessuale ipoattivo meno ho attività sessuale, meno desidero averne.

Se uomini anziani hanno attività sessuale, il testosterone si alza riaccendendo il desiderio sessuale.

04/04/2017

La teoria pulsionale funziona poco bene per i modelli idraulici, mentre quella dell'incentivo sembra più consona.

Il comportamento sessuale ha una doppia forma di rinforzo. Produce piacere e produce eccitamento, quindi un rinforzo positivo.

Il comportamento sessuale induce però anche un altro tipo di rinforzo, quello negativo.

Questo si ha nella fase di discesa, contrariamente alla fase di ascesa prima dell'orgasmo.

Le catecolamine sono l'adrenalina, la dopamina e la noradrenalina. Sono associate ai centri cerebrali della ricompensa.

I centri oppiatergici sono quelli che producono oppioidi per sedarci, per lenire il dolore psicologico o fisico.

Il rapporto fianchi/vita inferiore a 1, secondo la Gestalt, è preferibile sessualmente dagli uomini; per le donne il rapporto preferenziale è quello uguale a 1.

Prima del libro della Kaplan, si credeva che il basso desiderio sessuale (desiderio sessuale ipoattivo) fosse collegato alla compresenza di qualche altra disfunzione sessuale.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Un aspetto importante è il disturbo da avversione sessuale: si tratta come una fobia monosintomatica. Bisogna verificare che non sia compresente un'altra disfunzione sessuale.

Se ho un disturbo dell'erezione è più egosintonico che dire che ho un problema di erezione: concettualizza meglio se ha un disturbo sessuale ipoattivo, piuttosto che fisiologicamente per l'erezione.

L'eiaculazione precoce è venuta in seguito alla novità introdotta dallo psichiatra: la signora soffre di attacchi di panico e prende un farmaco che ha "peggiolato" le prestazioni del marito.

La Basson ha criticato il fatto che il desiderio sessuale nelle donne si mostri differentemente dal modo in cui si mostra quello negli uomini.

Il basso desiderio sessuale nei maschi tende a non essere particolarmente riconosciuto: possedere un alto desiderio sessuale nell'uomo tende a essere una caratteristica di uno status alto nella nostra cultura.

Il desiderio cala in ogni caso, ma se si mantiene sessualmente attivo (non necessariamente da solo) lo ritarda. Qualunque malattia sistemica abbassa il desiderio sessuale.

Possono esserci anche problemi culturali (moralì o estetici) secondo cui dopo una certa età non sia opportuno.

Persone che non hanno più corpi tonici o atletici, causano vergogna e quindi abbassamento del livello sessuale.

EZIOPATOGENESI

La rabbia è una disorganizzatrice per il desiderio sessuale nelle donne, un po' meno negli uomini.

La saturazione dovuta all'assuefazione per degli imprinting sessuali molto alti che normalmente non si hanno, si crea un elevato standard di desiderio sessuale.

Specialmente nei giovani è molto pericoloso, non si reimpostano.

Due giovani molto belli, con una vita sessuale molto attiva dopo due mesi lei sviluppa un disturbo sessuale ipoattivo.

Figlia unica di una famiglia estremamente religiosa, cui l'aspirazione massima è che diventi monaca. A 18 anni lei crede di avere avuto la vocazione, alla fine dell'anno decide di non farsi monaca. Crede di aver rifiutato la vocazione e quindi che ha commesso peccato. Cade in depressione e prende dei farmaci seguita da uno psichiatra. Vince un concorso per diventare maestra d'asilo (che era la sua massima aspirazione).

Per 5 anni vive tranquilla, poi si innamora del partner che conosce.

La depressione che aveva era dovuta anche al fatto che lei avesse avuto rapporti sessuali prematrimoniali: doppio peccato ai suoi occhi.

La vera vocazione, secondo la Chiesa non è possibile rifiutarla. Quando Dio chiama, la vocazione viene sempre accettata.

Giuda ha disperato della Misericordia di Dio: avendo tradito Gesù Cristo credeva che non avrebbe potuto essere perdonato da Dio. Aveva commesso un peccato d'orgoglio.

Alcuni teologi sostengono che l'Inferno esista, ma che sia vuoto perché Dio perdona tutto.

[vedete cosa imparate anche all'Università? Anche come andare al Paradiso ed evitarsi l'Inferno...dovete ascoltare quello che vi diciamo noi professori]

La personalità ossessivo-compulsiva è caratterizzata dal timore della perdita di controllo. Le anorgasmiche percepiscono l'orgasmo come una perdita di controllo, quando parte parte e non è controllabile.

In persone con orientamento sessuale variante può accadere soprattutto per persone con orientamento sessuale egodistonica, perché hanno un'alta omofobia interiorizzata (es: omosessuali).

Può accadere che una persona omosessuale possa innamorarsi o avere interazione con una persona dell'altro sesso, perché siamo PREVALENTEMENTE omo od eterosessuali. A lungo andare poi calerebbe il desiderio sessuale: in questo caso si tratterebbe di un disturbo sessuale ipoattivo situazionale (perché riferito solo a quella data persona).

La sindrome del vedovo è un quadro depressivo che colpisce gli uomini vedovi che porta ad avere basso desiderio sessuale perché lo sentono come un tradimento nei confronti della moglie defunta.

Persone possono avere un calo del desiderio sessuale per un forte eustress: danarose, alto stile di vita, hanno possibilità di risorse e possono andare su cammini potenzialmente più pericolosi.

CAUSE RELAZIONALI

Quando si hanno problematiche come la mancanza di attrazione verso il partner, scarse abilità sessuali del partner.

Joseph Lo Piccolo aveva un caso di una coppia in cui lei non aveva più tanto piacere ad avere rapporti sessuali col marito perché era estremamente scoordinato dal punto di vista motorio.

Le differenze circa il grado di vicinanza ottimale reciproca riguarda le scarse abilità emotive dei maschi: richiesta-ritirata = più una donna fa richieste per cercare di comprendere, più l'uomo si chiude in se stesso

alcuni uomini sposano la donna angelicata (sentimentale) ma si eccitano con la donna puttana (fisicamente) perché riescono più facilmente delle donne a dissociare i due aspetti. Basta pensare alle prostitute e i gigolò: tanto più è bravo quanto riesce a dare l'illusione alla donna di non fare tutto quello che fa perché viene pagato, ma perché in fondo gli piace un po'.

FOCALIZZAZIONE SENSORIALE

La FS di tipo 1 è quella della penetrazione vietata e che prevede carezze in tutto il corpo eccettuate le aree genitali. Masters & Johnsons hanno incluso la regola del costume da bagno: la coppia non si può toccare nelle parti coperte dal costume (non importa che lo indossi ovviamente).

La FS di tipo 2 è quella della penetrazione vietata e che prevede carezze in tutto il corpo, comprese le aree genitali. Se poi la coppia è particolarmente eccitata e desidera avere un orgasmo, lo può avere senza però la penetrazione.

Gli scopi sono:

- Rimettere in funzione il "volano della sessualità" → nei casi di depressione si utilizza l' "attivazione comportamentale"; il volano continua a ruotare da solo, una volta lanciato, si mantiene in rotazione con pochissima fatica (utile per il desiderio sessuale ipoattivo)
- Ridurre l'ansia da prestazione
- Esposizione graduata → via via le esposizioni diventano sempre più coinvolgenti
- Scoperta di nuove eventuali zone erogene
- Incrementata la comunicazione fra i partner sulla sfera sessuale
- Eventuale effetto di reattanza → ce lo teniamo per noi, non lo diciamo alla coppia; Brehm lo introdusse = quando qualcosa è scarso o proibito è più desiderabile

La trasgressione non induce pensieri da prestazione, ma trasgressivi, quindi eccitanti.

In Terapia Sessuale, come in Terapia Cognitivo-Comportamentale si dà una diagnosi e alcuni pazienti la vivono in maniera ansiolitica: “finalmente ho un nome alla mia condizione”. Non dobbiamo mai dire niente alla coppia se durante la FS l'uomo ha l'erezione, a noi interessa sapere se c'è, ma non dobbiamo chiederlo altrimenti sembra che abbiamo interesse che ci sia, dando un'aspettativa.

La rifocalizzazione cognitiva e la regolazione emotiva sono importanti: essere consapevoli delle proprie emozioni è fondamentale per modularle e anche accettarle (per esempio tramite strategie fondate sulla mindfulness).

Il controllo dello stimolo e l'attivazione comportamentale è una delle prime cose che si fanno in Terapia Sessuale. E' sempre utile analizzare le capacità relazionali di coppia.

DISTURBO ERETTILE

Il soggetto non riesce ad avere un'erezione oppure non dura un tempo sufficiente.

Ante portam (l'erezione viene meno nel momento in cui il soggetto decide di penetrare, prima che lo faccia) o inter muros (viene meno quando riesce a penetrare, dà una o due spinte pelviche e poi l'erezione viene meno).

Test medici per diagnosi differenziale: oggi si ritiene che il 40% dei disturbi dell'erezione siano di natura psicologica, un 40% organica e un 20% misto.

Bisogna chiedere quali siano le motivazioni che spingono il paziente a masturbarsi. Se ci dice che lo fa per piacere e ha problemi di erezione, quindi non solo nei preliminari, potrebbe essere un problema più grave. Però alcuni uomini non lo fanno per piacere, ma per “mettersi alla prova” e vedere se funzionano.

L'arteriosclerosi produce disfunzionamenti genitali. La prolattina crea problemi di desiderio e di erezione. Il testosterone per produrre effetti negativi sull'erezione dev'essere molto basso. La prostaglandina iniettata nelle gonadi dell'uomo produce un'erezione di due ore, se non si ha significa che c'è un problema vascolare.

Il disturbo erettile sembra colpire 150 milioni di uomini

[vedo che lei si comincia a preoccupare, ma è in una fascia di età bassa ancora]

10/04/2017

POSSIBILI CAUSE DEL DISTURBO ERETTILE

L'ansia da prestazione è la causa principale: la metacognizione va sempre a finire sul “sarà un fallimento”.

Connessa a questa può esserci il timore dell'abbandono e di non essere amato.

Eccessiva intellettualizzazione e comportamenti sessuofobici, ovvero aver sperimentato condizioni con connotazioni negative emotive.

[Scusate era mio figlio, deve aver buttato giù dopo che ha visto che ore sono, è un po' meno compus sui al mattino... diciamo che è un po' rincoglionito, detto in parole meno carine]

“E' il momento più sublime di unione tra due spiriti” disse un paziente con disturbo erettile del prof.

L'Effetto Coolidge è l'effetto della novità in ambito sessuale: se c'è eccessivo coinvolgimento e novità si può creare l'ansia da prestazione, se invece non ce ne sono per niente si rischia di imbattersi nell'effetto di assuefazione.

Insieme all'ansia, anche la depressione è implicata direttamente con le disfunzioni

erettili.

Esistono anche delle convinzioni disfunzionali molto diffuse, sono convinzioni infondate: nel sesso la prestazione è più rilevante del piacere, per le donne è più importante la prestazione che l'espressione di affetto e interesse, l'uomo deve essere sempre attivo e gestire il rapporto sessuale, tutti i contatti fisici devono essere finalizzati al sesso, il sesso e i rapporti sessuali sono la stessa cosa, ecc.

Le distorsioni cognitive sono alterazioni del modo in cui si pensa, non del contenuto: "tutto o nulla", iper-generalizzazione, squalifica del positivo o filtro mentale, lettura del pensiero, riferimento al destino, ragionamento emotivo, doverizzazione e categorizzazione (che è l'estremizzazione della squalifica del positivo).

Esistono livelli di terapia, che vanno dal meno invasivo: il primo livello include la psicoterapia sessuale (ristrutturazione cognitiva = perché si è manifestato il disturbo e perché si mantiene; F.S. I e II per il disturbo del desiderio; coito inesigente = la F.S. viene interrotta e non c'è più quindi il divieto della penetrazione, l'uomo può effettuare la penetrazione, fare movimenti ma poi deve fermarsi per aspettare che cali l'erezione così può ricominciare dai preliminari e continuare fin dove e quando vuole → questo esercizio serve per dimostrare agli uomini che si può perdere l'erezione e riacquisirla in seguito tranquillamente).

Fabio Veglia ha proposto di far di tutto per perdere l'erezione, per dimostrare che non è possibile pretendere qualcosa ma che sono processi normali.

Interventi farmacologici come il testosterone prima veniva dato tramite una sorta di ostia da mettere sotto la lingua (es: chi soffre di angina pectoris mettono le cialde di nitroglicerina per dilatare le coronarie).

Una ragazza disposta a salire in camera tua dopo cena è automaticamente una risposta positiva: un segnale di disponibilità. Se poi dicono di no, il ragazzo prova rabbia nei confronti della donna e quindi va avanti. Viene considerato da lui "gioco sporco". Un altro motivo è che si crede che il "no" della donna sia di circostanza, in realtà vuole avere il rapporto.

"E' difficile salvare un uomo, che non vuole essere salvato"

E' possibile che un abusatore sia un sadico e quindi si ecciti solo se l'altro prova dolore. La terapia ex vacuo è composta da un tubo di plexiglass trasparente da un'estremità c'è una pompetta che aspira l'aria, il sangue all'interno dei corpi cavernosi e quindi si ha l'erezione, infine con un elastico si chiude e l'erezione viene mantenuta.

Agenti farmacologici di II livello vengono iniettati direttamente nel pene. Le cavergette si appoggiano sul pene. Oggi si fa cadere una goccia sulla punta del pene, allo sbocco dell'uretra, di prostraglandine (vasodilatatori) ed è la cosa più semplice.

Per quanto riguarda il terzo livello esiste la rivascolizzazione microchirurgica anastomizza delle arterie per far aumentare l'afflusso di sangue al pene. Le protesi peniene producevano un'erezione continua. Attualmente si usano le protesi idrauliche: un serbatoio piatto e tondo da mettere sotto il pube, collegato con una pompetta allo scroto.

Le donne non sanno se l'erezione è prodotta dalla protesi o se è ancora eccitante per lui. L'intervento elettivo è l'associazione tra la psicoterapia sessuale e gli inibitori della fosfodiesterasi (I livello).

EIACULAZIONE RITARDATA (DISTURBO DELL'ORGASMO MASCHILE)

E' la disfunzione sessuale maschile peggiore: va contro la concezione della facilità di eiaculazione che deve avere un maschio di qualsiasi specie sia.

L'anorgasmia con orientamento autosessuale si ha quando un uomo preferisce soddisfarsi da solo.

Farmaci che bloccano la 5-alfa-reduttasi: la Finasteride blocca la caduta dei capelli

finché la si assume.

Le teorie eziopatogenetiche sono la rigida educazione religiosa che genera senso di colpa; un conflitto intrapsichico insorto dalla relazione con una madre troppo simbiotica (teoria psicoanalitica vecchia); uno stato di collera repressa con forza (anche questa in visione psicodinamica = sono arrabbiato con te donna, quindi ti privo del piacere di vedermi eccitato grazie a te); fobie relative alla perdita dello sperma o fobie dei genitali femminili; ambivalenza nei confronti della partner; paura dell'abbandono della donna; ambivalenza nei confronti del matrimonio o di un'unione che comporti responsabilità (gravidanza); ansia da prestazione (es: dovere di eiaculare per avere dei figli).

Uomini si sentono caricati nel dover far tutto loro, come compiacere la donna a tal punto da farle provare l'orgasmo.

Questo produrrebbe aggressività e disgusto verso la partner e il proprio sperma, quindi paura di contaminarla con il proprio sperma.

Perelman considera 3 fattori associati all'eiaculazione ritardata: la frequenza della masturbazione (più di 3 volte alla settimana), lo stile idiosincratico masturbatorio, la disparità fra la realtà del sesso con la partner in confronto alle fantasie sessuali preferite durante la masturbazione.

Le fasi dell'esposizione graduata sono: masturbarsi in casa da solo, poi con la partner vicina, insieme, da parte della partner, ripetere il passo precedente ma l'eiaculazione viene ottenuta in posizioni sempre più vicine alla vagina, da parte della partner fino a quasi l'eiaculazione quindi penetrazione e continuare con stimolazioni manuali e vaginali, manovra a ponte (vale per i disturbi dell'orgasmo maschili e femminili: la donna con l'uomo sopra dovrebbe mettere la mano dietro la sua schiena fino a toccare lo scroto dell'uomo), infine ridurre gradualmente la stimolazione.

Secondo Alfebaum l'uomo deve diventare egoista e garantire l'eccitamento sessuale della donna, anche verbalmente dovrebbe dire alla donna che deve cambiare atteggiamento anche la donna e darsi da fare.

Secondo Perelman l'uomo dovrebbe condurre un training di fantasie sessuali per renderle un po' meno eccitanti della realtà e andrebbe invitato anche a stopparla per 14-40 giorni.

EIACULAZIONE PRECOCE

Viene introdotta nel DSM V, con un cut-off di 1 min.

La moglie ha un disturbo di panico, per cui lo psichiatra le ha somministrato dei serotonergici, quindi i 5-10 min del marito non bastano.

11/04/2017

Criteri di tempo di latenza nell'eiaculazione intravaginale. Quanto un maschio impiega per eiaculare una volta dopo la penetrazione.

Esistono diverse ipotesi: del recettore serotonergico, genetica, eccessiva sensibilità peniena, soglia più basse del bulbo cavernoso.

Una teoria di Masters & Johnson dovevano esser veloci, dovevano fare prima perché potevano esser visti dagli adulti per questo svilupparono l'idea delle possibili prime esperienze caratterizzate da nervosismo e rapidità.

Un'altra teoria crede che l'ansia sia causa di distrazione da pensieri di performance o fobia (oscura, incognita e dentata) o derivate da conflitto (rabbia verso la donna). Bassa frequenza di attività sessuale. Alcuni eiaculatori precoci si masturbano prima di un

rapporto per aumentare il tempo di latenza.

Mancato apprendimento delle tecniche di controllo eiaculatorio.

Il punto del non ritorno è il tempo in cui parte l'effetto a cascata per cui l'orgasmo è inevitabile nell'uomo. Se riesce ad anticipare il punto di non ritorno (simile a solletino in zona periuretrale), magari distraendosi con pensieri non erotici, le sensazioni in area genitale diminuiscono.

O si ferma o rallenta i movimenti se riesce ad individuare il punto del non ritorno, ma negli eiaculatori precoci non riescono a cogliere i momenti preorgasmici ed è per questo che non riescono a cogliere l'ansia che distrae dalla focalizzazione sessuale.

In oriente si ritiene che l'orgasmo è spreco di energia vitale e quindi dovrebbero averlo solo per la riproduzione. Dovrebbero mantenersi sempre nel punto precedente il punto del non ritorno, in rapporti piacevoli non con intento riproduttivo.

Il Kamasutra è un libro di ispirazione per la filosofia morale e applicazioni di moralità alla vita di coppia, per il principe imperiale del Re dell'India.

Le figure illustrano posizioni per variare ed evitare l'effetto coolidge. E' un libro altamente morale, per non far tradire il principe e aver sempre uno stimolo in più per rimanere fedele alla moglie, un libro di vita di coppia.

Nel tantrismo tibetano vengono prese molto in considerazione queste filosofie.

Potrebbe non essere brava la persona a fare sesso, abuso da sostanze (anche spray nasali come il "Vicks").

L'orgasmometro (Jannini, 2016) è uno strumento in scala Likert.

La terapia sessuale ammette che sia meglio della ritardata. Cercare di mettere in atto delle procedure che aumentino il tempo di prestazione.

Da un punto di vista statistico lo stop-start e lo squeeze sono valide alla stessa maniera.

Il primo è stato inventato nel '56 e ripreso nel '74 dalla Kaplan.

Fase I masturbarsi fino al punto precedente il punto del non ritorno, poi ripetere la procedura per 4 volte, dovrebbe creare un lento rallentamento dell'eiaculazione.

Fase II rallentare i movimenti manuali e ripetere per aumentare il tempo man mano con gli esercizi.

La fase III aggiunge al tutto una gelatina lubrificante per avere una sensazione simile alla penetrazione. E' discussa questa fase perché per alcuni è più eccitante, mentre per altri inibisce la sensazione.

Nella fase IV in posizione soprastante (meno eccitante per gli uomini) prima manualmente e poi con la penetrazione guidata solo dalla donna, l'uomo la blocca per i fianchi quando sente il punto prima della fase del non ritorno. E si ripete qualche volta. La tecnica della compressione prevede che la donna comprimi il glande e il frenulo per aumentare il tempo per l'orgasmo.

La manovra del Valsalva è il tappare il naso e soffiare in bocca chiusa per attivare il parasimpatico.

Per inibire il riflesso cremasterico, prima dell'orgasmo in cui lo scroto risale prevederebbe che la donna li ritiri giù. Però per alcuni è una sensazione piacevole però. Lo stop-start è la migliore. Ne esiste una variante di Althof.

Le ricadute (34%) non furono comunque rilevanti perché soddisfatti del procedimento.

Il trattamento farmacologico prevede antidepressivi (inibitori della ricaptazione della serotonina): paroxetina sembra essere più efficace perché rallenta l'orgasmo, diminuisce il tempo di latenza, non blocca l'orgasmo. La prescrizione è off-label (fuori si tutti tranne la dapoxetina (come antidepressivo non funziona granché invece). Si aumenta la dose o si cambia se produce ad esempio blocco dell'orgasmo.

Es: un rischio è che se un depresso prende la paroxetina, che gli produce un blocco dell'orgasmo allora lo psichiatra gli prescrive un altro serotoninergico, per tornare alla paroxetina e rischiare che non produca più lo stesso effetto terapeutico, per astensione eccessivamente da troppo tempo.

Il DOC in comorbidità con la depressione entra in conflitto.

DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

Il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitamento sessuale.

Nel DSM-V sono stati uniti.

I criteri sono politetici: 6 sintomi di cui presenti almeno 3. Desiderio sessuale ipoattivo (psicologica) e dell'eccitamento sessuale femminile (fisiologica).

Fra eccitazione e piacere c'è differenza. Nel DSM-IV tratta di anedonia sessuale: non prova piacere ad avere rapporti sessuali.

No desiderio sessuale reattivo.

Fino agli anni '70 per i disturbi sessuali femminili si usava il termine "frigidity": donne che non hanno orgasmo, non si eccitano e non vogliono avere rapporti sessuali.

Kaplan nel '74 distinse le difficoltà della fase d'eccitazione da quelle della fase dell'orgasmo (si eccitano).

Jehu nel '79 distinse tra l'eccitamento fisiologico (vasodilatazione delle pareti vaginali) a quella dell'esperienza soggettiva di piacere. Le donne possono scindere i due tipi di eccitamento.

Il DSM-IV metteva come anedonia sessuale tra i NAS quella dell'eccitamento psicologico.

Le critiche al DSM-V: sul modello circolare della risposta sessuale femminile (vs quello lineare maschile) può produrre eccitamento → desiderio → eccitamento

non è totalmente confermato dalla sperimentazione, non ci sono trials che supportino la diagnosi, non è chiara la definizione della disfunzione dell'eccitamento fisiologico.

Se la disfunzione sessuale è dovuta a una condizione medica non si fa diagnosi di

disfunzione sessuale. Se la mancanza di lubrificazione è dovuta a sostanze/farmaci si fa diagnosi a riguardo.

Per i problemi di eccitamento abbiamo un 11-14%, in donne dopo la menopausa addirittura del 44%: problemi di lubrificazione.

Kegel ipotizzò che sia possibile che le donne senza eccitamento sessuale presentino un'ipotonicità dei muscoli perivaginali, in particolare pubo-coccigei.

In Oriente alle donne viene insegnato a contrarre e rilasciare il terzo anteriore della vagina così da aumentare il piacere dell'uomo, ma di conseguenza anche della donna: esercizi di rafforzamento di muscoli pubo-coccigei.

Sia l'uomo che la donna dovrebbero urinare e bloccare la minzione per allenarli.

La donna può contrarli a volontà in training di 3-4 contrazioni e decontrazioni con una pausa tra un ciclo e l'altro.

Le sfere dell'amore sono delle sfere (prima d'oro e smaltate con colori vivaci, inventate in oriente, ora son d'acciaio) con le pareti sottili e dentro una pallina piccola: va messo nel primo terzo anteriore della vagina. La sfera interna si muove, creando pressioni delle pareti vaginali con contrazioni dei muscoli vaginali e la sensazione è piacevole.

Le fantasie sessuali è un altro esempio di training prezzemolo (va bene sempre).

Durante il rapporto sessuale non molte donne usano fantasie sessuali.

Fobie sessuali specifiche tendono a usare l'esposizione.

Trattamenti farmacologici prevedono ormoni, si possono utilizzare vasodilatatori degli uomini, antidepressivi che non hanno effetti collaterali sulla sessualità, farmaci dopaminergici, uno spray per abbronzarsi senza prendere il sole ma con rischi cardiovascolari. Ad esempio la caffeina può produrre aumento del desiderio sessuale.

DISTURBO DA PERSISTENTE ECCITAZIONE GENITALE

Esiste un sito (psas) internet visitabile dalle donne che soffrono di questa situazione, per supporto sociale, sapere di non essere le sole in quella condizione. Interventi cognitivo-

comportamentali, somministrazione di farmaci (acido valproico) possono essere utili per venir incontro a questa condizione.

Anche la Mindfulness è stata applicata in quest'ambito ultimamente. E' fondamentale normalizzare e ristrutturare la condizione: la donna non è una perversa.

DISTURBO DELL'ORGASMO FEMMINILE (ANORGASMIA)

I criteri diagnostici sono: persistente o ricorrente ritardo o assenza dell'orgasmo durante un rapporto sessuale. Il DSM-V introduce che l'intensità delle sensazioni nella donna siano più basse.

Il primo tipo di anorgasmia arriva al plateau e continua lo stesso, il secondo tipo prevede che decresca l'eccitamento subito dopo essere arrivata al plateau. Quest'ultima viene chiamata anorgasmia fobica: sono donne che hanno paura della perdita del controllo. La prevalenza della condizione sembra essere del 41,1% delle donne dell'Asia Sudorientale. Negli USA il 29,1% ritiene l'orgasmo estremamente importante e l'83,2% la sensazione di coinvolgimento sentimentale da parte del partner.

Per quanto riguarda l'eziologia l'anorgasmia sembra essere associata a tratti di introversione, instabilità emotiva e mancanza di apertura verso nuove esperienze.

Precedenti di abusi sessuali rendono più difficile l'orgasmo in una donna.

Fattori fisiologici come problemi alla tiroide, danni ai nervi pelvici e traumi alla spina dorsale, sclerosi multipla e artrite sono associati alla disfunzione, mentre la menopausa non sembra essere correlata positivamente.

"Becoming orgasmic" è un trattamento di LoPiccolo e Lobitz ('72) e consiste in un libro di self-help, negli anni '80 pubblicato in italiano: sono 9 passi.

Il primo riguarda le informazioni sull'anatomia sessuale ed esplorazione corporea allo specchio.

L'esplorazione visiva e tattile dei genitali.

Esplorazione dei genitali al fine di trovarne i punti più piacevoli da toccare.

Masturbazione.

Eventuale masturbazione prolungata e uso delle fantasie erotiche. Eventuale introduzione degli esercizi di Kegel.

Eventuale uso del vibratore.

Masturbazione in presenza del partner.

Masturbazione da parte del partner.

Coito.

Molte donne non si masturbano e meno una persona prova un orgasmo, meno sarà facile provarne. Tante provano disagio nel toccare il proprio corpo: è una fobia delle sensazioni sensuali. "Ma io non l'ho fatto quando avevo 14 anni, devo farlo ora che ne ho 30?"

"Proprio perché non l'ha fatto a 14 deve farlo adesso".

Se non funzionano le varie pratiche si ricorre al vibratore. Solitamente si usa come oggetto stimolante un fallo (dildo). Alcune hanno riferito di aver avuto un orgasmo dopo 1 ora.

[io non so come abbia fatto, probabilmente avrà continuato a tremare successivamente]

Ha proposto di abbassare la velocità del vibratore.

[industrie croop, bisogna sempre prendere dei vibratori tedeschi, d'acciaio]

La fobia della frutta: non poteva sopportare nemmeno la vista di altri che bevono vino, succo d'arancia, limonata e mangiare frutta.

Attorno all'80% dei casi le donne riuscivano ad avere l'orgasmo in masturbazione.

L'allineamento coitale è una posizione assunta durante il rapporto (riding high) in cui l'uomo nella posizione del missionario tende a spostarsi in alto, per inclinare più il pene perché stimoli meglio il clitoride.

Diventare iatrogeni è un rischio notevole negli psicoterapeuti, non si dovrebbe dare troppi consigli.

19/04/2017

DISTURBO DEL DOLORE GENITO-PELVICO E DELLA PENETRAZIONE

02/05/2017

Esame: 3 domande (es. ci sono dei particolari trattamenti per il disturbo dell'eccitamento sessuale femminile?) rispondere subito alla domanda, senza fare troppi giri. Usare termini tecnici e non linguaggio quotidiano. Se siamo andati a lezione è consigliabile sottolineare delle cose trattate in classe.

PARAFILIE E DISTURBI PARAFILICI

Nel DSM non è considerata un disturbo mentale una parafilia. Si fa distinzione con i disturbi parafilici.

Le condizioni considerate normotipiche per un rapporto sessuale da dsm è: l'interesse sessuale per la stimolazione genitale o i preliminari sessuali con partner umani fenotipicamente normali, fisicamente maturi e consenzienti.

Tutto ciò che non è incluso è parafilico.

Es. se mi eccito con un paio di scarpe, sono un feticista, non affetto da disturbo feticistico. Diventa disturbo quando sono a disagio perché mi eccito con le scarpe, è egostinico.

Sono un esibizionista parafilico non con disturbo esibizionistico se mi eccito a mostrare i genitali a una donna che passa e non lo reputo disdicevole. In primis perché non lo sento egodistonico e poi perché lo metto in atto.

Tutte le parafilie creano disagio per la persona stessa, alcune se passo all'atto con persona non consenziente.

Le parafilie più classiche sono 8. In realtà sono più di 500.

- 1) **ESIBIZIONISMO** = eccitarsi sessualmente, mostrando i propri genitali in erezione (l'80% dei parafilici sono maschi) a persona sorpresa e non consenziente
- 2) **FETICISMO** = ricavare eccitamento sessuale da oggetti inanimati, che vengono "venerati" (es. scarpe da donna di solito stivali neri, decolté col tacco alto o sandali col tacco alto)
- 3) **FROTTEURISMO** = (da frotteur = strusciarsi dal fr.) Strofinarsi contro persona non consenziente (es. mano morta nell'autobus)
- 4) **PEDOFILIA** = eccitarsi sessualmente con bambini prepuberi, di non più di 13 anni (pederestia ed ebefilico: in Italia tra i 14 e i 16 anni, se l'adulto ha una particolare relazione col minore, come insegnante, sacerdote, allenatore). Se mi masturbo

- con fantasie pedofile e non provo disagio è pedofilia
- 5) MASOCHISMO SESSUALE = eccitamento sessuale nel subire sofferenze o umiliazioni
 - 6) SADISMO SESSUALE = eccitamento sessuale dall'infliggere sofferenze o umiliazioni (es. il bondage è sadomasochistico)
 - 7) FETICISMO DA TRAVESTIMENTO = eccitamento sessuale dall'aver rapporti eterosessuali indossando indumenti dell'altro sesso (diventa disturbo travestitico se la partner non approva)
 - 8) VOYEURISMO = (voyeur = vedere dal fr. ; piting eye) osservare, non visti, persone che si spogliano o hanno rapporti sessuali.

SCATOLOGIA = discorsi sporchi

NECROFILIA = per i cadaveri

PEDERASTIA = ragazzi over 13

PARZIALISMO = una parte del corpo (piedi)

ZOOFILIA = per gli animali

COPROFILIA O SCATOFILIA =

CLISMAFILIA = clisteri

FORNICOFILIA = campana di vetro su glande (fontaine de l'amour) con delle mosche all'interno i più sensibili eiaculavano

UROFILIA = manipolazione delle urine

TROLLISMO = forma di voyeurismo, eccitarsi nel vedere rapporti sessuali altrui

FETICISMO CLERICALE = nel vedere persone vestite da ecclesiastici (es. saloon con parti dedicate a ciascuna pedofilia)

PIGMALIONISMO O STATUOFILIA = statue

CINEPIMASTIA = capezzoli

GERONTOFILIA

MISOFILIA

NARRATOFILIA = linguaggio osceno

CREMASTIFILIA = pagando una persona

ABASIOFILIA

AUTOBASIOFILIA = imitare chi non può muovere una gamba

STIGMATOFILIA

ACROTOMOFILIA = amputati agli arti

APOTEMNOFILIA = vedere i propri arti amputati

ANDRONIMETOFILIA = trans f to m

GINEMIMETOFILIA = trans m to f

AUTOGINEFILIA

GINANDROMORFOFILIA

SALIROMANIA

SIMFOROFILIA

PICTOFILIA = filmati pornografici

IBRISTOFILIA = con un criminale

CLEPTOFILIA

OSFRESIOLAGNIA

PICACISMO = da Pica (Pics = gazza che ruba)

IPOSSIFILIA = soffocamento o impiccagione

Il bondage è pericoloso, va praticato scientificamente bene. Devi provare del disagio ad essere legato in quel modo, ma chi lo fa bene deve avere delle forbici a portata di mano per far sì che non sia pericoloso. Si concorda un segnale verbale o non per non rischiare.

EZIOPATOGENESI DELLE PARAFILIE

La teoria più generale è quella del condizionamento. L'eccitamento sessuale è stato sufficientemente forte da generare condizionamento.

Freud fu il primo a teorizzare il masochismo. Pensò che prima esistesse il sadismo, conseguenza dell'istinto di morte, che unendosi con quello di vita fa nascere il sadismo.

La persona prova senso di colpa per questi suoi comportamenti e allora si punisce, diventando masochista.

Scientificamente sembra invece nascere prima il masochismo.

Alcuni hanno considerato il masochismo per esaltare il proprio io: sono forte a tal punto che anche se mi faccio umiliare, dimostro quanto sono strong.

La nostra cultura è ipercontrollante, quindi nel masochismo cedo il controllo a un'altra persona e questo è rilassante e nella situazione sessuale anche eccitante.

I pedofili sono persone che abusano di minori perché sessualmente attratti da essi e preferiscono agli adulti. Gli abusatori sessuali, alcuni sono pedofili, altri sceglierebbero un adulto e il bambino è un ripiego. Sono disabili sociali, hanno paura a rapportarsi con le donne ad esempio, con le bambine è più facile, sono più malleabili.

L'orientamento di una persona non si può cambiare, ma la vita sessuale si può ridurre notevolmente con iniezioni di citrato di zinco (inibizione indotta chimicamente).

I farmaci serotoninergici abbassano le compulsioni, quindi alcuni psichiatri somministrano farmaci per evitare il comportamento.

Procedure cognitive-comportamentali per evitare di passare all'atto.

Devo trovare una rappresentazione mentale, che nel momento in cui sono posto davanti alla situazione mi blocchi e non mi faccia mettere in atto il comportamento. Es: mi immagino con la pancia, non mangio la carbonara.

Per i feticisti è più facile, perché solitamente si usa una procedura che è un po' il contrario di un'esposizione graduata. In questo caso si porta a ridurre sempre maggiormente la presenza del feticcio: si rende meno eccitante (es: slip di raso rosso, con cotone rosso, poi bianco).