

1. Differenze tra transessuale e transgender

La DG fa riferimento al profondo disagio derivante dalla discrepanza tra il genere esperito da una persona e quello assegnato alla nascita, associato a compromissione del funzionamento in aree di vita significative. Il disagio che si accompagna a una condizione di DG è legato all'incongruenza tra 2 dimensioni dell'identità sessuale:

- L'identità di Genere
- Il Sesso Biologico

L'incongruenza tra l'Identità di Genere percepita e quella assegnata alla nascita interessa il più ampio fenomeno del Transgenderismo, che caratterizza tutte quelle persone la cui identificazione di genere non è allineata al sesso biologico e/o non è conforme alle aspettative culturali di genere, ma che allo stesso tempo non si accompagna necessariamente a disagio o al desiderio di intervenire sul corpo per avvicinarne le caratteristiche all'Identità di Genere.

2. Qual è la principale differenza DSM-IV e nel DSM-5 rispetto alla DG? Quale dibattito ha aperto la questione?

La DG nel DSM-IV era chiamata Disturbo dell'Identità di Genere.

La DG nel DSM-5 è chiamata Disforia di Genere.

Nell'ICD-10 la DG è chiamata Disturbo di Identità di Genere della Fanciullezza.

Probabilmente nella prossima edizione (ICD-11) sarà indicata con la dicitura Incongruenza di Genere.

Nonostante ci sia stata un'attiva opposizione alla diagnosi di Disforia di Genere in bambini prepuberi, a causa dell'effetto stigmatizzante di vedersi attribuita una malattia mentale, tale condizione è presente sia nel DSM-5 che nell'ICD-10.

3. Criteri diagnostici DG DSM-5

La diagnosi di **DG in Infanzia** secondo il DSM-5 può essere fatta quando è presente:

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno 6 di 8 criteri, di cui il **criterio A1** deve essere **necessariamente** presente:

1. Un **forte desiderio** di appartenere al genere opposto o **insistenza** sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
2. Nei **bambini** (genere assegnato), una **forte preferenza** per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle **bambine** (genere assegnato), una **forte preferenza** per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una **forte resistenza** a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Una **forte preferenza** per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia.
4. Una **forte preferenza** per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
5. Una **forte preferenza** per compagni di gioco del genere opposto.
6. Nei **bambini** (genere assegnato), un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle **bambine** (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
7. Una **forte avversione** per la propria **anatomia sessuale**.
8. Un **forte desiderio per le caratteristiche sessuali** primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.

Specificare se: Con un Disturbo dello Sviluppo Sessuale (per es., un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure Sindrome da Insensibilità agli Androgeni 259.50 [E34.50]).

Nota di codifica: Codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

La diagnosi di **DG negli adolescenti e negli adulti** secondo il DSM-5 può essere fatta quando è presente:

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno 2 di 6 criteri:

1. Una **marcata incongruenza** tra il genere esperito da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sex secondarie attese).
2. Un **forte desiderio** di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).
3. Un **forte desiderio** per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
4. Un **forte desiderio** di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
5. Un **forte desiderio** di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
6. Una **forte convinzione** di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se: Con un Disturbo dello Sviluppo Sessuale (per es, un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure Sindrome da Insensibilità agli Androgeni 259.50 [E34.50]).

Nota di codifica: Codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Specificare se: Post-transizione: l'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica di riassegnazione sessuale o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento con ormoni del sesso opposto o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere in accordo al genere desiderato (per es., penectomia, vagino-plastica in un individuo nato maschio; mastectomia o falloplastica in un individuo nato femmina).

4. Eziologia DG

La DG è un fenomeno complesso e probabilmente multifattoriale, proprio per questo è difficile identificare teorie eziologiche certe.

È plausibile ipotizzare che la DG derivi da una complessa interazione fra:

- una predisposizione biologica
- una combinazione di fattori intrapersonali e interpersonali

La visione universalmente riconosciuta ed accettata è quella della complessa interazione tra FATTORI GENETICI e FATTORI AMBIENTALI.

FATTORI PSICOLOGICI

In passato, si tendeva ad analizzare la DG come conseguenza di eventi psico-sociali, per cui prevalevano contributi eziologici di stampo psicologico.

La teoria psico-sociale più importante e complessa è la **Teoria di Zucker e Bradley (1995)**, che prende in considerazione due tipi di fattori:

- **FATTORI GENERALI** (Fattori Aspecifici di Psicopatologia)

Sono fattori molto generali, che aumentano in modo aspecifico i rischi di psicopatologia.

Sono fattori noti in letteratura come fattori di rischio per sviluppare psicopatologia.

- a. elevato livello di ansia e di insicurezza
- b. peculiare sensibilità all'affetto dei genitori, che può generare un attaccamento insicuro
- c. eventi di vita aversivi nei primi 3 anni di vita
- d. difficoltà di regolazione degli affetti da parte dei genitori (instabilità familiare)

Bambini con questo tipo di caratteristiche sono esposti a un rischio maggiore di sviluppare psicopatologia.

- **FATTORI SPECIFICI** (Fattori Specifici di Psicopatologia)

I fattori specifici sono quelli che espongono i bambini a un maggior rischio di sviluppare la DG.

Aspetti legati alle caratteristiche proprie del **bambino**:

- a. tendenze temperamentali caratteristici del sesso opposto (temperamento cross-sex).

La maggior parte dei bambini con DG a esordio precoce ha un temperamento cross-sex.

- b. inconsueta bellezza fisica e sensibilità sensoriali sottili nei maschi

È un dato di fatto che i bambini M con DG sono fisicamente belli, hanno tratti fini e regolari.

Nei M con DG vengono rilevate con maggior frequenza delle sensibilità percettive più fini rispetto al M medio; questi bambini sono in grado di cogliere gli accostamenti e le differenze di colore, sono in grado di percepire che certe stoffe sono più belle e più piacevoli al tatto di altre... Tutti aspetti che normalmente nei M, soprattutto se di giovane età, non sono presenti.

Aspetti legati alle caratteristiche dei **genitori**:

- c. le madri dei RAGAZZI spesso temono l'aggressività maschile e i padri sono omofobi
- d. le madri delle RAGAZZE ritengono che il ruolo femminile sia perdente o comunque troppo debole e i padri delle spesso svalutano il femminile

	MADRI	PADRI
FIGLI MASCHI	Temono l'aggressività maschile	Sono omofobi
FIGLIE FEMMINE	Ritengono che il ruolo femminile sia perdente o troppo debole	Svalutano il femminile

- **MASCHI**

Il bambino, ipersensibile, coglie le insicurezze della madre e reagisce con comportamenti compatibili con il suo temperamento, che vengono rafforzati dalla madre, timorosa del maschile.

Il padre distante e deluso non è in grado di intervenire, scoraggiandoli.

[Il bambino che ha comportamenti femminili induce nella **madre** (che teme il maschile e preferisce caratteristiche femminili), più o meno consapevolmente, ad effeminare il figlio, rinforzando e accentuando i comportamenti femminili (mantenendo i capelli lunghi, fare i boccoli, vestendo il bambino con vestiti non propriamente maschilini).

Il **padre** di questi maschietti effeminati sembra avere caratteristiche omofobiche; è un maschio molto stereotipico, che non ama le caratteristiche femminili del figlio, ma invece di cercare di correggerle o insegnargli atteggiamenti più maschili, si allontana dal figlio e lo abbandona al suo destino.]

- **FEMMINE**

La bambina vive la madre depressa e ritirata come non interessata a lei e debole, così per sedare l'ansia emette comportamenti coerenti con il suo temperamento, che non vengono scoraggiati dalla madre, che vive il ruolo maschile come più potente, né dal padre, che preferirebbe un figlio maschio.

La figlia si può sentire la protettrice della madre, valorizzandosi.

[Nel caso della bambina, la **madre** ritiene il femminile debole (spesso è una donna molto dipendente dal marito) e il **padre** considera il femminile debole e avrebbe desiderato un maschio.]

Le caratteristiche dei bambini e le caratteristiche dei genitori unite insieme producono un effetto che orienta le potenzialità psicopatologiche prodotte dai fattori specifici verso lo sviluppo della DG.

→ **BAMBINO**

L'insicurezza rispetto ai legami di attaccamento e l'insicurezza generale, portano il bambino a cercare di conquistare l'affetto e l'attenzione della madre (che teme il maschile) femminilizzandosi, quindi elaborando la fantasia che se lui diventasse una bambina, sarebbe più amato dalla madre.

Il padre abbandona il bambino al suo destino perché un figlio con queste caratteristiche non gli piace, quindi non fa nulla per avvicinarlo e per prestargli particolare attenzione e affetto.

Per cui, per il bambino diventa ancora più importante conquistare l'affetto della madre, che riesce a conquistare femminilizzandosi.

→ **BAMBINA**

Sia il padre che la madre disprezzano il femminile perché lo ritengono debole, quindi la bambina elabora la fantasia che se diventasse un maschio sarebbe amata di più da entrambi (e sembra che sia proprio così).

Inoltre, siccome la bambina si rende conto che la madre è vittima del padre (che è il classico maschio dominante), diventando più mascolina riesce anche a diventare la protettrice della madre.

La teoria di Zucker e Bradley all'epoca era la teoria eziologica della DG più saldamente fondata su basi scientifiche e con più dati empirici a sostegno; attualmente viene riconosciuta come teoria "storica" ma non viene presa in particolare considerazione.

Attualmente si tende a prendere in considerazione teorie fondate su aspetti biologici.

FATTORI SOCIALI

Money (1950) riteneva che lo sviluppo dell'identità di genere dipendesse largamente da **FATTORI AMBIENTALI**, soprattutto dal modo in cui si viene allevati.

Il ruolo dei fattori biologici (ormoni e geni) risultava marginale.

Money sosteneva anche la necessità di una precoce riassegnazione di genere medica (comprendente anche interventi chirurgici finalizzati all'adeguamento dei caratteri sessuali esterni con l'identità di genere), al fine di far cambiare al bambino il suo modo di classificarsi come maschio o femmina e sviluppare così un'immagine di sé come maschio o femmina.

Ricerche successive hanno mostrato l'evidenza della grande importanza dei fattori biologici; bambini con DSD, che erano allevati secondo un determinato genere tipico, sviluppavano comunque problemi di identità di genere.

Nella letteratura classica sullo sviluppo della DG in bambini che non presentavano DSD, fattori sociali come il desiderio materno di avere una figlia, l'assenza del padre, rinforzi di pattern di genere da parte dei genitori o una relazione simbiotica tra madre e figlio (maschio) sono stati considerati fattori potenzialmente rilevanti.

Teorie più recenti che sostengono che le **PSICOPATOLOGIE GENITORIALI** potrebbero influenzare in parte lo sviluppo della varianza di genere hanno riscontrato solo una minima evidenza empirica.

Uno studio che indagava la presenza di problemi psicologici in genitori di bambini disforici rispetto al genere rivelò la presenza di leggeri sintomi depressivi nelle madri, senza però riscontrare altri sintomi di psicopatologie genitoriali significative (Wallien, 2008).

ASPETTI GENETICI

Gli **STUDI SULL'EREDITABILITÀ** hanno messo in luce la presenza di un ruolo della genetica nello sviluppo

- ➔ Non è stato identificato un gene responsabile per lo sviluppo della Disforia di Genere.
- ➔ Esiste la certezza dell'effetto diretto dei cromosomi sessuali sulla differenziazione sessuale e del loro possibile ruolo nello sviluppo dell'identità di genere.

Burke et al. (2014) hanno studiato il ruolo dell'**ANDROSTADIENONE** (steroidi sessuali responsabili dell'attivazione ipotalamica degli adulti eterosessuali, sia uomini che donne).

È stata misurata (tramite risonanza magnetica) la risposta ipotalamica di **adolescenti prepuberi M e F** in risposta a una stimolazione con androstadienone e successivamente si è verificato se quelli diagnosticati con DG presentavano un'attivazione ipotalamica sessualmente tipica (in accordo con il sesso di nascita) o sessualmente atipica (in accordo con il loro genere esperito).

Gli adolescenti con Disforia di Genere hanno risposto allo steroide secondo modalità tipica del loro genere percepito (e non in linea con il genere assegnato), quindi in modo sessualmente atipico.

È emerso che le differenze sessuali in risposta all'androstadienone erano già presenti in età prepubere nei bambini di controllo; quindi probabilmente esse si erano formate durante il primo sviluppo perinatale, invece che durante la maturazione sessuale:

- ragazze prepuberi con DG hanno mostrato un'attivazione ipotalamica né tipicamente maschile né tipicamente femminile;
- maschi prepuberi con DG hanno messo in atto un'attivazione ipotalamica in risposta all'androstadienone più simile ai maschi di controllo, quindi sessualmente tipica.

RICERCHE CONDOTTE SU COPPIE DI GEMELLI suggeriscono l'ereditabilità di tratti legati al genere e al sesso.

Tuttavia, tali studi presentano dei limiti:

- focalizzati solo sui tratti maschili e femminili (tranne lo studio di Coolidge et al., 2002, che ha incluso criteri per la DG e quello di Van Beijsterveldt et al., 2006, che comprendeva alcuni item sulla varianza di genere);
- sono stati condotti su bambini molto piccoli, di cui non sono chiari l'esito di sviluppo e soprattutto la persistenza o meno della DG in età adulta.

Uno studio di **Heylens (2012)** ha mostrato che:

- delle 23 coppie di femmine e maschi MONOZIGOTI, 9 erano concordanti per la DG;
- nessuna delle 21 coppie di gemelli DIZIGOTI dello stesso sesso (F o M) era concordante per la DG.

EFFETTI DEGLI ORMONI

Per quanto riguarda gli studi degli effetti di ormoni sessuali sullo sviluppo dell'identità di genere esistono fondamentalmente 2 linee di ricerca:

1. Studia gli outcome dell'identità di genere in individui in cui la differenziazione sessuale segue una via atipica, come nei casi dei Disturbi dello Sviluppo Sessuale – DSD.
2. Studia i soggetti con un cervello sessualmente tipico e il comportamento degli individui con un'identità di genere non in linea con il sesso biologico assegnato alla nascita.

1. DISTURBI DELLO SVILUPPO SESSUALE (DSD)

I Disturbi dello Sviluppo Sessuale - DSD sono condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico e anatomico risulta atipico.

Negli individui con DSD sono stati studiati sia il RUOLO DI GENERE che l'IDENTITÀ DI GENERE.

Le evidenze mostrano un ruolo importante del **TESTOSTERONE** prenatale sul comportamento maschile nelle età successive.

- IPERPLASIA SURRENALICA CONGENITA (CAH)

Si assiste a una carenza enzimatica in età fetale, responsabile di un' **esposizione del feto delle femmine ad elevati livelli di testosterone**.

Le donne con CAH sviluppano un'identità di genere femminile, presentando più spesso DG rispetto alle donne senza CAH.

- BAMBINI XY CON 46 CROMOSOMI E CON CARENZA DELLA 5ALFA-REDUTTASI

Solitamente questi bambini hanno un'apparenza femminile o genitali ambigui a causa di problemi nella sintesi degli androgeni. Spesso sono cresciuti come femmine, ma frequentemente con la mascolinizzazione dei genitali in pubertà transitano verso il genere maschile; bambini con la stessa condizione cromosomica, le cui gonadi sono rimosse precocemente, tendono a permanere invece nel genere femminile.

L'**aumento dei livelli di testosterone dopo la pubertà** sembra costituire un fattore importante nella formazione dell'identità di genere in individui con la 5alfa-reduttasi.

- SINDROME DA COMPLETA INSENSIBILITÀ AGLI ANDROGENI (CAIS)

Gli individui hanno cromosomi XY, possiedono i testicoli e producono androgeni, ma sono insensibili a questi; ciò è responsabile di una femminizzazione dei genitali esterni.

Tali soggetti sono cresciuti come femmine, in quanto la diagnosi è frequentemente formulata nel corso dello sviluppo a causa della loro apparenza completamente femminile alla nascita.

Generalmente si tratta di donne con un'identità di genere femminile che non mostrano segni di DG.

Lo sviluppo del cervello in senso femminile potrebbe essere dovuto alla totale assenza di effetti legati agli androgeni.

- SINDROME DA PARZIALE INSENSIBILITÀ AGLI ANDROGENI (PAIS)

La DG sembra essere maggiormente presente in individui con una sindrome da parziale insensibilità agli androgeni; in questi casi, circa il 25% degli individui manifesta DG.

La parziale sensibilità agli androgeni prenatali da parte del cervello di tali individui potrebbe condurli verso una maggiore varietà di rappresentazioni di genere e manifestazioni disforiche rispetto al genere stesso.

Sembra che individui con DSD (il cui cervello risulta esposto al testosterone prenatale) siano indirizzati verso uno sviluppo dell'identità di genere in senso maschile, ma non in modo assoluto come nel caso dell'Iperplasia Surrenalica Congenita.

2. DISFORIA DI GENERE (DG)

Il cervello delle persone transessuali **MtF** si presenta con caratteristiche sessuali + simili a quello delle donne biologiche che a quello degli uomini. In particolare, ciò sembra riguardare:

- La porzione centrale dei nuclei Bed della Stria Terminale (BSTc)
- I nuclei interstiziali dell'ipotalamo anteriore 3 (INAH3)

Studi successivi mostrano che:

- Il volume e il numero di neuroni di altri nuclei ipotalamici (nuclei intermediali) delle persone transessuali **MtF** hanno valori intermedi in rapporto a quelli di uomini e donne;
- I nuclei BSTc, per volume e per numero di neuroni, risultano essere più piccoli nei transessuali **MtF**.

Questi risultati sembrano suggerire come i nuclei dimorfici si sviluppino in direzione del genere percepito e non con il sesso presente alla nascita.

* Questi dati potrebbero essere influenzati dal trattamento ormonale cui le persone transessuali si sottopongono durante l'iter di riassegnazione di genere.

Molti studi sostengono l'ipotesi di una differenziazione sessuale atipica del cervello negli individui con DG:

- Soggetti FtM si differenziano dalle donne biologiche prima dell'inizio del trattamento ormonale, per quanto riguarda il flusso sanguigno in determinate regioni cerebrali, come la corteccia cingolata anteriore sinistra e l'insula destra.
- Durante la rotazione mentale, alcuni soggetti MtF non trattati con ormoni si sono differenziati dagli uomini del gruppo di controllo per quanto riguardava l'attivazione cerebrale.

Le misure cerebrali potrebbero mostrare pattern che si collocano in punti intermedi tra quelli tipici dell'uomo e della donna.

MtF non trattati con ormoni mostrano pattern nelle microstrutture di materia bianca che si differenziano sia dagli uomini che dalle donne di controllo.

MtF non trattati sembrano possedere volumi della materia grigia simili a quelli degli uomini del gruppo di controllo, ma il loro putamen mostra maggiori conformità con il volume medio femminile.

Volume maggiore del putamen destro nei soggetti FtM rispetto alle femmine di controllo, ma nessuna differenza significativa con i maschi di controllo (questo potrebbe rappresentare un'evidenza della mascolinizzazione della materia grigia subcorticale negli FtM).

MtF mostrano di avere uno spessore corticale diverso da quello dei maschi di controllo e uguale a quello delle femmine di controllo, ciò suggerendo una femminilizzazione dello spessore corticale nei soggetti MtF.

5. Presa in carico in carico della DG - Modello Olandese per il trattamento della DG in età evolutiva

Le proposte di trattamento più numerose sono rivolte al trattamento della DG in età evolutiva, perché negli adulti l'unica modalità di trattamento presa in considerazione è la riattribuzione chirurgica di sesso o la riassegnazione anagrafica di genere.

Un tempo (anni '70 - '80), venivano proposti soprattutto interventi di tipo comportamentale, orientati verso una direzione piuttosto discutibile:

Terapia del comportamento: si tratta di aumentare i comportamenti adeguati al sesso biologico e diminuire quelli non coerenti tramite la somministrazione differenziale di rinforzi sociali, come l'attenzione (**Rekers**).

Il gruppo dei pari: giova che i genitori organizzino incontri con altri coetanei maschi, scelti in modo da presentare caratteristiche comportamentali simili a quelle del figlio, in modo da far vedere al figlio (con DG) che si può essere maschi anche con modalità diverse e che essere maschi non aggressivi e non amanti dei giochi violenti è un altro modo - accettabile - di essere maschi (**Mayer Bahlburg**).

La proposta terapeutica di Zucker

L'intervento di Zucker consisteva:

- nell'insegnare, sia ai genitori che agli insegnanti, le tecniche di rinforzo differenziale, con cui si cercava di guidare il bambino a emettere comportamenti più coerenti con il suo genere assegnato alla nascita, o quantomeno comportamenti più neutri;
- nel cercare di agire sui genitori, modificando le loro convinzioni rispetto alla femminilità e alla mascolinità, in modo da modificare anche i loro comportamenti.

Tali interventi possono comprendere:

1. il promuovere rapporti con i coetanei dello stesso sesso;
2. l'incoraggiare attività tipiche del genere del bambino o "neutre";
3. il porre dei limiti ai comportamenti di travestimento;
4. il favorire degli scambi comunicativi fra genitore e figlio su tematiche connesse al genere.

La proposta terapeutica di Di Ceglie

L'obiettivo terapeutico proposto da Domenico Di Ceglie (1998) consiste nel supportare i processi di sviluppo nel bambino che sono stati influenzati negativamente.

Non si tratta di un trattamento psicologico della DG, che implica la necessità di adattare la mente al corpo, ma di assistere la famiglia e il bambino o adolescente nello sviluppo dell'identità di genere e nella ricerca della soluzione migliore possibile per il superamento del conflitto tra mente e corpo.

Il centro dell'attenzione consiste nel migliorare le psicopatologie associate, di ridurre le difficoltà e il distress presente nella vita del bambino e di intervenire sui processi di sviluppo che sono stati compromessi.

È importante che si arrivi all'accettazione del problema, cercando di non nascondere né di giudicarlo.

Gli interventi terapeutici sono di natura multidisciplinare e includono incontri con la famiglia, individuali, di gruppo, di supporto e la creazione di un network professionale, che comprende insegnanti, medici, assistenti sociali, psicologi e altre figure professionali attinenti.

Alla luce delle differenze fenomenologiche della DG nelle diverse fasce di età, della variabilità degli outcome e della fluidità dell'identità di genere nell'infanzia, la presa in carico di bambini, adolescenti e adulti con Disforia di Genere prevede percorsi psicodiagnostici e d'intervento differenziati e personalizzati in base alle **caratteristiche** e **bisogni** della singola persona e all'**età** in cui la persona con Disforia di Genere chiede aiuto e arriva all'attenzione degli specialisti.

➔ PRESA IN CARICO DELLA DG NELL'INFANZIA

Non esiste consenso unanime rispetto a quale sia l'intervento migliore da adottare con bambini con DG (carenza di studi che abbiano investigato l'efficacia dei vari approcci psicologici).

Tuttavia, esiste accordo su alcuni obiettivi fondamentali.

La presa in carico di bambini con sviluppo atipico dell'identità di genere deve essere focalizzata sulla:

- riduzione del distress e delle difficoltà psicologiche
- ottimizzazione dell'adattamento e del benessere psicologico monitorando l'evoluzione dei comportamenti cross-gender

Una terapia utile dovrebbe essere orientata ad aiutare l'adolescente ad esplorare la propria identità e a sbocciare nella sua unicità, indipendentemente dal genere e all'interno di una relazione terapeutica in cui sia mantenuto un atteggiamento neutro nei confronti di qualsiasi possibile outcome.

Le principali associazioni che si occupano di età evolutiva e di salute transgender hanno condiviso che qualsiasi percorso psicologico con bambini non conformi rispetto al genere o con Disforia di Genere non debba in alcun modo intervenire sull'identità di genere cercando di modificarla o di essere finalizzata alla "prevenzione" di un eventuale orientamento di tipo non eterosessuale in adolescenza o età adulta.

La presa in carico nell'infanzia presuppone che tutta la famiglia e le figure che gravitano intorno alla vita del bambino possano beneficiare di uno spazio psicologico che consenta di acquisire conoscenza, consapevolezza e l'elaborazione di un'immagine positiva del bambino nonché uno spazio di riflessione su come gestire questioni pratiche legate alla quotidianità; per esempio, uso del nome, quando e in che modo consentire una transizione sociale precoce, quale bagno utilizzare, quando e come fare coming-out.

La presa in carico nell'infanzia è esclusivamente di tipo psicologico e che non è previsto alcun intervento medico. I bambini con Disforia di Genere o con uno sviluppo atipico di identità di genere si presentano con caratteristiche estremamente diverse. Inoltre, considerando la plasticità e fluidità e l'incertezza degli outcome in infanzia, ogni intervento psicologico richiede l'attivazione di percorsi personalizzati che tengano di conto dello specifico significato dei comportamenti cross-gender e delle specifiche esigenze di ogni singolo caso.

Modelli di presa in carico della Disforia di Genere in infanzia.

1. Modello Osservazione – Attesa

Il principale modello di presa in carico in infanzia è definito come di "osservazione e attesa"

- watchful waiting - e ha l'obiettivo di consentire che l'identità di genere del bambino si sviluppi spontaneamente, senza indirizzare verso alcun esito di sviluppo (Drescher, 2013).

Secondo tale modello l'intervento psicologico con bambini con DG è focalizzato sul trattamento dei problemi emotivi, comportamentali e/o familiari che potrebbero avere un impatto sulla DG o sul benessere psicologico del bambino. I genitori e il bambino sono aiutati a sviluppare un equilibrio tra l'accettare i comportamenti e i vissuti cross-gender del minore, lasciando lo spazio per esplorare e allo stesso tempo a proteggerlo da eventuali reazioni negative, rimanendo realistici su tutti i possibili outcome futuri (Di Ceglie, 1998; 2014).

2. Approccio Affermativo

L'approccio è definito "affermativo" in quanto volto ad affermare l'identificazione transgender del bambino aiutandolo a costruire un'immagine positiva di sé e concettualizzando la varianza di genere in età evolutiva come parte della diversità umana su cui non è necessario intervenire (Ehrensaft, 2012; Menvielle, 2012).

La varianza di genere in infanzia rappresenta attualmente un "problema" solo perché elude le categorie binarie di genere, così come concepite nella nostra società in questo preciso momento storico.

Nello specifico, i genitori sono invitati a mantenere un atteggiamento di apertura verso tutti gli esiti di sviluppo possibili alla luce della fluidità dell'identità di genere nell'infanzia assumendo un ruolo di supporto, di accettazione e di protezione dall'ambiente.

➔ Questo approccio è stato criticato poiché una transizione di genere sociale nell'infanzia può essere di sollievo per il bambino, ma potrebbe condizionarne lo sviluppo, aumentando per esempio l'outcome di persistenza. Un bambino potrebbe "dimenticare" come vivere nel ruolo di genere originale e non essere in grado di discriminare se desidera tornare indietro o meno; oppure i bambini che hanno fatto una transizione di genere sociale precoce potrebbero reprimere i dubbi di una seconda transizione per paura di dover affrontare nuovamente tale percorso, venendo presi in giro o esclusi.

➔ PRESA IN CARICO DELLA DG NELL'ADOLESCENZA

Non esiste consenso unanime rispetto a quale sia l'intervento migliore da adottare con **adolescenti** con DG. Una differenza importante è che, contrariamente a quanto succede nell'infanzia, la letteratura recente sembra sottolineare che quando la DG persiste in adolescenza, raramente desiste. Tale constatazione supporta la necessità e importanza che sia a disposizione anche un intervento medico precoce da offrire in alcuni casi di adolescenti con Disforia di Genere.

1. Modello Olandese

L'Endocrine Society ha elaborato delle Linee Guida e gli Standards of Care della WPATH raccomandano la **sospensione dello sviluppo puberale** con gli analoghi dell'ormone che rilascia gonadotropine (**GnRH analoghi**) all'inizio della pubertà in adolescenti con DG che soddisfano i **CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**:

1. La diagnosi di Disforia di Genere;
2. L'aver raggiunto almeno lo stadio di sviluppo Tanner 2 (*);
3. L'aumento della Disforia di Genere con l'inizio della pubertà;
4. L'assenza di comorbidità interferente;
5. La presenza di supporto psicologico e sociale;
6. La comprensione degli outcome attesi;
7. La comprensione dei rischi e dei benefici delle varie opzioni terapeutiche.

Oltre al supporto psicologico, sono previste anche azioni terapeutiche di tipo medico, come la somministrazione di **GnRH analoghi**, al fine di posticipare la pubertà.

Successivamente, in caso di persistenza della DG e se sono soddisfatti specifici criteri di eleggibilità, è prevista la possibilità di iniziare una riassegnazione di genere di tipo ormonale prima, a partire dai 16 anni, con l'assunzione di **ormoni cross-sex** e una riassegnazione di tipo chirurgico poi, a partire dall'età di 18 anni, con la **riattribuzione chirurgica di genere**.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Nessun intervento medico: diagnosi e supporto psicologico 2. GnRH analoghi: sospensione dello sviluppo puberale [12 - 16] → Completamente reversibile 3. Ormoni cross-sex: riassegnazione di genere di tipo ormonale [16 - 18] → Parzialmente reversibile 4. Riattribuzione chirurgica di genere: riassegnazione di genere di tipo chirurgico [18 +] → Non reversibile |
|--|

Il razionale di questo modello si basa sull'assenza di evidenze empiriche dell'efficacia di trattamenti esclusivamente di tipo psicologico per la riduzione della DG e giustifica l'uso dei bloccanti al fine di ridurre il distress derivante dall'incongruenza tra l'identità di genere e lo sviluppo del proprio corpo. La DG tende a intensificarsi con lo sviluppo puberale, momento in cui gli adolescenti diventano consapevoli di non poter evitare l'espressione naturale del sesso biologico; tali cambiamenti possono interferire con il funzionamento e il benessere psicologici in modo significativo e, in alcuni casi, letale.

- **I FASE DIAGNOSTICA** [Invio] → NESSUN INTERVENTO MEDICO

- **FASE DIAGNOSTICA ESTESA** [12 - 16 anni] → GnRH ANALOGHI

Sospensione puberale - completamente reversibile

Bloccare la pubertà consente di creare una finestra di tempo in cui l'adolescente abbia la possibilità di:

- esplorare la propria identità di genere e la DG
- acquisire consapevolezza di sé
- maturare in modo più sereno una decisione per il proprio futuro, qualsiasi esso sia

Per questo, tale fase può essere considerata una fase di diagnosi estesa.

Si tratta di un **intervento totalmente reversibile** che può essere interrotto in qualunque momento l'adolescente eventualmente lo richieda.

La sospensione puberale si accompagna ad altri benefici, come la prevenzione di cambiamenti fisici irreversibili che consentiranno di ottenere in età adulta caratteristiche fisiche complessivamente più congruenti con l'identità di genere nel caso in cui la DG permanesse e la persona volesse completare la riassegnazione di genere con interventi chirurgici.

L'**uso dei GnRH** analoghi pone diversi dilemmi, di natura etica e legale.

Kreukels e Cohen-Kettenis (2011), in seguito a un'approfondita analisi delle argomentazioni contrarie e favorevoli circa l'uso dei GnRH analoghi, hanno concluso che i dati pubblicati ad oggi sembrano supportare una posizione a favore di un trattamento precoce in pazienti adolescenti con DG accuratamente selezionati.

I benefici sembrano maggiori dei rischi, come dimostrano gli studi sulla riduzione della comorbilità psichiatrica, dell'autolesionismo, del suicidio e di altri comportamenti a rischio, quale l'autosomministrazione di bloccanti od ormoni senza controllo medico specialistico.

La possibilità di un precoce intervento medico non significa che esso rappresenti un trattamento da applicare di default a tutti gli adolescenti con sviluppo atipico dell'identità di genere o con DG.

Inoltre, non ha l'obiettivo di adeguare una persona all'interno di una visione binaria di genere; al contrario, tutte le sfumature che caratterizzano il continuum dell'identità di genere vengono esplorate e ogni possibile outcome preso in considerazione.

In generale, ogni singolo caso deve essere considerato nella sua unicità e nel rispetto delle caratteristiche ed esigenze specifiche; ciò rende sempre opportuna la pianificazione di un intervento ad hoc creato su misura.

La **RIATTRIBUZIONE MEDICA DI GENERE** inizia con la **riassegnazione di genere di tipo ormonale**, seguita eventualmente, a partire dai 18 anni, da una **riassegnazione di genere di tipo chirurgico**

- **II FASE** [16 - 18 anni] → ORMONI CROSS-SEX

Riassegnazione di genere di tipo ormonale - parzialmente reversibile

La terapia ormonale viene somministrata per indurre cambiamenti femminilizzanti o mascolinizzanti.

La terapia con ormoni cross-sex può indurre cambiamenti fisici + congruenti con l'identità di genere esperita.

→ **FtM**

Negli FtM la terapia ormonale prevede la **somministrazione di TESTOSTERONE** (per via intramuscolare ogni 15 giorni) che produce:

- la cessazione del flusso mestruale nel 90% dei soggetti (entro 3 mesi)
- un aumento della libido (entro 3 mesi)
- l'abbassamento del tono della voce (dopo qualche mese)
- l'aumento della crescita pelifera e della barba (entro 1 anno)
- l'incremento delle dimensioni del clitoride (da 3,5 cm a 6 cm in media entri 1 anno)
- una crescita delle masse muscolari (evidente dopo 4/5 anni)
- una ridistribuzione del pannicolo adiposo in senso maschile (evidente dopo 4/5 anni)

Gli effetti collaterali comprendono: - la comparsa eventuale di acne sul viso e sulla schiena - l'aumento di peso (conseguente a un maggior appetito). Possono anche essere incrementati i livelli di colesterolo ematico.

→ MtF

Nelle MtF si attendono i seguenti cambiamenti fisici:

- crescita del seno (variabile)
- diminuzione della libido e delle erezioni
- riduzione delle dimensioni dei testicoli
- aumento della percentuale di grasso corporeo rispetto alla massa muscolare

Nelle pazienti MtF viene somministrata inizialmente una **terapia antiandrogenica a base di CIPROTERONE**, che induce:

- una diminuzione delle erezioni spontanee
- un venir meno dell'ejaculazione
- una riduzione delle zone pilifere
- l'arresto di un'eventuale caduta di capelli.

Può indurre talora dei cambiamenti dell'umore, che possono anche giungere a un vero e proprio stato depressivo, talora attribuibile pure alle difficili circostanze di vita di questi soggetti.

L'effetto di femminilizzazione viene ottenuto tramite **somministrazione di estrogeni, di solito ETINILESTRADIOLO**, per via orale o transcutanea tramite cerotti, che inducono:

- un graduale sviluppo del seno (il massimo viene raggiunto dopo 2 anni)
- un incremento del grasso cutaneo
- una riduzione del volume del volume dei testicoli (evidenziabile dopo 1 anno nel 25% dei casi).

Tale terapia può indurre degli effetti collaterali indesiderati: maggiore rischio di trombosi e di embolie, aumento della pressione arteriosa, disfunzioni epatiche, aumento della prolattina e del volume dell'ipofisi (che va tenuta sotto osservazione in quanto la sua iperplasia può produrre pressione sulle strutture vicine, come il chiasma ottico), stati depressivi.

* La somministrazione di ormoni viene interrotta circa 15 giorni prima dell'interventi chirurgico e ripresa dopo di esso.

In generale, la terapia ormonale deve essere individuata sulla base di criteri specifici, quali:

- gli obiettivi del paziente - il rapporto rischi/benefici dei farmaci - la presenza di altre condizioni mediche
- la valutazione delle diverse problematiche socioeconomiche.

La terapia ormonale può offrire un benessere notevole ai pazienti che non desiderino fare una transizione sociale di ruolo o di genere o sottoporsi all'intervento chirurgico, oppure che non siano in grado di farla.

CRITERI DEFINITI DAGLI STANDARDS OF CARE PER LA PRESCRIZIONE DI ORMONI CROSS-SEX:

1. Presenza di Disforia di Genere persistente e ben documentata
2. Capacità di prendere una decisione pienamente consapevole, dando il consenso al trattamento
3. Nel caso siano presenti rilevanti problematiche mediche o riguardanti la salute mentale, devono essere svolti adeguati approfondimenti.

- **III FASE [18+] → RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DI GENERE**

Riassegnazione di genere di tipo chirurgico - non reversibile

La riattribuzione chirurgica di genere rappresenta la soluzione più estrema, che porta a un passaggio fisico al sesso opposto tramite un intervento chirurgico radicale e definitivo che trasforma il corpo della persona in modo da adeguarlo il più possibile alle caratteristiche somatiche del genere percepito come proprio. Ovviamente, tale intervento risulta opportuno solo nei casi più estremi di DG e per questo è necessario valutare ogni singola persona in base agli specifici bisogni e caratteristiche.

- **MtF**

Per la paziente da Maschio a Femmina (MtF), gli interventi chirurgici possono essere i seguenti:

1. Seno/Torace: Mastoplastica additiva
2. Chirurgia genitale: Penectomia, Orchiectomia, Vaginoplastica, Clitoridoplastica, Vulvoplastica
3. Interventi chirurgici al di fuori di seno/genitali: Chirurgia di femminilizzazione facciale, Liposuzione, Lipofilling, Chirurgia vocale, Riduzione della cartilagine tiroidea, Aumento dei glutei (impianti/lipofilling), Ricostruzione dei capelli e altre procedure estetiche

In particolare, gli interventi chirurgici impiegati nella riattribuzione di sesso da maschio a femmina prevedono:

- uno svuotamento del pene dai corpi cavernosi
 - l'ablazione dei testicoli e della parte iniziale dei funicoli spermatici;
- il glande viene conservato e mantenuto collegato alla cute peniena.

Nello spazio compreso tra bulbo uretrale, vescica e prostata viene ricavato un recesso lungo circa 10-15 cm a forma di canale, che viene rivestito con la cute peniena introflessa e parte della cute dello scroto svuotato.

Il glande, che era stato conservato, può essere posizionato nella regione apicale della neo-vagina, a simulare una portio intravaginale (collo dell'utero), contribuendo così a mantenere la sensibilità durante i rapporti sessuali (che, comunque, rimane in gran parte dipendente dalla stimolazione della prostata).

Oppure, il glande può essere utilizzato per formare un neo-clitoride collocato all'ingresso della cavità neovaginale, sempre allo scopo di conservare una maggiore sensibilità.

Parte della borsa scrotale è utilizzata per formare le grandi labbra.

L'uretra viene accorciata e la sua estremità esterna viene portata all'esterno e suturata sulla cute, con un'angolazione tale da permettere la minzione in posizione seduta.

Terminato l'intervento, viene inserito nella neo-vagina un tutore con lo scopo di mantenere dilatate le pareti vaginali, permettendole una migliore saldatura ai tessuti circostanti e prevenendo l'accorciamento del canale vaginale in seguito ai processi cicatriziali.

Tali dilatatori devono essere utilizzati in seguito con calibro e tempi diversi, al fine di mantenere le dimensioni vaginali.

Dopo 2 settimane dall'intervento viene ripresa la terapia ormonale, anche se in dose dimezzata.

Le complicazioni più frequenti sono la stenosi (restringimento) della vagina e la formazione di fistole rettovaginali o uretrovaginali.

In considerazione della maggiore strettezza del bacino maschile e del fatto che i muscoli elevatori dell'ano dei maschi sono più robusti, l'insieme di questi aspetti può rendere difficoltosa la penetrazione, per cui vengono insegnati degli esercizi di rilassamento muscolare specifici per tali gruppi muscolari.

In caso di permanenza di questa difficoltà, si rende necessaria la sezione di tali muscoli.

Queste procedure chirurgiche possono essere accompagnate da altre (in genere, anzi, si consiglia di effettuare tali interventi prima dell'operazione sui genitali, nel periodo di prova nel sesso di attribuzione desiderato), al fine di migliorare ulteriormente gli aspetti estetici:

- Mastoplastica, con inserimento di protesi al silicone, nel caso che la terapia ormonale non sia stata sufficiente per uno sviluppo adeguato dei seni;
- Condroplastica, al fine di eliminare la sporgenza del pomo d'Adamo, tipicamente maschile;
- Rieducazione della voce, tramite logoterapia, per impostare la voce (che non è modificabile chirurgicamente) in modo più femminile;
- Elettrolisi, per l'asportazione definitiva della barba e di altre pelosità.

- **FtM**

Per il paziente da Femmina a Maschio (FtM), gli interventi chirurgici possono essere i seguenti:

1. Seno/Torace: Mastectomia sottocutanea, Creazione di una cassa toracica di tipo maschile
2. Chirurgia genitale: Isterectomia/Ovariectomia, Metoidioplastica o Falloplastica (utilizzando un lembo peduncolato o libero vascularizzato), Vaginectomia, Scrotoplastica e Impianto di protesi per l'erezione e/o testicolari
3. Interventi chirurgici al di fuori di seno/genitali: Chirurgia vocale (rara), Liposuzione, Lipofilling, Impianti pettorali ed altre procedure estetiche.

Nello specifico, l'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso comporta una mastectomia, con asportazione delle ghiandole mammarie, eventuale rimozione di pelle in eccesso dei seni e ricollocazione dei capezzoli in una posizione più laterale, tipicamente maschile.

Molto spesso viene effettuata un'ablazione dell'utero, insieme alle salpingi e alle ovaie, soprattutto in quei soggetti in cui la terapia ormonale con androgeni non ha indotto la sospensione del flusso mestruale. Successivamente, se il paziente lo desidera, viene costruito un neo-pene, intervento che comporta difficoltà molto maggiori rispetto alla produzione di una neo-vagina e per il quale sono possibili varie procedure.

A)

Nelle procedure più vecchie si usava il clitoride aumentato di volume per il trattamento ormonale reimpiantandolo più in basso sull'addome, utilizzando nel contempo le piccole labbra per l'allungamento dell'uretra fino alla punta del clitoride; le grandi labbra venivano cucite insieme per formare un neo-scroto (tale procedura per lo scroto viene usata anche oggi; in taluni casi vi vengono inserite delle protesi di silicone a simulazione dei testicoli, ma ciò non viene sempre desiderato dalla persona che vuole cambiare di sesso). All'interno del clitoride veniva inserito un espansore che permetteva la graduale formazione di una sacca interna, dentro la quale, dopo circa 6 mesi, era possibile introdurre un tutore, al fine di provocarne un'erezione.

B)

Un'altra tecnica impiega due lembi di pelle tubularizzati (l'uno per la neo-uretra e l'altro per il neo-pene) ricavati dalla pelle dell'addome e inseriti l'uno dentro l'altro. All'interno del neo-pene possono quindi essere impiantati degli innesti ossei o cartilaginei, oppure delle protesi artificiali per garantirne l'erezione.

C)

Una procedura più recente comporta un prelievo dal lato cubitale dell'avanbraccio di un lembo libero (lembo di Chang) vascularizzato e innervato che viene tubulizzato intorno a una protesi.

I vasi sanguigni e i nervi sono quindi anastomizzati con l'arteria epigastrica inferiore e il nervo clitorideo; in tal modo, secondo i pazienti, viene conservata una certa sensibilità, soprattutto alla base del neo-pene.

Talora l'uretra femminile non viene collegata alla neo-uretra del neo-pene, in quanto la procedura è difficoltosa e produce frequenti complicazioni (formazione di fistole alla base del pene), così che l'uretra originaria viene fatta sboccare nella zona mediata e inferiore del neo-scroto (ottenuto dalle grandi labbra cucite insieme).

Però è possibile unire neo-uretra con quella femminile originaria, che in tal caso dev'essere allungata con tessuto proprio del paziente o con altri metodi.

* La rigidità dei neo-peni può essere ottenuta con l'inserimento di pezzi di osso o di cartilagini, oppure di protesi come quelle usate negli uomini con impotenze organiche.

Queste **PROTESI** creano nei transessuali dei problemi maggiori che negli uomini, in quanto esse non possono ovviamente essere inserite nei corpi cavernosi, che presentano un tessuto più solido, ma devono essere poste all'interno delle strutture del neo-pene, che sono più delicate e dove si creano quindi più facilmente delle erosioni.

Tali protesi possono essere:

- **Rigide:** tubi di silicone che inducono una semierezione costante
- **Semirigide o Malleabili:** cilindri ancora di silicone con un'anima di acciaio pieghevole o di fili d'argento intrecciati, la cui posizione, eretta o abbassata, può essere modificata a volontà del soggetto.
- **Protesi Idrauliche:** più di recente sono state introdotte le protesi idrauliche, costituite fondamentalmente da un serbatoio contenente un liquido radiopaco che può essere trasferito tramite una pompa azionata dal soggetto (e inserita nello scroto) in due cilindri inseriti nel pene, al posto dei corpi cavernosi, gonfiandoli e rendendoli rigidi.

Gli effetti estetici e funzionali delle protesi idrauliche sono molto migliori di quelli delle altre, ma le protesi idrauliche presentano lo svantaggio di essere più costose, richiedono interventi chirurgici più complessi, creano ulteriori problemi all'anastomosi fra uretra e neo-uretra e presentano maggiori probabilità di guasti meccanici.

La riattribuzione di genere medica di solito si accompagna anche a un cambiamento di tipo anagrafico. Quest'ultimo, tuttavia, è possibile secondo alcune recenti sentenze anche indipendentemente da un intervento di riattribuzione chirurgica di genere, nei casi in cui una persona con Disforia di Genere non desidera o non tragga beneficio da tale opzione medica.

In Italia l'intervento di riattribuzione chirurgica di genere è ratificato dalla Legge n. 164 del 14.04.1982, "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso".

L'interessato deve rivolgere domanda di rettificazione di attribuzione di sesso al tribunale del luogo di residenza, che nomina un giudice istruttore il quale può, se lo ritiene necessario, disporre di consulenza tecnica "intesa ad accertare le condizioni psicosessuali" della persona che fa richiesta.

La sentenza porta, con effetti proattivo e non retroattivo, alla rettificazione dell'indicazione del sesso ed eventuale nuovo nome nei relativi registri dello stato civile e allo scioglimento del matrimonio (o alla cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio religioso).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 6. DIG (Disturbo dell'Identità di Genere) 7. Quando si consolida l'identità di genere e il modello che si applica (clima socio affettivo famiglia)
?????????????? 8. Definizione di identità sessuale e delle sue componenti 9. Identità di genere 10. Disturbi dello sviluppo sessuale (da rivedere) |
|---|

11. Differenza tra DSM-IV e DSM-5 rispetto alle parafilie

DSM-I e DSM-II le parafilie erano definite **DEVIAZIONI SESSUALI**.

DSM-III fu introdotto il termine **PARAFILIA**, molto + neutro sia dal punto di vista descrittivo che interpretativo.

Il **DSM-5** introduce una novità nelle classificazioni distinguendo tra:

- **PARAFILIE**

Il termine parafilia si riferisce a:

QUALSIASI INTENSO E PERSISTENTE INTERESSE SESSUALE DIVERSO DALL'INTERESSE SESSUALE PER LA STIMOLAZIONE GENITALE O I PRELIMINARI SESSUALI CON PARTNER UMANI, FENOTIPICAMENTE NORMALI, FISICAMENTE MATURI E CONSENZIENTI.

Il DSM tenta di dare una definizione di interessi sessuali "normofilici", che però è chiaramente influenzata da atteggiamenti culturalmente determinati e strettamente legati al punto di vista occidentale e alla nostra epoca.

- **DISTURBI PARAFILICI**

Un disturbo parafilico si definisce come:

UNA PARAFILIA CHE CAUSA DISAGIO O COMPROMISSIONE NELL'INDIVIDUO O

UNA PARAFILIA LA CUI SODDISFAZIONE HA ARRECATO, O RISCHIATO DI ARRECARE, DANNI A SÉ STESSI O AGLI ALTRI.

Il DSM-5 afferma che le parafilie non sono ipso facto Disturbi Mentali.

* Presentare una parafilia sarebbe una condizione necessaria ma non sufficiente per avere un Disturbo Parafilico.

Una parafilia di per sé stessa non giustifica o richiede automaticamente un intervento trattamentale.

Si *accerta* una Parafilia secondo la natura degli impulsi, delle fantasie o dei comportamenti.

Si fa *diagnosi* di un Disturbo Parafilico sulla base del disagio, della compromissione e del danno.

Il DSM-5 distingue 8 Disturbi Parafilici + 1 con altra specificazione (9).

La condizione deve essere presente per almeno 6 MESI e deve produrre disagio e compromissione.

La condizione produce danno nel caso di: D. Voyeuristico, D. Esibizionistico, D. Frotteuristico,

D. da Sadismo Sessuale, D. Pedofilico.

1. **Disturbo Voyeuristico**

Eccitazione sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi all'osservare, a sua insaputa, una persona nuda o che si spoglia o che è impegnata in attività sessuali.

* Da **non confondere con il Troilismo**, che consiste nell'eccitazione sessuale dall'osservare apertamente altre persone che hanno rapporti sessuali. Il soggetto deve avere almeno 18 anni di età.

2. **Disturbo Esibizionistico**

Eccitazione sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi all'espore i propri genitali a persone che non se l'aspettano.

3. **Disturbo Frotteuristico**

Eccitazione sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi allo strofinarsi contro una persona non consenziente.

4. **Disturbo da Masochismo Sessuale**

Eccitazione e piacere sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi al subire umiliazioni, essere legati, subire percosse o sofferenze fisiche.

5. **Disturbo da Sadismo Sessuale**

Eccitazione e piacere sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi all'infliggere al partner umiliazioni, percosse o sofferenze fisiche o psicologiche.

6. Disturbo Pedofilico

Eccitazione e piacere sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi ad attività sessuali con bambini prepuberi, in genere di età inferiore ai 13 anni.

Il soggetto deve avere almeno 16 anni ed essere almeno di 5 anni maggiore delle sue vittime.

7. Disturbo Feticistico

Eccitazione sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi a soggetti inanimati (come capi di vestiario o scarpe femminili), o interesse per una o più parti del corpo a carattere non genitale (**Parzialismo**, per esempio per i piedi).

Gli indumenti non devono essere utilizzati solo per il cross-dressing (come nel Travestitismo non a carattere sessuale) né gli oggetti devono essere specificamente progettati per la stimolazione sessuale (vibratori).

8. Disturbo da Travestitismo

Eccitazione sessuale da FANTASIE, DESIDERI O COMPORTAMENTI relativi al travestirsi, solitamente da donna da parte di un uomo nel corso di un rapporto eterosessuale.

Questa categoria non va confusa con la Disforia di Genere, che non è una parafilia.

Può essere accompagnata da Feticismo per tessuti, materiali o indumenti o da Autoginefilia (eccitazione sessuale di un maschio nell'immaginarsi come femmina).

9. Parafilia o Disturbo Parafilico con altra specificazione

Questa categoria del DSM-5 si riferisce alle Parafilie o ai Disturbi Parafilici che non soddisfano alcuna delle categorie sopra descritte.

PARAFILICI ESCLUSIVI: le fantasie o gli stimoli parafilici sono obbligatori per l'eccitamento sessuale.

PARAFILICI OCCASIONALI: le preferenze parafiliche si manifestano solo occasionalmente.

NON PARAFILICI: la persona è in grado di funzionare sessualmente senza fantasie o stimoli parafilici.

I parafilici possono agire le loro fantasie con partner non consenzienti → subire arresto e incarcerazione.

I parafilici possono realizzare le loro fantasie con il partner → con il tempo può stancarsi e minacciare di abbandonare la persona se non si sottopone a trattamento.

Un parafilico difficilmente si rivolge ad un terapeuta spontaneamente, dal momento che la condizione è spesso del tutto egosintonica. I motivi più frequenti per cui un parafilico fa ricorso alla terapia sono: problemi con la legge o pressioni da parte del partner.

Le fantasie e i comportamenti parafilici possono avere inizio nella fanciullezza o nella prima adolescenza, ma divengono meglio definiti ed elaborati durante l'adolescenza e la prima età adulta.

I comportamenti parafilici aumentano:

- in risposta fonti di **stress psicosociale**
- in associazione ad altri **Disturbi Mentali**
- con l'**aumentare delle opportunità di impegnarsi in comportamenti parafilici**

La parafilia più diffusa sembra essere il voyerismo, anche se è difficile da stimare.

Il feticismo appare unicamente nei maschi.

12. Eziologia Parafilie

Le parafilie sono molto numerose e per questo è difficile elaborare una teoria eziologica che possa essere onnicomprensiva.

Sono state elaborate poche teorie generali, ma molte teorie specifiche di determinate parafilie.

La comunità scientifica è concorde nel ritenere che le parafilie:

- Si sviluppano piuttosto precocemente nella vita di un individuo
- Vengono influenzate soprattutto da esperienze di apprendimento fondate su processi di condizionamento classico e operante

TEORIE GENERICHE DELLE PARAFILIE

→ TEORIA DEL CONDIZIONAMENTO

La teoria + generica relativa allo sviluppo di orientamenti sessuali varianti è la teoria del condizionamento, che prende in considerazione l'ipotesi che durante l'esistenza di una persona avvengano degli eventi (condizionamenti) che **associano una risposta sessuale a uno stimolo che di per sé non è in grado di produrre attivazione sessuale**.

Questo tipo di eventi è più probabile che si verifichi nei maschi piuttosto che nelle femmine, perché i maschi in età prepubere presentano la capacità di reagire con risposte di eccitamento sessuale a situazioni non connotate sessualmente; situazioni in cui i soggetti sono eccitati (non sessualmente, ma in modo aspecifico) oppure sono attivati da una forte stimolazione labirintica, proprio perché si muovono in alto e in basso velocemente o ondeggiando velocemente.

Esperienze precoci (in età pre-pubere) causate dall'eccitabilità sessuale in seguito a stimoli aspecifici e/o leggermente spaventosi potrebbe portare a processi di condizionamento classico con tali stimoli, con conseguente formazione di preferenze sessuali non normofile.

→ ABEL (1995)

Abel ha elaborato una teoria dello sviluppo di comportamenti sessuali atipici che si fonda su 4 stadi:

1. Un bambino viene esposto a una stimolazione sessualizzata sia direttamente (reale contatto fisico), sia indirettamente (osservando, ascoltando);
2. Reiterazione mnestica in immaginazione di tale esperienza con le conseguenze positive o negative immaginate;
3. Sperimentazione diretta con tali condotte, provando direttamente le conseguenze positive o negative;
4. A seconda dell'esito delle precedenti prove, il comportamento può essere ripetuto o modellato in varie altre forme che sono in grado di aumentare le conseguenze positive.

Tale ipotesi (potentemente influenzata dalle teorie del modellamento sociale) si basa totalmente su processi di apprendimento e può spiegare perché diverse persone esposte alle stesse circostanze presentino esiti comportamentali differenti.

TEORIE SPECIFICHE PER DETERMINATE PARAFILIE

→ TEORIA DELL'ABUSATORE-ABUSATO

Originariamente si fondava su una duplice spiegazione, di tipo psicodinamico:

1. Il soggetto adulto replica la vittimizzazione subita da bambino secondo le medesime modalità patite allora (identificazione con l'aggressore);
2. Il soggetto ottiene da adulto il trionfo proprio in ciò in cui da bambino era stato vittima. L'abuso è un atto di vendetta mediante cui il passato viene cancellato e trasformato in piacere e vittoria.

In termini più cognitivo-comportamentali, si può affermare che:

- il soggetto vittima di abuso sessuale in età precoce, successivamente, abusando a propria volta, cerca di mantenere latenti gli schemi di impotenza personale che si erano attivati in seguito all'abuso.

Le vittime di abuso sessuale infantile agirebbero sessualmente e aggressivamente per ridurre gli effetti dolorosi e le sensazioni provate più volte in occasione del trauma pregresso.

➔ MODELLO DEI 4 FATTORI - Finkelhor (1984)

Il modello è stato elaborato per l'abuso sessuale su minori ma è applicabile anche ad altre parafilie.

I 4 FATTORI DI FINKELHOR sono:

1. Fattori per cui l'abusatore ritiene i bambini sessualmente soddisfacenti

- A) L'abuso sessuale soddisfa alcune rilevanti esigenze emozionali dell'abusatore
- B) Il bambino è una fonte di eccitazione sessuale e di gratificazione, dunque è presente una preferenza sessuale per partner sessuali di età infantile
- C) Fonti alternative di gratificazione sessuale sono bloccate o inibite per varie ragioni

2. Fattori in grado di superare le inibizioni INTERNE contro l'abuso sessuale su minori

Disinibitori interni al soggetto: abuso di sostanze, percezioni distorte dei desideri del minore, senilità...

Disinibitori relativi all'ambiente socioculturale: tolleranza sociale per interessi sessuali verso i bambini o deboli sanzioni contro chi commette abusi su minori

3. Fattori in grado di superare le inibizioni ESTERNE contro l'abuso sessuale su minori

Madre assente o malata, o vittima lei stessa di abuso e/o dominata da parte del partner, oppure anomale condizioni di condivisione del luogo dove dormire

4. Fattori che permettono all'abusatore di superare le resistenze della vittima

Coercizione, il fare regali, oppure un bambino emotivamente insicuro o depresso, o un rapporto di fiducia insolitamente forte tra vittima e abusatore

➔ MASOCHISMO

1) Secondo la classica teoria psicoanalitica (Freud), il Masochismo deriverebbe dal Sadismo.

In seguito al proprio desiderio di dominare o danneggiare gli altri, una persona proverebbe forte senso di colpa, per cui, come meccanismo di difesa, tale tendenza si convertirebbe nel suo opposto.

Tale teoria è superata in base a varie considerazioni:

- a) è stato dimostrato che i masochisti non soffrono di particolari sensi di colpa (li presentano in proporzioni simili alla popolazione generale)
- b) il masochismo è più frequente del sadismo e, nelle persone che presentano tendenze sadomasochiste, la componente masochistica si presenta solitamente prima di quella sadica, per cui è illogico pensare che la prima sia una conseguenza della seconda.

2) Stolorow e Lachmann (1980) hanno proposto la teoria secondo cui il masochismo sarebbe un mezzo mediante cui una personalità narcisistica rafforzerebbe il proprio senso di sé.

L'essere picchiati o feriti è comunque un modo per essere notati, che è sempre meglio di essere ignorati.

Kernberg (1988) sostiene che si tratti di un metodo per inorgogliersi di sé, in quanto capaci di sostenere dolore e umiliazione in misura maggiore delle altre persone.

Tali teorizzazioni circa le personalità narcisistiche, però, si adatterebbero meglio al sadismo.

3) Baumeister ha sostenuto che il masochismo costituisce una tecnica per liberarsi del proprio senso di sé, che in alcune circostanze può diventare un carico ingombrante e penoso da sopportare.

Il dolore restringerebbe l'attenzione a livello fisico, impedendo pensieri significativi o più astratti.

La perdita di controllo fa rinunciare a una delle componenti essenziali del senso di sé, ovvero il prendere decisioni.

4) "Teoria dei processi opposti o antagonisti" proposta da Solomon e Corbit (1974).

Essa sottolinea come l'omeostasi corporea comporti processi che si oppongono ad ogni deviazione da essa, per cui esperienze positive e di euforia vengono contrastate da successive cadute in momenti di depressione, che durano più a lungo delle prime; l'opposto avviene nel caso di esperienze fortemente negative. Ciò potrebbe applicarsi al masochismo, nel quale circostanze dolorose o imbarazzanti inducono un processo antagonista generatore di piacere.

TEORIE NEUROBIOLOGICHE**→ IPOTESI MONOAMINERGICA - Kafka (1997)**

L'origine delle parafilie risiederebbe in una disfunzione nei processi di attivazione di serotonina, noradrenalina e dopamina.

Se questi neurotrasmettitori sono presenti in quantità anomale, possono avere effetti disinibenti sul comportamento sessuale.

- Elevati livelli di noradrenalina e dopamina
- una scarsa trasmissione serotoninergica

in esperimenti condotti su animali, sono stati associati a una maggiore ricettività sessuale e a un incremento dell'attività copulatoria.

Per quanto riguarda gli uomini, Kafka suggerisce che le monoamine rivestano un ruolo determinante nello sviluppo e nel mantenimento degli interessi parafilici; è dimostrato che nei child molester che presentano una comorbilità clinica, il trattamento farmacologico con sostanze psicoattive agenti sulla funzionalità monoaminergica contribuisce a ridimensionare la devianza sessuale.

Kafka cita gli antidepressivi triciclici e i sali di litio per la loro capacità di ridurre i comportamenti parafilici, gli SSRI, utili nell'inibizione di fantasie devianti, pratiche sessuali non convenzionali e relative ossessioni e compulsioni, nonché i neurolettici per bloccare la via dopaminergica riducendo l'arousal sessuale.

→ IPOTESI DELLA IMMUNOSENSIBILITÀ MATERNA - Quinsey e Lalumiere (1995)

L'effetto del fratello maggiore vale non solo per gli omosessuali, ma anche per gli abusatori sessuali, compresi quelli di minori.

Tale effetto si riferisce al fatto che le probabilità che un uomo abbia un orientamento omosessuale o un orientamento deviante, misurato tramite fallometria, aumentano con il numero di fratelli maggiori (ma non delle sorelle) nati dalla stessa madre.

Ogni fratello in più aumenterebbe del 33% la probabilità di essere omosessuale in età adulta.

Cantor et al. (2002) hanno dimostrato che l'effetto del fratello maggiore è presente in circa 1 uomo su 7 uomini omosessuali. Questo effetto è stato spiegato come conseguenza di una reazione immunitaria materna, provocata solo da feti maschi, che cresce d'intensità ad ogni gravidanza con un feto maschio, in quanto il sistema immunitario materno costituisce l'unico sistema biologico in grado di "ricordare" il numero di feti maschi (e non femmine) alterando di conseguenza la propria risposta.

Occorre rilevare che qualche studio di replica non ha individuato l'effetto dell'ordine di nascita.

La spiegazione in termini immunitari finora è del tutto speculativa e l'effetto del fratello maggiore potrebbe essere spiegato anche in termini di altre influenze psicosociali.

Quella più popolare, d'impostazione psicosociale, sostiene che l'interazione sessuale con maschi maggiori di età (più probabile quando si hanno tanti fratelli maggiori) aumenta la probabilità che un bambino sviluppi un orientamento omosessuale in seguito.

TEORIE EVOLUZIONISTICHE

È possibile ipotizzare che la selezione naturale non solo abbia predisposto dei moduli cerebrali programmati al fine di permettere, ai maschi, di scegliere compagne sessuali fertili e sane e, alle femmine, di selezionare partner forti e affidabili in grado di proteggere loro stesse e la prole, ma abbia anche organizzato centri in grado di discriminare tra conformazioni fisiche immature sessualmente (soggetti prepuberi) e conformazioni mature (soggetti postpuberi), in quanto ciò avrebbe un valore adattivo e di conservazione della specie.

Errori nella programmazione biologica di tali strutture potrebbero portare a condizioni di varianza dell'orientamento sessuale verso adulti/minori, presenti in alcune forme di parafilìa.

MODELLI MULTIFATTORIALI**➔ MODELLO DELLE 5 VIE - Ward e Siegert (2002)**

Qualsiasi sex offender appartiene a uno dei 5 percorsi, che si differenziano in base al quadro clinico manifestato, alla modalità di abuso e alla sottostante motivazione.

Il modello delle 5 vie ipotizza che il meccanismo causale primario attivi altri processi disfunzionali provocando una reazione a catena e dando come esito il comportamento abusante nel soggetto.

Gli aspetti psicologici disfunzionali che in prevalenza vengono riscontrati negli offender sono principalmente 4 e interagiscono fra loro, costituendo **FATTORI DI VULNERABILITÀ**:

a. Disregolazione emozionale

Comporta un malfunzionamento nella valutazione di manifestazioni affettive proprie e altrui.

b. Incompetenza nei rapporti interpersonali

Peculiarità che si ritrova spesso nei child molester, conseguente a precedenti esperienze disadattive avvenute nell'infanzia e che si ripercuotono anche in età adulta.

c. Distorsioni cognitive

Disinibiscono i comportamenti trasgressivi.

Ecco le modalità di pensiero del child molester nei confronti di sé stessi e dei bambini:

- 1) I bambini sono in grado di decidere consapevolmente con chi appagare i propri bisogni sessuali.
- 2) L'attività sessuale non procura alcun danno alla persona poiché principalmente è un'attività utile e soddisfacente.
- 3) La posizione sociale dà il diritto ad alcune persone di ritenersi libere di fare ciò che vogliono, anche nei confronti dei bambini.
- 4) Il mondo è considerato un luogo difficile e avverso e le persone agiscono spesso con crudeltà.
- 5) Non ci sono molte soluzioni per fermare le persone che commettono azioni di cui non hanno il pieno controllo.

Generalmente, le distorsioni cognitive hanno una funzione difensiva per il soggetto; servono a tenere intatta l'autostima e a scagionare l'individuo da comportamenti altrimenti inammissibili.

d. Script sessuali

Sono schemi cognitivi che le persone si costruiscono per interpretare gli atteggiamenti altrui.

Tali fattori di vulnerabilità, a seconda del loro peso reciproco e delle loro interrelazioni danno origine a **5 POSSIBILI PERCORSI EZIOLOGICI**:

Percorso 1: meccanismi disfunzionali multipli

I soggetti mostrano differenti disfunzioni in aree psicologiche di notevole importanza.

La presenza di abusi nell'infanzia o la visione precoce di materiali e attività sessuali renderebbe il soggetto vulnerabile al futuro comportamento pedofilico.

Esaltano la relazione adulto-bambino trasformando la realtà in un modello sessuale proprio.

Mostrano una modalità di pensiero distorta nei confronti della sessualità dei bambini, un'elevata incompetenza nei rapporti interpersonali e un mancato sviluppo di modelli di attaccamento positivi.

Percorso 2: script sessuali devianti

I soggetti hanno modalità di pensiero distorte nei confronti delle normali pratiche sessuali svolte all'interno di una relazione di coppia; il sesso viene considerato come puro soddisfacimento fisico, senza alcun tipo di coinvolgimento emotivo. I rapporti sessuali servono a fronteggiare situazioni di disagio.

La preferenza per i bambini è relativa al fatto che essi sono considerati dall'offender molto più docili e compiacenti rispetto a un adulto (capace di sottrarsi al rapporto sessuale).

Percorso 3: incompetenza interpersonale

Il child molester si distingue per la sua esigenza di stabilire una vera e propria relazione amorosa con il bambino, sulla base del prototipo delle relazioni tra coppie di adulti; non sarebbe volto solo al soddisfacimento dei propri bisogni sessuali, bensì più a una ricerca di vicinanza e intimità con la vittima.

Tali soggetti generalmente hanno difficoltà a stabilire normali relazioni intime con gli adulti e in condizione di elevato stress possono arrivare al comportamento abusivo. La causa di questo deficit interpersonale, sarebbe dovuto allo sviluppo di stili di attaccamento di tipo evitante-distaccato o preoccupato-invischiato, con conseguenti problematiche nello stabilire relazioni intime.

Percorso 4: disregolazione emozionale

I soggetti hanno un mancato controllo delle proprie emozioni e ricorrono a pratiche sessuali inadeguate (come per esempio la masturbazione compulsiva), per fra fronte a situazioni di elevato stress emotivo.

Percorso 5: cognizioni antisociali

I soggetti presentano numerose condotte criminali in molteplici situazioni, non solo di natura sessuale. L'abuso sessuale si verifica in relazione a due caratteristiche: la pericolosità e l'ostilità del mondo; tali distorsioni cognitive, predispongono l'individuo ad agire in modo aggressivo come funzione difensiva.

* Non tutti i child molester sono pedofili, in quanto i meccanismi sottostanti, come la ricerca di intimità o il discontrollo affettivo, differenziano questi soggetti dai pedofili puri, che hanno una vera e propria preferenza sessuale per i bambini.

→ TEORIA INTEGRATA Ward e Beech (2006)

L'integrazione di diversi modelli teorici viene applicata al comportamento sessuale deviante.

La teoria si fonda sull'influenza continua di alcuni fattori:

1. Fattori biologici

Condizionati da elementi genetico-ereditari e dallo sviluppo cerebrale del soggetto.

2. Fattori ecologici

Riferiti al contesto socioculturale con cui la persona interagisce in un ambiente specifico, circostanze personali e ambiente fisico.

3. Fattori neuropsicologici

Ward e Beech sottolineano che la violenza sessuale sarebbe conseguente a un'influenza reciproca di:

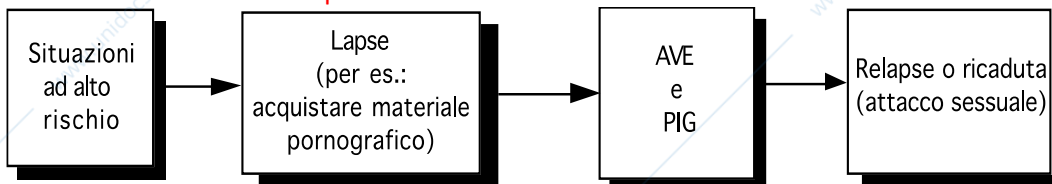
- Fattori distali

Sono presenti elementi di vulnerabilità (come per esempio l'aver subito un abuso sessuale nell'infanzia), ma anche elementi distintivi di tipo genetico o costituzionale.

Questi fattori, se combinati fra loro, sono in grado di influenzare l'individuo aumentando il rischio del comportamento sessualmente deviante.

- Fattori prossimali

Questi fattori fanno parte di 2 categorie: i fattori psicologici e i fattori situazionali, che interagendo con la vulnerabilità del soggetto causano il comportamento violento.

13. Trattamento della parafilia

14. Fantasie sessuali nell'uomo e nella donna

UOMINI

1. Presentano maggiore frequenza di fantasie sessuali soprattutto al di fuori dell'attività sessuale.
2. Le fantasie producono eccitazione sessuale almeno 1 volta al giorno e sono indotte soprattutto da stimoli esterni.
3. Immagmano attività sessuali con più partner e le cambiano all'interno della stessa fantasia.
4. Sono centrali le immagini visive, le caratteristiche fisiche e genitali del partner, che è vissuto come oggetto del desiderio.
5. Le fantasie sono esplicite e i temi principali sono di tipo: - voyeuristico - poligamico - orogenitale - feticistico.
6. La scena si svolge molto velocemente e arriva all'orgasmo.

DONNE

1. Tendono a fantasticare su persone con cui mantengono un coinvolgimento, quindi il numero di partner immaginati è inferiore.
2. Le fantasie sono più personalizzate e più centrate sulle componenti tattili.
3. La persona immaginata non sempre rappresenta l'oggetto del desiderio, ma con essa la donna si può anche identificare.
4. Non si focalizzano solo sulle caratteristiche fisiche del partner, ma anche sulle caratteristiche personali ed emotive.
5. Le fantasie sono implicite e i temi principali sono di tipo: - esibizionistico - masochistico - narcisistico - omosessuale - di prostituzione.
6. La scena si svolge lentamente e con molti più dettagli.

Fossi e Mascari hanno comparato tra loro le fantasie sessuali di uomini e donne eterosessuali e omosessuali, evidenziando che:

- i **maschi omosessuali** non mostrano rilevanti diversità nelle fantasie rispetto a quelli eterosessuali;
- le **donne omosessuali** mostrano fantasie sessuali di tipo piuttosto mascolino.

15. Differenziazione sessuale

Le gonadi maschile e femminile (testicolo e ovaia) derivano da una struttura primitiva comune, indifferenziata, che si sviluppa in due parti:

- una interna, detta **midollare** (testicolo, se il codice genetico è XY)
- l'altra esterna, detta **corticale** (ovaia, se il codice genetico è XX)

La **porzione midollare** della gonade primitiva darà luogo a un testicolo se il codice genetico è di tipo XY, iniziando dalla 6ª settimana di gestazione; nel contempo la parte corticale regredisce e poi scompare quasi completamente.

I testicoli, così formati, permangono nella cavità addominale fino al 7° mese di gravidanza, per poi migrare nell'inguine lungo i canali inguinali e poi infine nello scroto.

Tale discesa nello scroto avviene in genere prima della nascita, ma può ritardare fino alla quarta-sesta settimana di vita post-natale.

In taluni casi può ulteriormente essere ritardata fino alla pubertà o comportare un intervento chirurgico correttivo, che deve essere eseguito in caso di protratta mancata discesa, in quanto il permanere dei testicoli nella cavità addominale ne danneggia la produzione degli spermatozoi, a causa della temperatura eccessiva presente all'interno del corpo.

La **porzione corticale** della gonade primitiva darà luogo all'ovaia se il codice genetico è XX; un solo cromosoma X non è sufficiente a indurre lo sviluppo delle ovaie, mentre ciò è possibile in caso di più di due cromosomi X. Tale differenziazione inizia verso la 12ª settimana di gestazione vita, completandosi verso il 6° mese di gestazione.

Al momento della nascita entrambe le ovaie contengono 300.000-400.000 uova, di cui circa 300-400 arriveranno a maturazione nel corso dell'esistenza della donna.

Gli spermatozoi, invece, non sono tutti presenti alla nascita ma vengono continuamente prodotti dai testicoli.

Per quanto riguarda la **differenziazione delle parti costituenti i genitali interni**:

alla 7ª settimana di vita fetale, il feto presenta i dotti primordiali:

- sia **maschili (dotti di Wolff)**, che sono all'origine dei vasi deferenti, delle vescicole seminali e dei dotti eiaculatori)
- sia **femminili (dotti di Müller)**, precursori dell'utero, delle tube di Falloppio e della parte superiore della vagina).

Nel 3° mese di vita fetale:

- nella femmina si ha lo sviluppo dei dotti di Müller e l'atrofia dei dotti di Wolff
- nel maschio si ha lo sviluppo dei dotti di Wolff e l'atrofia dei dotti di Müller

L'evoluzione in senso femminile dei genitali interni appare essere quella di default, in quanto si verifica sia che vi siano le ovaie sia che esse siano assenti; la presenza di un testicolo, invece, induce la differenziazione in senso maschile dei dotti.

Nei casi di **ermafroditismo** in cui vi è un testicolo e un'ovaia, si ha differenziazione dei dotti di Wolff dal lato del testicolo e di quelli di Müller dalla parte dell'ovaia.

I testicoli inducono tale processo mediante due sostanze:

- il testosterone, che è prodotto dalle cellule di Leydig e stimola lo sviluppo dei dotti di Wolff
- il fattore antimülleriano o sostanza inibente i dotti di Müller, che viene secreto dalle cellule del Sertoli e determina appunto l'atrofia di tali dotti.

La mancanza del fattore antimülleriano genera un particolare tipo di ermafroditismo, in cui un soggetto XY, quindi geneticamente maschio, con genitali esterni coerenti col sesso genetico presenta internamente un utero, in quanto i dotti di Müller, non inibiti dal fattore antimülleriano, si sono sviluppati in tale organo.

La **differenziazione dei genitali esterni** inizia dopo 8ª settimana di vita fetale.

Fino ad allora gli abbozzi dei genitali esterni sono identici e possono differenziarsi in ambedue i sensi.

Anche in questo caso lo sviluppo in senso femminile è indipendente dalla presenza delle ovaie e appare di default, mentre la differenziazione in senso maschile è strettamente dipendente dagli androgeni, e più precisamente dal diidrotestosterone, ormone in cui il testosterone circolante viene convertito dall'enzima microsomiale 5 α reduttasi, sotto tale forma l'ormone ha una maggiore affinità con i recettori e quindi ha effetti più potenti.

16. Feromoni

FEROMONI: sono sostanze chimiche secrete in animali ed esseri umani da ghiandole esocrine (cioè atte ad emettere tali sostanze nell'ambiente, all'esterno dell'organismo), **allo scopo di inviare segnali ai conspecifici**, affinché in questi ultimi si generino mutamenti di comportamenti o cambiamenti fisiologici, in generale in base a una programmazione innata.

Essi sono presenti negli invertebrati e soprattutto nei mammiferi, nei quali sono prodotti dalle ghiandole prepuziali, perineali, sudorifere, sottomandibolari e di Harder, oltre che nel fegato.

Vengono liberati all'esterno da sudore, urina, secrezione vaginale, lacrime...

Esistono 2 tipi fondamentali di feromoni:

1. **INNESCANTI (PRIMER)**: a differenza di tutti gli altri, che di solito agiscono inducendo un mutamento immediato del comportamento altrui, questi feromoni durano più a lungo nell'ambiente e hanno effetti più lenti, in genere sui processi di sviluppo o sessuali.
Per esempio, se delle femmine di ratto sono in assenza di un maschio, feromoni urinari da esse prodotti inducono un rallentamento o un blocco del loro ciclo, al contrario, la presenza di un ratto maschio adulto può indurre la pubertà in giovani femmine.
1. **RILASCIANTI (RELEASER)**: inducono rapidamente un comportamento nei conspecifici, ma durano poco nell'ambiente, come nel caso della loro immissione per attrarre il partner per l'accoppiamento anche a una distanza di 2-3 km.

Possono avere vari scopi: - territoriali - epidittici - di allarme - di aggregazione - di segnale - di traccia - sessuali.

La presenza di feromoni nella specie umana è abbastanza discussa.

Il principale effetto feromonale è la cosiddetta **sincronizzazione del ciclo mestruale femminile**:

i prodotti ascellari di donne nella tarda fase follicolare, se posti sulle labbra di altre donne, ne accelerano l'ovulazione, mentre se si fa la stessa cosa con donne in fase ovulatoria ciò rallenta l'ovulazione delle altre. Se gli uomini annusano camicie di donne in fase ovulatoria sviluppano livelli di testosterone più elevati rispetto a quelli che annusano abiti di donne non in fase ovulatoria, sebbene non siano state individuate le sostanze coinvolte.

Sono stati scoperti alcuni possibili feromoni umani:

- Androstadienone: un derivato del testosterone che si trova nelle secrezioni ascellari maschili
- Estratetraenolo: un analogo degli estrogeni
- Androstenolo: nelle donne eterosessuali attiva i circuiti ipotalamici e ha effetti sul proprio umore
- Androsterone: le donne eterosessuali e gli uomini omosessuali tendono a scegliere sedie marcate con esso

Negli animali che risultano sensibili ai feromoni, questi di solito vengono percepiti da un organo olfattivo accessorio, sempre situato nella cavità nasale ma separato dall'epitelio olfattivo: l'**organo vomero-nasale o di Jacobson**, posto appunto vicino all'osso del vomero e alle altre ossa nasali.

Sempre negli animali i neuroni sensoriali di detto organo rilevano segnali chimici non volatili e inviano comunicazioni al bulbo olfattivo accessorio, quindi all'amigdala, al nucleo bed della stria terminale infine all'ipotalamo.

Si è molto discusso se tale organo sia attivo nell'uomo o perlomeno presente.

È senza dubbio rilevabile nel feto, ma poi regredisce e non è funzionale nell'adulto; molto probabilmente gli effetti dei cosiddetti feromoni umani, sempre ammesso che siano davvero presenti, sono mediati dal sistema olfattivo principale.

17. Assesment

ASSESSMENT

Il termine "assessment" fa riferimento ai **primi colloqui condotti dal terapeuta con l'obiettivo di raccogliere tutti i dati e le informazioni necessari per il trattamento.**

È importante indagare non solo **le aree e le abilità carenti** nell'individuo, ma anche i suoi **punti di forza**, in modo da poterli poi sfruttare adeguatamente nelle successive fasi trattamentali.

È preferibile condurre i **colloqui di assessment separatamente**, anche nelle situazioni in cui sia una coppia a richiedere aiuto, in modo che i pazienti si possano sentire liberi di esprimere i loro problemi e i loro dubbi anche nei confronti del partner.

Una **dettagliata analisi della storia** dei pazienti è fondamentale per poter sviluppare una corretta diagnosi e un efficace trattamento e molte persone potrebbero avere delle difficoltà a parlare liberamente dei loro problemi davanti al partner (soprattutto nelle situazioni in cui quest'ultimo viene presentato come fonte del problema).

Per condurre un **assessment completo** (in modo da ottenere tutte le informazioni necessarie per una corretta diagnosi ma anche per impostare il trattamento più adeguato), è necessario indagare 4 ambiti:

1. **COGNITIVO**

L'INTERPRETAZIONE che l'individuo dà ai propri pensieri, alle proprie emozioni e ai comportamenti che ne derivano porta ad altri pensieri, emozioni e comportamenti, creando così un circolo che si autoalimenta. Le interpretazioni derivano sia dagli schemi di sé e dagli schemi interpersonali, sia dal sistema di valori e di credenze che l'individuo ha elaborato negli anni (Dettore, 2003).

Gli aspetti di tipo cognitivo che il terapeuta deve valutare in fase di assessment sono:

- **Identità e Ruolo di Genere**
- **Immagine di Sé e del Partner**
- **Sistemi di Aspettative, Valori e Convinzioni**

Identità e Ruolo di Genere

Occorre indagare se il paziente si sente persistentemente appartenente a uno dei due sessi oppure se si sente ambivalente, e il modo in cui esprime tale appartenenza (conformandosi agli stereotipi maggiormente vigenti oppure no, e in tal caso per quale motivo cerca di allontanarsene).

Immagine di Sé e del Partner

L'immagini di sé deriva dagli schemi cognitivi di sé che portano il soggetto a valutarsi in base alle proprie capacità e al proprio valore in aree diverse; tali schemi derivano da esperienze precedenti di vita, tra le quali di particolare importanza è quella dell'attaccamento.

Questi schemi possono essere sia positivi (derivanti da esperienze positive che hanno fatto percepire noi stessi come validi e capaci) che negativi (derivanti da situazioni che abbiamo avuto la percezione di non riuscire ad affrontare adeguatamente e che quindi abbiamo vissuto come i fallimenti).

Schemi positivi e negativi sono attivi contemporaneamente e a seconda della situazione e dal modo in cui viene percepita, si attivano gli uni o gli altri.

Gli schemi interpersonali (fanno riferimento alle relazioni con gli altri) derivano da esperienze precedenti, che guidano il comportamento in base all'immagine che si ha degli altri.

L'immagine che abbiamo di noi stessi, quindi, è costituita da una serie di schemi, tra cui anche quelli riguardanti la sfera sessuale; il terapeuta dovrebbe indagare se il paziente crede di essere piacevole fisicamente o meno, le abilità interpersonali che ritiene di avere e se è consapevole di tutto quello che può contribuire o meno alla sua eccitazione.

Sistemi di Aspettative, Valori e Convinzioni

È necessario indagare le aspettative, i valori e le convinzioni che il paziente ha riguardo alla sessualità e al suo ruolo di genere perché, molto spesso, per ignoranza o per idee irrazionali (spesso derivanti dalla religione), o a causa di insegnamenti errati e ormai superati, il paziente può sviluppare delle paure e dei timori che possono sfociare in veri e propri disturbi relativi all'area sessuale.

Le IDEE IRRAZIONALI possono portare ad autentici evitamenti cognitivi indotti dall'ansia.

- Nella cultura religiosa occidentale molto spesso la sessualità viene associata al peccato e ciò contribuisce al fatto che molte persone non riescano a vivere con serenità questo aspetto importante della loro vita.

- Spesso prevale l'idea che le zone genitali siano sporche, perché connesse agli organi escretori, e che quindi necessitino di continua igiene e pulizia.

- A ciò si aggiunge la preoccupazione per le malattie sessualmente trasmissibili, preoccupazione che può portare anche a conseguenze negative rilevanti nell'area della sessualità.

Il terapeuta, durante la fase di assessment, dovrebbe riuscire a individuare se sono presenti nel paziente, o all'interno della coppia, **due convinzioni molto pericolose**:

- I. **Connessione tra prestazione sessuale e virilità** (ampiamente diffusa tra gli uomini).
- II. **Spesso il sesso all'interno della coppia possa essere usato come un mezzo per premiare o punire il partner riguardo a comportamenti che esulano dalla sfera sessuale.**

Altre convinzioni da indagare riguardano:

- il *piacere*, poiché nella nostra cultura viene spesso connotato negativamente, come connesso al peccato, oppure conseguenza della perdita di controllo.
- la convinzione (connessa al piacere), che apparentemente può essere letta in termini positivi e che si riferisce a quelle persone, soprattutto maschi, che affermano di riuscire a provare piacere solamente dopo che il partner è riuscito a provarlo; tale convinzione è assai pericolosa perché induce un'elevata ansia da prestazione e perché, se ricambiata anche dalla partner, porta inevitabilmente a un mancato raggiungimento dell'orgasmo, con conseguente insoddisfazione, da parte di entrambi i membri della coppia.

È importante che il terapeuta valuti se il paziente possiede abilità di decision-making e problem-solving, in caso contrario dovrebbe provvedere a insegnargliele, proprio attraverso il processo stesso della terapia, ponendosi come modello da imitare.

2. **COMPORAMENTALE**

Aspetti fondamentali da indagare:

- Il **repertorio sessuale in possesso della coppia**, molto spesso la ripetitività dovuta a un ristretto repertorio può indurre problemi sostanziali all'interno della coppia stessa.
- Le **modalità utilizzate per raggiungere il piacere sessuale** e altri aspetti specifici, come per esempio la capacità di mettere in atto un comportamento seduttivo.
- Le **abilità sociali in senso più ampio**, il saper chiedere un appuntamento, il fare o ricevere complimenti e abilità comunicative (essere in grado di dare feedback adeguati e coerenti).

Tutte queste abilità relative al repertorio comportamentale devono essere adeguatamente indagate dal terapeuta in modo che poi, durante il trattamento, una parte possa essere dedicata all'insegnamento di quelle assenti e parallelamente si possano sfruttare quelle che l'individuo possiede già.

- La **presenza o meno di condotte di evitamento** che il paziente mette in atto per allontanarsi da situazioni sessuali temute.

Tale evitamento potrebbe essere interpretato dal partner come un evitamento nei suoi confronti e portare quindi a un fraintendimento in grado di causare problemi all'interno della coppia.

3. **EMOZIONALE**

Aspetti da indagare:

- **Variabili personologiche**

La teoria di Eysenck (Eysenck e Rachman, 1965), la quale suddivide i soggetti in introversi ed estroversi:

Gli introversi si distinguono per elevati livelli di attivazione fisiologica endogena spontanea, risultando così più facilmente condizionabili e quindi anche *maggiormente predisposti alle nevrosi*.

Gli estroversi sono caratterizzati da una minore attivazione interna e quindi, essendo meno facilmente condizionabili, risultano più predisposti a *turbe comportamentali di tipo delinquenziale o antisociale*.

- **L'intensità delle reazioni di arousal del soggetto**, in quanto, se si presenta a livelli troppo elevati, può interferire con le prestazioni dell'individuo.
- **Le attività o gli stimoli che possono indurre attivazione ansiogena o sessuale nel soggetto**

Può essere utile chiedere esplicitamente al paziente se si sente a disagio oppure se prova sentimenti ed emozioni spiacevoli alla vista o al pensiero di oggetti, aspetti o atti connessi alla sessualità (come per esempio la nudità, la pornografia, l'accarezzare o l'essere accarezzati, il baciare o l'essere baciati, l'omosessualità...).

I problemi nella sfera sessuale possono essere dovuti a stimoli o situazioni che inducono elevata eccitabilità, ma anche a stimoli che non inducono abbastanza, anche nei casi in cui si faccia riferimento a stimoli o situazioni che invece precedentemente inducevano nel soggetto elevati livelli di arousal ma che possono avere perso il loro "potere" per assuefazione oppure perché sono stati associati, quindi condizionati, a degli stimoli negativi per l'individuo.

4. BIOLOGICO

I Disturbi Sessuali, in alcuni casi, potrebbero derivare da problematiche a livello biologico nell'individuo. Tali eventuali problematiche devono essere prese in considerazione fin dall'inizio dell'assessment, in modo da sviluppare una corretta diagnosi e un trattamento adeguato.

Si rivelerebbe non del tutto positiva una terapia esclusivamente psicologica laddove le cause del disturbo fossero di origine organica o biologica.

Le cause di tipo biologico possono essere molteplici: effetti indesiderati di farmaci assunti per curare altre problematiche, problemi ormonali, presenza di condizioni patologiche nel paziente.

Una delle prime domande che il clinico deve porre al paziente riguarda l'**assunzione di farmaci**, in quanto molti farmaci possono causare disturbi sessuali soprattutto legati all'inibizione del desiderio; in questo caso, sarebbe appropriato un confronto tra il clinico e il medico che ha prescritto il farmaco al paziente.

A **livello ormonale**:

- bassi livelli di **testosterone** possono provocare conseguenze importanti sulla sessualità, fino allo sviluppo di veri e propri disturbi sessuali; si parla di un vero e proprio "deficit di testosterone", una sindrome clinica e biochimica che comporta una diminuzione del testosterone o della sua azione.

Per accertare un quadro di deficit di testosterone è necessario che il paziente si sottoponga a un'accurata visita medica (nella quale viene svolta una valutazione generale delle condizioni corporee, dello sviluppo muscolare, dello stato di nutrizione del soggetto, della crescita dei capelli e dei peli sul corpo, e infine, nell'uomo, vengono eseguiti un'ispezione del pene e una palpazione dello scroto per accertarsi del normale sviluppo degli organi genitali).

Per il deficit di testosterone sono presenti vari trattamenti medici, ma il più utilizzato è la terapia sostitutiva di testosterone, che permette un ritorno dei livelli di ormone nella norma.

- un ruolo particolarmente importante viene rivestito anche dall'**estradiolo** (estrogeno), che influisce sul desiderio sessuale femminile e le sue disfunzioni devono sempre essere valutate mediante accertamenti medici.

* Non tutti gli individui con deficienza ormonale presentano Disturbi Sessuali, anzi, sono stati fatti degli studi su uomini castrati, che hanno dimostrato che in loro è comunque presente il desiderio sessuale, quindi non possiamo affermare che la deficienza ormonale sia una causa diretta di Disturbi Sessuali, ma soltanto che in alcune situazioni può esserne alla base.

È necessario non sottovalutare l'eventuale presenza di **patologie** di tipo biologico nel paziente; per esempio, l'inibizione dell'eiaculazione è uno dei primi sintomi della sclerosi multipla.

Per le **Disfunzioni Sessuali** gli strumenti più utilizzati sono:

1. Test SESAMO

Test italiano che si propone l'obiettivo di valutare la presenza e la natura di problemi o disfunzioni relativi all'area sessuale o provocati dal contesto relazionale.

*L'attenzione che viene data al contesto relazionale lo rende uno strumento particolarmente valido.

Lo strumento si differenzia sia per il genere (M e F), per la situazione sentimentale del soggetto (single o in coppia); può essere somministrato già dall'adolescenza e presenta 135 item per i soggetti single e 170 per gli individui in coppia. E' strutturato in tre sezioni: la prima prende in considerazione gli aspetti relativi alla sessualità remota, la seconda fa riferimento all'anamnesi medico-sessuale e la terza fa riferimento alla sessualità recente, sezione nella quale vengono esaminati sia la presenza di eventuali disfunzioni sessuali che aspetti più globali legati alla sessualità.

2. SIS-SES

È un questionario che fa riferimento a un modello teorico secondo il quale le risposte comportamentali sessuali sarebbero dovute a due diversi meccanismi di controllo che coinvolgono rispettivamente il sistema inibitore e quello eccitatorio. Il questionario è stato sviluppato in modo da indagare tre fattori: l'eccitazione sessuale, l'inibizione sessuale dovuta alla paura di una performance scadente l'inibizione sessuale legata alla paura delle conseguenze negative dell'attività sessuale (come per esempio una gravidanza).

3. IIEF-15

Questionario autosomministrato composto da 15 item: i primi 5 e l'ultimo valutano la Disfunzione Erettile, mentre tutti gli altri fanno riferimento al desiderio sessuale, all'orgasmo, alla soddisfazione durante il rapporto sessuale e in generale, solamente nel maschio.

4. FSFI

Questionario composto da 19 item che valuta gli aspetti relativi alla sessualità nella donna.

5. Premature Ejaculation Diagnostic Tool

Inizialmente era formato da 9 item che avevano l'obiettivo di indagare 3 aree ritenute principali nel disturbo dell'eiaculazione precoce, ovvero: eiaculare prima di quanto il soggetto desidera, incapacità a ritardare l'eiaculazione e incapacità a controllarla. In seguito all'analisi psicometrica gli item sono stati diminuiti a 5 (valutati su una scala Likert da 0 a 4).

La valutazione psicologica per la Disforia di Genere viene richiesta principalmente in 2 occasioni:

- negli ADOLESCENTI per permettere la somministrazione di GnRH analoghi per bloccare la pubertà in modo da favorire poi l'intervento chirurgico per la riattribuzione di sesso;
- negli ADULTI, per la perizia per la riattribuzione di sesso.

Per la **Disforia di Genere** gli strumenti più utilizzati sono:

1. Gender Identities Interview

Intervista strutturata composta da 27 item che indaga la presenza o meno della Disforia di Genere.

Uno dei suoi punti di forza risiede nel fatto che può essere utilizzata sia con gli adolescenti sia con gli adulti.

2. RCGIS

E' uno strumento che ha l'obiettivo di indagare retrospettivamente i comportamenti cross-gender, nonché la vicinanza dell'individuo con i genitori durante l'infanzia.

E' stato in scritto in modo da poter essere somministrato sia ai maschi che alle femmine.

3. UGDS

Questionario autosomministrato formato da 12 item su scala Likert a 5 punti.

4. BSRI

Questionario autosomministrato che indaga il grado di interiorizzazione degli standard che sono considerati socialmente desiderabili per i membri del genere di appartenenza.

5. Intervista sull'identità di genere per bambini

Intervista strutturata per i bambini in età prescolare, in grado di rilevare la presenza del desiderio di appartenere al sesso opposto e i sentimenti di ambivalenza nei confronti del proprio sesso.

Per i **Disturbi Parafilici** non sono presenti strumenti validi in grado di valutare tale disturbo.

Uno dei problemi principali nell'assessment di questi disturbi riguarda il fatto che la maggior parte degli individui con parafilia è del tutto egosintonica, il che significa che il disturbo non causa loro malessere; inoltre, spesso non ritengono di aver avuto dei comportamenti inappropriati o addirittura dannosi per le vittime.

18. Trattamento della pictofilia

TRATTAMENTO DELLA COMPULSIVITA' SESSUALE ONLINE

Esistono una varietà di metodi per il trattamento della Dipendenza da Cybersesso, molti dei quali si rifanno a tecniche già esistenti, adattate e applicate a tale disturbo, come:

- 1) training per l'assertività
- 2) tecniche di riduzione dello stress
- 3) prevenzione della ricaduta
- 4) consapevolezza del ciclo di dipendenza
- 5) strategie di coping
- 6) abilità sociali ed esplorazione di problemi psicologici sottostanti.

La **terapia cognitivo-comportamentale** si è rivelata particolarmente efficace nel trattamento delle dipendenze sia chimiche che comportamentali (cibo, sesso, Internet...).

La **psicoterapia di gruppo, di coppia e individuale** rappresentano la combinazione ottimale per il trattamento della Dipendenza da Cybersesso.

Prima di procedere al trattamento è fondamentale:

→ VALUTARE LA DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO

attraverso un colloquio motivazionale e una valutazione della stessa sulla base degli stadi del cambiamento (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento, caduta/ricaduta, uscita definitiva - Prochaska e DiClemente, 1982).

→ VALUTARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL PROBLEMA E DELLE CONSEGUENZE NEGATIVE

La consapevolezza include:

- Il rendersi conto di non potersi impegnare nel cybersesso ancora a lungo;
- La morte delle fantasie sessuali come conseguenza del cybersesso (che fa perdere il contatto con il mondo reale) e l'impatto delle perdite (relazionali, sociali, lavorative) dovute al cybersesso;
- Il senso di perdita e la crisi di identità in assenza del cybersesso (dal momento che l'identità del dipendente da cybersesso si è strutturata attorno a questa attività).

Durante la presa di consapevolezza del problema possono presentarsi razionalizzazioni che interferiscono con questo primo passo.

L'*impotenza* e l'*ingovernabilità* sul comportamento patologico sono due aspetti connessi alla presa di consapevolezza delle conseguenze prodotte dal cybersesso.

Riprendendo il **MODELLO DEL CAMBIAMENTO** elaborato da Watzlawick, Weakland e Fisch (1974), **Carnes (2001)** distingue 2 livelli di trattamento:

CAMBIAMENTI DI 1° ORDINE

AZIONI CONCRETE MIRATE ALLA RIDUZIONE DEL PROBLEMA E DELLE CONSEGUENZE NEGATIVE.

Questi cambiamenti includono **interventi per la gestione delle crisi**, utilizzati per aiutare il paziente a stabilizzare i pensieri ossessivi e i comportamenti compulsivi in modo da attuare un piano di guarigione a lungo termine. I cambiamenti di 1° ordine comprendono:

1. RIDUZIONE DELL'ACCESSO

Implica azioni concrete per ridurre la possibilità di accesso a Internet:

- spostare il computer in una stanza differente della casa, in genere la più frequentata da tutti i componenti della famiglia
- installare software che bloccano l'accesso ad alcuni siti web
- limitare il tempo da passare ogni giorno online
- parlare del problema a una persona degna di fiducia in grado di supportare il paziente.

2. ACCRESCIMENTO DELLA CONSAPEVOLEZZA

Consiste nell'assegnare compiti che aiutino il paziente ad accrescere la sua consapevolezza del problema:

- compiti di automonitoraggio dei comportamenti e delle conseguenze relative alla compulsione
- compiti che portano alla luce le distorsioni cognitive che mantengono il problema

CAMBIAMENTI DI 2° ORDINE

AZIONI MIRATE A PRODURRE EFFETTI A LUNGO TERMINE E RIVOLTE A STRUTTURE COGNITIVE + CENTRALI.

I cambiamenti di 2° ordine comprendono:

1. ATTACCO ALL'ATTRAZIONE ESERCITATA DA INTERNET

L'anonimato, l'accessibilità e la disponibilità di Internet sono ritenuti gli elementi alla base della compulsione da cybersesso (poiché esercitano una forte attrazione sul soggetto), per questo l'intervento terapeutico dovrebbe essere focalizzato su una o tutte queste componenti al fine di ridurre la potenza di questi 3 fattori, che contribuiscono al mantenimento del ciclo della dipendenza.

2. VALUTAZIONE DI ALTRI DISTURBI IN COMORBILITÀ

Risulta importante valutare la presenza di eventuali altre dipendenze, ansia, depressione e comportamenti ossessivo-compulsivi.

3. INCLUSIONE DELLA FAMIGLIA

Il coinvolgimento della famiglia sembra essere un elemento cruciale per il successo del trattamento. Gli obiettivi della terapia familiare o di coppia prevedono la rivelazione appropriata dei comportamenti passati e presenti, il ristabilimento di una comunicazione efficace, la ricostruzione della fiducia all'interno della coppia e della famiglia.

4. RIDUZIONE DELL'ISOLAMENTO SOCIALE

Dato che in alcuni casi le relazioni virtuali arrivano a sostituire quelle reali, isolando il soggetto dalla famiglia e dalla comunità, è necessario intervenire per ripristinare una rete di contatti sociali con altri significativi.

5. GESTIONE DEI PROBLEMI COLLATERALI

Alla base di alcuni comportamenti compulsivi spesso vi sono traumi, perdite irrisolte, sensi di colpa o vergogna.

6. PROMOZIONE DI UNA SESSUALITÀ SANA

È necessario esaminare come il paziente considera la sessualità e, se necessario, avviare un percorso di educazione sex.

Spesso nei dipendenti sessuali si può assistere a fenomeni di **Anoressia Sessuale** (Carnes, 1997), in cui le persone privano sé stesse di ogni contatto fisico con gli altri, sia sano sia patologico.

Ciò può presentarsi anche nei dipendenti da cybersesso che eliminano il comportamento sessuale senza avere sviluppato sane abitudini sessuali.

Il trattamento può includere un periodo di astinenza dal sesso, ma non è questo l'obiettivo.

Le persone dovrebbero imparare la differenza tra una sessualità sana e una malata e cominciare a sostituire le pratiche sessuali insane con quelle sane.

7. ESPLORAZIONE DELLA SPIRITUALITÀ

Prevede l'inclusione della spiritualità come dimensione della sessualità.

Ciò può includere l'analisi di come alcune convinzioni religiose possano avere influenzato la sessualità del paziente.

Delmonico, Griffin e Carnes (2002) hanno riscontrato alcuni **problemi che possono presentarsi nel trattamento della Dipendenza da Cybersesso**:

- Muoversi troppo velocemente o troppo lentamente dai cambiamenti di 1° ordine a quelli di 2° ordine (le aspettative irrealistiche e prive di una solida base costituita dai cambiamenti di 1° ordine aumentano il rischio di ricadute);
- Trascurare interventi farmacologici;
- Incoraggiare attività online prematuramente;
- Assegnare al partner il ruolo di controllore (attribuendogli la responsabilità di controllare e monitorare il comportamento sessualmente compulsivo del partner; ciò mette il partner in una condizione di autorità rafforzando le dinamiche relazionali disfunzionali).

Può essere valutata la possibilità di inserire il paziente in un **gruppo di auto-aiuto** fondato sul programma dei "12 passi" degli alcolisti anonimi o all'interno di **psicoterapie di gruppo**.

Il programma dei "12 passi" riadattato per i comportamenti sessuali compulsivi della Sex Addicts Anonymous (SAA) include alcuni punti fondamentali:

1. Riconoscere di non poter risolvere il proprio problema da soli,
2. Credere che una forza esterna possa aiutarli;
3. Elencare gli sforzi e gli errori descrivendoli a un'altra persona;
4. Riparare al danno causato quando è possibile;
5. Monitorare pensieri e comportamenti in base ad obiettivi crescenti;
6. Impegnarsi nel ricercare assistenza spirituale per far fronte ai problemi;
7. Permettere ad altre persone che hanno bisogno di aiuto di conoscere il programma.

PREVENZIONE DELLA RICADUTA

Nel caso delle dipendenze comportamentali (cibo, acquisti, Internet, sesso) il problema è complicato dall'IMPOSSIBILITÀ DI RICHIEDERE AL PAZIENTE UNA COMPLETA ASTINENZA DALL'ATTIVITÀ CHE CREA DIPENDENZA.

L'obiettivo del trattamento del cybersesso è focalizzato sull'ELIMINAZIONE DEI COMPORTAMENTI INAPPROPRIATI SENZA PROIBIRE IL COMPORTAMENTO SESSUALE O L'USO DI INTERNET, bensì promuovendo un sano comportamento sessuale e un adeguato uso del computer.

I SOGGETTI COMPULSIVI DA CYBERSESSO IN TERAPIA POSSONO INCORRERE IN UNA SERIE DI RICADUTE. I clinici dovrebbero monitorare e insegnare ai loro pazienti strategie per la riduzione dello stress utili nel prevenire la ricaduta nei vecchi schemi di comportamento problematici.

La ricaduta è una parte naturale del processo di cambiamento e un'opportunità per imparare quali situazioni determinano ancora l'insorgenza dei vecchi pattern di comportamento.

19. La dispareunia (definizione, poi se è solo femminile o anche maschile)
20. Se la masturbazione è una cosa positiva o negativa
21. La storia della sessuologia
22. Il vaginismo
23. Assesment del disturbo erettile/esami da fare
24. Qual è l'ormone che se presente in alte quantità nel maschio può produrre disturbo del desiderio?

25. Asexualità
26. Disturbo orgasmico femminile
27. Disturbi non altrimenti specificati e come vengono chiamati nel DSM 5 e fare un esempio
28. Eziologia dell'eiaculazione precoce e trattamento
29. Eiaculazione ritardata: trattamento
30. -Quali sono le cause del disturbo dell'eiaculazione ritardata
31. -Qual è la differenza tra le tecniche stop and start e squeeze e dire quale è più efficace
32. -L'anorgasmia e i suoi trattamenti
33. Eziologia dell'anorgasmia e quale disfunzione maschile può causare anorgasmia nella donna (eiaculazione precoce)
34. Si può fare diagnosi di una disfunzione sessuale se è dovuta solo a fattori relazionali per il DSM? NO
35. -Come risponderesti a chi sostiene che l'omosessualità sia un disturbo?
36. -Anorgasmia femminile
37. -Cosa s'intende per ansia da prestazione?
38. -DOC sessualità
39. -Disturbo egosintonico ed egodistonico
40. -Dismorfismo
41. -Focalizzazione sensoriale
42. Come Propone La Kaplan Di Curare Il Vaginismo?

43. -Stop e start

1. DISTURBO DA AVVERSIONE SEX
2. ANEDONIA
3. IPERSESSUALITÀ
4. CYBERSESSO
5. ASESSUALITÀ

44. Caratteristiche, cause e diagnosi dell'eiaculazione ritardata
45. Ghiandole del BA
46. Eiaculazione retrograda
47. Eziopatogenesi e trattamento dell'eiaculazione precoce
48. Diagnosi dell'eiaculazione precoce
49. Diagnosi ed eziologia della dispareunia
50. Anedonia *****
51. Criteri diagnostici e trattamento del vaginismo e trattamento
52. Bartolinite
53. Perineoplastica
54. Varicocele *****
55. Trattamento anorgasmia femminile
56. Eiaculazione ritardata: differenze tra DSM-IV e V
57. Quando si interviene chirurgicamente sul pene?
58. Disturbo dell'orgasmo: diagnosi e terapie della Kaplan
59. Cosa comporta la prosectomia? (Si può avere erezione? Sì, se non intacca altri nervi)
60. Ontogenesi comportamenti sessuali
61. -Fasi della risposta sessuale: plateau
62. -Perché si chiamano parafilie NAS? Parla di una
63. Esposizione graduata
64. -Priapismo
65. Anorgasmia femminile
66. -Anatomia e fisiologia dell'apparato maschile
67. ANATOMIA E FISILOGIA DELL'APPARATO MASCHILE (meccanismo veno-occlusivo - EREZIONE)
(Fasi dell'eiaculazione)
68. ANATOMIA E FISILOGIA DELL'APPARATO FEMMINILE (soprattutto eccitazione e plateau)
69. Scelga una differenza tra DSM-IV e DSM-5 sulle disfunzioni e la commenti criticamente

DISTURBO DEL DESIDERIO SESSUALE E DELL'ECCITAZIONE SESSUALE FEMMINILE

Masters e Jhonson (1970) abbandonano il vecchio termine di frigidità e definiscono l'incapacità della donna a raggiungere l'orgasmo come DISFUNZIONE ORGASMICA.

Kaplan (1974) distingue:

- Difficoltà nella fase di eccitazione → DISFUNZIONE SESSUALE GENERALE
- Difficoltà nella fase dell'orgasmo → DISFUNZIONE ORGASMICA

Jehu (1979) suddivide la Disfunzione Sessuale Generale in:

- Disfunzione Vaso-Congestiva (Eccitazione)
- Gratificazione sessuale insufficiente (Anedonia Sessuale)

DSM-IV e DSM-IV-TR raccolgono nella diagnosi solo il 1° aspetto indicato da Jehu, cioè l'incapacità di raggiungere o di mantenere