

La diagnosi dei disturbi dell'orgasmo: il ruolo del ginecologo

R. TODELLA¹, J. BALDARO VERDE²

RIASSUNTO: La diagnosi dei disturbi dell'orgasmo: il ruolo del ginecologo.

R. TODELLA, J. BALDARO VERDE

L'orgasmo ha importanti significati personali e relazionali. La disfunzione orgasmica può essere primaria o secondaria, assoluta o relativa alla relazione con uno o con qualunque partner, e/o relativa ad una o a tutte le modalità di stimolazione e attività sessuale. La diagnosi dovrebbe indagare i fattori che possono concorrere al disturbo orgasmico come fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. Tra i fattori biologici vanno indagati: farmaci antidepressivi, ipotono o ipertono del pavimento pelvico, incontinenza da urgenza, esiti inadeguati o dolorosi dell'episiotomia, inadeguata impregnazione estrogenica e androgenica genitale. Tra i fattori psicosessuali sono importanti la comorbidità con disturbi del desiderio e/o dell'eccitazione, la depressione, la qualità della confidenza erotica che la donna ha con il proprio corpo e la propria sensualità, pregressi abusi sessuali. Fattori relazionali includono la qualità della relazione di coppia ed eventuali problemi sessuali maschili, quali l'eiaculazione precoce o il deficit di erezione. Il lavoro presenta l'iter diagnostico anamnestico e obiettivo che il ginecologo può utilizzare per definire la diagnosi e orientare in modo personalizzato l'approccio terapeutico.

SUMMARY: The diagnosis of orgasmic disorder: the role of gynecologist.

R. TODELLA, J. BALDARO VERDE

Orgasm has important individual and relational meanings. The orgasmic disorder can be either lifelong or acquired, generalized or situational, limited to one or every partner and/or with one or all types of sexual expressions. The diagnosis should evaluate predisposing, precipitating and maintaining factors that concur to the orgasmic disorders. Biological factors include: antidepressants, hypotonic or hypertonic conditions of the pelvic floor, urge incontinence, inadequate outcome of episiotomy or perineal surgery, vulvar dystrophy and inadequate androgen and estrogens tissue level. Psychosexual factors include comorbidity with desire and arousal disorders, depression, quality of erotic self-confidence the women feels, previous sexual abuses. Relational factors include the quality of couple relationship, and/or male sexual problems, such as premature ejaculation or erectile deficits. The paper analyzes the clinical approach – history and physical examination – the gynecologist can use in his/her practice to define the diagnosis of orgasmic disorder and to tailor treatment accordingly.

KEY WORDS: Disturbi dell'orgasmo - Cause biologiche - Cause psicosessuali - Cause relazionali - Pavimento pelvico - Fattori iatrogeni - Ginecologo.
Orgasmic disorders - Biological etiology - Psychosexual etiology - Couple factors - Pelvic floor - Iatrogenic factors - Gynecologist.

Introduzione

Il problema dell'orgasmo femminile emerge da pochi decenni, quando alla donna è stato consentito di rivendicare il piacere sessuale senza colpa e vergogna. Da quel momento la sua mancanza può rappresentare sia una "ferita" sull'identità sessuale, un sentirsi meno donna, sia una penalizzazione per il partner

con il rischio di deterioramento della relazione. Per molte donne, quindi, una carenza da colmare ad ogni costo. In passato l'orgasmo e le difficoltà ad esso correlate sono state lette prevalentemente in chiave psicologica, frutto delle teorie psicodinamiche da una parte e della scarsa conoscenza dei meccanismi biologici della sessualità femminile dall'altra. Solo recentemente la ricerca medica si è indirizzata ad approfondire la fisiologia della sessualità femminile non legata esclusivamente alla funzione riproduttiva (Mah K., 2005). La disfunzione orgasmica è tra i motivi più frequenti di richiesta sessuale ma nella maggior parte dei casi cela od accompagna una problematica

¹Ginecologo, psicoterapeuta in sessuologia, Vice-presidente C.I.R.S., Genova (Centro Interdisciplinare per la Ricerca in Sessuologia)

²Medico psicoterapeuta, Presidente C.I.R.S., Genova

sessuale più ampia, specialmente una carente risposta eccitatoria e/o una mancanza di desiderio. La recente classificazione dei disturbi sessuali femminili (Basson et al., 2003) infatti considera come disfunzione orgasmica solo i casi in cui sia presente un alto livello di eccitazione sessuale soggettiva.

Al riflesso orgasmico possiamo attribuire diversi significati individuali e relazionali, così riassumibili:

- 1 - significato individuale, inteso come evento che riequilibra le funzioni neurovegetative, neuromodulatoria e neuromediata attraverso la scarica della tensione eccitatoria (Liggio F., 1998);
- 2 - relazionale, come indice di benessere e qualità del rapporto di coppia e come dono-rassicurazione al partner di cui viene confermata la seduttività, la capacità di evocare il desiderio e di soddisfarlo. Quest'ultimo significato relazionale offre al maschio uno specchio che gli riflette un'identità positiva e allo stesso tempo completa l'essere donna non solo legato alla maternità.

Nessuna componente della sessualità umana (biologica, psicologica e culturale) può essere trascurata nell'affrontare una problematica sessuale (Todella R., 2002), potendo ciascuna rappresentare, da sola o in sinergia con le altre due, l'elemento determinante la comparsa o il mantenimento della disfunzione stessa. Il ginecologo dovrà quindi tenere conto della complessità dei significati dell'orgasmo femminile e della multifattorialità delle cause che possono impedirne il raggiungimento. Valga ad esempio, rispetto all'influenza culturale, la buona capacità orgasmica di molte donne infibulate (Catania, L. 2004), le quali, nonostante la grave mutilazione fisica fino all'escissione di parte del clitoride, riescono ugualmente a raggiungere il piacere orgasmico grazie al significato culturale positivo attribuito alla loro mutilazione e al piacere coniugale. Sempre a riguardo dell'influenza culturale, la richiesta terapeutica sessuologica potrà derivare anche dall'esigenza di una "normalità" e da aspettative indotte dai modelli dei media. Il ginecologo quindi nell'affrontare una disfunzione sessuale dovrà ricercare i possibili fattori organici, indagare la sessualità individuale e quella relazionale e valutare il significato culturale cognitivo che la donna attribuisce al problema.

A - La definizione del sintomo

Un problema relativo alla sessualità può emergere durante una visita ginecologica come richiesta diretta della paziente, raramente come unico motivo di consultazione, più spesso invece durante un controllo periodico o per altri disturbi ginecologici. In altri casi la problematica emerge per iniziativa del medico che indaga direttamente la sessualità della paziente (anche se ciò avviene ancora troppo raramente), ad esempio visitando una donna in menopausa o che presenta

disturbi uro-genitali ricorrenti. In ogni caso il passo successivo sarà quello della definizione del sintomo presentato: *cosa intende la paziente e a quali situazioni si riferisce quando dice di non raggiungere l'orgasmo?* Una serie di domande ci aiuterà a scoprirlo.

- *Da quanto tempo è presente questa difficoltà?* Questo fondamentale che consente una prima grande distinzione: l'anorgasmia primaria da quella secondaria. Nel primo caso significa che il problema è presente da sempre, ha caratterizzato tutte le esperienze sessuali precedenti, sempre che ve ne siano state, per cui la seconda domanda, che conferma la prima, sarà:

- *Le capitava anche con i partner precedenti?* Se la risposta è sì, l'anorgasmia è certamente primaria e quindi non condizionata unicamente dalla relazione attuale o dal partner. In questo caso andranno maggiormente approfonditi la sessualità della donna e le sue esperienze. Se la risposta alla prima domanda indicherà invece un preciso momento di comparsa del sintomo dopo aver goduto di una soddisfacente vita sessuale, andranno ricercate le possibili cause e i fattori scatenanti, sia organici (ormonali, genitali, iatrogeni, ecc.) sia psicologici individuali (stati depressivi, eventi luttuosi reali o simbolici) o relazionali (conflitti di coppia, cambio del partner, disturbi sessuali del partner come eiaculazione rapida o deficit erettivi, ecc.).

Prima però di procedere con gli approfondimenti sulla sessualità individuale e/o relazionale, sarà opportuno porre ancora due domande, utili a definire meglio la risposta orgasmica e il sintomo presentato:

- *Ha difficoltà a raggiungere l'orgasmo con il partner durante la penetrazione e anche con la stimolazione esterna, clitoridea, manuale od orale?* Se la risposta è affermativa, l'anorgasmia è totale. Sarà utile chiedere se la stimolazione esterna (zona erogena genitale) viene comunque praticata dal partner. Tale modalità infatti non sempre è utilizzata o è stata abbandonata in quanto ritenuta di tipo autoerotico "masturbatorio" e non accettata dalla coppia, convinta di dover completare il rapporto fino all'orgasmo solo con la penetrazione. E inoltre:

- *Pratica o ha praticato in passato un'attività autoerotica con la quale raggiunge l'orgasmo?* La possibilità di molte donne a raggiungere l'orgasmo solo attraverso la stimolazione esterna clitoridea, autoindotta o praticata dal partner, è importante non tanto per una tradizionale distinzione tra orgasmo clitorideo o vaginale, ma per comprendere meglio la dinamica del problema. Ricordiamo a questo proposito che l'elevata sensibilità della vulva, in particolare del clitoride, dell'area periuretrale e dell'ingresso vaginale, fa sì che una stimolazione adeguata, specialmente autoerotica, porti facilmente

alla scarica orgasmica, esperienza da molte donne acquisita già in età infantile o adolescenziale. Per contro la scarsa sensibilità superficiale delle pareti vaginali fa sì che l'eccitazione e il piacere possano essere evocati solo da un'efficace pressione esercitata sulle pareti vaginali stesse. L'orgasmo vaginale richiede quindi positive esperienze coitali dove la penetrazione sia stata vissuta e accettata sia a livello psico-affettivo che corporeo. L'assenza di rigidità muscolare accompagnata da una adeguata "fluidità" corporea (Desjardins J.Y., 1996) sono requisiti importanti per percepire il piacere e l'eccitazione vaginale e consentire il successivo innesco del riflesso orgasmico. Nel caso quindi si evidenzino un'anorgasmia coitale vaginale andrà valutata la dinamica e il vissuto della donna rispetto alla penetrazione e il ruolo del partner durante la stessa. A tale fine possono essere utili le seguenti domande:

- *Che importanza ha la penetrazione nel rapporto sessuale?* (valore, significato e vissuto che le viene attribuito).
- *Prova piacere durante la penetrazione?* (capacità di riconoscere le sensazioni vaginali profonde e di percezione positiva del piacere).
- *Il piacere e l'eccitazione crescono con il proseguire della penetrazione?* (efficacia dello stimolo, sufficiente "fluidità" corporea, eventuale presenza di tensioni muscolari, di ansia o di pensieri disturbanti).
- *Se la penetrazione durasse di più ritiene che arriverebbe più facilmente all'orgasmo?* (ruolo del partner, adeguatezza del controllo eiaculatorio).
- *Si sente tesa, contratta o prova qualche fastidio o dolore durante la penetrazione?* (presenza di tensioni muscolari, sia generalizzate che genitali).
- *È mai capitato di non riuscire ad essere penetrata, come fosse chiusa?* (tensione muscolare del pavimento pelvico fino alla rigidità, vaginismo).

La tappa successiva per la definizione del sintomo dovrà riguardare gli altri aspetti della risposta sessuale e in primo luogo l'eccitazione e il desiderio, oltre a ricercare un'eventuale fobia sessuale. Di fatto la maggior parte delle donne che riferiscono un disturbo dell'orgasmo presentano una carente risposta eccitatoria (Heiman J., 2004), talvolta associata anche ad una carenza o mancanza di desiderio, delle quali è conseguenza la difficoltà orgasmica.

Rispetto all'eccitazione si dovrà per prima cosa indagare la capacità della donna a riconoscere la propria eccitazione genitale, oltre che mentale (Bartlik B., 2004) intesa come congestione e lubrificazione, presupposto fondamentale al raggiungimento della scarica orgasmica. Domande utili:

- *Cosa intende per eccitazione sessuale?*
- *Come potrebbe descriverla, come la sente nel corpo?*
Poiché l'orgasmo è un riflesso che si attiva per ef-

fetto di stimoli eccitatori di intensità crescente che provengono dalla periferia (l'intero corpo e la zona genitale in particolare) e dal centro (stimoli visivi, uditivi, olfattivi, immaginario erotico) sarà opportuno valutare la qualità e l'efficacia degli stessi. Domande utili:

- *Come si svolge di solito il rapporto sessuale?*
- *Ciò che accade, dai preliminari alla penetrazione, è efficace per eccitarla e per far crescere l'eccitazione?*
- *Quali stimoli riconosce più efficaci a far crescere l'eccitazione?*
- *Cosa sarebbe utile che accadesse per aumentare il suo coinvolgimento e la sua eccitazione?*

Anche la valutazione del desiderio rivela in molti casi una problematicità. L'assenza di desiderio relativa ad un determinato partner può ad esempio essere espressione di conflittualità di coppia o di relazioni collusive dove l'eroticità non trova spazio. La totale mancanza di desiderio sessuale (per qualunque partner, inclusa l'attività masturbatoria) può esprimere disfunzioni ormonali (carenza androgenica), un vissuto negativo rispetto alla sessualità (profondi sentimenti di colpa e vergogna, eventi traumatizzanti del passato, ecc.), una omosessualità negata.

La disfunzione orgasmica a questo punto potrà definirsi come primaria o secondaria, assoluta o relativa alla sessualità relazionale con uno o con qualunque partner, e ancora relativa ad una o a tutte le modalità di stimolazione e attività sessuale. Questa prima definizione del sintomo presentato dalla paziente orienterà i successivi approfondimenti diagnostici e la strategia terapeutica.

B - Valutazione clinica

Dopo la valutazione del sintomo presentato e delle altre componenti della funzione sessuale, l'anamnesi e la visita ginecologica completeranno la ricerca di fattori organici correlati con il riflesso orgasmico, quali possibili cause o fattori favorenti il disturbo. Andranno indagate quindi:

- *Le condizioni del pavimento pelvico.* Due situazioni rendono difficile o impossibile l'orgasmo: l'ipertonica e l'ipotonia della muscolatura che circonda l'ingresso vaginale. L'ipertonica può rendere la penetrazione fastidiosa, difficoltosa e dolorosa fino a renderla impossibile. In questi casi il problema orgasmico si associa a dispareunia e/o vaginismo, condizioni di cui andranno ricercate le possibili cause organiche (dispareunia e vaginismo secondari a vaginiti croniche, vestiboliti, ecc.) o psicosessuali (vaginismo primario). L'ipertonico non ostacola necessariamente l'orgasmo ottenuto con la stimolazione clitoridea, anche se l'aspettativa negativa e il dolore che accompagnano il rapporto sessuale lo rende più improbabile. L'ipertonico inoltre può favorire la comparsa di cistiti nelle 24 ore che

seguono il rapporto sessuale (cistiti post coitali), che rappresentano spesso un motivo di consultazione ginecologica. L'ipotonia riduce più o meno drasticamente lo stimolo eccitatorio della penetrazione a cui consegue la difficoltà orgasmica. Si tratta solitamente di donne che hanno avuto parti distocici (Graziottin A., 2005).

L'incontinenza urinaria, in particolare quella da sforzo, spesso associata a ipotonia muscolare, può inibire il riflesso orgasmico anche per il disagio di percepirsi "bagnata" non per l'eccitazione ma di urina e per il timore che le contrazioni orgasmiche accentuino la perdita. Riassumendo alcune domande chiave, da associare alla valutazione oggettiva della tonicità del pavimento pelvico, sono:

- *Sente fastidio o dolore durante il rapporto sessuale e in particolare al momento della penetrazione?*
- *La penetrazione avviene con difficoltà o talvolta è impossibile, come se fosse chiusa o ci fosse un ostacolo?*
- *Nelle ore o nella giornata successiva al rapporto sessuale sente fastidio/dolore a livello genitale o ha disturbi urinari tipo cistite?*
- *Prova scarso o nessun piacere durante la penetrazione, come se non "sentisse" che sta avvenendo?*

Andrà inoltre ricercata una eventuale inadeguata ricostruzione della muscolatura vaginale in corso di episiotomia che può danneggiare la contrattilità del m. elevatore dell'ano che si attiva nella risposta orgasmica.

La visita ginecologica potrà inoltre evidenziare eventuali *disturbi flogistici* o *trofici* dei genitali esterni. In particolare nella donna in menopausa una minore responsività del clitoride, conseguenza della sua involuzione, può essere responsabile della difficoltà orgasmica.

Andrà poi ricercato l'utilizzo di *farmaci* che agiscono sul tono dell'umore (Frohlich P., 2005), in particolare i serotoninergici come la paroxetina, la fluoxetina, il citalopram e la sertralina, in quanto determinano una più o meno significativa inibizione del riflesso orgasmico, dal semplice ritardo alla totale impossibilità a raggiungerlo (Graziottin A., 2002). Spesso il medico che ha prescritto tali farmaci dimentica di informare la paziente di questo effetto collaterale, (che è dose dipendente e reversibile alla sospensione), o si limita a segnalare solo l'eventuale inibizione sul desiderio sessuale.

Andrà valutato anche l'*equilibrio ormonale* che rappresenta un'importante premessa alla capacità biologica di raggiungere l'orgasmo. La carenza estrogenica (menopausa, amenorree protratte, ecc.) ostacola la risposta eccitatoria e quindi anche il suo acme. La carenza androgenica (specialmente in donne ovariectomizzate) può contribuire negativamente inibendo il desiderio. Un eccesso di prolattina riduce il desiderio e la risposta eccitatoria.

Andranno valutate con attenzione le eventuali *malattie cardiocircolatorie e dismetaboliche* (Munivappa R. 2005) e i relativi *fattori di rischio* (fumo, ipertensione, dislipidemia, sedentarietà, sovrappeso, iperglicemia). Il danno vascolare che ne consegue, analogamente a quanto avviene per l'erezione del maschio, riduce e rallenta la vasocongestione e la lubrificazione, con conseguente possibilità di dolore e ostacolo al riflesso orgasmico.

Sul versante *neurologico* va ricordata la possibilità che malattie come la sclerosi multipla o lesioni traumatiche del midollo possano ledere le vie nervose deputate al riflesso orgasmico.

C - La valutazione cognitiva

L'indagine delle componenti cognitive della sessualità ci consentirà di evidenziare ciò che la donna pensa e crede "normale" rispetto ai rapporti e quindi anche eventuali falsi miti (es. orgasmo simultaneo, molteplicità degli orgasmi, ecc.) o particolari aspettative o norme e divieti che limitano l'attività sessuale o causano vissuti di colpa e vergogna. Va accertato inoltre se sia presente il desiderio di uniformarsi a modalità sessuali proposte dai media o ritenute ottimali. Domande utili a tale proposito possono essere:

- *Cosa intende per rapporto sessuale soddisfacente?*
- *Che significato ha per lei questo problema?*
- *Come si sentirebbe se lo avesse risolto?*

D - Valutazione relazionale

Oltre alle informazioni già raccolte sulla qualità e l'efficacia degli stimoli eccitatori e dell'interazione sessuale nella coppia (che possono rivelare inadeguate stimolazioni o scarsa complicità erotica) sarà utile comprendere anche l'atteggiamento del partner rispetto al problema.

- *Cosa pensa il suo partner del problema?*
- *È interessato ad affrontarlo e risolverlo?*
- *È soddisfatto della vostra vita sessuale?*
- *Presenta a sua volta qualche difficoltà sessuale?*

Sono domande che definiscono la dinamica relazionale e gli eventuali conflitti e le convinzioni (spesso presunte o distorte) di ciò che la donna ritiene che il partner si aspetti o desideri. Rivelano inoltre come talvolta la scelta del partner sia stata condizionata da bisogni affettivi inappagati (Baldaro Verde J., 1992) e di conseguenza come il bisogno di sicurezza abbia reso difficile fin dall'inizio investire eroticamente il partner (Eagle M., 2005).

E - La lettura corporea

L'attenzione alle espressioni corporee della paziente può fornire ulteriori utili indizi rispetto al problema sessuale (Desjardins J.Y., 1996). La "lettura corporea" può sommariamente rispondere ad alcune domande che il medico pone a se stesso: *come vive*

questa donna la propria femminilità? Come “abita” il suo corpo? Si può dedurre dall’atteggiamento, l’andatura, la postura, l’abbigliamento, l’uso di accessori, la cosmesi, ecc., che rimandano ad un vissuto positivo della propria femminilità/seduttività o al contrario ad un disagio che tende a nascondersela. Sempre la lettura corporea può rivelare tensioni muscolari e rigidità (confermate ad esempio dal riscontro anamnestico di “dolori” quali cervicalgie, lombalgie, ecc.). La lettura corporea assume particolare importanza nelle anorgasmie primarie dove può confermare la complessità del problema (identità sessuale poco strutturata) ed orientare verso una terapia psicose-suologica più articolata. Dall’osservazione della paziente anche la *componente ansiosa* potrà manifestare la sua intensità e importanza: dallo sguardo alla mimica alla postura la donna può rivelare l’ansia che accompagna il problema. L’ansia, attraverso l’ipertono adrenergico che la esprime, è in grado di inibire fortemente la vasocongestione eccitatoria e quindi il riflesso orgasmico. Alcune domande che la evidenziano sono:

- *Si sente tesa, ansiosa nei momenti di intimità sessuale?*

- *Durante il rapporto ha dei pensieri fissi, ricorrenti riguardo il suo problema o sull’esito insoddisfacente del rapporto stesso o sul giudizio del partner?*

Questo consentirà di approfondire anche l’esistenza di un’eventuale ansia da prestazione e/o componenti ossessive che possono ridurre la capacità di vivere un’esperienza sessuale soddisfacente.

Conclusioni

Il percorso diagnostico proposto consente al ginecologo di inquadrare la disfunzione orgasmica, individuare i diversi fattori che la determinano e di intervenire su quelli che è in grado di correggere. Per la donna significa una migliore comprensione del suo problema, chiarire meglio i suoi vissuti e le sue aspettative sessuali, opportunità queste (restituzione del sintomo decodificato) che hanno già in molti casi una buona valenza terapeutica. Nei casi più complessi, il ginecologo potrà indirizzare la paziente ad un ulteriore approfondimento psico-sessuologico e ad un percorso terapeutico adeguato.

Bibliografia

1. BALDARO VERDE J.: *Illusioni d’amore: le motivazioni inconsce nella scelta del partner*. Raffaello Cortina Milano, 1992.
2. BARTLIK B., GOLDBERG J.: *Il disturbo dell’eccitazione sessuale femminile. Principi e pratica di terapia sessuale*. In: CIC Edizioni Internazionali, Roma pag. 128-159, 2004.
3. CATANIA L., BALDARO VERDE J., SIRIGATTI S., CA-SALE S.: *Indagine preliminare sulla sessualità in un gruppo di donne con Mutilazione dei Genitali Femminili in assenza di complicanze a distanza*. In: *Rivista di Sessuologia*. CIC Edizioni Internazionali. Vol. 28-1:26-34, 2004.
4. DESJARDINS J.Y.: *Approche integrative et sexocorporelle*. *Sexologies* 5-21: 43-48, 1996.
5. EAGLE M.: *Attaccamento e sessualità*. In: *Psicoterapia e Scienze Umane*. 39-2: 151-164, 2005.
6. FROHLICH P., MESTON C.M.: *Fluoxetine-induced changes in tactile sensation and sexual functioning among clinically depressed women*. *J Sex Marital Ther.* 31(2):113-28, 2005.
7. GRAZIOTTIN A.: *Il dolore segreto*, Mondadori Milano, 2005.
8. GRAZIOTTIN A., MARASCHIELLO T.: *Farmaci e sessualità*. Airon Edizioni Milano, 2002.
9. HEIMAN J.: *I disturbi dell’orgasmo femminile*. In: Graziottin A. (a cura di) *Principi e pratica di terapia sessuale*. CIC Edizioni Internazionali, Roma pag. 160-193, 2004.
10. LIGGIO F.: *Funzione primaria e funzioni secondarie dell’erotismo e della reazione orgasmica nella specie umana*. In: *Rivista di Sessuologia*, vol 22 N 1: 61-73, 1998.
11. MAH K., BINIK Y.M.: *Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction*. *J Sex Marital Ther.* May-Jun 31: 187-200, 2005.
12. MUNIVAPPA R., NORTON M., DUNN M.E., BANERJI M.A.: *Diabetes and female sexual dysfunction: moving beyond “benign neglect”*. *Curr Diab Rep.* Jun;5:230-6, 2005.
13. TODELLA R.: *Le terapie integrate*. In: Baldaro Verde J., Genazzani A.R. (a cura di) *Identità sessuale: percorsi a confronto*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2002.