

Dott.ssa Maria Zampiron
Consulente e Psicossesuologa Clinica
Cell. 3473535633
Email: dottmzampiron@hotmail.com
Sito: www.drssa@mariazampiron.it

CAREGIVER E SESSUALITA' NELLA MALATTIA DI PARKINSON



La sessualità e il bisogno di APPARTENENZA nella coppia



In fondo, nella vita, la cosa più importante è non lasciarsi mai la mano... nonostante la paura, le avversità e le sofferenze.

- L'appartenenza è un **sentimento inteso come il senso di inclusione, la percezione del nostro valore in un determinato contesto**: l'espressione della sessualità.
- Ci sentiamo appartenenti quando percepiamo di essere accettati, quando ci sentiamo connessi con gli altri, quando accettiamo l'altro nelle difficoltà e l'altro accetta le nostre difficoltà, quando accettiamo e condividiamo.
- Per sentirci più appartenenti nella sessualità è importante aumentare il senso di **coinvolgimento**: se non partecipiamo attivamente e non interagiamo con il contesto è difficile sperimentare il senso di appartenenza perché ci sentiamo SOLI.
- Il sesso diventa un termometro della relazione che si ha con sé stessi e con l'altro.

Sia che tu abbia il Parkinson o che curi qualcuno che ne è affetto, questo può influenzare la tua sessualità sia fisicamente che emotivamente.

CAREGIVER : LA QUALITÀ DELLA TUA VITA SESSUALE !

IL TUO SPICCHIO :
esprimi i tuoi desideri
per te stesso.

FREQUENZA E DURATA DEI RAPPORTI: valuta il tuo
grado di piacere con il tuo corpo. Sei soddisfatto?

SPONTANEITÀ: sei libero da pensieri,
fardelli , provi sensi di colpa ?

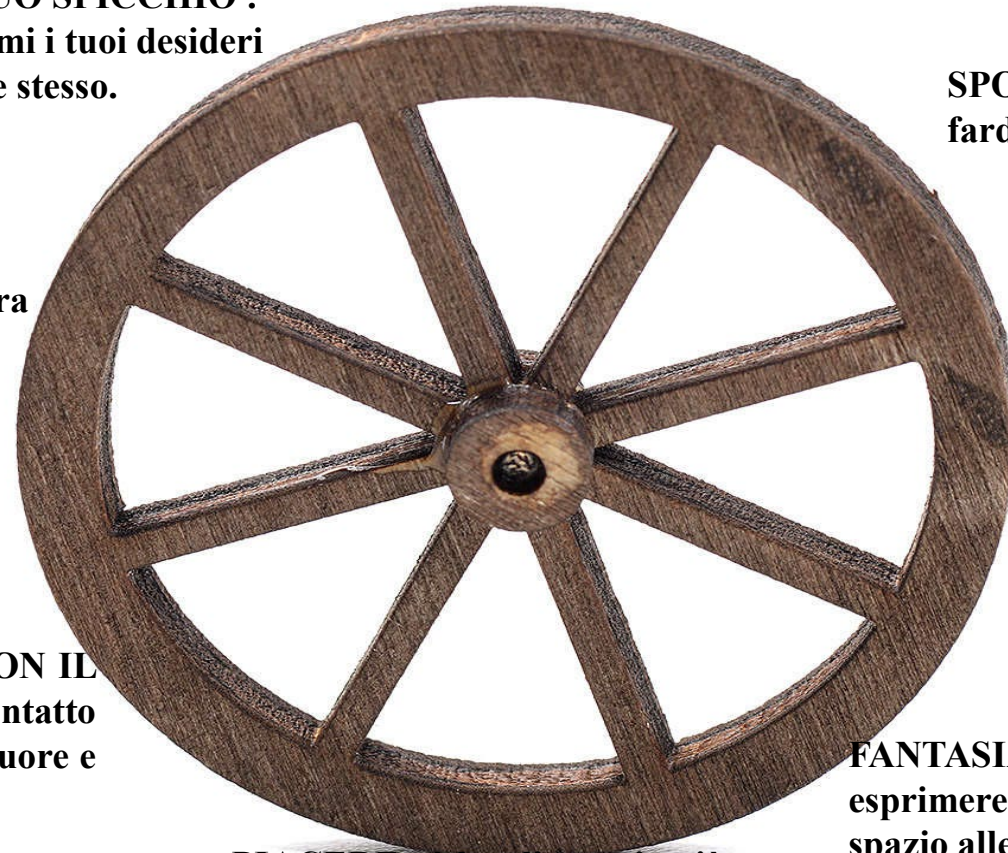
SACRALITÀ: unione tra
te e il tuo partner?

**INTIMITÀ
E CONNESSIONE CON IL
PARTNER:** vi è contatto
tra te e il partner ? Cuore e
corpo?

VARIETÀ: è sempre la
stessa cosa o è ricca di
ingredienti?

PIACERE: è localizzato in più
parti del corpo o solo in alcune)
sono esperienze intense ?

FANTASIA; cambia il modo di
esprimere il piacere ? Dai
spazio alle tue fantasie e le
condividi con il partner?



LA GENITALITA' : il sesso o bisogno fisiologico

Le alterazioni del ciclo della risposta sessuale

La capacità fisica di fare sesso è influenzata dal sistema nervoso. Quindi, è più comune per le persone con malattie neurologiche, come il Parkinson, avere problemi con la sessualità.

Tutte le disfunzioni sessuali possono essere classificate come:

➔ primarie, dovute a una lesione diretta delle strutture anatomiche coinvolte nella sessualità (sistema nervoso centrale e periferico);

➔ secondarie, dovute a modificazioni fisiche conseguenti alla malattia (atrofia muscolare, alterazioni del tono muscolare, stanchezza cronica);

➔ terziarie, dovute a modificazioni psicosociali del paziente (bassa autostima, depressione, relazioni discordanti) (Nasimbera, et al., 2018).

➔ la malattia unitamente ai trattamenti, ai farmaci e alle patologie concomitanti, come anche ai fattori psicosociali (come il background familiare, religioso e culturale, cambiamenti di ruolo e difficoltà di relazione) e individuali (come depressione, ansia, autostima, invecchiamento, stanchezza o problemi di concentrazione) influenza direttamente e indirettamente la sessualità e il funzionamento sessuale comportando cambiamenti della vita sessuale nelle persone e nella relazione con il partner.

(Buhmann et al. 2017; Basson et al., 2010).

Il ciclo di risposta sessuale: il desiderio

➔ **DESIDERIO** : è caratterizzato da fantasie sessuali e dalla motivazione di praticare attività sessuale. Il desiderio contiene le motivazioni, i comportamenti e il modo di essere della persona. Il desiderio è orientato al piacere del corpo e della mente (psichico che riguarda le convinzioni, corporeo che coinvolge il soddisfacimento di tutto il corpo). (Carderi et al. 2013)

➔ Il desiderio sessuale ha origine nel cervello ed è un bisogno che si attiva in modo naturale. Gli uomini e le donne hanno una stimolazione sensoriale differente; generalmente i maschi si attiveranno visivamente, le femmine con stimolazione cutanea e verbale, come carezze, baci e parole sensuali. Gli ormoni ne influenzano l'attivazione, in particolare sono gli androgeni quelli maggiormente coinvolti nel processo di attivazione del desiderio, ormoni maschili ma presenti anche nelle donne.

➔ Il piacere femminile dunque segue strade diverse da quello maschile, con tempi differenti. La sua attivazione avviene seguendo percorsi sensoriali ed emozionali, corpo e spirito si devono attivare per favorirne l'incontro e la distensione emotiva.

Il desiderio sessuale ha la stessa intensità sia nella donna che nell'uomo, è uguale per entrambi.

Si manifesta in modo differente. Il maschio con segnali più espliciti, la donna attraverso segnali visivi meno evidenti. Ecco perché è importante la conoscenza del proprio corpo e le sensazioni che ha bisogno di ricevere, affinché possa attivarsi la risonanza eccitatoria adeguata.

Alterazione della risposta sessuale: il desiderio


➔ I DISTURBI DEL DESIDERIO IPOATTIVO MASCHILE e FEMMINILE O RITIRO DELLA LIBIDO: si manifestano con l'assenza o una significativa riduzione di interesse per l'attività sessuale, con assenza o povertà di pensieri o fantasie sessuali ed erotiche, che interferiscono nelle iniziative di attività sessuale o di risposta ai tentativi da parte del partner. (DSM V)

Ciò influenza l'attivazione degli ormoni e la produzione di neurotrasmettitori cerebrali come la serotonina e la dopamina.

➔ Il desiderio ipoattivo influenza negativamente la fase successiva dell'eccitazione sessuale.

➔ Nella malattia di parkinson il soggetto si può sentire meno attraente o desiderabile per i problemi di movimento, di stanchezza o per stati depressivi, la paura dell'incontinenza durante l'attività sessuale può avere un impatto negativo sull'autostima oltre che sulle relazioni sociali, alcuni farmaci per la depressione possono causare una riduzione del desiderio sessuale.

➔ Il desiderio sessuale può influenzare anche il partner: scoprire che il partner è in una condizione che cambia la vita può modificare la visione del rapporto fisico.



L'aumento della libido, l'ipersessualità e comportamento sessuale alterato possono essere associati all'assunzione di farmaci dopamino-agonisti indicati per il trattamento della malattia di Parkinson.

L'ipersessualità e l'aumento della libido sono stati riportati anche occasionalmente in pazienti trattati con Levandola. (Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)).

L'aumento della libido rientra nella categoria della sindrome da mancato controllo degli impulsi, che comprende vari comportamenti aberranti, per esempio il gioco d'azzardo patologico, la compulsione a spendere ed altre compulsioni, alcune con pesanti ripercussioni sociali, altre meno devastanti, come ad esempio stare alzati di notte a lavorare al computer.

A volte l'ipersessualità assume caratteristiche anche patologiche. Sono state descritte in persone anziane degli episodi di masturbazione prolungata, esibizionismo, pederastia o un atteggiamento di ricerca di tipo pedofilico o comunque di ricerca di prestazioni di attività sessuali con persone particolarmente giovani (Barbosa et al 2018; Nakum and Cavanna 2016; Moore et al. 2014).

Il comportamento sessuale compulsivo è comunemente associato all'umore depresso (Verholleman et al 2020).

Il ciclo di risposta sessuale: l'eccitazione

La fase di **eccitazione** consiste in un soggettivo senso di piacere sessuale e in una serie di cambiamenti fisiologici:

➔ **UOMO** Erezione del pene, ingrossamento della pelle dello scroto e dei testicoli , eventuale erezione dei capezzoli.

➔ **DONNA** Lubrificazione vaginale, Erezione del glande e del clitoride, ingrossamento e separazione delle grandi e piccole labbra, innalzamento dell'utero, modificazioni delle pareti vaginali, ingrossamento del seno, erezione dei capezzoli.


La fase di **plateau**, è il punto dove l'eccitamento si intensifica fino a raggiungere il suo *acme* nell'orgasmo (Masters e Johnson (1987))

➔ **UOMO** Il pene viene riempito e dilatato dal sangue fino ai suoi massimi livelli assumendo un colore rosso più scuro, I testicoli si innalzano aderendo al perineo,


➔ **DONNA** La terza parte della parete vaginale si ingrossa, l'utero si ingrossa, il corpo del clitoride si rimpiccolisce e il glande si innalza




Alterazione della risposta sessuale : l'eccitazione



Per quanto concerne le disfunzioni sessuali, nelle donne, la secchezza vaginale e i più notevoli cambiamenti comportamentali e del corpo possono influenzare negativamente l'autostima, la fiducia nelle proprie capacità seduttive e di conseguenza la risposta sessuale.



Negli uomini, invece, la risposta sessuale subisce una serie di modificazioni per cui l'eccitazione avviene in un lasso di tempo maggiore e perché essa si realizzi è necessaria una stimolazione più intensa. La risposta erettiva può scemare, la sensazione di urgenza eiaculatoria è ridotta e il rapporto può aver luogo senza eiaculazione.



Molti farmaci, non solo antiparkinson ma ad esempio vari antiipertensivi, possono dare come effetto collaterale una disfunzione erettile a causa della denervazione delle strutture vegetative cioè della parte automatica del controllo nervoso degli organi, causando un disturbo dell'erezione.

Il ciclo di risposta sessuale: l'orgasmo

La fase dell'**orgasmo** consiste in un picco di piacere sessuale, con rilascio della tensione sessuale e contrazioni ritmiche dei muscoli perineali e degli organi riproduttivi pelvici.

Durante l'orgasmo nella donna → aumento della tensione corporea


Durante l'orgasmo nell'uomo → sensazione di inevitabilità eiaculatoria con emissione di sperma, seguita da un immediato calo del desiderio e dal ritorno del pene nello stato flaccido. In quest'ultimo, al contrario della donna segue la fase di *refrattarietà* in cui egli è indolente a qualunque stimolo sessuale. (Saso 2002).

UOMO → Chiusura dello sfintere della vescica urinaria, contrazioni ritmiche dei condotti seminali dell'uretra e della prostata che portano all'eiaculazione di sperma in 3-7 getti a intervalli regolari di 0,8 sec.

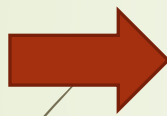
DONNA → Aumento di tensione, possibili contrazioni della terza parte esterna della vagina, possibili contrazioni della muscolatura perineale, contrazioni dell'utero, momenti di apnea, gemiti, spasmo carpopedalico (movimento improvviso e involontario dei muscoli).



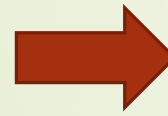
Impatto della malattia di Parkinson sulla sessualità e sul partner



Le persone con malattia di Parkinson possono presentare comportamenti sessuali problematici che sono spesso fraintesi o ignorati. Fanno parte di una sindrome non motoria e svolgono un ruolo di primo piano nella vita delle persone affette e dei loro partner.




La malattia di Parkinson influenza negativamente la sessualità dei pazienti, indipendentemente dall'età, dalla durata della malattia o dalla gravità della malattia e gli uomini mostrano una disfunzione sessuale maggiore e un deterioramento della loro relazione sessuale rispetto alle donne (Buhmann et al. 2017).



La disfunzione sessuale è un evento che fa precipitare un equilibrio già precario dei singoli componenti della coppia stessa.

La malattia di Parkinson comporta anche l'acquisizione di nuovi ruoli come “assistente” e “assistito”. Il frustrante modificarsi delle loro abitudini sessuali in conseguenza della loro condizione talvolta rende difficile il sentirsi ancora “partner sessuali”. (Nasimbera et al. 2018; Verschuren et al. 2010; Wielinski et al. 2010. Questo influisce mutualmente e si riflette negativamente sulle relazioni intime, sul comportamento sessuale e sul livello di soddisfazione sessuale e relazionale (Carrillo-González et al. 2013).





Il peso e l'aumento della depressione nel partner che si prende cura possono avere un impatto psicologico tale da poter scatenare tutto un corollario emozionale che mina il suo benessere psicosessuale tanto da aumentare la probabilità di sviluppare disturbi del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo (Bronnerand Korczyn, 2018; Grun et al. 2016; Wielinski et al. 2010).

La disfunzione sessuale cambiando il rapporto con i propri genitali concorre a modificare la vita sessuale e relazionale della coppia rendendo difficile o distruttiva la comunicazione all'interno della coppia.


La disfunzione erettile, ad esempio, porta la persona ad evitare i contatti corporei e i rapporti sessuali al fine di salvaguardare la stima di sé o a limitare l'attività sessuale, defraudando la sessualità del suo valore comunicativo e relazionale.

Di contro il partner potrebbe sentirsi emarginato e affettivamente "trascurato" perché l'attenzione del compagno può essere rivolta più sulla prestazione che sull'intimità sessuale.




Nel malato di Parkinson può essere presente una notevole dose di frustrazione connessa sia alla stessa ricerca di sollievo dalla compulsione sessuale, ai tentativi di acquistare e mantenere l'erezione piuttosto che di raggiungere l'orgasmo, alla gestione di un corpo sessualmente limitato malattia (atrofia muscolare, spasticità, stanchezza cronica) sia al fallimento che ne deriva (Nakum and Cavanna 2016).


Questo aumenta la distanza con il partner.




Spesso si ha paura di essere abbandonata/o o tradita/o di non essere più sensuali o attraenti o di non soddisfare le aspettative sessuali del partner. Ciò porta all'evitamento di atti sessuali, al ritiro dalla relazione, all'aumento dei pensieri sul divorzio o l'aumento dell'insoddisfazione per la sessualità e la relazione.




Un'altra sintomatologia che correla negativamente con la soddisfazione sessuale e la stabilità relazionale dei pazienti e dei partner è la depressione (Bronnerand Korczyn, 2018; Wielinski et al. 2010). Gli studi evidenziano come il peso e l'aumento della depressione nel partner che si prende cura possono spiegare il deterioramento sessuale riportato tra i coniugi e i partner (Bronnerand Korczyn, 2018; Grun et al. 2016; Wielinski et al. 2010).




In alcuni studi si è riscontrato che la comunicazione, soprattutto fisica (carezze) ed emotiva (mostrare sentimenti), è stata ridotta proporzionalmente all'aumentare della sintomatologia motoria e non motoria (Bhattacharyya et al. 2017; Gola et al 2017; Lewczuk et al 2017; Gola et al 2016).



Il disagio coniugale è strettamente connesso ai problemi sessuali (Yeh et al. 2006). Tutti questi cambiamenti richiedono agli individui di reinventare la loro sessualità e sviluppare nuove pratiche intime.



I rapporti sessuali cambiano durante la nostra vita e i problemi si verificano in ogni relazione in un momento o nell'altro.



La coppia “parkinsoniana” è una coppia che spesso ha perso la propria intesa e il proprio equilibrio andando in crisi.



COSA FARE ??



Regolare ciò che si fa insieme per tener conto delle mutate abilità fisiche.



Ridefinire le aspettative per adattarsi alla realtà. *Alcune coppie potrebbero pensare che sia un problema non godersi il sesso regolarmente. Mentre altre possono essere perfettamente soddisfatte da una carezza sensuale una volta al mese.*



Se in una relazione la sessualità è stata buona – ed entrambi si sono sempre sentiti a loro agio e fiduciosi a parlare dei loro desideri e limitazioni – potrebbe essere più facile affrontare le sfide che il Parkinson può portare.



Potrebbe essere necessario lavorare di più per superare gli ostacoli se la sessualità è stata un argomento di imbarazzo in passato.

Ma vale la pena provare. Una maggiore apertura e creatività nella sessualità possono renderla migliore di prima! La possibilità di usufruire di uno spazio “psicosessuologico” nel quale poter esprimere le proprie difficoltà relazionali e le preoccupazioni circa le proprie prestazioni sessuali consente alla persona e al partner di superare quelle dinamiche disfunzionali presenti nella coppia parkinsoniana che spesso si associano, sostengono o mantengono anche lo stesso disturbo sessuale.