

## *MALATTIA DI PARKINSON E LE FERITE NELLA SESSUALITA'*



**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 QUALITA' DELLA TUA VITA SESSUALE !**

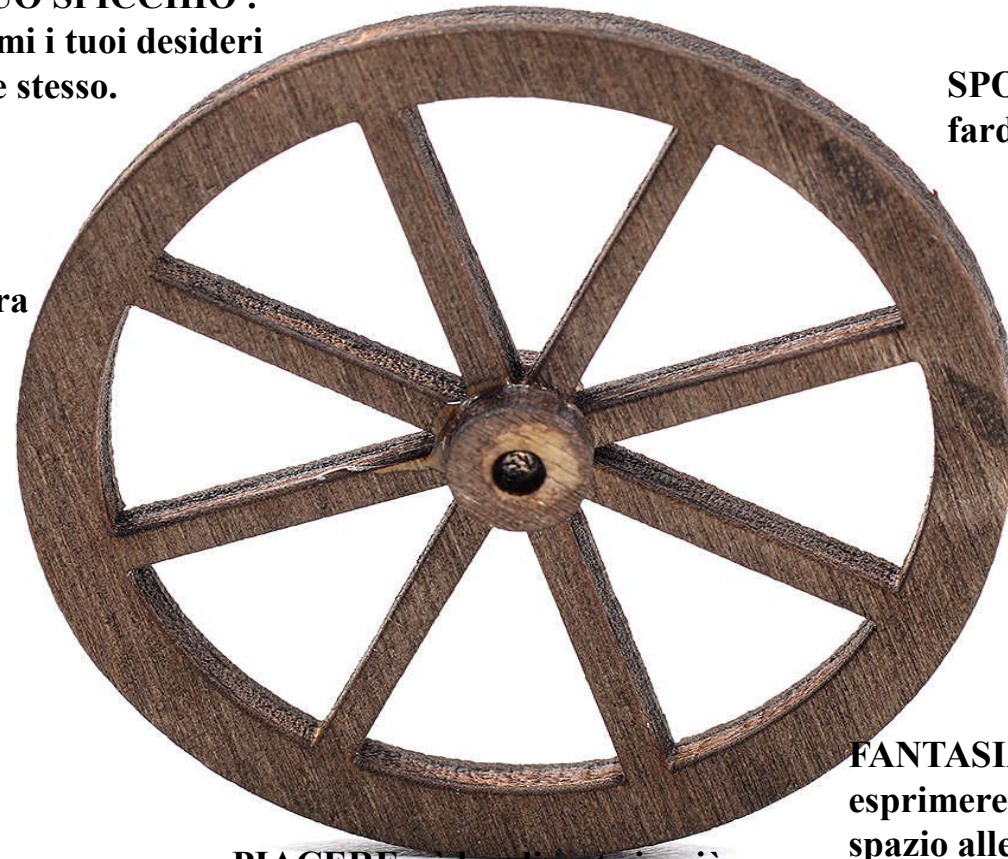
**IL TUO SPICCHIO :**  
esprimi i tuoi desideri  
per te stesso.

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

**SPONTANEITA':** sei libero da pensieri,  
fardelli , provi sensi di colpa ?

**SACRALITA':** unione tra  
te e il tuo partner?

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



**VARIETA':** 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?

Il **ciclo di risposta sessuale** è definibile come l'insieme dei fenomeni fisici e psichici che avvengono nel corpo umano in seguito ad uno stimolo erotico.

Arbitrariamente può essere suddiviso in più fasi: desiderio, eccitazione e plateau, orgasmo e risoluzione.

Il più alto contributo alla sessualità umana si deve agli studi sulle fasi della **risposta sessuale** compiuti da Williams H. Masters (ginecologo) e Virginia E. Johnson (psicologa) alla *Washington University School of Medicine* a partire dal 1954.

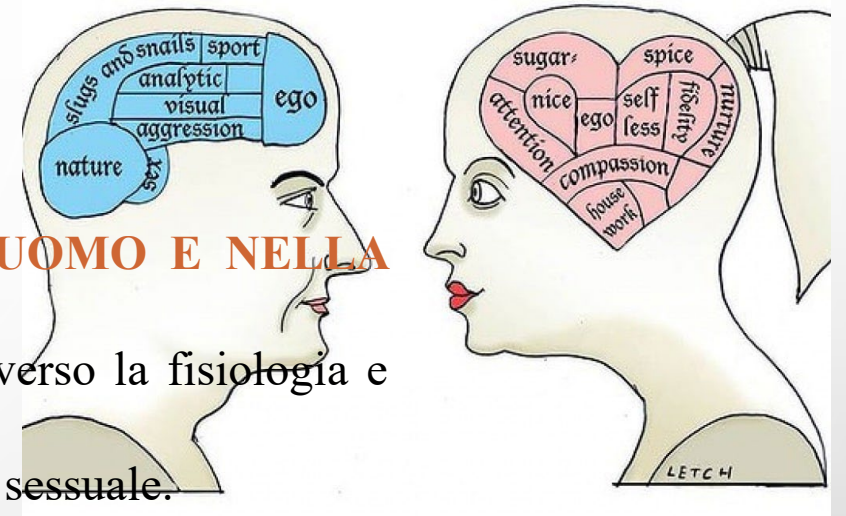
Furono loro a suddividere la **risposta sessuale** in quattro fasi (eccitazione, plateau, orgasmo e risoluzione) e a far risalire l'eziologia del disturbo alle fasi dell'eccitazione o dell'orgasmo.

Rispetto al modello bifasico di Masters e Johnson, la Kaplan nella seconda edizione di "*The illustrated manual of sex therapy*", presenta un'importante innovazione, il concetto trifasico della **risposta sessuale**. Esso consta di una prima fase definita fase del desiderio, seguita dalla fase di eccitazione ed infine dalla fase dell'orgasmo.

## DIVERSI STIMOLI MENTALI O SENSORIALI CAUSANO NELL'UOMO E NELLA DONNA *DESIDERIO SESSUALE*.

La fase del **desiderio** viene distinta dalle altre, identificate solamente attraverso la fisiologia e riflette le motivazioni, i comportamenti e la personalità della persona.

La fase è caratterizzata da fantasie sessuali e dal desiderio di praticare attività sessuale.



## LA FASE DI ECCITAZIONE CONSISTE IN UN SOGGETTIVO SENSO DI PIACERE SESSUALE E DA CAMBIAMENTI FISIOLOGICI.

L'eccitazione provoca nell'uomo l'erezione del pene e nella donna l'aumento della lubrificazione vaginale e dell'erezione del clitoride. In entrambi si verifica un appesantimento del respiro e un aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna.

Nei **Maschi**: erezione del pene, ingrossamento della pelle dello scroto e dei testicoli, eventuale erezione dei capezzoli.

Nelle **Femmine** 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**, secondo Masters e Johnson (1987), è il punto dove l'eccitamento si intensifica fino a raggiungere il suo **acme nell'orgasmo**.

Nei **Maschi** il pene viene riempito e dilatato dal sangue fino ai suoi massimi livelli assumendo un colore rosso più scuro e i testicoli si innalzano aderendo al perineo.

Nelle **Femmine** si ingrossano la terza parte della parete vaginale e l'utero, il corpo del clitoride si rimpiccolisce e il glande si innalza.

**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.

Nei **Maschi** vi è la chiusura dello sfintere della vescica urinaria, si riscontrano 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.

Nelle **Femmine** aumento di tensione, possibili contrazioni della terza parte esterna della vagina e della muscolatura perineale, spasmo carpedalico.

Una disfunzione sessuale è caratterizzata da un'anomalia del processo che sottende il ciclo di **risposta sessuale** o da dolore associato al rapporto sessuale (DSM IV TR, 2000).

Tutte le disfunzioni sessuali possono essere classificate in primarie/secondarie e assolute/situazionali.

Un disturbo sessuale si considera primario quando il problema si manifesta sin dai primi tentativi di rapporto sessuale, secondario quando subentra dopo un periodo di buon funzionamento sessuale.

L'inibizione primaria è una condizione rara che si associa a una storia di asessualità che si estende a tutta la vita del soggetto.

Può essere assoluto (o generalizzato) se si estende all'intera possibilità di concepire e programmare un comportamento volto alla realizzazione di un atto sessuato, o situazionale quando limitato a uno/una partner. In questo secondo caso non deve essere considerato una patologia della sessualità, ma una patologia di coppia.



## LA SESSUALITÀ RAPPRESENTA UNO DEI SEGNALI FONDAMENTALI NELLA INTIMITÀ CON IL NOI STESSI

IO SONO IL MIO CORPO ( U. Galimberti in «Il corpo»)

➔ La percezione del nostro corpo cambia nelle fasi della vita perché cambia l'aspetto del corpo stesso e la funzionalità degli organi.

➔ I disagi connessi al desiderio sessuale, all'eccitazione e all'orgasmo possono presentare ostacoli nella serenità sessuale, alimentando i vissuti di ansia e di inadeguatezza nel singolo che interferiscono nell'intimità di coppia.

➔ l'identità di coppia si riprende quando l'intimità emotiva è stata costruita precedentemente

➔ le ferite del corpo mettono in discussione l'intimità individuale e di coppia



## 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.

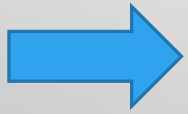


Nel malato di Parkinson può essere presente una notevole dose di frustrazione connessa sia alla stessa ricerca di sollievo dalla compulsione sessuale, ai tentativi di acquistare e mantenere l'erezione piuttosto che di raggiungere l'orgasmo, alla gestione di un corpo sessualmente limitato malattia (atrofia 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.

*LA SESSUALITÀ RAPPRESENTA UNO DEI SEGNALI FONDAMENTALI DELLA INTIMITÀ DI COPPIA.*



## Le ferite nell'intimità di coppia

*“Ognuno di noi è una frazione dell'essere umano completo originario, per ciascuna persona ne esiste dunque un'altra che le è complementare. Ed è per questo che siamo sempre alla ricerca continua della nostra metà della mela, non vogliamo essere una mezza anima, ma desideriamo ritornare alla nostra natura originaria, questa ricerca si chiama amore.”*

*Aristofane nel “[Simposio](#)” di Platone*

## COSTRUIAMO L'IDENTITÀ DI COPPIA NELLA SESSUALITÀ QUANDO C'È L'INTIMITÀ EMOTIVA

Mettiamo a fuoco se e in che misura siamo emotivamente connessi con il/la partner prendendo in considerazione le **seguenti domande**:

*Quanto questa persona fa parte della mia vita?*

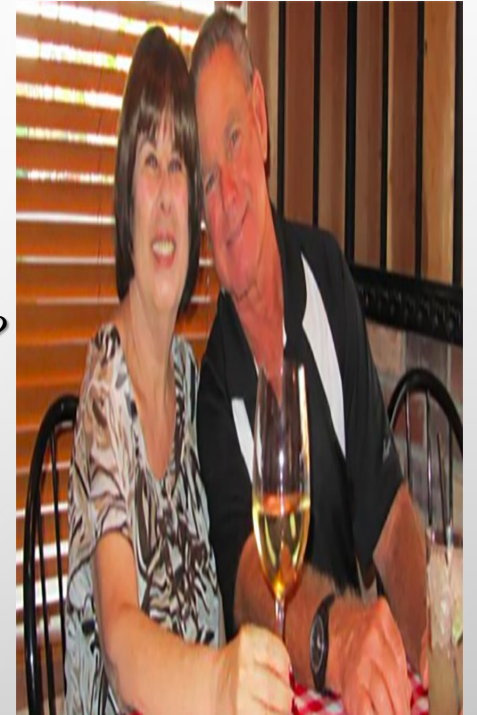
*Quanto mi conosce realmente per come sento di essere nei miei pregi, ma anche nelle mie fragilità?*

*Posso contare su lui/lei nei momenti di difficoltà?*

*Posso condividere i miei dubbi, le preoccupazioni?*

*Partecipa alle cose che contano per me, ai miei successi come alle delusioni?*

In ultima analisi l'intimità emotiva di coppia presuppone la capacità di essere **in contatto con le proprie emozioni** e di saperle riconoscere, cosa su cui si fonda la capacità di saper riconoscere ed **accogliere le emozioni del/della partner**. Se non siamo in grado di essere in intimità emotiva con noi stessi come possiamo aspettarci di saper entrare in connessione con l'altra/o?



**L'intimità di coppia non nasce spontaneamente ma è un costruirsi, un cercarsi costantemente da un punto di vista fisico, psicologico e spirituale.  
« L'intimità di coppia è un'arte che nasce dalla sintonia e dalla compatibilità con l'altro.**

**In questa ricerca continua e infinita è fondamentale saper comunicare ciò che si sente man mano, condividere gioie e dolori, vivere e progettare un presente e un futuro sentimentalmente, sessualmente e spiritualmente veri e profondi.**

### **ECCO ALCUNI CONSIGLI PER INTIMITÀ DI COPPIA:**

- continuare ad amare-accettare il proprio corpo e viverlo all'interno della sessualità;
- rispettare i bisogni sessuali, i tempi e le insicurezze vostri e dell'altro;
  - accogliere l'altro;
  - regalarsi tempo per i bisogni emotivi e sessuali della coppia;
- risolvere i conflitti emotivi che influenzano il desiderio e l'esperienza della sessualità.



## **IL VERO NEMICO DELL' INTIMITÀ È SENTIRSI DA SOLI**

Incontrare la metà della nostra mela non accade come nelle trame dei film romantici dove i due innamorati si guardano, si riconoscono e vivono per sempre felici e contenti.

La cosa è un po' più complicata.

La ricerca della nostra metà non è il traguardo, ma è esattamente il punto di partenza della relazione di coppia. La coppia, infatti, è un incontro di due mondi differenti che portano con sé desideri, speranze e vissuti personali da cui dovrà generarsi un terzo mondo, quello intimo della coppia.

