



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale (DPG)

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale

***ORGASMIC PERCEPTION QUESTIONNAIRE:*
VALIDITÀ CONVERGENTE E DISCRIMINANTE SU UN
CAMPIONE ITALIANO**

**ORGASMIC PERCEPTION QUESTIONNAIRE:
CONVERGENT AND DISCRIMINANT VALIDITY ON AN ITALIAN SAMPLE**

Relatrice:

Prof.ssa Marta Panzeri

Laureanda: Denise Mauro

Matricola: 2017852

Anno Accademico 2021/2022

“Quanto manca alla vetta?”

“Tu sali e non pensarci!”

(F. W. Nietzsche)

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUZIONE | 7 |
| CAPITOLO 1: L'ORGASMO | 9 |
| 1.1 La definizione di orgasmo | 9 |
| 1.2 Gli aspetti fisiologici dell'orgasmo..... | 11 |
| 1.2.1 L'orgasmo maschile | 11 |
| 1.2.2 L'orgasmo femminile..... | 13 |
| 1.2.3 I segni oggettivi dell'orgasmo..... | 15 |
| 1.3 Gli aspetti psicologici dell'orgasmo | 16 |
| 1.3.1 L'esperienza soggettiva dell'orgasmo..... | 17 |
| 1.3.2 La soddisfazione sessuale..... | 18 |
| 1.3.3. L'orgasmo indotto e l'orgasmo immaginativo..... | 20 |
| 1.4 Gli aspetti psicosociali correlati all'orgasmo..... | 21 |
| 1.5 Le differenze di genere | 23 |
| 1.5.1 Lo studio di Vance e Wagner..... | 24 |
| 1.5.2 L'orgasmo multiplo femminile e maschile | 26 |
| 1.5.3 Somiglianze e differenze tra orgasmo maschile e femminile | 28 |
| 1.5.4 La funzione dell'orgasmo maschile e femminile | 30 |
| 1.6 L'attivazione cerebrale durante l'orgasmo | 31 |
| CAPITOLO 2: GLI STRUMENTI DI MISURAZIONE DELL'ESPERIENZA ORGASMICA | 35 |
| 2.1 Le misure dell'orgasmo | 35 |
| 2.2 L' <i>Orgasm Rating Scale</i> (ORS)..... | 36 |
| 2.2.1 L' <i>Orgasm Rating Scale</i> su un campione spagnolo | 38 |
| 2.3 Il <i>Bodily Sensations of Orgasm Questionnaire</i> | 40 |
| 2.4 L' <i>Orgasm Beliefs Inventory</i> | 41 |

| | |
|--|-----|
| CAPITOLO 3: L'ORGASMIC PERCEPTION QUESTIONNAIRE (OPQ) | 45 |
| 3.1 Costruzione e sviluppo del questionario: prima fase | 45 |
| 3.1.1 Costruzione del questionario | 45 |
| 3.1.2 Selezione degli item | 46 |
| 3.2 Seconda fase: analisi fattoriale esplorativa | 48 |
| 3.3 Terza fase: analisi fattoriale confermativa | 52 |
| CAPITOLO 4: LA RICERCA | 63 |
| 4.1 Metodo | 65 |
| 4.1.1 La procedura..... | 65 |
| 4.1.2 Strumenti di misurazione | 65 |
| 4.1.3 Partecipanti..... | 67 |
| 4.1.4 Analisi Statistiche..... | 71 |
| 4.2 Risultati | 72 |
| 4.3 Discussione dei risultati | 78 |
| 4.3.1 Discussione..... | 78 |
| 4.3.2 Limiti..... | 83 |
| 4.3.3 Prospettive future | 84 |
| CONCLUSIONI | 85 |
| BIBLIOGRAFIA | 87 |
| APPENDICE | 105 |
| RINGRAZIAMENTI | 123 |

INTRODUZIONE

L'orgasmo costituisce un'intensa sensazione di piacere che è accompagnata da un'alterazione della coscienza, da contrazioni intense e rapide della muscolatura genitourinaria (Meston, Hull, Levin, e Sipski, 2004) e da un aumento della pressione sanguigna e della frequenza respiratoria e cardiaca (Bancroft, 1989). Si tratta di una complessa miscela di cambiamenti soggettivi mentali e fisici del corpo (Mulhall, Incrocci, Goldstein, e Rosen, 2011). In letteratura non vi è un'unica definizione del fenomeno orgasmico universalmente riconosciuta, considerata esauriente e comprensiva dei molteplici aspetti che lo caratterizzano (Mah & Binik, 2001). Infatti, l'orgasmo risulta essere l'evento più complesso e meno compreso fra le risposte sessuali (Bancroft, 1989; Rosen & Beck, 1988). Attualmente non vi sono ancora strumenti validati per valutare adeguatamente la percezione soggettiva di tale fenomeno sessuale. Per sopperire a questa mancanza è stato ideato l'*Orgasmic Perception Questionnaire* (OPQ; Panzeri, 2016), un questionario che si propone di indagare il vissuto orgasmico nella sua totalità, tenendo in considerazione le sensazioni, le immagini, le emozioni e le percezioni esperite dalla persona sia da un punto di vista fisiologico che psicologico. Lo scopo della presente ricerca è fornire un contributo alla validazione dell'OPQ per poter ottenere un questionario valido e affidabile da utilizzare in ambito clinico e nella popolazione generale per indagare come viene esperito il vissuto orgasmico.

In particolare, nel primo capitolo verranno fornite le diverse definizioni di orgasmo presenti in letteratura, approfondendo tale fenomeno sessuale sia da una prospettiva fisiologica che psicologica, individuando eventuali differenze di genere in riferimento anche alle diverse funzioni dell'evento in questione. Inoltre, sarà descritto come gli aspetti psicosociali possono influenzare l'esperienza orgasmica negli uomini e nelle donne, e l'attivazione cerebrale in relazione al fenomeno.

Il secondo capitolo illustrerà gli strumenti disponibili in letteratura che si propongono di valutare l'orgasmo tenendo in considerazione aspetti differenti relativi all'evento sessuale.

Nel terzo capitolo sarà descritto in maniera dettagliata l'OPQ. In particolare, esso si concentrerà sulla metodologia con cui il questionario è stato sviluppato e sui risultati emersi dalle analisi statistiche condotte fino a questo momento.

Il quarto capitolo riguarderà la ricerca oggetto del presente elaborato. Coerentemente verranno descritti la procedura, gli strumenti utilizzati, le caratteristiche dei campioni, quali analisi statistiche sono state condotte e i risultati ottenuti. Inoltre, una sezione si concentrerà sulla discussione dei risultati, sui limiti della ricerca e sulle prospettive future.

Infine, verrà presentato un capitolo conclusivo, in cui saranno riassunte le informazioni teoriche più salienti, lo scopo della presente ricerca, i risultati emersi e il motivo per cui essi sono da considerarsi rilevanti in ambito scientifico.

CAPITOLO 1:

L'ORGASMO

1.1 La definizione di orgasmo

L'orgasmo, dal greco *ὄργασμός* (orgasmòs), derivato di *ὄργαω* (orgàō) “essere pieno d'ardore, di voglia ardente”, costituisce un'intensa sensazione di piacere che è accompagnata da un'alterazione della coscienza, da contrazioni intense e rapide della muscolatura genitourinaria (Meston *et al.*, 2004) e da un aumento della pressione sanguigna e della frequenza respiratoria e cardiaca (Bancroft, 1989). È stato anche definito come un'esperienza massima, variabile e transitoria di piacere intenso, accompagnata da risposte psicofisiologiche che, come risultato dell'attività sessuale, culminano in una marcata sensazione di benessere (Arcos-Romero & Sierra, 2018; Meston *et al.*, 2004). Si tratta di una complessa miscela di cambiamenti soggettivi mentali e fisici del corpo (Mulhall, *et al.*, 2011).

In letteratura vi sono numerose ricerche che hanno tentato di formulare con scarso successo una definizione di orgasmo universalmente riconosciuta, considerata esauriente e comprensiva dei molteplici aspetti che caratterizzano tale esperienza e delle variabili a essa collegate (Mah & Binik, 2001). Nonostante sia stato sottoposto a diversi studi approfonditi, l'orgasmo risulta essere l'evento più complesso e meno compreso fra le risposte sessuali (Bancroft, 1989; Rosen & Beck, 1988).

Al fine di rendere facilmente riconoscibile il fenomeno nel momento in cui si verifica, Levin (1981) ha ritenuto necessario cercare di determinare cosa esso sia, presentando tredici definizioni di diversi autori. Vent'anni dopo ne sono state raccolte e analizzate ventisei nella ricerca condotta da Mah e Binik (2001). Da tale studio è emerso che la maggior parte di queste definizioni si concentra sugli aspetti biologici e fisiologici, mentre una parte più ridotta considera l'ambito psicologico, e un'altra ancora propone un approccio biopsicosociale che integra entrambe le prospettive. Nonostante in letteratura si sia cercato di descrivere il fenomeno secondo una visione integrata, gli autori evidenziano la forte presenza di una dicotomizzazione fra prospettiva biologica e psicologica, con una particolare enfasi sulla prima. Inoltre, l'attenzione risulta maggiormente rivolta verso l'orgasmo femminile. Solo alcune definizioni sono

considerate adeguate a entrambi i generi, mentre nella maggior parte dei casi vi sono descrizioni specifiche per gli uomini e per le donne.

Considerando l'orgasmo umano come un'esperienza biopsicosociale, Mah e Binik (2001) hanno sviluppato e valutato un nuovo modello descrittivo multidimensionale e una nuova metodologia che integra una prospettiva biologica e psicologica. Tale approccio, applicabile a entrambi i generi, si propone di indagare sistematicamente sia le caratteristiche essenziali che la variabilità dell'esperienza dell'orgasmo.

Questo approccio di Mah e Binik (2001) è simile a quello di Melzack e Torgerson (1971): in entrambi vengono prese in considerazione la dimensione sensitiva, affettiva e valutativa in un quadro multidimensionale nell'esperienza dell'orgasmo nel primo caso e del dolore nel secondo. Nel modello del dolore di Melzack e Torgerson (1971) la dimensione sensoriale rappresenta sensazioni derivanti da eventi fisici come un taglio nella pelle; la dimensione affettiva è rappresentativa delle emozioni, come la paura; la dimensione valutativa si riferisce all'intensità complessiva personale dell'esperienza totale. Nel modello di Mah e Binik (2001), come per l'esperienza del dolore, ogni dimensione comprende diverse componenti dell'esperienza orgasmica: la dimensione sensoriale include la percezione di eventi fisiologici (come le sensazioni contrattili, la tensione e il rilascio muscolare, le sensazioni termiche); la dimensione affettiva riguarda le emozioni positive e negative provate durante l'orgasmo (come euforia, intimità, amore); la dimensione valutativa si riferisce alle valutazioni sull'esperienza orgasmica (intensità, piacere, soddisfazione, dolore). Il modello suggerisce che tutte le esperienze di orgasmo coinvolgono tutte e tre le dimensioni e possono variare lungo queste.

Le descrizioni dell'orgasmo presenti in letteratura riguardano molteplici aspetti inerenti all'esperienza psicologica di quel frangente, ai cambiamenti fisiologici relativi al proprio corpo che vengono percepiti in quell'istante e alle sensazioni genitali: variabili sia da persona a persona che all'interno delle esperienze vissute da un unico individuo (Vance & Wagner, 1976). L'alterazione della coscienza rende difficile la descrizione di tale esperienza sessuale durante il suo compimento: Levin (2004) ritiene necessaria l'individuazione e la definizione precisa dell'inizio e della fine dell'orgasmo per poter creare poi una definizione univoca. Ma tale intento risulta alquanto complicato, in quanto l'esperienza soggettiva dell'orgasmo riguarda la percezione psicologica, la sensazione fisica e la valutazione dell'evento stesso (Arcos-Romero & Sierra, 2018).

1.2 Gli aspetti fisiologici dell'orgasmo

In letteratura la maggior parte degli studi sull'orgasmo ha prestato maggiore attenzione alla dimensione fisiologica di tale esperienza sessuale: le descrizioni più citate del fenomeno sono quelle riportate da Masters e Johnson (1966). I due autori erano marito e moglie, ginecologo e psicologa, che insieme hanno studiato le reazioni fisiologiche che avvenivano durante la risposta sessuale femminile e maschile. Si sono basati su osservazioni dirette con riprese cinematografiche a colori e misurazioni fisiologiche comuni all'epoca (temperatura corporea, pressione sanguigna, battito cardiaco, sudorazione etc.) in un laboratorio che hanno denominato "laboratorio di biologia della riproduzione" (cfr. Panzeri, 2013). Tali osservazioni hanno permesso a Masters e Johnson di descrivere i cambiamenti sia di tutto il corpo che della zona genitale durante l'attività sessuale, e quindi anche durante l'orgasmo, permettendo di approfondire la conoscenza circa il comportamento sessuale umano (cfr. Mah & Binik, 2001).

L'esperienza soggettiva dell'orgasmo non è rappresentata dalla presenza o assenza assoluta di contrazioni muscolari, ma può essere più legata alle qualità contrattili come la forza e la frequenza: Masters e Johnson (1966) hanno osservato la presenza di contrazioni muscolari pelviche e anali che si verificano a intervalli di 0,8 secondi fino a intervalli sempre più dilatati nel tempo. La durata media delle contrazioni stimata è di 16,7 secondi nelle femmine e di 25 secondi nei maschi (Bohlen, Held, e Sanderson, 1980; Bohlen, Held, Sanderson e Ahlgren, 1982; Carmichael, Warburton, Dixen, e Davidson, 1994). Inoltre, la risposta orgasmica non è limitata solo alla zona genitale (Kinsey, Pomeroy, e Martin, 1948), ma come riportano diversi studi riguarda anche altri aspetti, quali la rigidità corporea, gli spasmi muscolari, l'iperventilazione, la sudorazione, le vocalizzazioni, i movimenti pelvici e i brividi (Hite, 1976).

1.2.1 L'orgasmo maschile

L'orgasmo maschile è stato descritto dettagliatamente da Masters e Johnson (1966), i quali lo hanno distinto in due fasi. Nella fase di emissione, dai vasi deferenti, dalle vescichette seminali e dalla ghiandola prostatica lo sperma viene espulso nell'uretra prostatica, provocandone la dilatazione. Questa è la fase in cui l'uomo avverte

l'inevitabilità dell'eiaculazione. Nella fase di espulsione lo sperma effluisce attraverso le contrazioni dell'uretra prostatica e dei muscoli bulbocavernosi e ischiocavernosi al ritmo di 0,8 secondi per 3-10 volte, con contrazioni iniziali più forti rispetto alle successive. Il volume dell'eiaculato varia da 1 a 6 ml: se avvengono in sequenza, le prime eiaculazioni tendono a essere più abbondanti delle successive. Se non ci sono patologie, più abbondante è l'eiaculato e più intensa è la sensazione di piacere sperimentata dall'uomo. La quantità del liquido seminale espulso risulta essere maggiore se vi è un periodo dilatato di astinenza dall'eiaculazione precedente. Inoltre, durante l'apice del piacere sessuale i testicoli si sollevano e arretrano verso la zona anale (cfr. Panzeri, 2013).

In uno studio di Gerstenberg, Levin, e Wagner (1990) si è postulato che il volume seminale non risulta essere un fattore unico e determinante nell'esperienza piacevole percepita durante l'espulsione dello sperma. Spesso in letteratura prevale una visione riduttiva dell'esperienza orgasmica maschile, in quanto l'orgasmo viene generalmente associato all'eiaculazione, anche se i due processi sono fisiologicamente diversi, infatti non sempre coincidono (Levin, 2011). È possibile sperimentare un orgasmo senza avere l'eiaculazione: il primo è un'esperienza psicofisiologica di estremo piacere, mentre la seconda è un evento fisiologico a scopo riproduttivo (Mah & Binik, 2001).

Vi sono diverse sensazioni di orgasmo percepite dall'uomo: l'orgasmo masturbatorio è più intenso e localizzato, mentre quello coitale risulta essere più piacevole e soddisfacente da un punto di vista mentale (Hite, 1981). Si distingue anche l'orgasmo eiaculatorio da quello non eiaculatorio: quest'ultimo viene percepito come ugualmente piacevole, mentre la sola eiaculazione non necessariamente induce piacere (Hite, 1981; Kinsey *et al.*, 1948), come quella definita anedonica (Garippa, 1994; Williams, 1985). Diversi studi hanno supportato non solo la distinzione tra emissione ed espulsione, ma anche tra espulsione ed orgasmo (Alexander, Sipski, e Findley, 1993; Brackett *et al.*, 1998; Brindley, Sauerwein, e Hendry, 1989; Coleman, Listiak, Braatz, e Lange, 1985; Levine, Zachary, e Gottlieb, 1993; Maas *et al.*, 1998; Recker *et al.*, 1996; Rosenbaum & Pollack, 1988; Seftel, Oates, e Krane, 1991; Shafik, 1995; Yang & Bradley, 1998).

1.2.2 L'orgasmo femminile

L'orgasmo femminile è un tema cospicuo nella letteratura (Bohlen *et al.*, 1982). Durante l'esperienza orgasmica l'utero si contrae (tali contrazioni non vengono percepite dalla donna) e si presenta nella sua massima elevazione, la vagina è massimamente dilatata e vi è un allungamento del recesso posteriore. Contemporaneamente i muscoli bulbocavernosi, pubococcigei e perianali si contraggono al ritmo di 0,8 secondi (come nell'uomo) da 4 a 12 volte, con le prime contrazioni più forti e ravvicinate (cfr. Panzeri, 2013).

Nello studio di Masters e Johnson (1966) si è osservato che durante l'eccitazione vi è una vasocongestione che permette la formazione della piattaforma orgasmica, la quale è costituita dai tessuti circumvaginali dilatati (comprese le piccole labbra) e dal terzo esterno della vagina. Tale piattaforma rappresenta un elemento di sostegno per la penetrazione e impedisce la fuoriuscita del liquido seminale. Per questo motivo l'eccitazione è necessaria per la riproduzione, almeno nelle donne che hanno già partorito per via vaginale, in quanto l'ostio vaginale delle pluripare non trattiene l'eiaculato a causa del terzo esterno della vagina lasso (cfr. Panzeri, 2013).

L'esperienza orgasmica femminile può essere indotta dalla stimolazione erotica dei siti genitali e non genitali (Meston *et al.*, 2004). Le zone erogene, ovvero le zone che se stimolate danno piacere ed eccitazione sessuale, sono diffuse su tutto il corpo (anche negli uomini, ma in misura maggiore nelle donne) e aumentano con l'esperienza e col passare del tempo (cfr. Panzeri, 2013). Secondo Glenn e Kaplan (1968) la percezione di diverse esperienze di orgasmo nelle donne sembrerebbe riguardare la zona erogena che viene stimolata durante l'attività sessuale. Anche altri autori sostengono che le diverse tipologie di attivazione possono determinare sensazioni differenti (Butler, 1976; Clifford, 1978; Fisher & Fisher, 1973). Diversamente, da un punto di vista fisiologico, Masters e Johnson (1966) riportano che gli orgasmi femminili sono identici e indipendenti dalla fonte degli stimoli.

Secondo diversi studi la stimolazione del clitoride, sia diretta che indiretta durante il coito, risulta essere la fonte primaria di input sensoriali per il raggiungimento dell'orgasmo (Darling, Davidson, e Cox, 1991; Graber & Kline-Graber, 1979; Hite, 1976; Masters & Johnson, 1966; Mould, 1980; Shafik, 1993). Masters e Johnson (1966)

sottolineano che il clitoride ha un'unica funzione: quella di provare piacere. Dunque, l'esperienza orgasmica risulta essere strettamente legata alla stimolazione clitoridea: si parla di orgasmo clitorideo quando tale stimolazione avviene in maniera diretta, e di orgasmo vaginale quando il clitoride viene sfregato indirettamente. La stimolazione indiretta del clitoride avviene anche attraverso le contrazioni dei muscoli vaginali: l'orgasmo, anche se inizia dal clitoride, è avvertito dall'intera area vaginale (O'Connell, Sanjeevan, e Hutson, 2006).

Secondo lo studio di Cornforth e Tracee (2009) la stimolazione del solo canale vaginale non è sufficiente per poter innescare l'orgasmo, ma è necessaria quella del clitoride, essendo quest'ultimo caratterizzato da numerose terminazioni nervose superiori per numero a quelle del pene. Dalla ricerca di Fisher e Fisher (1973) è emerso che la maggioranza delle donne valuta la stimolazione clitoridea un po' più importante della stimolazione vaginale per raggiungere l'orgasmo, e solo una piccola percentuale riporta il contrario. Da altri resoconti self report risulta che l'orgasmo clitorideo sembra essere più localizzato alla zona genitale, percepito come più intenso e soddisfacente rispetto a quello vaginale che, raggiunto con rapporto coitale, viene descritto come più diffuso nel corpo e più appagante psicologicamente (Butler, 1976; Clifford, 1978; Davidson & Darling, 1989; Hite, 1976).

La Kaplan (1974) ritiene che l'area vaginale sia importante tanto quanto il clitoride per l'esperienza orgasmica, necessitando quest'ultima sia di una componente sensoriale che motoria. Dunque, si potrebbe affermare che a livello fisiologico la risposta dell'orgasmo clitorideo e vaginale sia la stessa, ma che le due diverse stimolazioni differiscano nelle sensazioni esperite (Glenn, 1968). Alcune donne dichiarano di raggiungere l'orgasmo solo tramite stimolazione vaginale, altre tramite quella clitoridea, altre donne ancora tramite i rapporti anali o attraverso la stimolazione dei capezzoli: il clitoride non risulta essere l'unica parte fondamentale per l'orgasmo, date le numerose modalità per raggiungerlo (Di Benedetto & Graziottin, 1997; Sipski, 1999). Questo perché la sessualità femminile è un vissuto molto individuale: Masters e Johnson (1966) riferiscono di non aver mai visto due donne masturbarsi nella stessa maniera, pur avendone studiate in laboratorio 382. Come riportato nel DSM 5 (APA, 2013), vi è un'ampia variabilità nel tipo o nell'intensità di stimolazione che provoca l'orgasmo nella

donna: tale esperienza viene sperimentata in moltissimi modi dissimili, sia tra donne diverse sia dalla stessa donna in occasioni differenti.

Inoltre, gli orgasmi non devono necessariamente essere presenti affinché le donne ritengano soddisfacente un incontro sessuale (Armstrong, England, e Fogarty, 2012; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Young, Denny, Luquis, e Young, 1998). Tuttavia, essendo gli orgasmi e la soddisfazione sessuale positivamente correlati, le donne tendono a riferire di godere maggiormente degli incontri sessuali quando raggiungono l'orgasmo (Armstrong *et al.* 2012), e la frequenza del fenomeno spesso porta a una maggiore soddisfazione sessuale nelle coppie sposate (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Young *et al.*, 1998) e nei partner a lungo termine (Frederick, Lever, Gillespie, e Garcia, 2017).

1.2.3 I segni oggettivi dell'orgasmo

Da un punto di vista clinico e terapeutico risulta utile identificare degli indicatori oggettivi della presenza dell'orgasmo, ovvero dei segni evidenti che possano confermare che tale esperienza sessuale abbia avuto luogo (Meston *et al.*, 2004).

Kinsey, Pomeroy, Martin, e Gebhard (1953), alcuni tra i diversi autori che si sono interessati allo studio degli indici oggettivi dell'esperienza orgasmica, hanno proposto “*l'improvvisa interruzione dei movimenti, delle estreme tensioni della precedente attività sessuale con un conseguente stato di pace*” (pag. 628) come prova evidente che l'orgasmo si sia verificato nelle donne. Invece, Masters e Johnson (1966) hanno descritto l'insorgenza dell'evento sessuale come una sensazione di sospensione e/o arresto. I segni oggettivi devono riportare modificazioni corporee tipiche del raggiungimento dell'orgasmo, e non devono essere confusi con indici che possono verificarsi anche prima dell'esperienza orgasmica, come l'aumento della pressione sanguigna, la frequenza cardiaca e respiratoria. Dagli studi di Masters e Johnson (1966) sono stati individuati tre tipi di indicatori oggettivi riguardanti l'esperienza orgasmica femminile: gli indicatori prospettici che indicano un orgasmo imminente (come il cambiamento di colore delle piccole labbra), gli indicatori correnti che definiscono l'orgasmo in corso (come le contrazioni vaginali, uterine e dello sfintere anale), e quelli retrospettivi come prova dell'avvenuto orgasmo. Ma tale suddivisione non risulta essere perfettamente delimitata, in quanto questi segni oggettivi possono far riferimento a più di una categoria. Per giunta,

non è chiaro se l'insorgenza dell'orgasmo coincida con l'attivazione mentale o debba essere definita a partire dagli indici fisici.

Kinsey e colleghi (1953) riportano una definizione semplicistica in cui considerano l'orgasmo come un'improvvisa e brusca riduzione della tensione sessuale: gli spasmi che coinvolgono l'interno corpo vengono definiti come secondari al fenomeno, mentre gli spasmi vaginali sono visti come un'estensione dei primi. Allo stesso modo, Hite (1976) fa riferimento all'esperienza sessuale in questione definendola come una breve ed intensa sensazione seguita da contrazioni.

1.3 Gli aspetti psicologici dell'orgasmo

L'esperienza soggettiva associata all'orgasmo, ovvero la percezione psicologica degli effetti legati alla dimensione fisiologica, è stata studiata meno in letteratura (Arcos-Romero & Sierra, 2018; Mah & Binik, 2001). La maggior parte delle ricerche sull'orgasmo si è concentrata sulla presenza o assenza di tale fenomeno, sulle sue difficoltà e sulla sua importanza per l'attività sessuale, mentre solo una parte più ridotta ha indagato le sue caratteristiche psicologiche (Arcos-Romero & Sierra, 2018; Mah & Binik, 2005; Mah & Binik, 2002). Attualmente non esiste una definizione universalmente accettata relativa al costrutto psicologico (Alwaal, Breyer, e Lue, 2015; Mah & Binik, 2001; Paterson, Amsel, e Binik, 2013; Safron, 2016).

Alcuni ricercatori hanno tentato di descrivere l'orgasmo focalizzandosi sullo stato psicologico associato a una sempre più intensa sensazione piacevole che culmina in una condizione di benessere, e concentrandosi sulla combinazione delle caratteristiche fisiologiche e psicologiche che contraddistinguono il fenomeno (Mah & Binik, 2001; Alzate, 1985; Bentler & Peeler, 1979).

Per poter percepire una risposta fisiologica come "sessuale" è necessaria una consapevolezza soggettiva da parte della persona che la esperisce, rendendo la prospettiva biologica non sufficiente per spiegare l'orgasmo come un'esperienza sessuale (Rosen & Beck, 1988).

Un altro fenomeno psicofisiologico che può essere spiegato in modo analogo è il dolore, il quale comprende l'esperienza di un taglio nella pelle e non il taglio stesso (Melzack & Torgerson, 1971). Dunque, l'eiaculazione e le contrazioni pelviche devono essere

percepite in maniera eroticamente piacevole per essere identificate come orgasmo, altrimenti tali fenomeni potrebbero essere paragonati a una qualsiasi risposta del corpo come, ad esempio, uno starnuto (Mah & Binik, 2001).

1.3.1 L'esperienza soggettiva dell'orgasmo

Kinsey e colleghi (1948) hanno distinto tra aspetti fisiologici (orgasmo) e aspetti psichici (piacere orgasmico) dell'esperienza orgasmica.

Masters e Johnson (1966) riportano che l'esperienza soggettiva dell'orgasmo si basa sugli eventi fisiologici esperiti durante il fenomeno. Negli uomini l'emissione è associata a un senso di inevitabilità eiaculatoria, mentre l'espulsione coinvolge le sensazioni contrattili e il piacere associato al volume del liquido seminale. L'orgasmo femminile comprende una sensazione di arresto, seguita da una diffusione di calore dall'area pelvica al resto del corpo e, infine, la presenza di contrazioni pelviche. È stato possibile per i ricercatori formulare queste descrizioni sulla base di report aneddotici, rendendo le caratteristiche sopra citate non rappresentative della popolazione. Inoltre, come riportato anche successivamente da altri ricercatori (Clifford, 1978; Hite, 1976), dallo studio di Masters e Johnson (1966) si evince che le sensazioni e le percezioni soggettive esperite durante l'orgasmo riguardano l'inevitabilità orgasmica, la sospensione delle sensazioni a cui fa seguito un piacere esplosivo diffuso attraverso la zona pelvica, la tensione e il calore che attraversano tutto il corpo.

La ricerca di Levin e Wagner (1985) riporta che la durata soggettiva dell'orgasmo risulta inferiore, meno della metà, rispetto alla sua durata oggettiva.

L'esperienza soggettiva dell'orgasmo sperimentata nell'attività sessuale col partner potrebbe essere descritta attraverso diverse dimensioni come l'affettività, le sensazioni fisiologiche, l'intimità e gli effetti gratificanti derivati dall'orgasmo (Arcos-Romero, Granados, e Sierra, 2019). Dunque, da un punto di vista soggettivo tale l'esperienza potrebbe essere definita come l'autovalutazione dell'orgasmo da un punto di vista psicologico (Arcos-Romero & Sierra, 2020).

L'intensità della percezione soggettiva del fenomeno in questione è stata associata, in modi isolati e indipendenti, a diverse dimensioni della salute sessuale quali soddisfazione sessuale, desiderio sessuale ed eccitazione sessuale (Arcos-Romero &

Sierra, 2018). Tuttavia, queste associazioni non sono state esaminate congiuntamente secondo fattori o livelli creati sulla base di caratteristiche comuni delle variabili (Arcos-Romero & Sierra, 2020).

Partendo dalla teoria ecologica di Bronfenbrenner (1994), secondo la quale lo sviluppo personale è il risultato dell'interazione tra gli individui e i contesti ambientali con cui essi interagiscono, l'esperienza dell'orgasmo è stata associata a variabili personali, interpersonali, ideologiche e ad aspetti sociali. Per quanto riguarda le variabili personali, l'esperienza orgasmica si associa a una maggiore propensione all'eccitazione sessuale (Arcos-Romero *et al.*, 2019) o a una minore inibizione (Tavares, Laan, e Nobre, 2018), e a una maggiore erotofilia, definita come la disposizione a rispondere affettivamente agli stimoli sessuali (Arcos-Romero, Moyano, e Sierra, 2018).

Tra i fattori interpersonali, il desiderio sessuale, descritto come l'interesse per le relazioni e per le attività sessuali diadiche (Moyano, Vallejo-Medina, e Sierra, 2017), è stato positivamente associato all'orgasmo (Prause, Kuang, Lee, e Miller, 2016; Yen Chiang & Chiang, 2016). Inoltre, anche l'assertività sessuale, ovvero la capacità di avviare le attività sessuali desiderate o di rifiutare il contatto sessuale indesiderato con un partner (Sierra, Santos-Iglesias, e Vallejo-Medina, 2012), e la soddisfazione sessuale sono associate a tale esperienza (Santos-Iglesias & Sierra, 2010; Van Anders & Dunn, 2009; Brody & Weiss, 2011). Vengono tenute in considerazione anche le variabili sociali, come il sostegno sociale e lo status socioeconomico, e le variabili ideologiche, come le pratiche religiose (cfr. § 1.4).

1.3.2 La soddisfazione sessuale

L'orgasmo è un indicatore efficace di una sessualità piacevole e sana perché riguarda la soddisfazione per le relazioni sessuali (Edard & Rusinek, 2020).

La soddisfazione sessuale e la soddisfazione della relazione sono caratterizzate da un rapporto reciproco (Byers, 2005). Le persone che raggiungono l'orgasmo più frequentemente riportano una maggiore soddisfazione sessuale (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Sprecher & Cate, 2004).

La soddisfazione sessuale è definita come la risposta affettiva derivante dalla valutazione soggettiva degli aspetti associati alla relazione sessuale (Lawrance & Byers,

1995; Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, Byers, e Sierra, 2015). Sia gli uomini che le donne si ritengono maggiormente soddisfatti sessualmente quando condividono col proprio partner momenti in cui si scambiano baci, coccole e carezze (Heiman *et al.*, 2011), considerando la qualità della relazione di coppia importante per il raggiungimento dell'orgasmo (Dunn & Trost, 1989; Hite, 1981). Anche la stimolazione genitale e il sesso orale sono associati a una maggiore soddisfazione e a un maggiore piacere sessuale (de Visser, Smith, Rissel, Richters, e Grulich, 2003; Herbenick *et al.*, 2010).

Le coppie che hanno un'attività sessuale più frequente riportano una maggiore soddisfazione per la loro vita sessuale che diviene anche una soddisfazione per la relazione stessa (Laumann, Gagnon, Michael, e Michaels, 1994; Frederick, Lever, Gillespie, e Garcia, 2017).

La qualità della relazione di coppia presenta un'importante correlazione con la frequenza dell'orgasmo e la soddisfazione sessuale (Mah & Binik, 2001).

La comunicazione costruttiva è sicuramente un modo efficace per promuovere la soddisfazione in ambito sessuale (MacNeil & Byers, 2005). Le persone che sono più propense a comunicare desideri e fantasie sessuali al partner, riferendo liberamente le proprie preferenze, sono generalmente più soddisfatte della loro vita sessuale (Montesi, Fauber, Gordon, e Heimberg, 2010).

Si è visto che l'aver figli in casa potrebbe causare un impatto negativo sia sulla soddisfazione che sulla frequenza dei rapporti sessuali (Gray, Garcia, Crosier, e Fisher, 2015).

Il considerare l'attività sessuale un aspetto importante della vita di coppia ed avere atteggiamenti espliciti positivi al riguardo sono due aspetti correlati positivamente con livelli più alti di desiderio e maggiore soddisfazione sessuale (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Dosch, Belayachi, e Van der Linden, 2016).

Da un punto di vista sessuale, gli individui che sono più assertivi presentano una maggiore autostima (Ménard & Offman, 2009), esperiscono più orgasmi (Hurlbert, 1991) e riportano una soddisfazione sessuale complessiva maggiore (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Hurlbert, 1991; Ménard & Offman, 2009). Dunque, generalmente l'assertività sessuale predice la soddisfazione sessuale (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Hurlbert, 1991; Ménard & Offman, 2009).

Diversamente, sentimenti negativi, come vergogna e senso di colpa, impattano negativamente sull'esperienza orgasmica e sulla soddisfazione a essa collegata (Murray, Ciarrocchi, e Murray-Swank, 2007). Rispetto agli uomini, le donne hanno percezioni genitali più negative e sono più propense a identificare i loro genitali come "vergognosi" o "sporchi", con conseguenti livelli più bassi di soddisfazione sessuale rispetto alle donne con percezioni genitali positive (Reinholtz & Muehlenhard, 1995). Le cognizioni negative nelle donne, come il senso di colpa e la vergogna, sono state collegate a disfunzioni sessuali e a livelli inferiori di eccitazione sessuale (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008).

1.3.3. L'orgasmo indotto e l'orgasmo immaginativo

Da un punto di vista fisiologico, l'esperienza orgasmica esperita tramite stimolazione è simile a quella sperimentata con l'immaginazione (Whipple, Ogden, e Komisaruk, 1992). Entrambe le modalità possono portare al raggiungimento dell'orgasmo, il quale si può verificare anche durante il sonno o dopo l'esercizio fisico sia negli uomini che nelle donne (Fisher *et al.*, 1983; Wells, 1983; Herbenick, Fu, Patterson, e Dennis Fortenberry, 2021). Dunque, l'orgasmo umano può verificarsi a partire da eventi sessuali o non sessuali, così come dalla stimolazione genitale e non genitale (Herbenick, Barnhart, Beavers, e Fortenberry, 2018; Komisaruk & Whipple, 1998, 2011).

Lo studio di Whipple e colleghi (1992) ha confermato che nelle donne l'orgasmo può essere indotto anche a partire esclusivamente da meccanismi psicologici: l'orgasmo esperito tramite la stimolazione genitale e quello ottenuto dall'immaginazione non mostrano differenze significative in termini di frequenza cardiaca, dilatazione pupillare e pressione sanguigna. Tale ricerca ha anche dimostrato che sia l'orgasmo indotto da immagini sia l'orgasmo raggiunto con autostimolazione genitale portano a un aumento significativo della soglia del dolore.

Per giunta, alcune donne affermano di aver vissuto l'esperienza orgasmica durante il sonno, e altre riportano di riuscire ad avere orgasmi semplicemente impegnandosi in immagini e fantasie, dunque in assenza di stimolazione fisica (Henton, 1976; Wells, 1983;

1986; Whipple, Ogden, e Komisaruk, 1992). Inoltre, uomini e donne paraplegici confermano la presenza di orgasmi “fantasma” (Money, 1960). In letteratura vi è infatti testimonianza di donne con lesioni spinali che riescono a raggiungere l’orgasmo tramite immaginazione: le descrizioni dell’esperienza orgasmica riportate dalle pazienti sono indistinguibili da quelle riferite da donne prive di lesioni (Sipski, Alexander, & Rosen, 2001).

1.4 Gli aspetti psicosociali correlati all’orgasmo

Il contesto sociale è fondamentale per lo sviluppo personale (Sánchez-Fuentes, Salinas, e Sierra, 2016). In letteratura vi sono pochi studi che hanno messo in relazione i fattori sociali all’esperienza dell’orgasmo (Arcos-Romero & Sierra, 2018). Alcuni ricercatori hanno suggerito che i fattori psicosociali sono i principali determinanti dell’esperienza soggettiva dell’orgasmo nelle donne, influenzando anche il piacere e la soddisfazione sessuale (Levin, 1981; Masters & Johnson, 1966).

Nello studio italiano di Panzeri e Fontanesi (2013) le donne hanno affermato che la propria eccitazione dipende dallo loro stato fisico ed emotivo, dal comportamento e dall’atteggiamento del partner, dalla qualità del rapporto di coppia e dal tipo di situazione. Le preoccupazioni, il timore di non avere un aspetto attraente, comportamenti e atteggiamenti indesiderati del partner sono tutti fattori inibitori dell’eccitazione nelle donne.

Il sostegno sociale percepito dal contesto che circonda l’individuo è associato alle dimensioni della salute sessuale (Ramiro, Teva, Bermúdez, e Buela-Casal, 2013; Sánchez-Fuentes *et al.*, 2016): nello studio di Arcos-Romero e Sierra (2020), sia negli uomini che nelle donne, il supporto sociale è direttamente associato all’intensità dell’esperienza soggettiva dell’orgasmo.

Anche lo status socioeconomico sembra avere rilevanza sul funzionamento sessuale: probabilmente i suoi effetti sono mediati da variabili personali e interpersonali (Arcos-Romero & Sierra, 2018; Sánchez-Fuentes *et al.*, 2016). Avere un basso status socioeconomico rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo umano (Sánchez-Fuentes *et al.*, 2016) ed è associato ad una minore stabilità e soddisfazione relazionale (Amato,

Booth, Johnson, e Rogers, 2007; Conger, Conger, e Martin, 2010) e a un livello inferiore di soddisfazione sessuale (Ruiz-Muñoz *et al.*, 2013).

Alcune ricerche hanno collegato lo stato della relazione sentimentale con la frequenza dell'orgasmo e la soddisfazione sessuale (Armstrong *et al.*, 2012; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Kontula & Miettinen, 2016; Pedersen & Blekesaune, 2003; Wongsomboon, Burleson, e Webster, 2020). Le donne che hanno un partner stabile (Kontula & Miettinen, 2016), che sono in una relazione impegnata (rispetto a quella casuale) (Armstrong *et al.*, 2012; Wongsomboon *et al.*, 2020), che hanno un'elevata probabilità di sposare il loro partner (Armstrong *et al.*, 2012) o che hanno sperimentano l'amore nella loro relazione (Haavio-Mannila & Kontula, 1997) tendono a raggiungere l'orgasmo più frequentemente. Inoltre, Pedersen e Blekesauna (2003) riportano che le coppie sposate o conviventi tendono a essere più soddisfatte sessualmente: una relazione stabile può influenzare positivamente la soddisfazione sessuale.

Vi è una relazione negativa tra le pratiche religiose e alcune dimensioni della sessualità, come l'erotofilia (Sierra, Ortega, e Gutiérrez-Quintanilla, 2008), la soddisfazione sessuale (Sánchez-Fuentes *et al.*, 2016), e la frequenza dei rapporti sessuali (McFarland, Uecker, e Regnerus, 2011). Generalmente le persone religiose tendono a essere meno esperte di comportamenti sessuali, come il sesso orale (Mahoney, 1980). Diversamente, coloro che sono cresciuti in famiglie non religiose tendenzialmente mostrano livelli più alti di soddisfazione sessuale da adulti (Haavio-Mannila & Kontula, 1997). Rispetto agli individui che frequentano la chiesa, coloro che si considerano meno religiosi hanno atteggiamenti sessuali più liberali e un'attività sessuale più frequente (Thornton & Camburn, 1989). Inoltre, è stato trovato che, mentre la religiosità è comunemente associata a una limitata attività sessuale, la spiritualità, intesa come la ricerca personale di connessione con un'entità trascendente (Piedmont, 1999), è positivamente associata ad alcuni aspetti delle pratiche sessuali (Burriss, Smith, e Carlson, 2009).

Infine, vi è una relazione negativa tra l'età e l'esperienza soggettiva dell'orgasmo: secondo Arcos-Romero e Sierra (2019), con l'avanzare dell'età, sia gli uomini che le donne tendono a mostrare una minore intensità dell'esperienza orgasmica soggettiva. Infatti, l'invecchiamento comporta una serie di cambiamenti fisiologici e psicosociali che possono influenzare l'orgasmo (Masters & Johnson, 1966; Schover & Jensen, 1988).

In letteratura alcuni studi mostrano che le donne più giovani riportano una maggiore soddisfazione nelle loro relazioni sessuali rispetto alle donne anziane (Deeks & McCabe, 2001; Haavio-Mannila & Kontula, 1997). Questo dato potrebbe dipendere dalla menopausa: con l'avanzare dell'età nelle donne vi sono dei cambiamenti ormonali che comportano una diminuzione del desiderio sessuale e dell'eccitazione (Genazzani, Gambacciani, e Simoncini, 2007). Le donne in menopausa, che presentano un calo del desiderio sessuale, riportano una diminuzione della soddisfazione sessuale (Genazzani *et al.*, 2007). L'invecchiamento fisico repentino comporta cambiamenti dell'immagine corporea come la comparsa di peluria sul viso o il deterioramento dei muscoli, della pelle, della struttura ossea e del seno. Tali modificazioni fisiche possono tradursi in una minore autostima e portare a un calo del desiderio sessuale. In menopausa le pareti vaginali si assottigliano, tendendosi a irritare più facilmente, la lubrificazione risulta minore e più lenta, e le grandi labbra diventano meno elastiche allargandosi di meno quando la donna è eccitata. Inoltre, le contrazioni tipiche dell'orgasmo diminuiscono di numero, soprattutto in coloro che non hanno un'attività sessuale regolare, accorciando la durata dell'esperienza orgasmica (cfr. Panzeri, 2013).

Per quanto riguarda gli uomini, Masters e Johnson (1966) riportano che con l'avanzare dell'età diminuisce la frequenza dei rapporti sessuali e dell'attività sessuale in generale, mentre tende ad aumentare l'incidenza di disfunzione erettile. A causa dell'atrofia generale, i testicoli diminuiscono di volume e i legamenti che sostengono il pene perdono di elasticità, facendo sì che il pene in erezione formi un angolo meno acuto con il corpo, rendendo i rapporti sessuali più difficili. Per giunta, negli uomini non è più presente la sensazione di inevitabilità dell'eiaculazione, poiché le due fasi di emissione ed espulsione tendono a fondersi e diminuiscono le contrazioni ritmiche necessarie all'espulsione dell'eiaculato data la minore pressione nella fase espulsiva (cfr. Panzeri, 2013).

1.5 Le differenze di genere

In seguito alla pubblicazione dello studio di Masters e Johnson (1966) ci fu un notevole interesse rivolto al tema dell'orgasmo e alle sue differenze di genere. In letteratura vi sono studi che mostrano risultati contrastanti sulle differenze di genere relative all'esperienza

orgasmica. Come riportato in seguito, vi sono autori che sottolineano la somiglianza dell'orgasmo maschile e di quello femminile, mentre altri ne evidenziano le differenze sia da un punto di vista fisiologico che psicologico, ritenendoli due fenomeni a sé stanti.

1.5.1 Lo studio di Vance e Wagner

Vance e Wagner (1976) hanno condotto uno studio qualitativo al fine di identificare e di definire le differenze tra l'esperienza orgasmica maschile e femminile, sostenendo l'ipotesi che l'orgasmo esperito dagli uomini sia diverso da quello sperimentato dalle donne.

A degli studenti di un corso introduttivo universitario sulla psicologia del comportamento sessuale è stato chiesto di riportare per iscritto una descrizione dell'orgasmo seguendo la seguente istruzione: "*Write a brief statement indicating what an orgasm feels like. If you have never had an orgasm, please describe how you think it would feel*" (pag. 89).

Successivamente, per indagare la presenza di una differenza di genere nel linguaggio scritto utilizzato per descrivere l'esperienza orgasmica, è stato chiesto ai partecipanti di riportare, sull'altro lato del foglio, la sensazione provata quando si mangia troppo: "*On the other side of the paper, describe what it feels like when you have eaten too much. If you have never eaten too much, describe how you think it would feel*" (pag. 90).

Per entrambi i quesiti è stato chiesto ai partecipanti di specificare se l'esperienza descritta fosse reale o immaginata, contrassegnando sul foglio le descrizioni di esperienze reali con una R e le descrizioni di esperienze immaginate con una I. È stato chiesto, inoltre, di compilare il questionario specificando il genere del rispondente.

Da circa 300 studenti presenti in classe, sono state consegnate 246 descrizioni, 121 da parte di maschi e 125 da parte di femmine. Si è proseguito con la prima scrematura eliminando 26 descrizioni immaginarie dell'orgasmo (3 maschili e 23 femminili) e 42 descrizioni che si presentavano con dieci parole o meno, risultando troppo concise, oppure che erano chiaramente identificabili con il sesso dello scrivente per via delle descrizioni fisiche accurate.

In questo modo le risposte rimaste sono 178, di cui 85 maschili e 93 femminili.

Le descrizioni riguardanti l'alimentazione eccessiva sono state esaminate da 5 giudici naïf (3 donne e 2 uomini) che avevano il compito di individuare quello che, secondo la

loro valutazione, era il genere del rispondente: la descrizione veniva eliminata se quattro giudici su cinque identificavano in maniera corretta il genere del partecipante. Tale passaggio è servito per individuare eventuali stereotipi stilistici di genere.

Da questa ulteriore scrematura sono state eliminate 54 descrizioni.

Successivamente sono state selezionate in modo del tutto casuale 48 risposte, di cui 24 femminili e 24 maschili, dalle 124 descrizioni di orgasmo rimanenti. Inoltre, le descrizioni prese in considerazione hanno subito delle modifiche, ovvero sono state rese neutre tutte quelle parole che potevano identificare il genere del rispondente: al posto di “moglie”, “marito”, “fidanzato”, “fidanzata” si è inserito il termine “partner”, mentre le parole come “pene” o “vagina” sono state sostituite più genericamente con il termine “genitali”.

In seguito, le descrizioni corrette sono state divise in modo randomizzato in tre diversi gruppi: il gruppo A (11 descrizioni femminili e 5 descrizioni maschili), il gruppo B (8 descrizioni femminili e 8 descrizioni maschili) e il gruppo C (5 descrizioni femminili e 11 descrizioni maschili). Tale suddivisione delle risposte ha reso più difficile il compito di identificazione del genere e ha ridotto al minimo la probabilità di individuarlo in modo corretto grazie al caso.

Dunque, a un gruppo di giudici specializzati (studenti di medicina, ostetrici-ginecologi e psicologi clinici) è stato chiesto, sulla base di una valutazione personale, di classificare le descrizioni indicando se fossero state scritte da uomini oppure da donne.

Dalla ricerca si evince che i giudici non riescono a identificare il genere di un partecipante sulla base della descrizione scritta del suo orgasmo. Non è risultata alcuna differenza nella capacità discriminatoria né mediata dal genere del giudice né dalla professione. È stata identificata in modo corretto da un numero significativo di giudici (65 giudizi su 70) solamente una descrizione, che trattava dell'esperienza di una donna che descriveva la presenza di orgasmi multipli.

In conclusione, i risultati suggeriscono che, diversamente da quanto ipotizzato dagli autori, l'esperienza soggettiva dell'orgasmo è la stessa sia per i maschi che per le femmine, con l'eccezione che quest'ultime sembrano capaci di provare orgasmi multipli.

1.5.2 L'orgasmo multiplo femminile e maschile

Masters, Johnson, e Kolodny, (1986) hanno definito gli orgasmi multipli sperimentati dalle donne come uno o più orgasmi che si susseguono entro un periodo di tempo breve, rimanendo sul livello di plateau di eccitazione sessuale. Nonostante la presenza di differenze individuali (Masters & Johnson, 1966; Sherfey, 1972; Amberson & Hoon, 1985; Bohlen, Held, Sanderson, e Boyer, 1982; Darling, Davidson, e Jennings, 1991; Hite, 1976), è stata confermata la capacità biologica di sperimentare orgasmi multipli nelle donne (Mah & Binik, 2001). Sembra che tale capacità femminile aumenti con l'esperienza sessuale della donna: non sempre all'inizio dell'attività sessuale si riescono a sperimentare orgasmi multipli, che però possono essere esperiti in seguito (cfr. Panzeri, 2013).

Vi è la convinzione comune che gli uomini non siano in grado di avere un orgasmo multiplo, in quanto immediatamente dopo l'eiaculazione entrano in un periodo refrattario (Masters *et al.*, 1986). Il periodo refrattario si chiama così in quanto l'uomo è refrattario alla stimolazione erotica, ovvero è un periodo in cui l'uomo non risponde alla stimolazione erotica dopo l'orgasmo e l'eiaculazione, ma, una volta terminato tale periodo di tempo, può rispondere nuovamente con l'eccitazione e raggiungere in seguito un nuovo orgasmo. Diversamente, le donne che riescono a sperimentare orgasmi multipli interrompono l'attività sessuale per la stanchezza fisica e non per l'esaurimento del desiderio, in quanto non presentano tale periodo refrattario (cfr. Panzeri, 2013).

Da alcuni studi si evince che qualche partecipante maschio riporta di raggiungere più orgasmi uno dopo l'altro con la presenza o meno di eiaculazione (Dunn & Trost, 1989; Hite, 1981; Robbins & Jensen, 1978).

È interessante notare che, mentre alcune ricerche sostengono che gli orgasmi multipli sono rari tra i maschi adulti in quanto l'avanzare dell'età negli uomini comporta erezioni meno solide e un periodo refrattario più lungo (Kinsey *et al.*, 1948; Masters & Johnson, 1966), dallo studio di Dunn e Trost (1989) emerge che circa la metà degli uomini del campione riporta la prima esperienza di orgasmi multipli all'età di 35 anni. In questo studio sono stati intervistati 21 uomini, di età compresa tra 25 e 69 anni: è stata chiesta la loro concettualizzazione di orgasmo multiplo, in quali circostanze si sono verificati gli orgasmi multipli, come hanno imparato ad avere orgasmi multipli o come hanno scoperto

di poterli sperimentare, quali orgasmi nella sequenza erano eiaculatori ecc. Tredici uomini affermano di avere da sempre provato orgasmi multipli sin dalla loro prima esperienza sessuale, otto, invece, riportano che questa esperienza riguarda solo la parte finale della loro vita sessuale. Inoltre, tutti i partecipanti di quest'ultima ricerca notano che se sono molto eccitati dopo un orgasmo, e se la stimolazione erotica continua, l'erezione permane fino al raggiungimento di un altro orgasmo. Dunque, non manifestandosi un periodo refrattario tradizionalmente previsto, gli uomini rimangono nella fase di plateau di eccitazione sessuale così come descritto per le donne da Masters e Johnson (1966).

Nello studio di Robbins e Jansen (1978), È stato chiesto a 13 uomini dai 22 ai 56 anni di età di descrivere in dettaglio la loro esperienza di orgasmo multiplo. I partecipanti alla ricerca hanno descritto i primi orgasmi caratterizzati da un aumento della frequenza respiratoria e cardiaca, miotonia, iperventilazione, aumento della tumescenza del pene, contrazioni dell'uretra e uno stato alterato di coscienza, il tutto senza eiaculazione. Inoltre, hanno descritto l'orgasmo finale con eiaculazione come il più intenso, in seguito al quale vi è una completa detumescenza e l'abituale periodo refrattario. Dunque, il fenomeno è stato descritto come una serie di orgasmi ripetuti senza eiaculazione, diversamente dall'ultimo orgasmo esperito con l'espulsione dell'eiaculato.

La critica mossa a questa ricerca è che i partecipanti potrebbero inibire o controllare apparentemente l'eiaculazione fino a concludere con un orgasmo eiaculatorio dopo che si è verificata una detumescenza insieme a un "normale periodo refrattario" (Dunn & Trost, 1989). A ogni modo in letteratura le definizioni di orgasmo multiplo variano notevolmente portando a interpretazioni differenti dei risultati che emergono dalle varie ricerche. (Amberson & Hoon, 1985; Dunn & Trost, 1989; Robbins & Jensen, 1978).

La scarsità di studi sull'orgasmo multiplo negli uomini ha a che fare con lo scetticismo scientifico riguardo alla sua stessa esistenza, data la presenza del periodo refrattario: le ricerche presenti in letteratura sono in gran parte studi di casi o di gruppi poco numerosi e utilizzano metodologie diverse con definizioni diverse o vaghe di orgasmo multiplo, rendendo difficile il confronto (Griffin-Mathieu *et al.*, 2021). Lo studio più recente di Griffin-Mathieu e colleghi (2021) ha utilizzato un metodo di raccolta dati su un campione relativamente ampio (N = 122) con età media di 32,11 anni avendo come obiettivo la descrizione dell'esperienza dell'orgasmo multiplo negli uomini e l'identificare

di profili potenzialmente diversi. Sono state poste domande a scelta multipla, scale di valutazione a 10 punti tipo Likert, domande Sì/No, Sì/No/Incerto e domande aperte sviluppate sulla base di correlati identificati in letteratura, compreso uno studio precedente sull'orgasmo multiplo femminile (Gerard *et al.*, 2021). Da questa ricerca di Griffin-Mathieu e colleghi (2021) risulta che 110 uomini riferiscono di aver sperimentato tra i 2 ai 4 orgasmi multipli durante la più recente esperienza sessuale: la maggior parte di loro ha indicato come più importante l'ultimo orgasmo della serie, in seguito al quale vi è una diminuzione dell'eccitazione e del livello di erezione, ma non sono state identificate differenze statisticamente significative nell'intensità fisica, nel piacere e nei livelli di eccitazione auto-riferiti tra il primo e l'ultimo orgasmo. Inoltre, la maggior parte del campione riferisce di aver eiaculato per tutti gli orgasmi della serie: il primo orgasmo è stato associato a un maggior volume di eiaculato, diminuito con il numero di orgasmi. L'età dei partecipanti non era significativamente correlata al numero di orgasmi raggiunti: l'aumento di età non si è dimostrato né un ostacolo né un facilitatore dell'esperienza orgasmica. Infine, dall'analisi dei cluster sono stati evidenziati quattro potenziali gruppi di uomini multiorgasmici: il primo gruppo (N = 38) “*Everlasting Lovers*” si riferisce a una esperienza di orgasmo multiplo persistente e altamente piacevole nel contesto diadico; il secondo gruppo (N = 4) “*Underwhelmed*” presenta un piacere orgasmico inferiore rispetto agli altri sperimentandolo nel contesto della masturbazione; il terzo gruppo (N = 33) “*Hard-driven*” caratterizzato da una funzione erettile significativa e stabile durante l'esperienza dell'orgasmo multiplo; il quarto gruppo (N = 45) “*Lessis (not) More*” in cui le sessioni di orgasmo multiplo sono state per lo più brevi e meno piacevoli di quelle degli altri gruppi. Non sono emerse differenze significative tra i 4 profili in termini di età di inizio dell'attività sessuale e questo suggerisce, ancora una volta, che l'età non è necessariamente centrale nello sviluppo o nell'esperienza della capacità multiorgasmica maschile (Griffin-Mathieu *et al.*, 2021).

1.5.3 Somiglianze e differenze tra orgasmo maschile e femminile

Da un punto di vista fisiologico Masters e Johnson (1966) hanno riscontrato differenze minime tra uomini e donne per quanto riguarda l'esperienza orgasmica. Dal momento in cui vengono innescati, l'orgasmo maschile e quello femminile si sviluppano

diversamente: negli uomini l'esperienza orgasmica procede anche se cessano gli stimoli che l'hanno prodotta, mentre nelle donne se scompare lo stimolo eccitatorio termina anche l'orgasmo stesso. Si può affermare che basta poco a interrompere l'orgasmo femminile, mentre quello maschile va avanti (Sherfey, 1972; Masters & Johnson, 1966). A ogni modo, Masters e Johnson (1966) considerano entrambi i fenomeni biologicamente indistinguibili.

Mentre alcuni studi affermano che l'esperienza dell'orgasmo è la stessa sia per i maschi che per le femmine (Masters & Johnson, 1966; Robbins & Jensen, 1978; Robbins & Jensen, 1978; Vance & Wagner, 1976), altre ricerche riferiscono il contrario.

Sono state dimostrate differenze di genere per quanto riguarda la percezione delle sensazioni psicologiche (Arcos-Romero *et al.*, 2019; Mah & Binik, 2002) e fisiologiche dell'orgasmo (Dubrai, Gérard, Beaulieu-Prévost, e Courtois, 2017). Inoltre, sono state anche evidenziate delle differenze tra uomini e donne nei cambiamenti fisici e psicologici sperimentati dopo il fenomeno sessuale in questione (Paterson, Jin, Amsel, e Binik, 2014).

Arcos-Romero e Sierra (2020) nel loro studio hanno riportato che l'esperienza soggettiva dell'orgasmo nelle donne è mediata da un numero maggiore di variabili rispetto agli uomini, sostenendo che l'orgasmo femminile è soggettivamente più complesso (Mah & Binik, 2001; Tavares *et al.*, 2018). Per le donne le variabili predittive significative dell'esperienza soggettiva dell'orgasmo sono l'età, l'erotofilia, la ricerca di sensazioni sessuali, il desiderio sessuale diadico incentrato sul partner e la soddisfazione sessuale (Arcos-Romero e Sierra, 2020).

Sia gli uomini che le donne riportano un'alta stima dell'intensità dell'esperienza soggettiva orgasmica (Arcos-Romero & Sierra, 2020), con una valutazione maggiore presentata dalle donne (Arcos-Romero *et al.*, 2018; Arcos-Romero & Sierra, 2019; Mah & Binik, 2002). Questo accade probabilmente perché vi è un diverso stile di risposta nei maschi e nelle femmine (Mah & Binik, 2002), oppure tale differenza è attribuibile al fatto che le donne tendono a stimare maggiormente gli aspetti soggettivi rispetto agli uomini che, invece, considerano in misura maggiore gli aspetti fisiologici (Arcos-Romero *et al.*, 2019; Laan & Janssen, 2007).

Secondo Kontula e Miettinen (2016), i fattori mentali e relazionali sono le chiavi per ottenere orgasmi più frequenti nelle donne. Inoltre, è importante tenere in considerazione

che le stesse donne differiscono molto tra loro per quanto riguarda la capacità di provare orgasmi (Kontula & Miettinen; 2016), date le loro molteplici possibilità di risposta sessuale (Masters & Johnson, 1966).

Nonostante la minore attenzione rivolta all'orgasmo maschile, in letteratura risulta che le esperienze di orgasmo negli uomini sono influenzate da aspetti psicosociali (Dunn & Trost, 1989; Hite, 1981) così come nelle donne, dove la soddisfazione e il piacere orgasmico sono correlati a fattori intrapersonali, interpersonali e contestuali (Fisher, 1973; Hite, 1976; Sholty, 1984).

1.5.4 La funzione dell'orgasmo maschile e femminile

La relazione tra l'orgasmo e la sua funzione riproduttiva determina una differenza di genere importante. Nella maggior parte dei casi l'orgasmo per gli uomini coincide con l'eiaculazione (anche se non sempre è così), dunque se il fenomeno non avviene durante il coito si hanno poche possibilità che abbia luogo un concepimento. Le donne risultano comunque fertili anche se durante l'attività sessuale non esperiscono l'esperienza orgasmica: non vi è una relazione tra la capacità orgasmica nelle donne e la loro fecondità (Vance & Wagner, 1976).

Dunque, se negli uomini la funzione dell'orgasmo è principalmente riproduttiva determinata dall'eiaculazione, nelle donne l'orgasmo può rappresentare un rinforzo positivo (condizionamento operante) che porta alla ripetizione dell'atto sessuale. Secondo la prospettiva evoluzionistica l'esperienza orgasmica rappresenta una forma di gratificazione per il conseguimento dei bisogni fondamentali per la sopravvivenza: la donna, dopo aver sperimentato un'elevata soddisfazione in seguito al rapporto sessuale, è più propensa ad accoppiarsi col proprio compagno in seguito e questo aumenta la probabilità di fecondazione (cfr. Panzeri, 2013; Morris, 1968).

L'esperienza orgasmica femminile è collegata alla funzione riproduttiva anche indirettamente: in seguito all'orgasmo si ha un rilassamento postorgasmico durante il quale la donna rimane ferma (meglio se in posizione supina) agevolando la risalita dello sperma attraverso l'utero fino alle tube (cfr. Panzeri, 2013).

Un ruolo importante lo riveste anche la produzione di ormoni: l'ossitocina, detto "l'ormone dell'amore", viene prodotta da entrambi i generi durante alcune attività, tra cui

quella sessuale. La sua produzione è massima nella fase di orgasmo stimolando il legame di attaccamento tra i partner (cfr. Panzeri, 2013).

Secondo Morris (2003) la gratificazione derivante dall'orgasmo femminile dovrebbe consentire di mantenere un legame di coppia stabile indispensabile per garantire la crescita dei figli, che impiegano più tempo a svilupparsi rispetto alle altre specie animali. La maggiore complessità dell'orgasmo femminile consente di selezionare un partner che sia in grado di occuparsi della prole: le qualità necessarie per essere un buon partner sessuale (intelligenza, sensibilità, empatia, pazienza) sono le stesse che consentono di essere un buon padre.

Meston e colleghi (2004) riportano altre numerose funzioni dell'orgasmo femminile, quali: una ricompensa di intenso piacere che rende accettabile il pericolo del coito con la possibilità di una gravidanza; la conclusione del coito; la risoluzione della vasocongestione pelvica e l'eccitazione; la possibilità della cervice di attingere dalla piscina seminale; l'eccitazione nell'uomo attraverso la sensazione delle contrazioni vaginali sul pene e la sua successiva eiaculazione; la redistribuzione del potenziale elettrico nel cervello e il mantenimento della salute del tratto genitale attraverso le contrazioni muscolari e l'aumentato flusso sanguigno.

1.6 L'attivazione cerebrale durante l'orgasmo

La letteratura sull'imaging cerebrale durante l'eccitazione sessuale negli uomini e nelle donne è ampia e generalmente coerente, mentre quella relativa all'orgasmo è relativamente limitata e variabile (Wise, Frangos, e Komisaruk, 2017).

Vi è una diffusa attivazione del cervello durante il piacere intenso dell'esperienza orgasmica (Komisaruk *et al.*, 2004; Wise *et al.*, 2017).

Durante l'orgasmo negli uomini e nelle donne è stata riportata l'attivazione nel cervelletto (Holstege *et al.*, 2003; Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk, Wise, Frangos, e Allen, 2010; Komisaruk, Wise, Frangos, Birbano, e Allen, 2011), coerente con l'intensa tensione muscolare durante l'orgasmo (Komisaruk & Rodriguez del Cerro, 2021), nel cingolo anteriore (Holstege *et al.*, 2003; Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010; Komisaruk *et al.*, 2011) e nella via dopaminergica dall'area tegmentale ventrale al nucleo accumbens (Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010; Komisaruk *et al.*, 2011).

Nelle donne che esperiscono l'orgasmo è stata riportata l'attivazione nell'ippocampo (Hamann, Herman, Nolan, e Wallen, 2004; Rupp *et al.*, 2013; Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010), che può essere legata alla fantasia erotica (Komisaruk & Rodriguez del Cerro, 2021), e nella corteccia frontale (Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010; Wise, 2014).

L'attività dell'amigdala aumenta con la presenza dell'orgasmo nelle donne (Hamann *et al.*, 2004; Rupp *et al.*, 2013; Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010), mentre diminuisce durante l'eiaculazione negli uomini (Holstege *et al.*, 2003) assieme all'attività del lobo temporale (Holstege & Huynh, 2011). L'attivazione dell'amigdala è coerente con l'aumento del tono simpatico autonomo che aumenta la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna durante l'orgasmo (Komisaruk & Rodriguez del Cerro, 2021).

Invece, durante l'eiaculazione aumenta l'attività nel giro temporale medio e nella corteccia orbito-frontale (Holstege *et al.*, 2003).

Durante l'orgasmo nelle donne la corteccia frontale si attiva (Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010; Wise, 2014; Komisaruk & Whipple, 2005) mentre negli uomini vi è una disattivazione riportata sulla base di studi con la PET, ovvero la tomografia a emissione di positroni, (Georgiadis *et al.*, 2006; Georgiadis, Reinders, Paans, Renken, e Kortekaas, 2009) e con la risonanza magnetica funzionale, RMF (Georgiadis *et al.*, 2010).

Nello studio di Wise e colleghi (2017) non sono state trovate differenze significative riguardo l'attivazione cerebrale durante l'orgasmo avvenuto per stimolazione del partner e l'orgasmo esperito attraverso l'autostimolazione. I risultati di questa ricerca confermano che durante l'orgasmo si attivano: le regioni cerebrali che stimolano l'attività simpatica, ovvero l'ipotalamo posteriore (Hess, 1957) e le regioni inferiori del tronco encefalico implicate nel piacere, nella ricompensa e nella dipendenza (Berridge & Kringelbach, 2015), in particolare il tegmento ventrale (contenente i corpi cellulari del sistema dopaminergico mesocorticolimbico) e la substantia nigra. Inoltre, si è osservata una significativa attivazione del nucleo del rafe dorsale (che rilascia serotonina) e del nucleo cuneiforme (Zemlan & Behbehani, 1988), entrambi importanti componenti del tronco encefalico che mediano l'analgesia endogena (Basbaum & Fields, 1978) e che potrebbero spiegare, almeno in parte, l'effetto di attenuazione del dolore durante l'orgasmo riportato dai partecipanti allo studio.

Come riportato da Komisaruk & Rodriguez del Cerro (2021), l'attivazione della corteccia cingolata anteriore e della corteccia insulare è particolarmente interessante, in quanto entrambe le regioni sono attive sia durante l'orgasmo che durante la stimolazione dolorosa. Gli autori non sanno riportare con certezza la ragione di tale attivazione: le diverse sottoregioni potrebbero essere attivate in modo differente dall'orgasmo e dal dolore, oppure l'attivazione legata all'orgasmo potrebbe inibire la regione attivata dal dolore (la RMF non può distinguere le regioni attive eccitatorie da quelle attive inibitorie), o ancora le regioni attivate dall'orgasmo potrebbero essere coinvolte nella generazione delle smorfie facciali caratteristiche sia dell'orgasmo che del dolore, indipendentemente dall'esperienza del piacere o del dolore.

CAPITOLO 2:

GLI STRUMENTI DI MISURAZIONE DELL'ESPERIENZA ORGASMICA

2.1 Le misure dell'orgasmo

Le misure dell'esperienza soggettiva dell'orgasmo presenti in letteratura generalmente si sono basate su un approccio dicotomico (evento o non evento) oppure su valutazioni di base della frequenza, della consistenza o del soddisfacimento (ad esempio, Darling, Davidson Sr., e Cox, 1991; Davidson Sr. & Moore, 1994; Singh, Meyer, Zamborano, e Hurlbert, 1998). In assenza di una misura universalmente accettata della percezione soggettiva dell'orgasmo, vi è stato un tentativo da parte di Warner (1998) di sviluppare e convalidare un questionario che sopperisse a questa mancanza.

Il *Peak of Sexual Response Questionnaire di Warner (1998)* è stato ideato con lo scopo di costituire una misura delle qualità soggettive dell'esperienza orgasmica. Il questionario è costituito da dimensioni fisiche (*Release, Throbbing, Continued Arousal, Vaginal Sensation, Sudden Cessation, Non-Genital*) e affettive (*Evaluative, Depressed, Unresponsive, Almost*). Tuttavia, le dimensioni evidenziate da Warner (1998), con particolare riferimento alle dimensioni *Depressed, Unresponsive e Almost*, riflettono una sovrapposizione tra orgasmo ed eccitazione sessuale, derivante dal fatto che viene chiesto alle partecipanti di rispondere facendo riferimento al picco della risposta sessuale e non alla propria esperienza orgasmica. Un approccio multidimensionale alla descrizione dell'esperienza soggettiva dell'orgasmo potrebbe risolvere questa problematica: i modelli biopsicosociali di Davidson (1980) e Warner (1981) indicano che la fenomenologia dell'orgasmo comprende sia sensazioni fisiche che esperienze psicologiche ed emotive. Un ulteriore limite del PSRQ è che si tratta di un questionario rivolto unicamente alla popolazione femminile e non è stato sviluppato ulteriormente per essere applicato ad entrambi i generi.

2.2 L'*Orgasm Rating Scale* (ORS)

Mah e Binik (2002) hanno ideato l'*Orgasm Rating Scale*, con l'intento di creare una misura universalmente accettata della percezione soggettiva dell'orgasmo sia negli uomini che nelle donne. Lo scopo degli autori è stato quello di sviluppare e valutare un modello biopsicosociale dell'orgasmo, utilizzando una metodologia di valutazione degli aggettivi: in un primo momento vi è stata una fase di sviluppo del questionario e una fase di valutazione della struttura fattoriale del modello, in seguito è stata effettuata una convalida con un campione indipendente. Gli autori hanno avanzato tre ipotesi: il modello di valutazione degli aggettivi dell'esperienza dell'orgasmo sarebbe un modello bidimensionale che comprende dimensioni fisiche e cognitivo-affettive; esso caratterizzerebbe adeguatamente l'esperienza dell'orgasmo sia maschile che femminile; le differenze tra i contesti sessuali determinerebbero esperienze orgasmiche differenti (l'orgasmo raggiunto tramite il sesso con il partner o con la partner è associato a valutazioni più elevate delle componenti cognitivo-affettive, soprattutto con l'atto coitale, rispetto a quello raggiunto tramite la masturbazione).

L'ORS (Mah & Binik, 2002; 2005; 2020) è uno dei pochi strumenti che valuta e quantifica l'esperienza soggettiva dell'orgasmo esperita nelle relazioni sessuali con il partner o con la partner e/o durante la masturbazione. L'ORS è una scala di 40 item self-report distribuita su una dimensione cognitivo-affettiva, relativa alle esperienze valutative e affettive associate all'orgasmo, e su una dimensione sensoriale, che comprende le sensazioni fisiologiche dell'esperienza orgasmica. È utilizzata una scala Likert a 6 punti, in cui 0 indica "non lo descrive affatto" e 5 "lo descrive perfettamente". Per quanto riguarda le proprietà psicometriche, gli autori hanno valutato un modello bidimensionale e hanno riportato una consistenza interna che varia da .88 a .92 (Mah & Binik, 2002; 2011). Relativamente alla validità esterna della scala, sono state riportate correlazioni significative con la soddisfazione sessuale e altri aspetti del funzionamento sessuale (Mah & Binik, 2005).

Per la costruzione dell'ORS, nello studio pilota è stato stilato un elenco di aggettivi a partire dalle descrizioni di esperienze soggettive dell'orgasmo riportate da persone che avevano partecipato a ricerche precedenti (ad esempio, Hite, 1976, 1981; Newcomb & Bentler, 1983; Vance & Wagner, 1976). Inoltre, per verificare se l'orgasmo comportasse

esperienze negative o dolorose, sono stati inseriti anche aggettivi tratti dal *McGill-Melzack Pain Questionnaire* (Melzack, 1975), per un totale di 141 aggettivi, i quali sono stati valutati da 48 uomini e 41 donne diplomati e laureati su una scala da 0 a 9 (0 = non lo descrive affatto, 9 = lo descrive perfettamente) basandosi su quanto fossero esplicitativi del loro orgasmo più recente sia nel contesto della masturbazione che in quello del sesso con il partner o con la partner. I 60 aggettivi risultanti (tra cui nessuno di quelli tratti dal *McGill-Melzack Pain Questionnaire*), scelti poiché avevano le medie di valutazione più alte, sono stati sottoposti a un'ulteriore valutazione, in cui è stata utilizzata una scala da 0 a 5 (0 = non lo descrive affatto, 5 = lo descrive perfettamente), e bisognava indicare il comportamento sessuale con cui è stato raggiunto l'orgasmo con il partner o con la partner. Questo compito era stato affidato ad un campione di 523 donne e 365 uomini, che avevano sperimentato l'orgasmo almeno una volta durante la masturbazione e il sesso con il partner o con la partner. La coerenza interna degli aggettivi conservati è risultata elevata sia per le donne ($\alpha = .92$) che per gli uomini ($\alpha = .90$). Inoltre, sia per gli uomini che per le donne tutti gli indici di adattamento dell'analisi fattoriale confermativa sono risultati sufficientemente buoni ($\chi^2/df < 2.5$; NNFI e CFI $> .90$)

Nonostante i risultati abbiano supportato l'utilità del modello bidimensionale, in seguito è stata svolta una convalida incrociata in un campione indipendente: per attenuare eventuali effetti d'ordine di aver valutato prima l'orgasmo raggiunto attraverso la masturbazione e poi nel contesto dell'attività sessuale con il partner o con la partner, 227 donne e 129 uomini hanno compilato il questionario facendo riferimento al contesto della masturbazione, mentre 276 donne e 166 uomini hanno fatto riferimento al contesto riguardante il sesso con il partner o con la partner. Gli autori hanno deciso di separare il contesto sessuale in due variabili I partecipanti allo studio erano studenti universitari e laureati che avevano provato almeno una volta l'orgasmo nel contesto sessuale a cui erano stati assegnati. Sono stati tenuti in considerazione 40 aggettivi, di cui 28 utilizzati precedentemente per la verifica delle ipotesi e 12 scelti casualmente dal questionario originale di 60 item, che nell'insieme riflettono aspetti considerati rilevanti nell'esperienza dell'orgasmo (come l'intensità e lo stato di coscienza alterato). La coerenza interna del questionario è risultata elevata in tutti i gruppi (donne/masturbazione: $\alpha = .89$; donne/sesso con il partner o con la partner: $\alpha = .88$; uomini/masturbazione: $\alpha = .92$; uomini/sesso con il partner o con la partner: $\alpha = .90$) e in

tutti i casi, gli indici di adattamento della cross-validazione per il modello bidimensionale hanno soddisfatto i criteri di adeguatezza ($\chi^2/df < 2.00$; NNFI e CFI $> .80$).

Gli studi di Mah e Binik (2002) hanno supportato l'ipotesi che l'orgasmo possa essere caratterizzato da esperienze sensoriali e cognitivo-affettive distinte: il modello bidimensionale risulta essere affidabile per misurare il contesto sessuale, supportando la distinzione concettuale tra sensazioni fisiche e cambiamenti dell'umore operata dai modelli di orgasmo presenti in letteratura (Davidson, 1980; Warner, 1981). Come atteso, gli aspetti emotivi dell'esperienza orgasmica maschile e femminile erano maggiori quando l'orgasmo è stato raggiunto con il partner o con la partner che con la masturbazione. Inoltre, il modello bidimensionale descrive in modo coerente sia l'orgasmo maschile che femminile.

2.2.1 L'Orgasm Rating Scale su un campione spagnolo

Arcos-Romero, Moyano e Sierra (2018) hanno analizzato la struttura fattoriale dell'ORS per esaminarne le proprietà psicometriche con dati provenienti da un campione di 842 adulti della popolazione spagnola generale (310 uomini e 532 donne) di età compresa tra i 18 e i 77 anni, successivamente diviso in: campione 1 composto da 100 uomini e 200 donne (età media di 27,77 anni) e campione 2 formato da 210 uomini e 332 donne (età media di 26,77 anni). L'ORS, è stato somministrato online insieme al *Sexual Opinion Survey-6* (SOS; Vallejo-Medina, Granados, e Sierra, 2014) e al *Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ; Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias, e Fernández, 2012). Il SOS comprende 6 item che valutano il continuum erotofobia-erotofilia: punteggi elevati indicano una maggiore erotofilia. Arcos-Romero e colleghi (2018) nel loro studio hanno ottenuto un valore dell'alpha di Cronbach pari a .73. Il MGH-SFQ comprende 4 item sul funzionamento sessuale, ma sono stati utilizzati solo gli item "orgasmo" e "soddisfazione sessuale": punteggi da 0 a 3 (da marcatamente diminuito a minimamente diminuito) indicano individui con difficoltà, mentre punteggi pari a 4 (normale) mostrano individui senza difficoltà. È risultata un'alpha di Cronbach pari a .90 negli uomini e a .93 nelle donne (Arcos-Romero *et. al.*, 2018). In un primo momento è stato effettuato l'adattamento linguistico dell'ORS in spagnolo da 4 ricercatori: gli item che non hanno raggiunto almeno l'85% di accordo sulla

comprensione del contenuto sono stati modificati così come gli item che allo studio pilota sono stati considerati ambigui da 20 adulti (10 uomini e 10 donne). In seguito, si è ottenuta una versione definitiva dell'ORS in spagnolo, compilata in riferimento al contesto del sesso con il partner o con la partner. La versione originale di 40 item dell'ORS è stata ridotta a una versione di 25 item distribuiti su 4 fattori: l'*Affective dimension* (*Elated, Satisfying, Blissful, Exciting, Fulfilling, Pleasurable*) si riferisce ai sentimenti provati durante l'orgasmo, la *Sensory dimension* (*Flooding, Pulsating, Uncontrolled, Quivering, Shooting, Euphoric, Flushing, Throbbing, Exploding, Rising, Spreading, Trembling, Wilde*) è legata alle sensazioni fisiologiche riferite al fenomeno, l'*Intimacy dimension* (*Loving, Unifying, Tender, Close*) riguarda l'aspetto intimo dell'esperienza orgasmica in una relazione sessuale e la *Rewards dimension* (*Peaceful, Relaxing, Shooting*) è associata alle sensazioni piacevoli o gratificanti derivate dall'evento sessuale in questione.

Questo modello a 25 item ha raggiunto indici di adattamento sufficienti: RMSEA=.07; CFI=.91; TLI=.90; SRMR=.05; $\chi^2/df= 3.77$. I valori di affidabilità per ciascun fattore sono buoni: l'alpha di Cronbach è risultata adeguata a tutte e 4 le dimensioni (*Affective*: $\alpha = .90$; *Sensory*: $\alpha = .93$; *Intimacy*: $\alpha = .78$; *Rewards*: $\alpha = .86$). Inoltre, le correlazioni tra i fattori vanno da .36 a .66. Per quanto riguarda la validità convergente, tutti i fattori dell'ORS, eccetto l'*Intimacy dimension*, erano associati positivamente all'erotofilia e, come atteso, l'esperienza orgasmica è stata associata positivamente alla soddisfazione sessuale. I risultati relativi alla validità tra gruppi noti (*known-group validity*) hanno indicato che l'*Affective*, la *Sensory* e l'*Intimacy dimension* dell'ORS erano in grado di differenziare gli individui con difficoltà orgasmiche (N = 157) da quelli senza difficoltà (N = 351): le differenze nella *Rewards dimension* non sono risultate significative. Le persone con problemi orgasmici hanno sperimentato una minore intensità nelle manifestazioni affettive, di intimità e sensoriali dell'orgasmo: l'ORS potrebbe essere una misura appropriata per la pratica clinica individuando persone con possibili problemi sessuali. Dunque, la versione spagnola dell'ORS è una misura affidabile e valida sia per la ricerca che per scopi clinici.

Nello studio di Cervilla Sáez, Vallejo Medina, Gómez Berrocal, Torre Vílchez, e Sierra Freire (2022) sono state esaminate le proprietà psicometriche della versione spagnola dell'ORS a 25 item nel contesto della masturbazione. A questo studio hanno partecipato 2595 adulti eterosessuali spagnoli, di cui 1171 uomini e 1424 donne di età

compresa tra i 18 e gli 83 anni, rispondendo in relazione al loro orgasmo più recente durante la masturbazione. L'ORS risulta essere una scala utile per valutare le esperienze soggettive dell'orgasmo sia nel contesto della relazione sessuale con il partner o con la partner sia nel contesto della masturbazione: avere la stessa struttura per entrambi i contesti ne facilita l'uso e conferma la multidimensionalità dell'esperienza orgasmica (Arcos-Romero *et al.*, 2019). Per quanto riguarda l'affidabilità, le dimensioni dell'ORS nel contesto della masturbazione hanno ottenuto valori dell'alpha di Cronbach ordinali adeguati, simili a quelli di Arcos-Romero e colleghi (2018) nel contesto delle relazioni sessuali: l'*Intimacy dimension* ha presentato la consistenza interna più bassa in entrambi i contesti.

2.3 Il *Bodily Sensations of Orgasm Questionnaire*

In letteratura la ricerca sull'esperienza orgasmica è ancora caratterizzata da definizioni specifiche per gli uomini e per le donne, portando a una mancanza di un quadro unificante che potrebbe risultare problematico nella pratica clinica per la valutazione e il trattamento delle difficoltà di orgasmo nelle varie popolazioni, comprese quelle con lesioni del midollo spinale (Dubray, Gérard, Beaulieu-Prévost, e Courtois, 2017). Esistono ancora pochissimi strumenti di valutazione per misurare l'orgasmo: attualmente l'*International Index of Erectile Function* (IIEF; Rosen *et al.*, 1997) e il *Female Sexual Function Index* (FSFI; Rosen *et al.*, 2000) sono due strumenti di valutazione ampiamente utilizzati nella ricerca sessuale che consentono solamente di valutare la frequenza o la presenza dell'orgasmo dedicandogli rispettivamente solo uno e tre item. Queste due misurazioni sono utili per la valutazione della funzione sessuale complessiva, ma non affrontano le sensazioni fisiche che caratterizzano l'orgasmo e non forniscono uno strumento unico sia per gli uomini che per le donne (Dubray *et al.*, 2017).

L'*Orgasm Rating Scale* (Mah & Binik, 2002) valuta le sensazioni fenomenologiche associate all'orgasmo, ma Dubray e colleghi (2017) ritenevano necessaria la presenza di uno strumento che cogliesse in modo particolare le sensazioni corporee specifiche dell'esperienza orgasmica associate all'aumento di sensazioni piacevoli che culminano in un piacere intenso. A tal proposito, gli autori hanno proposto il *Bodily Sensations of Orgasm Questionnaire* (Dubray *et al.*, 2017): uno strumento di 22 item che valuta le

sensazioni corporee e fisiologiche associate all'orgasmo tramite 4 fattori, quali *extragenital sensations* (come il battito cardiaco, la respirazione, la pressione sanguigna), *genital sensations and spasms* (come le pulsazioni genitali, l'ipersensibilità del clitoride o del glande, le contrazioni anali e addominali), *nociceptive sensations* (come la pressione intracranica e il formicolio al viso) e *sweating responses* (come sudorazione, vampate di calore e arrossamento della pelle). A questo elenco di sensazioni e reazioni associate all'orgasmo viene chiesto di valutare in che misura si avvertono tali segnali durante l'esperienza orgasmica utilizzando una scala Likert a cinque punti da 0 a 4 (0 = per niente, 1 = un po', 2 = moderatamente, 3 = molto, 4 = estremamente). Da un punto di vista clinico, l'intento degli autori è stato quello di aiutare a identificare un repertorio di percezioni fisiche associate all'orgasmo: il *Bodily Sensations of Orgasm Questionnaire* si è dimostrato un valido strumento complementare all'ORS per effettuare una valutazione completa dell'esperienza orgasmica (Dubray *et al.*, 2017).

2.4 L'Orgasm Beliefs Inventory

Diverse ricerche hanno dimostrato che l'orgasmo è un evento altamente simbolico, al quale viene attribuito un significato (Cacchioni, 2015; Fahs, 2011, 2014). Le convinzioni sull'esperienza orgasmica possono essere esaminate tramite la teoria dei copioni sessuali (Simon & Gagnon, 1986): prototipi di come tipicamente si svolgono gli eventi sessuali che permettono alle persone di comprendere e interpretare i propri e gli altrui comportamenti sessuali, compreso l'orgasmo. Da questo punto di vista teorico le pratiche e gli eventi sessuali diventano significativi quando vengono definiti tali dalla collettività o dall'esperienza individuale (Simon & Gagnon, 1986): l'orgasmo non è intrinsecamente significativo, ma diventa tale perché gli viene attribuito un significato (Séguin & Blais, 2021).

Séguin e Blais (2021), basandosi sulla teoria dei copioni sessuali, hanno sviluppato e validato l'*Orgasm Beliefs Inventory* (OBI): uno strumento di 48 item che valuta le credenze culturali sull'orgasmo indagando 7 fattori: “*Men's orgasms are easy/women's orgasms are difficult*” ($\alpha = .88$), “*Partner interest fosters orgasm*” ($\alpha = .85$), “*Orgasm is essential to men's sexual satisfaction*” ($\alpha = .79$), “*Women's orgasm is also important*” ($\alpha = .82$), “*Orgasm absence reflects relationship problems*” ($\alpha = .88$), “*Simultaneous orgasm*

is ideal” ($\alpha = .80$), “*Orgasm requires and fosters connection*” ($\alpha = .87$). È utilizzata una scala Likert a 6 punti, in cui 1 indica “fortemente in disaccordo” e 6 “fortemente d’accordo”.

Mentre gli strumenti precedentemente presentati valutano la percezione e l'esperienza soggettiva dell'orgasmo da parte di donne e uomini (vedasi Mah & Binik, 2002; Dubray *et al.*, 2017), l'OBI valuta l'adesione degli individui ai copioni e alle credenze culturali sull'orgasmo (Séguin & Blais, 2021). Dunque, l'OBI può migliorare la comprensione delle credenze sessuali in generale e può essere somministrato in concomitanza con altre misure e questionari per comprendere come tali credenze possano essere implicate in altri comportamenti sessuali, ad esempio, la finzione dell'orgasmo, la funzione dell'orgasmo, la comunicazione sessuale e l'assertività, l'investimento nel piacere sessuale del partner o della partner ecc. (Séguin & Blais, 2021).

Ad esempio, potrebbe essere somministrato assieme alla *Faking Orgasm Scale* (FOS; Cooper, Fenigstein, e Fauber, 2014): una scala a 4 fattori progettata per valutare i motivi riferiti dalle donne per fingere l'orgasmo durante i rapporti sessuali (*Altruistic Deceit, Fear and Insecurity, Elevated Arousal, Sexual Adjournment*) e il sesso orale con il partner o con la partner (*Altruistic Deceit, Insecure Avoidance, Elevated Arousal, Fear of Dysfunction*). La ricerca di Cooper e colleghi (2014) ha suggerito che le donne possono fingere l'orgasmo per alleviare l'aumento dei sentimenti di ansia, autoconsapevolezza e anormalità fisiologica quando l'attenzione del partner o della partner è esplicitamente incentrata sui loro genitali, affermando che anche le aspettative sociali svolgono un ruolo cruciale contribuendo alla spiegazione di questa maggiore consapevolezza della propria risposta sessuale durante il sesso orale. Inoltre, l'attenzione rivolta al clitoride da parte di diverse ricerche scientifiche, tra cui lo studio di Masters & Johnson (1966), potrebbe aver portato le donne a esperire una maggiore pressione di dover raggiungere l'orgasmo quando vengono stimolate in questa particolare zona erogena. Si potrebbe pensare che la simulazione dell'esperienza orgasmica possa avere un ruolo o essere una risposta adattiva alla disfunzione sessuale. Come indicato da Cooper e colleghi (2014), le donne potrebbero non essere in grado di identificare con precisione i motivi per cui fingono di esperire tale fenomeno in un determinato contesto: tuttavia, è probabile che, data la natura consapevole della decisione di fingere tale evento sessuale, la maggior parte delle donne sia in grado di riferire accuratamente le proprie motivazioni quando sceglie di simulare

l'orgasmo durante il sesso orale o il rapporto sessuale. In alternativa, le donne che si impegnano in questo comportamento potrebbero far finta di esperire abitualmente l'orgasmo e quindi non avere una comprensione delle motivazioni che le spingono a farlo. Il FOS è il primo strumento di valutazione progettato per esplorare il motivo per cui le donne fingono l'orgasmo e dovrebbe facilitare ulteriori ricerche su questo fenomeno, oltre che a esaminare le implicazioni cliniche di questo comportamento per quanto riguarda l'individuo e le relazioni. Tali informazioni potrebbero portare allo sviluppo di interventi clinici per migliorare la qualità delle esperienze sessuali e delle relazioni sessuali e sentimentali, proseguendo la ricerca su questo costrutto di recente identificazione (Cooper *et al.*, 2014).

CAPITOLO 3

L'ORGASMIC PERCEPTION QUESTIONNAIRE (OPQ)

La scarsità di strumenti presenti in letteratura per la misurazione dell'esperienza orgasmica ha portato Panzeri (2016) all'ideazione dell'*Orgasmic Perception Questionnaire* (OPQ). L'OPQ è un questionario di 55 item che indaga la percezione soggettiva dell'orgasmo da un punto di vista fisiologico e psicologico tramite 5 fattori: Estasi, Tremori muscolari, Benessere, Forza e Modificazioni neurovegetative. Questo strumento si propone di valutare il fenomeno dell'orgasmo nella sua totalità, tenendo in considerazione le sensazioni, le immagini, le emozioni e le percezioni esperite dalla persona, con l'intento di poterlo utilizzare anche in ambito clinico. Di seguito sono riportati gli studi relativi alla costruzione dell'OPQ.

3.1 Costruzione e sviluppo del questionario: prima fase

3.1.1 Costruzione del questionario

Gli item dell'OPQ sono stati individuati a partire dalle descrizioni di orgasmo riportate dai partecipanti alla replica italiana dello studio di Vance e Wagner (cfr. § 1.5.1) sulla percezione soggettiva dell'orgasmo. Nello studio di Martorella (2015, 2016) è stato chiesto di riportare per iscritto una descrizione dell'orgasmo seguendo la seguente istruzione: *“Il ciclo della risposta sessuale, secondo le attuali conoscenze scientifiche, si divide in desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione. Le chiediamo di concentrarsi sull'orgasmo, tralasciando le altre fasi, descrivendo il più dettagliatamente possibile ciò che prova quando sperimenta un orgasmo e fornendo più descrizioni se le sue percezioni sono diverse ogni volta.”*

Il questionario è stato somministrato sia online sia in forma cartacea a studenti del corso di psicologia della sessualità dell'Università di Padova (criterio di inclusione è stato la maggiore età). In totale le risposte ottenute al questionario sulla percezione soggettiva dell'orgasmo sono state 383, scremate poi a 364 (il 29.67% di uomini e il 7.33% di donne) per i criteri di inclusione. Sono state eliminate le descrizioni di chi affermava di non aver mai avuto rapporti sessuali oppure chi non aveva mai raggiunto l'orgasmo. Inoltre, sono

stati eliminati i questionari in cui non vi era la risposta alla descrizione dell'esperienza orgasmica, e quelli in cui si riconosceva il genere.

Ogni definizione è stata analizzata separatamente da due ricercatori. Sono state estratte brevi frasi per comporre i 292 item del questionario. In questa fase, le frasi sono state analizzate una per una e modificate nella struttura grammaticale: sono state messe in prima persona; sono state eliminate le frasi che si somigliavano o che avevano lo stesso significato; sono state mantenute le frasi con un significato comune, ma con sfumature diverse. Una volta completato il questionario, è stato chiesto a quattro ricercatori nel campo della ricerca sessuologica di rivedere il tutto. Tre su quattro hanno mosso delle critiche riguardo al numero ridotto di voci relative alle emozioni. Per questo motivo, è stato fatto un brainstorming tra i quattro ricercatori, due maschi e due femmine: dalla discussione è emerso che mancava la categoria degli aspetti negativi legati all'orgasmo; pertanto, sono stati aggiunti 24 item ai precedenti. La versione finale del questionario comprendeva 316 item (Appendice 1), che sono stati collocati in modo casuale uno dopo l'altro, evitando di accostare due item che descrivevano fenomeni troppo simili.

Per misurare la frequenza con cui si verificano le affermazioni riportate nell'item, riferendosi esclusivamente alla fase di orgasmo, e non a quanto viene esperito immediatamente prima o dopo, è stata utilizzata una scala Likert a 5 punti (1 = mai, 2 = raramente, 3 = qualche volta, 4 = spesso, 5 = sempre), a cui sono stati aggiunti altri due valori (6 = non ho mai avuto un/a partner sessuale e 7 = non so/non ricordo).

3.1.2 Selezione degli item

Il questionario presenta la seguente introduzione: *“Il ciclo di risposta sessuale è composto da quattro fasi (DSM-IV-TR, APA 2004): desiderio, fase in cui si hanno delle fantasie sull'attività sessuale e si prova un forte desiderio per la pratica di un'attività sessuale; eccitazione, fase in cui si prova una sensazione soggettiva di piacere sessuale; orgasmo, fase di picco di piacere sessuale con allentamento della tensione sessuale e nel maschio sensazione di inevitabilità, seguita dall'emissione di sperma; risoluzione, fase in cui si prova una sensazione di rilassamento muscolare e di benessere generale”*. È stato ricordato diverse volte, sia nelle istruzioni del questionario che nel consenso informato, che non esistono risposte giuste o sbagliate, in quanto l'intento della ricerca

è quello di individuare delle risposte che in misura maggiore rappresentano l'esperienza soggettiva del rispondente. Inoltre, per chiarificare alcune definizioni evitando incertezze, è stata inserita una legenda esplicativa di alcuni termini presenti negli item del questionario (Appendice 2). Per agevolare l'analisi dei questionari e rendere più semplice la lettura ai partecipanti, sono state create due versioni del questionario: una per i maschi e una per le femmine, evitando in questo modo di riportare in un'unica frase sia la versione maschile che quella femminile (es. “*Mi sento vuota*” anziché “*Mi sento vuota/o*”).

Per poter prendere parte allo studio e considerare valido il questionario per l'analisi dei dati, i partecipanti alla ricerca dovevano essere maggiorenni (>18 anni di età) e aver raggiunto l'orgasmo almeno una volta nell'arco della loro vita sessuale. In questo modo è stato tenuto in considerazione un campione di 96 persone di età compresa tra i 18 e i 62 anni (M = 27.46; 100 con 4 eliminate perché non soddisfacevano i criteri di inclusione) su cui sono state eseguite le analisi delle frequenze delle variabili predittive (vedi Tabella 3.1).

| | | N | % |
|----------------------|----------------------------------|----|------|
| Genere | Maschio | 44 | 45.8 |
| | Femmina | 52 | 54.2 |
| Nazionalità | Italiana | 95 | 99.0 |
| | Altro | 1 | 1.0 |
| Stato civile | Nubile/celebe | 74 | 78.1 |
| | Convivente o sposato/a | 17 | 16.7 |
| | Separato/a o divorziato/a | 5 | 5.2 |
| Titolo di studio | Laurea | 49 | 51.0 |
| | Diploma (scuola media superiore) | 40 | 41.7 |
| | Diploma (professionale) | 3 | 3.1 |
| | Diploma (scuola media inferiore) | 4 | 4.2 |
| Occupazione | Studente/ssa | 47 | 49.0 |
| | Dipendente full time | 25 | 26.0 |
| | Libero/a professionista | 4 | 4.2 |
| | Dipendente part time | 4 | 4.2 |
| | Disoccupato/a | 2 | 2.1 |
| | Casalingo/a | 2 | 2.1 |
| | Lavoratore/trice a chiamata | 1 | 1.0 |
| | Altro | 3 | .4 |
| Educazione religiosa | presente | 55 | 57.3 |
| | assente | 8 | 8.3 |
| | limitata | 32 | 33.3 |
| | Preferisco non rispondere | 1 | 1.1 |

| | | | |
|--|---------------------------|----|------|
| Religiosità | Credente non praticante | 40 | 41.7 |
| | Credente praticante | 7 | 7.3 |
| | né credente né praticante | 44 | 45.8 |
| | Altro | 5 | 5.2 |
| Partner sessuali | Mai | 2 | 2.2 |
| | Da 1 a 10 | 68 | 70.8 |
| | da 11 a 50 | 25 | 26.0 |
| | da 51 a 100 | 1 | 1.0 |
| Relazione | Partner fisso/a | 66 | 68.8 |
| | partner occasionali | 30 | 31.2 |
| Ultima esperienza sessuale con partner | ultima settimana | 66 | 68.8 |
| | Ultimo mese | 13 | 13.5 |
| | Ultimo anno | 13 | 13.5 |
| | Da più di un anno | 3 | 3.1 |
| Ultima esperienza sessuale senza partner | Mai | 1 | 1.0 |
| | ultima settimana | 38 | 39.6 |
| | Ultimo mese | 16 | 16.7 |
| | Ultimo anno | 7 | 7.3 |
| Ultima esperienza orgasmica | Da più di un anno | 9 | 9.4 |
| | Mai | 18 | 18.8 |
| | ultima settimana | 73 | 76.0 |
| | Ultimo mese | 16 | 16.7 |
| | Ultimo anno | 6 | 6.3 |
| | Da più di un anno | 1 | 1.0 |

Tabella 3.1 Descrizione del campione dello studio pilota

I punteggi riferiti a ciascun item, attribuiti mediante scala Likert a cinque punti, sono stati divisi in tre gruppi finali (sempre/quasi sempre, qualche volta, mai/raramente), per verificare la tendenza delle risposte da parte dei partecipanti. Il test non parametrico del Chi Quadrato ha mostrato che 63 item su 316 sono risultati equidistribuiti e hanno costituito la seconda versione del questionario.

3.2 Seconda fase: analisi fattoriale esplorativa

Il questionario somministrato nella seconda fase di studio (Vallotto, 2015-2016) aveva le stesse caratteristiche del questionario utilizzato nella prima fase: l'unica differenza riguardava il numero di item (63 item invece di 316) e, conseguentemente, la durata della compilazione.

Hanno partecipato allo studio 699 persone, di cui 25 hanno omesso più del 10% delle risposte e sono state eliminate dalle analisi, per un totale di 674 partecipanti di età

compresa tra 18 e 64 anni ($M = 26.83$): 251 questionari sono stati somministrati in forma cartacea e 423 in forma online, utilizzando il programma SurveyMonkey. Il campione era composto come mostrato nella Tabella 3.2.

| | | N | % |
|----------------------|----------------------------------|-----|-----|
| Genere | Maschio | 23 | 34. |
| | | 0 | 1 |
| | Femmina | 44 | 65. |
| Nazionalità | | 4 | 9 |
| | Italiana | 67 | 100 |
| | Altro | 4 | 0 |
| Stato civile | Nubile/celibe | 51 | 76. |
| | | 6 | 6 |
| | Convivente o sposato/a | 13 | 20. |
| | Separato/a o divorziato/a | 5 | 0 |
| Titolo di studio | Laurea | 16 | 2.4 |
| | | 30 | 44. |
| | Diploma (scuola media superiore) | 0 | 5 |
| | Diploma (professionale) | 26 | 39. |
| | Diploma (scuola media inferiore) | 7 | 6 |
| Occupazione | Studente/ssa | 26 | 3.9 |
| | | 35 | 5.2 |
| | Dipendente full time | 36 | 53. |
| | | 2 | 7 |
| | Libero/a professionista | 11 | 13. |
| | | 2 | 6 |
| | Dipendente part time | 70 | 10. |
| | Disoccupato/a | 4 | 4 |
| | Casalingo/a | 6 | .9 |
| | Lavoratore/trice a chiamata | 14 | 2.1 |
| Altro | 11 | 16. | |
| Educazione religiosa | | 3 | 7 |
| | presente | 34 | 50. |
| | | 0 | 4 |
| | assente | 79 | 11. |
| | | 7 | 7 |
| Religiosità | limitata | 25 | 37. |
| | | 1 | 3 |
| | Preferisco non rispondere | 1 | 1.1 |
| | | 1 | 1.1 |
| | Credente non praticante | 24 | 35. |
| | 1 | 7 | |

| | | | |
|--|---------------------------|----|------|
| | Credente praticante | 69 | 10.3 |
| | né credente né praticante | 30 | 45.9 |
| Partner sessuali | Altro | 55 | 8.2 |
| | Mai | 15 | 2.2 |
| | Da 1 a 10 | 51 | 75.1 |
| | da 11 a 50 | 13 | 19.2 |
| | da 51 a 100 | 2 | 6 |
| | più di 100 | 10 | 1.5 |
| | | | 3 |
| Relazione | Partner fisso/a | 48 | 72.6 |
| | partner occasionali | 6 | 1 |
| | Altro | 8 | 12.4 |
| Ultima esperienza sessuale con partner | ultima settimana | 10 | 15.4 |
| | Ultimo mese | 4 | 5 |
| | Ultimo anno | 41 | 61.2 |
| | Da più di un anno | 2 | 2 |
| | Mai | 16 | 25.9 |
| Ultima esperienza sessuale senza partner | ultima settimana | 62 | 9.2 |
| | Ultimo mese | 9 | 1 |
| | Ultimo anno | 13 | 1.9 |
| | Da più di un anno | 17 | 2.5 |
| | Mai | 33 | 49.6 |
| Ultima esperienza orgasmica | ultima settimana | 6 | 9 |
| | Ultimo mese | 15 | 23.7 |
| | Ultimo anno | 7 | 3 |
| | Da più di un anno | 74 | 11.0 |
| | Mai | 35 | 5.2 |

Tabella 3.2 Descrizione del campione dell'analisi fattoriale esplorativa

Sono state effettuate le seguenti analisi statistiche utilizzando il software Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0: analisi fattoriale esplorativa, con il metodo delle componenti principali con rotazione Oblimin, per individuare i fattori che saturano maggiormente; affidabilità, misurata attraverso l'alpha di Cronbach; correlazioni di Pearson, per verificare le relazioni dei vari fattori tra loro; MANCOVA, con i 5 fattori

come variabili dipendenti, il genere come variabile indipendente e l'età come covariata, per verificare se maschi e femmine differissero significativamente fra di loro nei diversi fattori emersi.

In base ai risultati dello scree-test, sono stati considerati i 5 fattori principali, denominati fattore 1 "Estasi", fattore 2 "Modificazioni Muscolari", fattore 3 "Rilassamento", fattore 4 "Potenza", fattore 5 "Modificazioni Neurovegetative": insieme hanno spiegato il 39.83% della varianza totale.

In questa fase sono stati esclusi ulteriori otto item: due item perché abbassavano significativamente il valore dell'alfa di Cronbach (l'item 22, appartenente al fattore Rilassamento "Mi preoccupo per lo stato psicofisico dell'altra persona" e l'item 49, appartenente alle Modifiche Neurovegetative "I pensieri che provo in questo momento possono variare di volta in volta") e altri sei item perché non erano saturati in modo significativo da nessuno dei fattori. In totale sono stati considerati 55 item suddivisi nei fattori Estasi, Modificazioni muscolari, Rilassamento, Potenza e Modificazioni neurovegetative. L'elenco degli item di ogni fattore è riportato in Appendice 3.

La consistenza interna dell'OPQ è stata misurata dall'alpha di Cronbach. Si considerano gli $\alpha > .90$ ottimi indicatori della caratteristica psicometrica considerata, gli α compresi tra .80 e .90 buoni indicatori, gli α compresi tra .70 e .80 indicatori di una adeguata consistenza interna, gli α compresi tra .60 e .70 sufficienti e $\alpha < .60$ insufficienti (Nunnally & Bernstein, 1994). Come mostra la Tabella 3.3, è risultata un'alpha di Cronbach buona per i fattori Estasi, Modificazioni muscolari e Potenza, accettabile per gli altri due fattori Rilassamento e Modificazioni neurovegetative. Le correlazioni tra fattori sono rappresentate nella Tabella 3.4.

| Fattore | Alpha di Cronbach | N item | Varianza % |
|---------------------------|-------------------|--------|------------|
| 1.Estasi | .890 | 16 | 20.91% |
| 2.Modificazioni Muscolari | .914 | 14 | 7.39% |
| 3.Rilassamento | .702 | 7 | 4.72% |
| 4.Potenza | .814 | 10 | 3.72% |
| 5.Modificazioni | .713 | 8 | 3.09% |

Tabella 3.3 Alpha di Cronbach per ciascun fattore

| Fattori | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------|---|---------|--------|---------|---------|
| 1 | 1 | .417*** | .365** | .538*** | .423*** |
| 2 | | 1 | .203** | .353** | .553*** |
| 3 | | | 1 | .392** | .288** |
| 4 | | | | 1 | .426** |
| 5 | | | | | 1 |

Tabella 3.4 Correlazioni tra i fattori; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3 Terza fase: analisi fattoriale confermativa

Lo studio riguardante l'analisi fattoriale confermativa (Lazzaroni, 2016-2017) si propone di completare il processo di validazione psicometrica dell'OPQ. Nello specifico si vuole verificare la bontà del modello a cinque fattori emerso dallo studio esplorativo, l'affidabilità dello strumento e l'effetto del genere e dell'età sui fattori, con l'intento di ottenere un questionario utilizzabile in ambito clinico.

Nel questionario presentato, composto da 55 item, viene chiesto di rispondere secondo una scala Likert a cinque punti e solo il fattore Rilassamento è stato rinominato "Benessere", in quanto gli item di tale fattore risultavano meglio rappresentati dalla nuova etichetta attribuitogli.

Il questionario è stato somministrato a uomini e donne che avevano raggiunto la maggiore età (>18), di madrelingua italiana e appartenenti alla popolazione generale. I partecipanti sono stati reclutati sia online, utilizzando il programma SurveyMonkey, sia in luoghi pubblici: rispettivamente 553 e 80 persone.

Le caratteristiche del campione, composto da 633 persone (80 hanno compilato il questionario in modalità cartacea e 553 online) di età compresa tra i 18 e i 63 anni ($M = 26.99$) sono riportate nella Tabella 3.5.

| | | N | % |
|----------------------|----------------------------------|----|-----|
| Genere | Maschio | 20 | 32. |
| | | 5 | 4 |
| | Femmina | 42 | 67. |
| | | 8 | 6 |
| Nazionalità | Italiana | 57 | 91. |
| | | 8 | 3 |
| Stato civile | Altro | 55 | 8.7 |
| | Nubile/celibe | 45 | 71. |
| | | 3 | 6 |
| | Convivente o sposato/a | 12 | 19. |
| | | 6 | 9 |
| | Separato/a o divorziato/a | 15 | 2.4 |
| Titolo di studio | Altro | 39 | 6.2 |
| | Laurea | 29 | 46. |
| | | 2 | 1 |
| | Diploma (scuola media superiore) | 22 | 36. |
| | | 9 | 2 |
| Occupazione | Diploma (professionale) | 13 | 2.1 |
| | Diploma (scuola media inferiore) | 6 | .90 |
| | Studente/ssa | 30 | 48. |
| | | 5 | 2 |
| | Dipendente full time | 11 | 18. |
| | | 5 | 2 |
| | Libero/a professionista | 57 | 9.0 |
| | Dipendente part time | 38 | 6.0 |
| | Disoccupato/a | 22 | 3.5 |
| | Casalingo/a | 2 | .3 |
| Educazione religiosa | Lavoratore/trice a chiamata | 10 | 1.6 |
| | Altro | 83 | 13. |
| | | 24 | 38. |
| | presente | 6 | 9 |
| | assente | 10 | 16. |
| Religiosità | | 2 | 1 |
| | limitata | 24 | 37. |
| | | 0 | 9 |
| | Preferisco non rispondere | 45 | 7.1 |
| | Credente non praticante | 16 | 25. |
| Partner sessuali | Credente praticante | 2 | 6 |
| | | 49 | 7.7 |
| | né credente né praticante | 27 | 43. |
| | | 2 | 8 |
| Partner sessuali | Altro | 58 | 9.2 |
| | Mai | 5 | .8 |
| | Da 1 a 10 | 45 | 71. |
| | 2 | 5 | |

| | | | |
|--|---------------------------|----|-----|
| | da 11 a 50 | 12 | 19. |
| | | 3 | 4 |
| | da 51 a 100 | 6 | .9 |
| | più di 100 | 2 | .3 |
| | Preferisco non rispondere | 44 | 6.9 |
| Relazione | Partner fisso/a | 41 | 66. |
| | | 8 | 0 |
| | partner occasionali | 90 | 14. |
| | | | 2 |
| | Altro | 12 | 19. |
| | | 5 | 8 |
| Ultima esperienza sessuale con partner | ultima settimana | 37 | 59. |
| | | 9 | 9 |
| | Ultimo mese | 11 | 17. |
| | | 2 | 7 |
| | Ultimo anno | 70 | 11. |
| | | | 1 |
| | Da più di un anno | 20 | 3.1 |
| | Mai | 6 | .9 |
| | Preferisco non rispondere | 43 | 6.8 |
| Ultima esperienza sessuale senza partner | ultima settimana | 36 | 58. |
| | | 9 | 3 |
| | Ultimo mese | 12 | 19. |
| | | 4 | 6 |
| | Ultimo anno | 45 | 7.1 |
| | Da più di un anno | 12 | 1.9 |
| | Mai | 36 | 5.7 |
| | Preferisco non rispondere | 49 | 7.7 |
| Ultima esperienza orgasmica | ultima settimana | 50 | 79. |
| | | 0 | 0 |
| | Ultimo mese | 8 | 1.3 |
| | Ultimo anno | 21 | 3.3 |
| | Da più di un anno | 3 | .5 |
| | Preferisco non rispondere | 7 | 1.2 |

Tabella 3.5 Descrizione del campione dell'analisi fattoriale confermativa

Inoltre, gli indici di adattamento per il modello base riportati nella Tabella 3.6 sono risultati accettabili.

| Modello | χ^2 | df | χ^2/d | RMSEA | GF | NF | NNF | CF | SRM | BIC |
|---------|----------|-----|------------|-------|-----|-----|-----|-----|------|---------|
| | | | f | A | I | I | I | I | R | |
| Base | 3933,2 | 142 | 2,7 | .053 | .93 | .92 | .94 | .95 | .067 | 13092,9 |
| | 9 | 0 | 7 | | | | | | | 6 |

Tabella 3.6: Indici di Fit del modello Base a cinque fattori dell'OPQ¹

Per migliorare il modello base, dopo questa prima fase di adattamento del modello ai dati, è stata svolta una seconda procedura: sono state valutate le proposte di modifica sulla base dei diagnostici elaborati da LISREL. Di seguito sono indicate le modifiche apportate.

- La correlazione tra gli errori degli item OPQ12 (“Sento calore sul viso”) e OPQ7 (“Percepisco un aumento della temperatura corporea”). La correlazione assume un senso in quanto entrambi gli item si riferiscono alla sensazione di calore extragenitale.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ18 (“Percepisco tensione muscolare”) e OPQ8 (“Sento una forte tensione in tutto il corpo”). La correlazione assume un senso in quanto entrambi gli item si riferiscono alla sensazione fisica di tensione.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ29 (“Sento vibrare il corpo come in una scarica elettrica”) e OPQ34 (“sento una forte scossa elettrica che mi attraversa”). La correlazione assume un senso in quanto entrambi pongono l’accento su sensazioni corporee simili a quelle prodotte da scariche elettriche.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ47 (“Sento dei tremori”) e OPQ2 (“Sento un forte tremolio nei muscoli del corpo”). La correlazione assume un senso in quanto entrambi gli item indagano la presenza di tremori corporei durante l’orgasmo.

¹ χ^2 = chi quadrato; df = gradi di libertà; RMSEA = errore quadratico medio di approssimazione; GFI = Goodness of Fit Index; NFI = Indice Normalizzato di Adattamento; NNFI = Indice Non Normalizzato di Adattamento; CFI = indice comparativo di forma; BIC = Bayesian Information Criterion.

- La correlazione tra gli errori degli item OPQ29 (“Sento vibrare il corpo come in una scarica elettrica”) e OPQ9 (“Provo una sensazione di scosse/scariche elettriche che si propagano per il corpo”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item si riferiscono alla sensazione di scariche elettriche nel corpo.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ18 (“Percepisco tensione muscolare”) e OPQ37 (“Sento i muscoli delle gambe irrigidirsi”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item si riferiscono a modificazioni muscolari caratterizzate da tensione e rigidità.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ5 (“Sento dei brividi e dei fremiti alle estremità degli arti”) e OPQ2 (“Sento un forte tremolio nei muscoli del corpo”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item fanno riferimento a tremori corporei.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ46 (“Mi concentro esclusivamente sulle sensazioni fisiche e sulle emozioni”) e OPQ40 (“La mia mente è occupata solo dal piacere e dall’oggetto sessuale che lo stimola”). La correlazione assume un senso poiché le sensazioni fisiche e le emozioni esperite durante l’orgasmo sono generalmente piacevoli, pertanto, focalizzare l’attenzione sul piacere significa prestare attenzione alle sensazioni fisiche e alle emozioni che si verificano in tale frangente.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ41 (“Mi sento forte”) e OPQ1 (“Provo un senso di potenza”). La correlazione assume un senso in quanto entrambi gli item si riferiscono alla sensazione soggettiva di forza.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ9 (“Provo una sensazione di scosse/scariche elettriche che si propagano per il corpo”) e OPQ34 (“Sento una forte scossa elettrica che mi attraversa”). La correlazione assume un senso in quanto entrambi gli item approfondiscono la sensazione di provare scosse elettriche lungo il corpo.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ55 (“Non mi concentro su nulla in particolare”) e OPQ42 (“Non penso a nulla”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item approfondiscono come, durante l’orgasmo, il pensiero non sia focalizzato.

- La correlazione tra gli errori degli item OPQ36 (“Mi sento protetta dal partner”) e OPQ32 (“Provo una sensazione di tranquillità”). La correlazione assume un senso poiché la sensazione di essere protetti può infondere tranquillità.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ26 (“Scompare qualsiasi ansia”) e OPQ39 (“Mi sento come se non avessi nessuna preoccupazione”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item si riferiscono ad uno stato d’animo caratterizzato da spensieratezza.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ38 (“Provo un “senso di vittoria””) e OPQ1 (“Provo un senso di potenza”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item si riferiscono ad una sensazione di potenza.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ38 (“Provo un “senso di vittoria””) e OPQ41 (“Mi sento forte”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item si riferiscono ad una sensazione di potenza.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ47 (“Sento dei tremori”) e OPQ51 (“Sento che il mio corpo è attraversato da spasmi”). La correlazione assume un senso poiché entrambi gli item approfondiscono la presenza di tremori dei muscoli del corpo durante l’orgasmo.
- La correlazione tra gli errori degli item OPQ8 (“Sento una forte tensione in tutto il corpo”) e OPQ37 (“Sento i muscoli delle gambe irrigidirsi”). La correlazione assume un senso poiché la tensione del corpo si manifesta anche tramite la rigidità dei muscoli delle gambe.

Poiché gli item indicati non presentavano caratteristiche comuni rispetto al costrutto che andavano ad approfondire, il modello è stato successivamente valutato accettando correlazioni tra gli errori suggerite dal programma. Nella Tabella 3.7 sono riportati gli indici di adattamento del modello finale, migliorato tenendo conto delle correlazioni sopra riportate. Dal valore RMSEA si rileva che c’è un buon adattamento del modello ai dati. I restanti indici di adattamento risultano accettabili.

| Modello | χ^2 | df | χ^2/d | RMSEA | GF | NF | NNF | CF | SRM | BIC |
|------------|----------|------|------------|-------|-----|-----|-----|-----|------|---------|
| | | | f | A | I | I | I | I | R | |
| OPQ finale | 3065,59 | 1403 | 2,19 | .043 | .94 | .94 | .96 | .96 | .062 | 3065,59 |

Tabella 3.7: Indici di fit per il modello finale dell'OPQ migliorato introducendo le correlazioni tra gli errori indicate²

Nella Tabella 3.8 è riportato il valore dell'Alpha di Cronbach, che rappresenta la coerenza interna dell'OPQ per ciascuno dei cinque fattori. La coerenza interna complessiva è risultata buona per i fattori Estasi e Modificazioni Muscolari, adeguata per il fattore Potenza, sufficiente per i fattori Benessere e Modificazioni Neurovegetative.

| Fattore | Alpha di Cronbach | N item |
|-------------------------------|-------------------|--------|
| Estasi | .86 | 16 |
| Modificazioni muscolari | .87 | 14 |
| Benessere | .69 | 7 |
| Potenza | .76 | 10 |
| Modificazioni neurovegetative | .64 | 8 |

Tabella 3.8: Valori dell'Alpha di Cronbach per i cinque fattori emersi

² χ^2 = chi quadrato; df = gradi di libertà; RMSEA = errore quadratico medio di approssimazione; GFI = Goodness of Fit Index; NFI = Indice Normalizzato di Adattamento; NNFI= Indice Non Normalizzato di Adattamento; CFI = indice comparativo di forma; BIC = Bayesian Information Criterion.

La Tabella 3.9 mostra le correlazioni tra fattori dell'intero campione.

| Fattore | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|------|------|------|------|---|
| 1. Estasi | 1 | | | | |
| 2. Modificazioni muscolari | .401 | 1 | | | |
| 3. Benessere | .381 | .236 | 1 | | |
| 4. Potenza | .574 | .355 | .463 | 1 | |
| 5. Modificazioni neurovegetative | .431 | .472 | .239 | .411 | 1 |

Tabella 3.9: Correlazioni tra i fattori (N = 633)

I risultati della MANCOVA hanno evidenziato che, come riportato nella Tabella 3.10, in riferimento alla variabile genere e alla covariata età non risulta un significativo effetto multivariato dell'età sui fattori ($F = 1,567$; $gdl = 5$; $p = .167$); dai test univariati l'effetto genere è significativo nei fattori Estasi, Modificazioni Muscolari, Benessere e Modificazioni Neurovegetative ($p < .001$); non vi è un effetto del genere sul fattore Potenza ($p = .658$). Infine, dalle medie è emerso che le donne hanno punteggi significativamente superiori agli uomini in tutti i fattori ad eccezione del fattore Potenza.

| Variabile Dipendente | Genere | Media | Deviazione Standard |
|-------------------------------|--------|-------|---------------------|
| Estasi | M | 3,4 | .75 |
| | F | 3,66 | .72 |
| Modificazioni Muscolari | M | 2,94 | .80 |
| | F | 3,6 | .72 |
| Benessere | M | 3,24 | .81 |
| | F | 3,5 | .75 |
| Potenza | M | 3,34 | .73 |
| | F | 3,36 | .76 |
| Modificazioni Neurovegetative | M | 3,18 | .67 |
| | F | 3,77 | .60 |

Tabella 3.10: Valori delle medie e delle deviazioni standard per i singoli fattori distinte per genere

Di seguito vengono riportate le stime della saturazione fra gli item e il fattore di riferimento (Tabella 3.11).

| Item | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 |
|------|-----|-----|-----|-----|----|
| 26 | .60 | | | | |
| 15 | .56 | | | | |
| 42 | .55 | | | | |
| 39 | .70 | | | | |
| 50 | .65 | | | | |
| 40 | .63 | | | | |
| 24 | .55 | | | | |
| 44 | .58 | | | | |
| 31 | .63 | | | | |
| 23 | .40 | | | | |
| 46 | .60 | | | | |
| 33 | .58 | | | | |
| 27 | .54 | | | | |
| 19 | .65 | | | | |
| 30 | .62 | | | | |
| 55 | .22 | | | | |
| 29 | | .73 | | | |
| 34 | | .70 | | | |
| 9 | | .59 | | | |
| 2 | | .50 | | | |
| 47 | | .68 | | | |
| 5 | | .52 | | | |
| 51 | | .69 | | | |
| 11 | | .67 | | | |
| 37 | | .46 | | | |
| 13 | | .56 | | | |
| 8 | | .41 | | | |
| 18 | | .47 | | | |
| 25 | | .69 | | | |
| 53 | | .43 | | | |
| 32 | | | .61 | | |
| 43 | | | .54 | | |
| 14 | | | .34 | | |
| 49 | | | .42 | | |
| 35 | | | .35 | | |
| 48 | | | .77 | | |
| 36 | | | .65 | | |
| 41 | | | | .55 | |
| 1 | | | | .27 | |

| | | |
|----|-----|-----|
| 38 | .53 | |
| 22 | .52 | |
| 6 | .54 | |
| 21 | .54 | |
| 3 | .53 | |
| 28 | .43 | |
| 45 | .64 | |
| 4 | .57 | |
| 12 | | .41 |
| 17 | | .60 |
| 7 | | .33 |
| 20 | | .51 |
| 52 | | .46 |
| 10 | | .29 |
| 54 | | .32 |
| 16 | | .58 |

Tabella 3.11: Saturazione (*factor loading*) dei fattori dell'OPQ

CAPITOLO 4:

LA RICERCA

L'orgasmo costituisce un'intensa sensazione di piacere che è accompagnata da un'alterazione della coscienza, da contrazioni intense e rapide della muscolatura genitourinaria (Meston *et al.*, 2004) e da un aumento della pressione sanguigna e della frequenza respiratoria e cardiaca (Bancroft, 1989). Si tratta di una complessa miscela di cambiamenti soggettivi mentali e fisici del corpo (Mulhall *et al.*, 2011). In letteratura non vi è un'unica definizione del fenomeno orgasmico universalmente riconosciuta, considerata esauriente e comprensiva dei molteplici aspetti che lo caratterizzano (Mah & Binik, 2001). Infatti, l'orgasmo risulta essere l'evento più complesso e meno compreso fra le risposte sessuali (Bancroft, 1989; Rosen & Beck, 1988). Non sono ancora presenti strumenti validi e attendibili che valutino adeguatamente la percezione dell'esperienza orgasmica: l'*International Index of Erectile Function* (IIEF; Rosen *et al.*, 1997) e il *Female Sexual Function Index* (FSFI; Rosen *et al.*, 2000); l'*Orgasm Rating Scale* (ORS; Arcos-Romero *et al.*, 2018; Mah & Binik, 2002); il *Bodily Sensations of Orgasm Questionnaire* (Dubray *et al.*, 2017); l'*Orgasm Beliefs Inventory* (OBI); infine, la *Faking Orgasm Scale* (FOS; Cooper, Fenigstein, e Fauber, 2014).

L'*Orgasmic Perception Questionnaire* (OPQ; Panzeri, 2016) è un questionario ideato per valutare la percezione soggettiva dell'orgasmo, ed è degno di nota in quanto considera tale fenomeno sia da un punto di vista fisiologico che psicologico. Esso è costituito da 55 item sviluppati a partire dalla replica italiana dello studio di Vance e Wagner (1976), e indaga le sensazioni, le immagini, le emozioni e le percezioni esperite durante la fase dell'orgasmo tramite 5 fattori: Estasi, Modificazioni muscolari, Benessere, Potenza e Modificazioni neurovegetative, successivamente rinominati Estasi, Tremori muscolari, Benessere, Forza e Modificazioni neurovegetative, poiché considerati più rappresentativi del loro contenuto. Il fattore Estasi comprende una serie di sensazioni positive che si provano durante l'orgasmo come non pensare a nulla, sentirsi liberi da qualsiasi ansia e/o preoccupazione, lasciare che sia l'istinto a prevalere, sentire un senso di isolamento dal resto del mondo, la sensazione che il tempo si sia fermato, focalizzarsi sulle sensazioni fisiche, sulle emozioni e sull'oggetto del piacere sessuale; il fattore Tremori muscolari si riferisce a percezioni e reazioni fisiche che comprendono vibrazioni,

scariche/scosse elettriche, tremolii, brividi, fremiti, spasmi, irrigidimento muscolare, contrazioni e tensioni muscolari e pelle d'oca; il fattore Benessere riguarda sensazioni caratterizzate da tranquillità, calma, rilassamento mentale e fisico, conforto, un senso di protezione dal partner o dalla partner e voglia di sorridere; il fattore Forza concerne sensazioni personali riconducibili al sentirsi forte, provare un senso di potenza ed euforia, provare un piacere quasi trascendentale e sentirsi più sensuali; il fattore Modificazioni neurovegetative include un insieme di sensazioni fisiche come la percezione di calore sul viso e sul corpo, il respiro affannoso, un piacere fisico localizzato e sentire la voglia di urlare.

La presente ricerca rappresenta un contributo alla validazione dell'OPQ. Nello specifico, tramite l'affidabilità test-retest, si vuole misurare l'attendibilità del questionario somministrandolo allo stesso campione in due momenti diversi a distanza di un mese. Inoltre, si vuole valutare la validità convergente e discriminante confrontando l'OPQ rispettivamente con un questionario sull'orgasmo (*Orgasm Rating Scale*; ORS; Arcos-Romero *et al.*, 2018; Mah & Binik, 2002) e con un questionario sulla desiderabilità sociale (*Balanced Inventory of Desirable Responding*; BIDR 6; Bobbio & Manganelli, 2011; Paulhus, 1991) e indagare l'effetto del genere sui fattori tramite delle MANOVA.

Tale studio è rilevante in quanto il risultato della validazione sarà un questionario utilizzabile in ambito clinico per poter valutare il vissuto orgasmico nella sua totalità. È stato ipotizzato che non vi siano differenze significative tra la prima somministrazione e la seconda somministrazione dell'OPQ. Sono attese correlazioni significative tra test e retest nei fattori dell'OPQ. Inoltre, ci si aspetta che il fattore 1 dell'OPQ (Estasi) corredi positivamente con i fattori con l'*Affective Dimension* e con la *Rewards Dimension* dell'ORS; che il fattore 2 dell'OPQ (Tremori muscolari) corredi positivamente con il fattore 2 dell'ORS (*Sensory Dimension*); che il fattore 3 dell'OPQ (Benessere) corredi positivamente con l'*Affective Dimension*, l'*Intimacy Dimension* e con la *Rewards Dimension* dell'ORS; che il fattore 4 dell'OPQ (Forza) corredi positivamente con l'*Affective Dimension* e con la *Sensory Dimension*; infine, che il fattore 5 dell'OPQ (Modificazioni neurovegetative) corredi positivamente con la *Sensory Dimension* dell'ORS. Inoltre, ci si aspetta che le correlazioni tra i fattori dell'OPQ e i fattori del BIDR 6 siano molto piccole o non significative.

4.1 Metodo

4.1.1 La procedura

La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Padova con il numero 3228 ed è stata condotta in conformità con la Dichiarazione di Helsinki (2013).

I dati sono stati raccolti utilizzando la piattaforma Qualtrics. I partecipanti sono stati reclutati su base volontaria online, principalmente tramite piattaforme online come Instagram e Facebook. Per poter prendere parte alla ricerca veniva richiesto alle persone interessate di dichiarare di aver raggiunto la maggiore età e di comprendere adeguatamente la lingua italiana.

Nel consenso informato venivano espresse le finalità dello studio, sottolineando l'importanza della partecipazione libera e volontaria alla ricerca, oltre che la possibilità di interrompere la compilazione in qualsiasi momento, al fine di ottenere una buona rappresentabilità dei dati. In particolare, per la misura dell'attendibilità test-retest dell'OPQ, è stato chiesto al campione di compilare la stessa batteria di questionari a distanza di 30 giorni l'una dall'altra. Per fare ciò, è stato richiesto ai partecipanti durante la prima somministrazione di fornire un'e-mail, specificando nel consenso informato che i loro dati sarebbero stati trattati in maniera confidenziale e che gli indirizzi e-mail raccolti sarebbero stati eliminati al termine della ricerca. Inoltre, al fine di garantire l'anonimato e minimizzare i tempi della somministrazione (che incidono anche sulla tendenza a fornire risposte meno veritiere agli ultimi item presentati), i dati raccolti per valutare la validità convergente e la validità discriminante sono stati ottenuti da altri due campioni separati, sui quali si è indagato anche l'effetto del genere sull'OPQ. L'ordine di apparizione degli strumenti somministrati, con l'eccezione del consenso informato e del questionario socio-anagrafico, è stato randomizzato.

4.1.2 Strumenti di misurazione

Un'intervista socio-anagrafica è stata somministrata per indagare il genere, l'età, lo stato civile, il titolo di studio, il luogo di provenienza, la professione e la nazionalità. Sono state poste anche domande in merito all'educazione e al credo religioso, e altre relative

alla sessualità come l'orientamento sessuale, il numero di partner avuti, la presenza di un partner fisso o occasionale, a quando risalgono le ultime esperienze sessuali con un partner o senza e quando ha provato l'ultimo orgasmo. In particolare, l'orientamento sessuale è stato esaminato chiedendo l'attrazione sessuale e sentimentale dei partecipanti attraverso una rivisitazione della scala Kinsey (Kinsey *et al.*, 1948, 1953), che consiste in una scala Likert a 7 punti che va da “completamente eterosessuale” a “completamente omosessuale” e che include un'opzione per l'asessualità. Al fine della presente ricerca, le persone che si erano identificate come completamente o predominantemente eterosessuali sono state considerate eterosessuali, le persone che avevano indicato di essere completamente o predominantemente omosessuali sono state considerate omosessuali, mentre tutte le altre, ad eccezione delle persone asessuali, sono state considerate bisessuali. Inoltre, la domanda sull'ultimo orgasmo era importante per i criteri di esclusione: i partecipanti e le partecipanti non potevano proseguire con il questionario se riportavano di non aver mai raggiunto l'orgasmo o se segnalavano di averlo provato a più di un mese dalla compilazione del questionario. Sulla base della scelta del partecipante circa il proprio genere, l'OPQ veniva somministrato nella versione femminile o maschile.

Per valutare la percezione soggettiva dell'orgasmo è stato utilizzato *l'Orgasmic Perception Questionnaire* (OPQ; Panzeri, 2016) nella versione da 55 item, i quali permettono di esplorare 5 fattori. Nello specifico 16 item indagano il fattore Estasi ($\alpha = .86$; es. “Scompare qualsiasi ansia”), 14 il fattore Tremori Muscolari ($\alpha = .87$; es. “Sento vibrare il corpo come in una scarica elettrica”), 7 il fattore Benessere ($\alpha = .69$; es. “Sento un forte tremolio nei muscoli del corpo”), 10 il fattore Forza ($\alpha = .76$; es. “Mi sento forte”) e 8 il fattore Modificazioni Neurovegetative ($\alpha = .64$; es. “Sento calore sul viso”). Al campione è stato chiesto di valutare ogni item tramite una scala Likert a 5 punti (da “1 = mai”, a “5 = sempre”). Inoltre, veniva fornita la possibilità di rispondere anche con “non ho mai avuto un/a partner” e “non so/non ricordo”.

Inoltre, al fine di valutare la validità convergente dell'OPQ è stata somministrata la versione da 25 item dell'*Orgasm Rating Scale* (ORS; Arcos-Romero *et al.*, 2018; Mah & Binik, 2002). L'ORS valuta l'esperienza soggettiva orgasmica tramite una misurazione self-report sulla base di 4 dimensioni: *Affective* (6 item; $\alpha = 0.90$; es. “Esaltante”), *Sensory* (13 item, $\alpha = 0.93$; es. “Inondante”), *Intimacy* (3 item, $\alpha = 0.78$; “Amabile”) e *Rewards*

(3 item, $\alpha = 0.86$; es. “Calmante”). È utilizzata una scala Likert a 6 punti, in cui 0 indica “non lo descrive affatto” e 5 “lo descrive perfettamente”.

Per investigare la validità discriminante dell’OPQ è stata utilizzata la versione italiana breve del Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR 6; Bobbio & Manganelli, 2011; Paulhus, 1991), un questionario che valuta la desiderabilità sociale. Essa è costituita da un totale di 16 item ($\alpha = .71$), di cui 8 valutano il *self-deceptive enhancement* (SDE; es. “so sempre perché qualcosa mi piace”; $\alpha = .70$), ovvero la tendenza a fornire involontariamente risposte che migliorano la propria immagine, e 8 l’*impression management* (IM; es. “a volte mento, se devo farlo”; $\alpha = .73$), ossia la tendenza volontaria a fornire risposte mendaci per apparire sotto una luce più positiva.

4.1.3 Partecipanti

Il campione reclutato nella prima somministrazione del questionario era costituito da 452 partecipanti, di cui 185 (campione 1) hanno compilato il retest, di cui 143 donne (77.3%) e 42 uomini (22.7%), di età compresa tra i 19 e i 51 anni ($M = 23.16$; $S.D. = 4.51$). Il 98.38% del campione era di nazionalità italiana, mentre l’1.62% aveva nazionalità straniera. Infine, l’83.78% del campione era eterosessuale, l’11.90% era bisessuale, mentre il restante 4.32% era omosessuale. Nella tabella 4.1 vengono riportati i dati socio-anagrafici del campione.

La validità convergente si è esaminata su un campione (campione 2) composto da 179 partecipanti, di età compresa tra i 18 e i 51 anni ($M = 24.39$; $S.D. = 5.28$). Il 66.5% si identifica con il genere femminile ($M = 23.96$; $SD = 5.190$) e il 32.4% con il genere maschile ($M = 25.28$; $SD = 5.473$), 2 persone hanno indicato “altro”. Tra i partecipanti, 175 hanno riportato come nazionalità l’Italia. Infine, l’85.5% del campione era eterosessuale, il 10.6% era bisessuale, mentre il restante 4% era omosessuale. I dati anagrafici del campione sono riportati nella tabella 4.2.

La validità discriminante è stata esaminata su un campione (campione 3) composto da 198 partecipanti, di età compresa tra i 19 e i 59 anni ($M = 26.20$; $S.D. = 6.74$). Il 68.7% si identifica con il genere femminile ($M = 26.48$; $SD = 7.11$) e il 30.3% con il genere maschile ($M = 25.60$; $SD = 5.96$), 2 persone hanno indicato “altro”. Tra i

partecipanti, 194 hanno riportato come nazionalità l'Italia. Infine, il 78.8% del campione era eterosessuale, il 12.7% era bisessuale, il 4% era omosessuale, mentre il restante 1.5% si è identificato come asessuale. I dati anagrafici sono riportati nella tabella 4.3.

| | | <i>n</i> | % |
|---|------------------------------|----------|-------|
| Titolo Di Studio | Medie inferiori | 1 | .54 |
| | Diploma professionale | 3 | 1.62 |
| | Maturità | 113 | 61.08 |
| | Laurea | 62 | 33.52 |
| | Specializzazione o dottorato | 6 | 3.24 |
| Stato Civile | Celibe/nubile | 169 | 91.35 |
| | Convivente-sposato/a | 15 | 8.11 |
| | Divorziato/a – separata | 1 | 0.54 |
| Occupazione | Studente/ssa | 137 | 74.05 |
| | Libero/a professionista | 9 | 4.87 |
| | Dipendente part-time | 7 | 3.78 |
| | Dipendente full time | 9 | 4.87 |
| | Lavoratore/ricca a chiamata | 1 | 0.54 |
| | Disoccupato/a | 9 | 4.87 |
| | Altro | 13 | 7.02 |
| Educazione Religiosa | Presente | 89 | 48.11 |
| Religiosa | Assente | 22 | 11.89 |
| | Limitata | 74 | 40.00 |
| Religiosità | Credente Non Praticante | 37 | 20.00 |
| | Credente Praticante | 15 | 8.11 |
| | Né Credente Né Praticante | 116 | 62.71 |
| | Altro | 17 | 9.18 |
| Ultimo orgasmo | Ultima settimana | 158 | 85.41 |
| | Ultimo mese | 27 | 14.59 |
| Partner sessuali | da 1 a 10 | 164 | 88.64 |
| | da 11 a 50 | 11 | 5.95 |
| | da 51 a 100 | 1 | 0.54 |
| | Mai | 9 | 4.87 |
| Ultima esperienza sessuale con un/a partner | Ultima settimana | 119 | 64.32 |
| | Ultimo mese | 20 | 10.81 |
| | Ultimo anno | 25 | 13.51 |
| | Più di un anno | 13 | 7.03 |
| | Mai avuto esperienze | 8 | 4.33 |
| Ultima esperienza sessuale senza un/a partner | Ultima settimana | 111 | 0,6 |
| | Ultimo mese | 56 | 30.27 |
| | Ultimo anno | 9 | 4.87 |
| | Più di un anno | 3 | 1.62 |
| | Mai avuto esperienze | 6 | 3.24 |

Tabella 4.1 Dati socio-anagrafici del campione 1 del test-retest (N = 185)

| | | N | % |
|------------------|------------------------------|-----|----------|
| Titolo di studio | Diploma professionale | 3 | 1.7 |
| | Laurea | 72 | 40. 2 |
| | Maturità | 89 | 49. 7 |
| | Medie inferiori | 1 | 0.6 |
| | Specializzazione o Dottorato | 14 | 7.8 |
| Stato civile | Celibe/Nubile | 85 | 47. 5 |
| | Convivente - Sposato/a | 29 | 16. 2 |
| | Divorziato/a - Separato/a | 1 | 0.6 |
| | Impegnato/a non convivente | 64 | 35. 7 |
| Occupazione | Altro | 10 | 5.6 |
| | Dipendente full-time | 26 | 14. 5 |
| | Dipendente part-time | 18 | 10. 0 |
| | Disoccupato/a | 1 | 0.6 |
| | Lavoratore/rice a chiamata | 1 | 0.6 |
| | Libero professionista | 12 | 6.7 |
| | Studente/ssa | 111 | 62. 0 |
| Religiosità | Limitatamente | 70 | 39. 1 |
| | Assente | 22 | 12. 3 |
| | Presente | 87 | 48. 6 |
| Religiosità | Altro | 16 | 8.9 |
| | Credente non praticante | 51 | 28. 5 |
| | Credente praticante | 13 | 7.3 |
| | Né credente né praticante | 99 | 55. 3 |
| Partner sessuali | 1-10 | 145 | 81. 0 |
| | 11-50 | 23 | 12. 8 |
| | 51-100 | 3 | 1.7 |
| | Nessuno | 6 | 3.3 |
| | Più di 100 | 2 | 1.1 |
| | Più di un anno | 15 | 8.4 |

| | | | |
|---|------------------|-----|------|
| | Ultima settimana | 100 | 55.9 |
| Ultima esperienza sessuale con un/a partner | Ultimo anno | 18 | 10.0 |
| | Ultimo mese | 39 | 21.8 |
| Ultima esperienza sessuale senza un/a partner | Mai | 5 | 2.8 |
| | Più di un anno | 3 | 1.7 |
| | Ultima settimana | 135 | 75.4 |
| | Ultimo anno | 5 | 2.8 |
| | Ultimo mese | 31 | 17.3 |
| Ultimo orgasmo | Ultima settimana | 157 | 87.7 |
| | Ultimo mese | 22 | 12.3 |

Tabella 4.2 Dati anagrafici del campione 2 della validità convergente (N = 179)

| | | N | % |
|-----------------------|--------------------------------|-----|------|
| Stato civile | Celibe/Nubile | 86 | 43.4 |
| | Convivente - Sposato/a | 27 | 13.6 |
| | Divorziato/a - Separato/a | 3 | 1.5 |
| | Impegnato/a non convivente | 82 | 41.4 |
| Titolo di studio | Diploma professionale (3 anni) | 5 | 2.5 |
| | Laurea | 113 | 57.1 |
| | Maturità (5 anni) | 63 | 31.8 |
| | Medie inferiori (3 anni) | 1 | 0.5 |
| Occupazione | Specializzazione o Dottorato | 16 | 8.1 |
| | Altro | 13 | 6.6 |
| | Dipendente full-time | 29 | 14.6 |
| | Dipendente part-time | 17 | 8.6 |
| | Disoccupato/a | 5 | 2.5 |
| | Lavoratore/ricce a chiamata | 4 | 2 |
| Libero professionista | Libero professionista | 20 | 10.1 |
| | Studente/ssa | 110 | 55.5 |
| | Limitatamente | 65 | 32.8 |
| Educazione religiosa | No | 24 | 12.1 |
| | Sì | 109 | 55 |
| Religiosità | Altro | 15 | 7.6 |
| | Credente non praticante | 46 | 23.2 |
| | Credente praticante | 22 | 11.1 |

| | | | |
|---|--|-----|-------|
| | Né credente né praticante | 115 | 58.1 |
| Partner sessuali | 1-10 | 144 | 72.7 |
| | 11-50 | 34 | 17.2 |
| | 51-100 | 4 | 2 |
| | Nessuno | 14 | 7.1 |
| | Più di 100 | 2 | 1E+14 |
| Ultima esperienza sessuale con un/a partner | Non ho mai avuto esperienze di questo tipo | 16 | 8.1 |
| | Più di un anno | 11 | 5.5 |
| | Ultima settimana | 114 | 57.6 |
| | Ultimo anno | 13 | 6.6 |
| | Ultimo mese | 44 | 22.2 |
| Ultima esperienza sessuale senza un/a partner | Mai | 9 | 4.5 |
| | Più di un anno | 8 | 4 |
| | Ultima settimana | 126 | 63.6 |
| | Ultimo anno | 13 | 6.6 |
| | Ultimo mese | 42 | 21.2 |

Tabella 4.3 Dati anagrafici del campione 3 per la validità discriminante (N = 198)

4.1.4 Analisi Statistiche

Per le analisi statistiche è stato utilizzato il software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 28.0. Sono state condotte delle correlazioni utilizzando l'indice di Pearson tra i fattori dell'OPQ della prima somministrazione e i fattori dell'OPQ della seconda somministrazione per valutare l'affidabilità test-retest, tra i fattori dell'OPQ e i fattori dell'ORS (Arcos-Romero *et al.*, 2018; Mah & Binik, 2002) per investigare la validità convergente e tra i fattori dell'OPQ e i fattori del BIDR 6 (Bobbio & Manganelli, 2011; Paulhus, 1991) per esaminare la validità discriminante dell'OPQ. I risultati delle correlazioni sono stati interpretati utilizzando i *cut off* proposti da Rossi (2000) e riportati nella tabella 4.4. Inoltre, nei campioni per la validità convergente e per la validità discriminante per ogni fattore dell'OPQ, dell'ORS e del BIDR 6 sono state riportate le alpha di Cronbach per la coerenza interna, i cui valori di soglia considerati sono riscontrabili nella tabella 4.5. Gli indici di coerenza interna dell'OPQ nel test-retest non sono stati riportati a causa della non rappresentatività del campione che ha partecipato a entrambe le somministrazioni.

| r | Correlazione | Relazione |
|----------|---------------|---------------------------------|
| .00-.20 | molto piccola | quasi inesistente, trascurabile |
| .20-.39 | piccola | bassa, appena apprezzabile |
| .40-.59 | media | considerevole |
| .60-.79 | forte | intensa |
| .80-1.00 | molto forte | molto intensa |

Tabella 4.4 Interpretazione degli indici di correlazione della p di Pearson (adattato da Rossi, 2000)

| Valori soglia alpha di Cronbach | Valutazione attendibilità |
|---------------------------------|------------------------------|
| $\alpha \geq .90$ | Ottima coerenza interna |
| $.80 \leq \alpha < .90$ | Buona coerenza interna |
| $.70 \leq \alpha < .80$ | Discreta coerenza interna |
| $.60 \leq \alpha < .70$ | Sufficiente coerenza interna |
| $\alpha < .60$ | Inadeguata coerenza interna |

Tabella 4.5 Valori di riferimento alpha di Cronbach (Nunnally & Bernstein, 1994)

Successivamente, sono stati condotti dei t-test per campioni accoppiati al fine di valutare se vi fossero differenze significative tra i punteggi ottenuti nei fattori dell'OPQ nella prima somministrazione rispetto alla seconda somministrazione. Infine, sono stati condotti dei t-test per campioni indipendenti nei campioni della validità convergente e della validità discriminante per valutare se vi fossero differenze nell'età in base al genere. Per valutare l'effetto del genere sui fattori dell'OPQ nei campioni della validità convergente e della validità discriminante, è stato previsto di condurre delle MANOVA qualora i risultati dei t-test non mostrassero differenze significative tra uomini e donne e delle MANCOVA nel caso in cui fossero emerse differenze significative, in modo da controllare per l'età.

4.2 Risultati

Nella maggior parte dei casi, le variabili non erano distribuite normalmente. Tuttavia, poiché l'asimmetria e la curtosi erano vicine allo 0, si è proceduto comunque a condurre le analisi statistiche parametriche. Dai risultati del t-test per campioni accoppiati, condotti nel campione 1 e riportati nella tabella 4.6, è emersa una differenza

significativa tra la prima e la seconda somministrazione dell'OPQ nel fattore Estasi ($p < .05$; $d = .18$); tutte le altre differenze non erano significative.

| | | M | S.D. | Errore standard | I.C. 95% | t | df | <i>p</i> |
|----------|-------------------------------|------|------|-----------------|-------------|-------|-----|----------|
| Coppia 1 | Estasi | .08 | .48 | .03 | [.01-.15] | 2.41 | 184 | .017 |
| Coppia 2 | Tremori Muscolari | .05 | .52 | .04 | [-.02-.12] | 1.30 | 184 | .194 |
| Coppia 3 | Benessere | .06 | .69 | .05 | [.04-.16] | 1.11 | 184 | .267 |
| Coppia 4 | Forza | -.04 | .45 | .03 | [-.10-.03] | -1.14 | 184 | .253 |
| Coppia 5 | Modificazioni neurovegetative | .00 | .49 | .03 | [-.07--.07] | .00 | 184 | 1.000 |

Tabella 4.6 Risultati dei t-test per campioni accoppiati (N = 185); I.C. 95% = Intervallo di Confidenza 95%

Gli indici di correlazione tra i fattori dell'OPQ nelle due somministrazioni sono rappresentate nella tabella 4.7. In particolare, tra la prima e la seconda somministrazione sono state trovate correlazioni significative positive medie per i fattori 3 (Benessere) e 5 (Modificazioni neurovegetative) e forti per i fattori 1 (Estasi), 2 (Tremori muscolari) e 4 (Forza).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| 1. F1 test | -- | | | | | | | | | |
| 2. F2 test | .423** | -- | | | | | | | | |
| 3. F3 test | .313** | 0.135 | -- | | | | | | | |
| 4. F4 test | .653** | .375** | .345** | -- | | | | | | |
| 5. F5 test | .510** | .370** | .216** | .492** | -- | | | | | |
| 6. F1 Retest | .793** | .314** | .214** | .638** | .431** | -- | | | | |
| 7. F2 retest | .359** | .809** | .200** | .395** | .401** | .349** | -- | | | |
| 8. F3 retest | .405** | .206** | .650** | .468** | .324** | .452** | .298** | -- | | |
| 9. F4 retest | .521** | .274** | .231** | .791** | .436** | .697** | .379** | .520** | -- | |
| 10. F5 retest | .377** | .294** | .125 | .403** | .712** | .489** | .464** | .353** | .515** | -- |

Tabella 4.7 Indici di correlazione p di Pearson tra i fattori dell'OPQ nella prima e nella seconda somministrazione (N = 185); ** $p < .01$; F1 = Estasi, F2 = Tremori muscolari, F3 = Benessere, F4 = Forza, F5 = Modificazioni neurovegetative

I risultati delle analisi condotte sul campione 2 della validità convergente hanno evidenziato sufficienti indici di coerenza interna per l'OPQ. In particolare, l'alpha di Cronbach era di .90 per F1 (Estasi), .92 per F2 (Tremori muscolari), .75 per F3 (Benessere), .82 per F4 (Forza) e .67 per F5 (Modificazioni neurovegetative); per l'ORS, l'alpha di Cronbach era .83 per l'*Affective Dimension*, .90 per la *Sensory Dimension*, .55 per l'*Intimacy Dimension* e .72 per la *Rewards Dimension*. Inoltre, il fattore 1 dell'OPQ

correlava positivamente con il fattore 1 dell'ORS ($r = .42$; $p < .01$) e con il fattore 4 dell'ORS ($r = .30$; $p < .01$); il fattore 2 dell'OPQ correlava positivamente con il fattore 2 dell'ORS ($r = .57$; $p < .01$); il fattore 3 dell'OPQ correlava positivamente con il fattore 1 dell'ORS ($r = .38$; $p < .01$), con il fattore 3 dell'ORS ($r = .20$; $p < .01$) e con il fattore 4 dell'ORS ($r = .45$; $p < .01$); il fattore 4 dell'OPQ correlava positivamente con il fattore 1 dell'ORS ($r = .52$; $p < .01$) e con il fattore 2 dell'ORS ($r = .48$; $p < .01$); infine, il fattore 5 dell'OPQ correlava positivamente con il fattore 2 dell'ORS ($r = .46$; $p < .01$). La matrice di correlazione tra i fattori dell'OPQ e i fattori dell'ORS è mostrata nella tabella 4.8.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| 1. OPQ_F1 | -- | | | | | | | | |
| 2. OPQ_F2 | .423** | -- | | | | | | | |
| 3. OPQ_F3 | .543** | .256** | -- | | | | | | |
| 4. OPQ_F4 | .596** | .411** | .483** | -- | | | | | |
| 5. OPQ_F5 | .459** | .585** | .41** | .495** | -- | | | | |
| 6. ORS_F1 | .42** | .322** | .378** | .519** | .295** | -- | | | |
| 7. ORS_F2 | .474** | .566** | .298** | .485** | .465** | .691** | -- | | |
| 8. ORS_F3 | .15* | .80 | .199** | .173* | .154* | .376** | .244** | -- | |
| 9. ORS_F4 | .299** | .70 | .451** | .14 | .21** | .29** | .176* | .355** | -- |

Tabella 4.8 Correlazioni tra i fattori dell'OPQ e i fattori dell'ORS; * $p < .05$ ** $p < .01$; ORS_F1 = *Affective Dimension*, ORS_F2 = *Sensory Dimension*, ORS_F3 = *Intimacy Dimension*, ORS_F4 = *Rewards Dimension*

I risultati dei t test per campioni indipendenti condotti sul campione 2 per valutare le differenze dell'età in base al genere non hanno evidenziato differenze significative tra uomini e donne ($p > .05$). Di conseguenza è stata condotta una MANOVA per valutare differenze in base al genere nei fattori dell'OPQ. Utilizzando la correzione di Bonferroni (valore p diviso il numero di test condotti), sono stati considerati come significativi valori di $p < .01$. A livello multivariato è stato trovato un effetto significativo del genere ($F_{5,171} = 11.04$; $p < .001$; η^2 parziale = .24). A livello univariato è emerso che le donne hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori rispetto agli uomini nel fattore 2 dell'OPQ (Tremori muscolari; $p < .001$; $F_{1, 175} = 43.26$; η^2 parziale = .20) e nel fattore 5 (Modificazioni neurovegetative; $p < .001$; $F_{1, 175} = 27.52$; η^2 parziale = .14). Tutti gli altri fattori non erano significativi ($p > .01$). Poiché in alcuni fattori sono emerse differenze significative in base al genere, le correlazioni bivariate tra i fattori dell'OPQ e i fattori

dell'ORS sono state condotte nuovamente divise per genere (donne = r_1 ; uomini = r_2 ; Tabella 4.9). In particolare, il fattore 1 dell'OPQ (Estasi) correlava positivamente e significativamente con il fattore 1 dell'ORS (*Affective Dimension*; $r_1 = .48$; $p_1 < .01$; $r_2 = .30$; $p_2 < .01$) e con il fattore 4 dell'ORS (*Rewards Dimension*; $r_1 = .30$; $p_1 < .01$; $r_2 = .36$; $p_2 < .01$); il fattore 2 dell'OPQ (Tremori muscolari) correlava positivamente e significativamente con il fattore 2 dell'ORS (*Sensory Dimension*; $r_1 = .60$; $p_1 < .01$; $r_2 = .35$; $p_2 < .01$); il fattore 3 dell'OPQ (Benessere) correlava positivamente e significativamente con il fattore 1 dell'ORS ($r_1 = .40$; $p_1 < .01$; $r_2 = .29$; $p_2 < .05$), con il fattore 4 dell'ORS ($r_1 = .47$; $p_1 < .01$; $r_2 = .49$; $p_2 < .01$) e, solo nelle donne, con il fattore 3 dell'ORS (*Intimacy Dimension*; $r_1 = .20$; $p_1 < .05$); il fattore 4 dell'OPQ (Forza) correlava positivamente e significativamente con il fattore 1 dell'ORS ($r_1 = .54$; $p_1 < .01$; $r_2 = .46$; $p_2 < .01$) e con il fattore 2 dell'ORS ($r_1 = .45$; $p_1 < .01$; $r_2 = .47$; $p_2 < .01$); infine, il fattore 5 dell'OPQ (Modificazioni neurovegetative) correlava positivamente e significativamente con il fattore 2 dell'ORS ($r_1 = .43$; $p_1 < .01$; $r_2 = .35$; $p_2 < .01$).

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|-----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|----|
| 1. OPQ_F1 | Donne | -- | | | | | | | | |
| | Uomini | -- | | | | | | | | |
| 2. OPQ_F2 | Donne | .50** | -- | | | | | | | |
| | Uomini | .32* | -- | | | | | | | |
| 3. OPQ_F3 | Donne | .53** | .33** | -- | | | | | | |
| | Uomini | .52** | .08 | -- | | | | | | |
| 4. OPQ_F4 | Donne | .64** | .39** | .50** | -- | | | | | |
| | Uomini | .48** | .38** | .40** | -- | | | | | |
| 5. OPQ_F5 | Donne | .50** | .53** | .40** | .49** | -- | | | | |
| | Uomini | .40** | .47** | .40** | .45** | -- | | | | |
| 6. ORS_F1 | Donne | .48** | .37** | .40** | .54** | .41** | -- | | | |
| | Uomini | .30* | .19 | .29* | .46** | .04 | -- | | | |
| 7. ORS_F2 | Donne | .50** | .60** | .27** | .45** | .43** | .68** | -- | | |
| | Uomini | .39** | .35** | .25 | .47** | .35** | .70** | -- | | |
| 8. ORS_F3 | Donne | .11 | -.01 | .20* | .09 | .07 | .33** | .15 | -- | |
| | Uomini | .25 | .08 | .15 | .31* | .16 | .42** | .33* | -- | |
| 9. ORS_F4 | Donne | .30** | .18* | .47** | .19* | .24** | .34** | .19* | .41** | -- |
| | Uomini | .36** | -.05 | .49** | .08 | .24 | .24 | .25 | .28* | -- |

Tabella 4.9 Indici di correlazione p di Pearson tra i fattori dell'OPQ e quelli dell'ORS divisi in base al genere; * $p < .05$ ** $p < .01$ ($N_1 = 119$; $N_2 = 58$)

I risultati delle analisi condotte sul campione 3 della validità discriminante hanno evidenziato sufficienti indici di coerenza interna. In particolare, l'alpha di Cronbach era di .90 per F1 (Estasi), .88 per F2 (Tremori muscolari), .75 per F3 (Benessere), .83 per F4 (Forza), .64 per F5 (Modificazioni neurovegetative), .66 per la sottoscala SDE del BIDR 6 e .71 per la sottoscala IM del BIDR 6. Sono emerse piccole correlazioni positive significative tra la sottoscala *Self-Deceptive Enhancement* (SDE) del BIDR 6 e i fattori 1 ($r = .24$; $p < .01$), 3 ($r = .21$; $p < .01$) e 4 ($r = .22$; $p < .01$) dell'OPQ (Tabella 4.10).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|----|
| 1. OPQ_F1 | -- | | | | | | |
| 2. OPQ_F2 | .40** | -- | | | | | |
| 3. OPQ_F3 | .49** | .22** | -- | | | | |
| 4. OPQ_F4 | .66** | .38** | .63** | -- | | | |
| 5. OPQ_F5 | .42** | .54** | .40** | .48** | -- | | |
| 6. BIDR_SDE | .24** | .04 | .21** | .22** | .05 | -- | |
| 7. BIDR_IM | -.00 | -.04 | .13 | .05 | .02 | .22** | -- |

Tabella 4.10 Indici di correlazione p di Pearson tra i fattori dell'OPQ e quelli dell'ORS; ** $p < .01$ (N = 198)

I risultati dei t test per campioni indipendenti condotti sul campione 3 per valutare le differenze dell'età in base al genere non hanno evidenziato differenze significative tra uomini e donne ($p > .05$). Di conseguenza è stata condotta una MANOVA per valutare differenze in base al genere nei fattori dell'OPQ. Anche in questo caso sono stati considerati come significativi valori di $p < .01$ apportando la correzione di Bonferroni. A livello multivariato è stato trovato un effetto significativo del genere ($F_{5,190} = 11.66$; $p < .001$; η^2 parziale = .23). A livello univariato è emerso che le donne hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori rispetto agli uomini nel fattore 2 dell'OPQ (Tremori muscolari; $p < .001$; $F_{1, 194} = 31.25$; η^2 parziale = .14) e nel fattore 5 (Modificazioni neurovegetative; $p < .001$; $F_{1, 194} = 40.28$; η^2 parziale = .17). Tutti gli altri fattori non erano significativi ($p > .01$). Poiché in alcuni fattori sono emerse differenze significative in base al genere, anche in questo caso sono state condotte delle correlazioni bivariate tra i fattori dell'OPQ e i fattori del BIDR 6 divise per genere (donne = r_1 ; uomini = r_2 ; Tabella 4.11). In particolare, la sottoscala SDE correlava significativamente con il fattore 4 dell'OPQ del BIDR 6 sia nelle donne sia negli uomini ($r_1 = .20$; $p_1 < .05$; $r_2 = .30$; $p_2 < .05$) e solo nelle donne con i fattori 1 ($r_1 = .26$; $p_1 < .01$) e 3 ($r_1 = .22$; $p_1 < .01$) dell'OPQ.

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------------|--------|-------|-------|-------|-------|------|-------|----|
| 1. OPQ_F1 | Donne | -- | | | | | | |
| | Uomini | -- | | | | | | |
| 2. OPQ_F2 | Donne | .39** | -- | | | | | |
| | Uomini | .45** | -- | | | | | |
| 3. OPQ_F3 | Donne | .49** | .17* | -- | | | | |
| | Uomini | .42** | .25 | -- | | | | |
| 4. OPQ_F4 | Donne | .71** | .32** | .60** | -- | | | |
| | Uomini | .53** | .50** | .67** | -- | | | |
| 5. OPQ_F5 | Donne | .43** | .42** | .37** | .45** | -- | | |
| | Uomini | .43** | .57** | .44** | .60** | -- | | |
| 6. BIDR_SDE | Donne | .26** | .09 | .22** | .20* | .09 | -- | |
| | Uomini | .22 | -.02 | .21 | .30* | .05 | -- | |
| 7. BIDR_IM | Donne | -.06 | -.14 | .06 | -.04 | -.11 | .25** | -- |
| | Uomini | .07 | -.11 | .21 | .18 | .04 | .17 | -- |

Tabella 4.11 Indici di correlazione p di Pearson tra i fattori dell'OPQ e quelli del BIDR 6 divisi in base al genere; * $p < .05$ ** $p < .01$ ($N_1 = 136$; $N_2 = 60$)

4.3 Discussione dei risultati

4.3.1 Discussione

Lo scopo della presente ricerca era fornire un contributo alla validazione dell'*Orgasmic Perception Questionnaire* (OPQ; Panzeri, 2016), un questionario di 55 item che si propone di valutare la percezione soggettiva dell'orgasmo tramite 5 fattori: Estasi, Tremori muscolari, Benessere, Forza e Modificazioni neurovegetative. Nello specifico, tramite l'affidabilità test-retest, si è misurata l'attendibilità del questionario somministrandolo allo stesso campione in due momenti diversi a distanza di un mese; successivamente si è esaminata la validità convergente e discriminante confrontando l'OPQ rispettivamente con un questionario sull'orgasmo (*Orgasm Rating Scale*; ORS; Arcos-Romero *et al.*, 2018; Mah & Binik, 2002) e con un questionario sulla desiderabilità sociale (*Balanced Inventory of Desirable Responding*; BIDR 6; Bobbio & Manganelli, 2011; Paulhus, 1991); inoltre si è indagato l'effetto del genere sui fattori tramite MANOVA.

Per quanto riguarda l'affidabilità test-retest dell'OPQ, era stato ipotizzato che non vi fossero differenze significative tra la prima e la seconda somministrazione del questionario, attendendo correlazioni positive significative tra i fattori dell'OPQ al test e quelli del retest. Sebbene sia emersa una differenza significativa nel fattore Estasi, questa è risultata essere trascurabile valutando la dimensione dell'effetto. Infatti, anche se non vi è un accordo sull'interpretazione degli indici della d di Cohen, è uso comune considerare come *cut off* $d = .20$ per un effetto piccolo, $d = .50$ per un effetto medio e $d = .80$ per un effetto grande (Lakens, 2013). Poiché nel presente studio la dimensione dell'effetto era inferiore a $.20$ può essere considerata molto piccola e trascurabile. Inoltre, tutte le correlazioni di ogni fattore dell'OPQ al test con lo stesso fattore al retest si sono rivelate forti ($.65 < r < .81$). Di conseguenza, è possibile affermare che l'OPQ abbia una soddisfacente affidabilità test-retest.

Per la validità convergente era stato ipotizzato che vi fossero delle correlazioni positive significative tra i fattori dell'OPQ e quelli dell'ORS. In particolare, che il fattore Estasi dell'OPQ (F1) correlasse positivamente con l'*Affective Dimension* e la *Rewards Dimension* dell'ORS; il fattore Tremori muscolari dell'OPQ (F2) con la *Sensory Dimension* dell'ORS; il fattore Benessere dell'OPQ (F3) con l'*Affective Dimension*, l'*Intimacy Dimension* e la *Rewards Dimension* dell'ORS; il fattore Forza dell'OPQ (F4) con l'*Affective Dimension* e la *Sensory Dimension*; e il fattore Modificazioni neurovegetative dell'OPQ (F5) con la *Sensory Dimension* dell'ORS. Tutti i risultati attesi sono stati confermati, con l'eccezione della correlazione tra F3 dell'OPQ e l'*Intimacy dimension* dell'ORS, che non era significativa negli uomini e significativa, ma piccola nelle donne ($r = .20$; $p < .05$). Il fattore Benessere (F3) dell'OPQ riguarda sensazioni caratterizzate da tranquillità, calma, rilassamento mentale e fisico, conforto, un senso di protezione dal partner o dalla partner e voglia di sorridere; mentre l'*Intimacy dimension* dell'ORS si riferisce a un'esperienza orgasmica in una relazione sessuale caratterizzata da intimità. Alcune ricerche hanno collegato lo stato della relazione sentimentale con la frequenza dell'orgasmo e la soddisfazione sessuale (Armstrong *et al.*, 2012; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Kontula & Miettinen, 2016; Pedersen & Blekesaune, 2003; Wongsomboon, Burlison, e Webster, 2020), in particolar modo dagli studi presenti in letteratura emerge che le donne che hanno un partner stabile (Kontula & Miettinen, 2016), che sono in una relazione impegnata (rispetto a quella casuale) (Armstrong *et al.*, 2012;

Wongsomboon *et al.*, 2020), che hanno un'elevata probabilità di sposare il loro partner (Armstrong *et al.*, 2012) o che hanno sperimentato l'amore nella loro relazione (Haavio-Mannila & Kontula, 1997) tendono a raggiungere l'orgasmo più frequentemente. Inoltre, Pedersen e Blekesauna (2003) riportano che le coppie sposate o conviventi tendono a essere più soddisfatte sessualmente: una relazione stabile può influenzare positivamente la soddisfazione sessuale. Probabilmente, l'assenza di una correlazione tra F3 dell'OPQ e l'Intimacy dimension dell'ORS nei maschi potrebbe indicare che gli uomini vivano l'orgasmo come un senso di conforto e protezione da parte del partner o dalla partner indipendentemente dal fatto che siano o meno in una relazione intima e stabile, mentre per le donne potrebbe essere importante, ma non necessario. Nonostante non sia stata trovata la correlazione attesa con l'*Intimacy dimension*, è interessante notare come F3 dell'OPQ correlasse significativamente con l'*Affective dimension* e la *Rewards dimension* dell'ORS. Dunque, risulta che i sentimenti provati durante l'orgasmo (*Affective dimension*) e le sensazioni piacevoli o gratificanti derivanti dall'esperienza orgasmica (*Rewards dimension*) correlano con le sensazioni caratterizzate da un rilassamento mentale e fisico (Benessere). Secondo la prospettiva evuzionistica l'esperienza orgasmica rappresenta una forma di gratificazione per il conseguimento dei bisogni fondamentali per la sopravvivenza, consentendo di mantenere un legame di coppia stabile (cfr. Panzeri, 2013; Morris, 2003): questa gratificazione percepita potrebbe portare a sentirsi protetti dal proprio partner o dalla propria partner, percependo un maggior senso di sicurezza, tranquillità, conforto e sperimentando sentimenti positivi legati all'esperienza orgasmica.

Inoltre, per la validità discriminante si era ipotizzato che vi fossero correlazioni non significative o molto piccole tra i fattori dell'OPQ e i fattori del BIDR 6. Ciò è stato solo parzialmente verificato, poiché è emersa una tendenza da parte delle donne a fornire involontariamente risposte socialmente desiderabili negli item di tutti i fattori dell'OPQ con l'eccezione di F2 (Tremori muscolari) e F5 (Modificazioni neurovegetative) in cui non sono emerse correlazioni significative. La stessa tendenza si è verificata anche negli uomini nelle risposte agli item di F4 (Forza). È interessante notare come le aspettative sociali svolgano un ruolo cruciale nell'esperienza orgasmica, inducendo maggiormente le donne a fingere l'orgasmo per alleviare l'aumento dei sentimenti di ansia, autoconsapevolezza e anormalità fisiologica (Cooper *et al.*, 2014). Mentre gli uomini

probabilmente si sentono inconsapevolmente in dovere di enfatizzare le sensazioni del fenomeno orgasmico riconducibili al sentirsi forte, provare un senso di potenza ed euforia, in quanto socialmente accettate poiché caratteristiche di un senso comune di “mascolinità”. Dunque, anche negli uomini le esperienze di orgasmo possono essere influenzate da aspetti psicosociali (Dunn & Trost, 1989; Hite, 1981). Nonostante la validità discriminante non fosse quella che si auspicava, nel complesso le correlazioni significative erano piccole, e pertanto l’OPQ potrebbe comunque essere considerato uno strumento utile sia in ambito clinico che nella popolazione generale.

Le differenze che sono state trovate nelle correlazioni tra uomini e donne non sono così inaspettate, in quanto nelle MANOVA erano emerse differenze significative in base al genere in due fattori. In particolare, a livello univariato, in entrambi i campioni, è emerso che le donne hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori rispetto agli uomini nel fattore 2 dell’OPQ (Tremori muscolari) e nel fattore 5 (Modificazioni neurovegetative). Entrambi i fattori si riferiscono a percezioni e reazioni fisiche correlate all’orgasmo: F2 comprende vibrazioni, tremolii, spasmi, contrazioni e tensioni muscolari; F5 include la percezione di calore sul viso e sul corpo, il respiro affannoso, un piacere fisico localizzato e sentire la voglia di urlare. Quanto emerso dalla presente ricerca entra in contrasto con lo stereotipo che vedrebbe l’orgasmo maschile percepito fisicamente in maniera più intensa rispetto a quello femminile. Sebbene nelle donne il raggiungimento dell’orgasmo non sia un fenomeno sicuro né fondamentale nell’atto sessuale ai fini riproduttivi, quando si verifica viene vissuto fisicamente in maniera più intensa rispetto agli uomini. Ciò risulta essere coerente con ricerche precedenti, le quali mostrano che i termini associati agli spasmi orgasmici sono più frequentemente riferiti dalle donne che dagli uomini (Toledano, 2001); inoltre Arcos-Romero e colleghi (2018) hanno riscontrato differenze di genere significative nella *Sensory dimension*, legata alle reazioni fisiologiche durante l’esperienza orgasmica, in cui i punteggi medi erano più alti nelle donne che negli uomini. Inoltre, la numerosità degli uomini e delle donne nel campione potrebbe aver avuto un ruolo nei risultati che sono stati trovati: da una parte, infatti, confrontare gruppi numericamente eterogenei potrebbe comportare delle problematiche nell’interpretazione dei risultati, dall’altra il numero di uomini era relativamente troppo piccolo per poter svolgere in maniera affidabile le analisi statistiche aumentando la

probabilità di commettere errori di I e di II tipo (rispettivamente la probabilità di rifiutare l'ipotesi nulla, H₀, quando è vera e di accettare H₀ quando è falsa).

Infine, la coerenza interna dell'OPQ, misurata con l'Alpha di Cronbach, è risultata essere soddisfacente, con valori superiori al *cut off* .60 in tutti i fattori. È anche interessante notare come gli indici di coerenza interna ottenuti nei campioni per la validità convergente e per la validità discriminante siano simili tra loro, a supporto dell'affidabilità del questionario. È importante sottolineare che la coerenza interna non è stata valutata nel campione utilizzato per il test-retest. Tale scelta è dovuta al fatto che il campione usato nel test-retest aveva caratteristiche peculiari rispetto agli altri campioni della ricerca, in quanto il numero delle persone che aveva completato le due somministrazioni era meno della metà rispetto al campione iniziale. Ciò avrebbe potuto aumentare drasticamente il *non response-bias* (Prince, 2012), per il quale i partecipanti che abbandonano o decidono di non prendere parte ad uno studio sono sistematicamente diversi dalle persone che scelgono di completare la ricerca.

Tale studio è rilevante in quanto l'OPQ potrebbe risultare utile in ambito clinico al fine di indagare il vissuto orgasmico nella sua totalità, tenendo in considerazione le sensazioni, le immagini, le emozioni e le percezioni esperite dalla persona sia da un punto di vista fisiologico che psicologico. In letteratura non sono ancora presenti strumenti validi e attendibili che valutino adeguatamente la percezione dell'esperienza orgasmica: l'*International Index of Erectile Function* (IIEF; Rosen *et al.*, 1997) e il *Female Sexual Function Index* (FSFI; Rosen *et al.*, 2000) sono due strumenti di valutazione che consentono solamente di considerare la frequenza o la presenza dell'orgasmo, utili per indagare la funzione sessuale complessiva, ma non affrontano le sensazioni fisiche che caratterizzano il fenomeno orgasmico e non forniscono uno strumento unico sia per gli uomini che per le donne (Dubray *et al.*, 2017); l'*Orgasm Rating Scale* (ORS; Arcos-Romero *et al.*, 2018; Mah & Binik, 2002) valuta le sensazioni fenomenologiche associate all'orgasmo utilizzando una metodologia di valutazione degli aggettivi, la quale potrebbe risultare eccessivamente riduttiva e, pertanto, un'unica parola potrebbe non essere sufficientemente rappresentativa per descrivere l'esperienza orgasmica, e interpretata diversamente a seconda della persona; il *Bodily Sensations of Orgasm Questionnaire* (Dubray *et al.*, 2017) è uno strumento che valuta solamente le sensazioni corporee e fisiologiche associate al fenomeno orgasmico tralasciando il vissuto psicologico;

l'*Orgasm Beliefs Inventory* (OBI) valuta specificatamente le credenze culturali sull'orgasmo e non la percezione dell'esperienza ad esso associata; infine la *Faking Orgasm Scale* (FOS; Cooper, Fenigstein, e Fauber, 2014) è una scala progettata per valutare i motivi riferiti dalle donne per fingere l'orgasmo durante i rapporti sessuali, non utile per indagare l'esperienza orgasmica nella sua complessità in entrambi i generi. Dunque, la validazione dell'OPQ è necessaria al fine di sopperire alla mancanza di uno strumento che valuti adeguatamente la percezione soggettiva dell'orgasmo, considerando sia le sensazioni fisiche sia il vissuto psicologico legati al fenomeno.

4.3.2 Limiti

Il primo limite riguarda i campioni analizzati. Come accennato nel paragrafo precedente, la numerosità campionaria era piccola e non rappresentativa della popolazione generale. Le analisi sono state effettuate nonostante la dimensione del campione non fosse ottimale rispetto ai test condotti, in particolar modo per le MANOVA. Sebbene il valore p fornisca un'indicazione della probabilità di aver commesso un errore di tipo I, quando il campione non è sufficientemente elevato questa indicazione potrebbe essere poco affidabile. Inoltre, nella presente ricerca non è stato possibile considerare l'effetto dell'orientamento sessuale sui fattori dell'OPQ. A supporto della non rappresentatività dei campioni, nella maggior parte dei casi i punteggi forniti ai fattori dell'OPQ, dell'ORS e del BDR 6 non erano distribuiti normalmente. Ciò riduce anche l'affidabilità dei risultati ottenuti nelle analisi statistiche, poiché si tratta di test parametrici in cui si assume che la distribuzione dei dati segua la normale. In ogni caso è importante sottolineare che test statistici come la MANOVA sono abbastanza robusti, e pertanto è possibile condurli anche se vi sono leggere deviazioni rispetto ai presupposti necessari.

Un ulteriore limite riguarda la validità convergente dell'OPQ: poiché non vi era una corrispondenza esatta tra il contenuto dei fattori dell'OPQ e il contenuto di quelli dell'ORS, non è stato possibile valutarla adeguatamente. La scelta di utilizzare l'ORS come strumento di paragone è stata guidata dall'assenza di ulteriori strumenti che valutino la percezione dell'orgasmo (vedasi per un approfondimento il capitolo 2). Inoltre, poiché

non è stata svolta una validazione linguistica formale sull'ORS non si può escludere che i risultati ottenuti siano da ricondursi a un problema di adattamento linguistico e culturale dello strumento.

Infine, non si può escludere che le correlazioni significative che sono emerse tra i fattori dell'OPQ e le sottoscale del BIDR 6 siano da ricondurre a un problema nell'accettabilità della formulazione degli item dell'OPQ, che se considerati troppo "forti" potrebbero indurre risposte in misura maggiore socialmente desiderabili.

4.3.3 Prospettive future

In primo luogo, per verificare la validità e l'affidabilità dell'OPQ, le ricerche future dovrebbero replicare lo studio utilizzando un campione numericamente adeguato e maggiormente rappresentativo della popolazione generale, verificando che i dati siano distribuiti normalmente e includendo un numero omogeneo di uomini e di donne in base anche all'orientamento sessuale.

Inoltre, potrebbe essere utile condurre una validazione linguistica e psicometrica sulla versione italiana dell'ORS per valutarne le proprietà psicometriche e successivamente utilizzarlo in maniera più adeguata come strumento di paragone per la validità convergente dell'OPQ.

Infine, qualora dovessero emergere gli stessi risultati riscontrati nelle correlazioni tra i fattori dell'OPQ e le sottoscale del BIDR 6 anche in campioni numericamente e qualitativamente più rappresentativi della popolazione generale, potrebbe essere utile svolgere studi per approfondire ed eventualmente correggere l'accettabilità della formulazione degli item dell'OPQ.

CONCLUSIONI

L'orgasmo può essere definito come un'esperienza massima, variabile e transitoria di piacere intenso, accompagnata da risposte psicofisiologiche che, come risultato dell'attività sessuale, culminano in una marcata sensazione di benessere (Arcos-Romero & Sierra, 2018; Meston *et al.*, 2004). In letteratura non vi è un'unica definizione del fenomeno orgasmico universalmente riconosciuta, considerata esauriente e comprensiva dei molteplici aspetti che lo caratterizzano (Mah & Binik, 2001): l'orgasmo risulta essere l'evento più complesso e meno compreso fra le risposte sessuali (Bancroft, 1989; Rosen & Beck, 1988).

Lo scopo della presente ricerca era fornire un contributo alla validazione dell'*Orgasmic Perception Questionnaire* (OPQ; Panzeri, 2016), un questionario ideato per valutare la percezione soggettiva dell'orgasmo. Lo studio è rilevante in quanto in letteratura non sono ancora presenti strumenti validi e attendibili che valutino adeguatamente la percezione dell'esperienza orgasmica. L'OPQ potrebbe risultare utile in ambito clinico al fine di indagare il vissuto orgasmico nella sua totalità, tenendo in considerazione le sensazioni, le immagini, le emozioni e le percezioni esperite dalla persona sia da un punto di vista fisiologico che psicologico.

Lo studio ha evidenziato una soddisfacente affidabilità test-retest dell'OPQ: è emersa una sola differenza significativa nel fattore Estasi, risultata essere trascurabile valutando la dimensione dell'effetto. Per quanto riguarda la validità convergente tutti i risultati attesi sono stati confermati, con l'eccezione della correlazione tra F3 dell'OPQ e l'*Intimacy dimension* dell'ORS, che non era significativa negli uomini e significativa, ma piccola nelle donne ($r = .20$; $p < .05$): probabilmente i primi vivono l'orgasmo come un senso di conforto e protezione dal partner o dalla partner indipendentemente dal fatto che siano o meno in una relazione intima e stabile, mentre per le seconde potrebbe essere importante, ma non necessario. Nonostante non sia stata trovata la correlazione attesa con l'*Intimacy dimension*, è interessante notare come F3 dell'OPQ correlasse significativamente con l'*Affective dimension* e la *Rewards dimension* dell'ORS. La gratificazione percepita durante l'orgasmo potrebbe portare a sentirsi protetti dal proprio partner o dalla propria partner, percependo un maggior senso di sicurezza, tranquillità, conforto e sperimentando sentimenti positivi legati all'esperienza orgasmica. Per la

validità discriminante l'ipotesi è stata solo parzialmente verificata, in quanto è emersa una tendenza da parte delle donne a fornire involontariamente risposte socialmente desiderabili negli item di tutti i fattori dell'OPQ con l'eccezione di F2 (Tremori muscolari) e F5 (Modificazioni neurovegetative) in cui non sono emerse correlazioni significative. La stessa tendenza si è verificata anche negli uomini nelle risposte agli item di F4 (Forza). Questi risultati mostrano come gli aspetti psicosociali, in particolare le aspettative sociali, possano influenzare l'esperienza orgasmica sia degli uomini che delle donne (Dunn & Trost, 1989; Hite, 1981; Cooper *et al.*, 2014).

Inoltre, le differenze trovate nelle correlazioni tra uomini e donne non sono così inaspettate, in quanto nelle MANOVA erano emerse differenze significative in base al genere in alcuni fattori: dagli studi presenti in letteratura, sono state dimostrate differenze di genere per quanto riguarda la percezione delle sensazioni psicologiche (Arcos-Romero *et al.*, 2019; Mah & Binik, 2002) e fisiologiche dell'orgasmo (Dubrai, Gérard, Beaulieu-Prévost, e Courtois, 2017). È da tenere in considerazione che la numerosità degli uomini e delle donne nel campione potrebbe aver avuto un ruolo nei risultati che sono stati trovati.

Infine, la coerenza interna dell'OPQ, misurata con l'Alpha di Cronbach, è risultata essere soddisfacente ($\alpha > .60$) per tutti i fattori. L'OPQ potrebbe essere considerato uno strumento valido e affidabile, ma sono necessari ulteriori studi per completarne la validazione utilizzando un campione numericamente adeguato e maggiormente rappresentativo della popolazione generale.

BIBLIOGRAFIA

- Abdolsalehi-Najafi, E., & Beckman, L. J. (2013). Sex guilt and life satisfaction in Iranian-American women. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1063–1071.
- Alexander, C. J., Sipski, M. L., & Findley, T. W. (1993). Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre-and post-spinal cord injury. *Archives of sexual behavior*, 22(3), 217-228.
- Alwaal, A., Breyer, B. N., & Lue, T. F. (2015). Normal male sexual function: emphasis on orgasm and ejaculation. *Fertility and sterility*, 104(5), 1051-1060.
- Alzate, H. (1985). Vaginal eroticism: A replication study. *Archives of Sexual Behavior*, 14(6), 529-537.
- ^{3*}Amato, P. R., Booth, A., Johnson, D. R., & Rogers, S. J. (2009). Alone together. In *Alone Together*. Harvard University Press.
- Amberson, J. I., & Hoon, P. W. (1985). Hemodynamics of sequential orgasm. *Archives of sexual behavior*, 14(4), 351-360.
- APA, American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, V ed., Washington, DC; trad. it. DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Cortina 2014.
- Arcos-Romero, A. I., Moyano, N., & Sierra, J. C. (2018). Psychometric properties of the Orgasm Rating Scale in context of sexual relationship in a Spanish sample. *The journal of sexual medicine*, 15(5), 741-749
- Arcos-Romero, A. I., Granados, R., & Sierra, J. C. (2019). Relationship between orgasm experience and sexual excitation: Validation of the model of the subjective orgasm experience. *International Journal of Impotence Research*, 31, 282–287.
- Arcos-Romero, A. I., Granados, R., & Sierra, J. C. (2019). Relationship between orgasm experience and sexual excitation: Validation of the Model of the Subjective

³ Dei lavori contrassegnati con l'asterisco è stato possibile consultare solo l'abstract.

Orgasm Experience. *International Journal of Impotence Research*, 31(4), 282-287.

* Arcos-Romero, A. I., & Sierra, J. C. (2018). Systematic review of the subjective experience of orgasm. *Revista Internacional de Andrología*, 16(2), 75-81.

Arcos-Romero, A. I., & Sierra, J. C. (2020). Factors associated with subjective orgasm experience in heterosexual relationships. *Journal of sex & marital therapy*, 46(4), 314-329.

Armstrong, E. A., England, P., & Fogarty, A. C. K. (2012). Accounting for women's orgasm and sexual enjoyment in college hookups and relationships. *American Sociological Review*, 77(3), 435-462.

*Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems.*, Churchill Livingstone.

*Basbaum, A. I., & Fields, H. L. (1978). Endogenous pain control mechanisms: review and hypothesis. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 4(5), 451-462.

Bentler, P. M., & Peeler, W. H. (1979). Models of female orgasm. *Archives of Sexual Behavior*, 8(5), 405-423.

Berridge, K. C., & Kringelbach, M. L. (2015). Pleasure systems in the brain. *Neuron*, 86(3), 646-664.

Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of sex research*, 42(2), 113-118.

Bobbio, A., & Manganelli, A. M. (2011). Measuring social desirability responding. A short version of Paulhus' BIDR 6. *Testing, Psychometrics Methodology in Applied Psychology*, 18(2), 117-135.

Bohlen, J. G., Held, J. P., & Sanderson, M. O. (1980). The male orgasm: pelvic contractions measured by anal probe. *Archives of sexual behavior*, 9(6), 503-521.

- Bohlen, J. G., Held, J. P., Sanderson, M. O., & Ahlgren, A. (1982). The female orgasm: Pelvic contractions. *Archives of Sexual Behavior, 11*(5), 367-386.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological review, 101*(4), 568.
- Brackett, N. L., Ferrell, S. M., Aballa, T. C., Amador, M. J., Padron, O. F., Sonksen, J., & Lynne, C. M. (1998). An analysis of 653 trials of penile vibratory stimulation in men with spinal cord injury. *The Journal of urology, 159*(6), 1931-1934.
- *Brindley, G. S., Sauerwein, D., & Hendry, W. F. (1989). Hypogastric plexus stimulators for obtaining semen from paraplegic men. *British journal of urology, 64*(1), 72-77.
- Brody, S., & Weiss, P. (2011). Simultaneous penile–vaginal intercourse orgasm is associated with satisfaction (sexual, life, partnership, and mental health). *The Journal of Sexual Medicine, 8*, 734–741.
- Brotto, L. A., & Smith, K. B. (2014). Sexual desire and pleasure. In *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1: Person-based approaches*. (pp. 205-244). American Psychological Association.
- Burris, J. L., Smith, G. T., & Carlson, C. R. (2009). Relations among religiousness, spirituality, and sexual practices. *The Journal of Sex Research, 46*, 282–289.
- *Butler, C. A. (1976). New data about female sexual response. *Journal of Sex and Marital Therapy, 2*, 40-46.
- *⁴Cacchioni, T. (2018). Big pharma, women, and the labour of love. In *Big Pharma, Women, and the Labour of Love*. University of Toronto Press.
- Carmichael, M. S., Warburton, V. L., Dixon, J., & Davidson, J. M. (1994). Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Archives of sexual behavior, 23*(1), 59-79.

⁴ Dei lavori contrassegnati con l'asterisco è stato possibile consultare solo l'abstract.

- Cervilla Sáez, Ó., Vallejo Medina, P., Gómez Berrocal, C., Torre Vílchez, D. D. L., & Sierra Freire, J. C. (2022). Validation of the Orgasm Rating Scale in the context of masturbation. *Psicothema*.
- Clifford, R. E. (1978). Subjective sexual experience in college women. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 183-197.
- *Coleman, E., Listiak, A., Braatz, G., & Lange, P. (1985). Effects of penile implant surgery on ejaculation and orgasm. *Journal of sex & marital therapy*, 11(3), 199-205.
- Cooper, E. B., Fenigstein, A., & Fauber, R. L. (2014). The faking orgasm scale for women: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 43(3), 423-435.
- Conger, R. D., Conger, K. J., & Martin, M. J. (2010). Socioeconomic status, family processes, and individual development. *Journal of Marriage and Family*, 72, 685–704.
- Cornforth, E., & Tracee, C. (2009). The clitoral truth. Interview with author and sex educator Rebecca Chalker. *Disponibile in* <http://womenshealth.about.com/cs/sexuality/a/clitoraltruthin.htm>.
- *Darling, C. A., Davidson, J. K., Sr., & Cox, R. P. (1991). Female sexual response and timing of partner orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17, 3–21.
- *Davidson, J. K., Sr., & Darling, C. A. (1989). Self-perceived differences in the female orgasmic response. *Family Practice Research Journal*, 8, 75–85.
- *Davidson, J. M. (1980). The psychobiology of sexual experience. In *The psychobiology of consciousness* (pp. 271-332). Springer, Boston, MA.
- *Davidson Sr, J. K., & Moore, N. B. (1994). Masturbation and premarital sexual intercourse among college women: Making choices for sexual fulfillment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(3), 178-199.
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *The Journal of Sex Research*, 38(3), 219–225.

- de Visser, R. O., Smith, A. M., Rissel, C. E., Richters, J., & Grulich, A. E. (2003). Sex in Australia: heterosexual experience and recent heterosexual encounters among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand journal of public health, 27*(2), 146-154.
- *Di Benedetto, P., & Graziottin, A. (1997). Piacere e dolore. *Tri*.
- *Dosch, A., Belayachi, S., & Van der Linden, M. (2016). Implicit and explicit sexual attitudes: How are they related to sexual desire and sexual satisfaction in men and women? *The Journal of Sex Research, 53*(2), 251–264.
- Dubrai, S., Gérard, M., Beaulieu-Prévost, D., & Courtois, F. (2017). Validation of a self-reported questionnaire assessing the bodily and physiological sensations of orgasm. *Journal of Sexual Medicine, 14*, 255–263.
- Dunn, M. E., & Trost, J. E. (1989). Male multiple orgasms: A descriptive study. *Archives of Sexual Behavior, 18*, 377–387.
- Edard, A., & Rusinek, S. (2020). Étude exploratoire des habiletés érotiques en jeu dans la pratique sexuelle des femmes. *Sexologies, 29*(4), 166-172.
- *Fahs, B. (2011). *Performing sex: The making and unmaking of women's erotic lives*. Suny Press.
- Fahs, B. (2014). Coming to power: Women's fake orgasms and best orgasm experiences illuminate the failures of (hetero) sex and the pleasures of connection. *Culture, Health & Sexuality, 16*(8), 974-988.
- Fisher, C., Cohen, H. D., Schiavi, R. C., Davis, D., Furman, B., Ward, K., ... & Cunningham, J. (1983). Patterns of female sexual arousal during sleep and waking: Vaginal thermo-conductance studies. *Archives of Sexual Behavior, 12*(2), 97-122.
- *Fisher, S., & Fisher, S. (1973). *The female orgasm: Psychology, physiology, fantasy*. New York: Basic Books.
- Frederick, D. A., Lever, J., Gillespie, B. J., & Garcia, J. R. (2017). What keeps passion alive? Sexual satisfaction is associated with sexual communication, mood

setting, sexual variety, oral sex, orgasm, and sex frequency in a national US study. *The Journal of Sex Research*, 54(2), 186-201.

*Garippa, P. W. (1994). Case report: anaesthetic ejaculation resolved in integrative sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 56–60.

Genazzani, A. R., Gambacciani, M., & Simoncini, T. (2007). Menopause and aging, quality of life and sexuality. *Climacteric: the Journal of the International Menopause Society*, 10(2), 88–96.

Georgiadis, J. R., Farrell, M. J., Boessen, R., Denton, D. A., Gavrilesco, M., Kortekaas, R., ... & Egan, G. F. (2010). Dynamic subcortical blood flow during male sexual activity with ecological validity: a perfusion fMRI study. *Neuroimage*, 50(1), 208-216.

Georgiadis, J. R., Kortekaas, R., Kuipers, R., Nieuwenburg, A., Pruijm, J., Reinders, A. S., & Holstege, G. (2006). Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *European Journal of Neuroscience*, 24(11), 3305-3316.

Georgiadis, J. R., Reinders, A. S., Paans, A. M., Renken, R., & Kortekaas, R. (2009). Men versus women on sexual brain function: prominent differences during tactile genital stimulation, but not during orgasm. *Human brain mapping*, 30(10), 3089-3101.

Gérard, M., Berry, M., Shtarkshall, R. A., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2021). Female multiple orgasm: An exploratory internet-based survey. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 206-221.

Gerstenberg, T. C., Levin, R. J., & Wagner, G. (1990). Erection and ejaculation in man. Assessment of the electromyographic activity of the bulbocavernosus and ischiocavernosus muscles. *British Journal of Urology*, 65, 395– 402.

*Glenn, J., & Kaplan, E. H. (1968). Types of orgasm in women: a critical review and redefinition. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16, 549–564.

Graber, B., & Kline-Graber, G. (1979). Clitoral foreskin adhesions and female sexual function. *The Journal of Sex Research*, 15, 205-212.

- Gray, P. B., Garcia, J. R., Crosier, B. S., & Fisher, H. E. (2015). Dating and sexual behavior among single parents of young children in the United States. *Journal of Sex Research, 52*, 121-128.
- Griffin-Mathieu, G., Berry, M., Shtarkshall, R. A., Amsel, R., Binik, Y. M., & Gérard, M. (2021). Exploring Male Multiple Orgasm in a Large Online Sample: Refining Our Understanding. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(9), 1652-1661.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 26*(4), 399–419.
- Hamann, S., Herman, R. A., Nolan, C. L., & Wallen, K. (2004). Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Nature neuroscience, 7*(4), 411-416.
- Heiman, J. R., Long, J. S., Smith, S. N., Fisher, W. A., Sand, M. S., & Rosen, R. C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 741–753.
- *Henton, C. L. (1976). Nocturnal orgasm in college women: its relation to dreams and anxiety associated with sexual factors. *The Journal of Genetic Psychology, 129*, 245–251.
- *Herbenick, D., Barnhart, K., Beavers, K., & Fortenberry, D. (2018). Orgasm range and variability in humans: A content analysis. *International Journal of Sexual Health, 30*, 195–209.
- Herbenick, D., Fu, T. C., Patterson, C., & Dennis Fortenberry, J. (2021). Exercise-Induced Orgasm and Its Association with Sleep Orgasms and Orgasms During Partnered Sex: Findings From a US Probability Survey. *Archives of Sexual Behavior, 50*(6), 2631-2640.
- Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). An event-level analysis of the sexual characteristics and composition among adults ages 18 to 59: Results from a national probability sample in the United States. *The Journal of Sexual Medicine, 7*, 346-361.

- *Hess, W. R. (1957). *The Functional Organization of the Diencephalon*. Grune & Stratton. Inc., New York.
- Hite, S. (1976). *The Hite Report: A nationwide survey of female sexuality*. London: Bloomsbury.
- *Hite, S. (1981). *The Hite report on male sexuality*. New York: Ballantine Books.
- Holstege, G., Georgiadis, J. R., Paans, A. M., Meiners, L. C., van der Graaf, F. H., & Reinders, A. S. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, 23(27), 9185-9193.
- Holstege, G., & Huynh, H. K. (2011). Brain circuits for mating behavior in cats and brain activations and de-activations during sexual stimulation and ejaculation and orgasm in humans. *Hormones and Behavior*, 59(5), 702-707.
- *Hurlbert, D. F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17(3), 183–190.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). LISREL 8.8. Lincolnwood, IL: Scientific Software International Inc.
- *Kaplan, H. S. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunnel/Mazzel. Trad. it. *Nuove terapie sessuali*. Bologna: Bompiani, 1976.
- *Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia and London. B. Saunders Company, 47.
- *Kinsey, A. C., Pomeroy, W.D., Martin, C.E., Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the human female*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Komisaruk, B. R., & Rodriguez del Cerro, M. C. (2021). How does our brain generate sexual pleasure? *International Journal of Sexual Health*, 1-10.
- *Komisaruk, B. R., & Whipple, B. R. (1991). Physiological and perceptual correlates of orgasm produced by genital or non-genital stimulation. In: Kothari P, ed. *The Proceedings of the First International Conference on Orgasm*. VRP Publishers: Bombay, India, 1991, pp 69-73.

- Komisaruk, B. R., & Whipple, B. (1998). Love as sensory stimulation: Physiological consequences of its deprivation and expression. *Psychoneuroendocrinology*, *23*, 927–944.
- Komisaruk, B. R., & Whipple, B. (2005). Functional MRI of the brain during orgasm in women. *Annual Review of Sex Research*, *16*(1), 62-86.
- Komisaruk, B. R., & Whipple, B. (2011). Non-genital orgasms. *Sexual and Relationship Therapy*, *26*, 356–372.
- Komisaruk, B. R., Whipple, B., Crawford, A., Grimes, S., Liu, W. C., Kalnin, A., & Mosier, K. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain research*, *1024*(1-2), 77-88.
- *Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., & Allen, K. (2010). An fMRI time-course analysis of brain regions activated during self stimulation to orgasm in women. In *Society for Neuroscience Abstracts* (Vol. 285, No. 6).
- *Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Birbano, W., & Allen, K. (2011). An fMRI video animation time-course analysis of regions activated during self-stimulation to orgasm in women. *Program*, *495*, 2011.
- *Kontula, O., & Miettinen, A. (2016). Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, *6*, 31624.
- Laan, E., & Janssen, E. (2007). How do men and women feel? Determinants of subjective experience of sexual arousal. *The psychophysiology of sex*, 278-290.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 863.
- *Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

- *Lawrence, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships*, 2(4), 267-285.
- Lazzaroni, M., (2016-2017). Un contributo alla validazione dell'Orgasmic Perception Questionnaire (OPQ). Tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Padova, Italia.
- Levin, R. J. (1981). The female orgasm—A current appraisal. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(2), 119-133.
- Levin, R. J., & Wagner, G. (1985). Orgasm in women in the laboratory quantitative studies on duration, intensity, latency and vaginal blood flow. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 439-449.
- *Levine, L. A., Zachary, L. S., & Gottlieb, L. J. (1993). Prosthesis placement after total phallic reconstruction. *The Journal of urology*, 149(3), 593-598.
- Levin, R. J. (2004). An orgasm is... who defines what an orgasm is? *Sexual and Relationship Therapy*, 19(1), 101-107.
- *Levin, R. J. (2011). Physiology of orgasm. In *Cancer and sexual health* (pp. 35-49). Humana Press.
- Maas, C. P., Moriya, Y., Steup, W. H., Kiebert, G. M., Klein Kranenbarg, W. M., & Van de Velde, C. J. H. (1998). Radical and nerve-preserving surgery for rectal cancer in The Netherlands: A prospective study on morbidity and functional outcome. *British journal of surgery*, 85(1), 92-97.
- MacNeil, S., & Byers, E. S. (2005). Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 169-181.
- Mah, K., & Binik, Y.M. (2001). The nature of the human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21, 823-856.
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2002). Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of the orgasm experience across gender and sexual context. *Journal of Sex Research*, 39(2), 104-113

- Mah, K., & Binik, Y. M. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(3), 187-200.
- *Mah, K., & Binik, Y. M. (2011). Orgasm Rating Scale. *Handbook of sexuality-related measures*, 500-502.
- *Mah, K., & Binik, Y. M. (2020). Orgasm Rating Scale. In R. R. Milhausen, J. K. Sakaluk, T. D. Fisher, D. M. Davis & W. L. Yarber (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (4th ed., pp. 503-507). Routledge.
- Mahoney, E. R. (1980). Religiosity and sexual behavior among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 16(2), 97–113.
- Martorella, S. (2015-2016). Differenze nella percezione soggettiva dell'orgasmo nel genere maschile e femminile. Uno studio qualitativo. Tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Padova, Italia.
- Masters, W. H., & Johnson V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown. Trad. it. *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*. Milano: Feltrinelli, 1967.
- *Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1986). Masters and Johnson on sex and human loving.
- *McFarland, M. J., Uecker, J. E., & Regnerus, M. D. (2011). The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: Evidence from married and unmarried older adults. *The Journal of Sex Research*, 48, 297–308.
- *Melzack, R., & Torgerson, W. S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 50–59.
- Ménard, A. D., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(1), 35–45.
- Meston, C. M., & Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of sexual behavior*, 36(4), 477-507.

- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 66-68.
- *Meston, C. M., Hull, E., Levin R. J., & Sipski, M. (2004). Women's orgasm. *Journal of Sexual Medicine*, cap. 21.
- Montesi, J. L., Fauber, R. L., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2010). The specific importance of communication about sex to couple's sexual and overall relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 591-609.
- *Money, J. (1960). Phantom orgasm in the dreams of paraplegic men and women. *Archives of General Psychiatry*, 3(4), 373-382.
- Mould, D. E. (1980). Neuromuscular aspects of women's orgasms. *The Journal of Sex Research*, 16, 193 – 201.
- *Morris, D. (2003). *La scimmia nuda. Studio zoologico sull'animale uomo*. Milano, Italia: Bompiani.
- *Moyano, N., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2017). Sexual desire inventory: Two or three dimensions? *The Journal of Sex Research*, 54(1), 105-116.
- Mulhall, J. P., Incrocci, L., Goldstein, I., & Rosen, R. (Eds.). (2011). *Cancer and sexual health*. Springer Science & Business Media.
- Murray, K. M., Ciarrocchi, J. W., & Murray-Swank, N. A. (2007). Spirituality, religiosity, shame and guilt as predictors of sexual attitudes and experiences. *Journal of Psychology and Theology*, 35(3), 222–234.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1983). Dimensions of subjective female orgasmic responsiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(4), 862-873
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 652-661.
- *Nunnally, J. C., & Bernstein, I. (1994). The assessment of reliability. *Psychometric Theory*, 3(1), 248-292.

- O'Connell, H. E., Sanjeevan, K.V., & Hutson, J. M. (2006). Anatomy of the clitoris. *The Journal of Urology*. Vol. 174, Ed. 4, Part 1, pp. 1189–1195.
- Panzeri, M. (2013). *Psicologia della sessualità*. Bologna: Il Mulino.
- Panzeri, M., Optale, G., Donà, M. A., & Ronconi, L. (2009). Il Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): validazione su un campione italiano. *Il Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)*, 1000-1024.
- Panzeri, M., & Raoli, V. (2010). Il Brief Index of Sexual Functioning for Men (BISF-M): validazione su un campione italiano. *Rivista di sessuologia clinica*, 17(4), 41-67.
- Panzeri, M., & Fontanesi, L. (2013). La sessualità femminile: fattori eccitanti e inibenti: uno studio tramite focus group su donne italiane. *La sessualità femminile: fattori eccitanti e inibenti: uno studio tramite focus group su donne italiane*, 55-72.
- Paterson, L. Q., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2013). Pleasure and pain: The effect of (almost) having an orgasm on genital and nongenital sensitivity. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1531-1544.
- Paterson, L., Jin, E. S., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2014). Gender similarities and differences in sexual arousal, desire, and orgasmic pleasure in the laboratory. *The Journal of Sex Research*, 51, 801–813.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias.
- Pedersen, W., & Blekesaune, M. (2003). Sexual satisfaction in young adulthood: Cohabitation, committed dating or unattached life? *Acta Sociologica*, 46(3), 179-193.
- *Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of personality*, 67(6), 985-1013.
- Prause, N., Kuang, L., Lee, P., & Miller, G. (2016). Clitorally stimulated orgasms are associated with better control of sexual desire, and not associated with depression or anxiety, compared with vaginally stimulated orgasms. *The journal of sexual medicine*, 13(11), 1676-1685.

- Prince, M. (2012). Non-Response bias. *core psychiatry*
- Ramiro, M. T., Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buela-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*, 181–188.
- Recker, F., Goepel, M., Otto, T., Krege, S., Wernli, M., Stucki, P., ... & Rübber, H. (1996). An intra-operative seminal and prostate emission test as a control for nerve-sparing procedures in primary and secondary retroperitoneal lymphadenectomy. *British journal of urology, 77*(1), 133-137.
- Reinholtz, R. K., & Muehlenhard, C. L. (1995). Genital perceptions and sexual activity in a college population. *Journal of Sex Research, 32*(2), 155-165.
- Robbins, M. B., & Jensen, G. D. (1978). Multiple orgasm in males. *The Journal of Sex Research, 14*, 21–26.
- *Rosen, R. C., & Beck, J. G. (1988). *Patterns of sexual arousal: Psychophysiological processes and clinical applications*. Guilford Press.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy, 26*(2), 191-208
- *Rosenbaum, J. F., & Pollack, M. H. (1988). Anhedonic ejaculation with desipramine. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 18*(1), 85-88.
- Rowland, D. L., & Tempel, A. R. (2016). The enigma of sexual desire, Part 2: Theoretical, scientific, and medical perspectives. *Current Sexual Health Reports, 8*(3), 163-175.
- Ruiz-Muñoz, D., Wellings, K., Castellanos-Torres, E., Álvarez-Dardet, C., Casals-Cases, M., & Pérez, G. (2013). Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology, 23*, 620–628.

- Rupp, H. A., James, T. W., Ketterson, E. D., Sengelaub, D. R., Ditzen, B., & Heiman, J. R. (2013). Lower sexual interest in postpartum women: relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin. *Hormones and behavior*, *63*(1), 114-121.
- Safron, A. (2016). What is orgasm? A model of sexual trance and climax via rhythmic entrainment. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, *6*(1), 31763.
- Sánchez-Fuentes, M. M., Salinas, J. M., & Sierra, J. C. (2016). Use of an ecological model to study sexual satisfaction in a heterosexual Spanish sample. *Archives of Sexual Behavior*, *45*, 1973–1988.
- *Sánchez-Fuentes, M. D. M., Santos-Iglesias, P., Byers, E. S., & Sierra, J. C. (2015). Validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire in a Spanish sample. *The Journal of Sex Research*, *52*(9), 1028-1041.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The annals of statistics*, 461-464.
- *Seftel, A. D., Oates, R. D., & Krane, R. J. (1991). Disturbed sexual function in patients with spinal cord disease. *Neurologic clinics*, *9*(3), 757-778.
- *Shafik, A. (1993). Vaginaocavernosus reflex: clinical significance and role in sexualact. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *35*, 114-117.
- Shafik, A. (1995). Response of the urethral and intracorporeal pressures to cavernosus muscle stimulation: role of the muscles in erection and ejaculation. *Urology*, *46*(1), 85-88.
- *Sherfey, M. J. (1972). *The nature an evolution of female sexuality*. New York: Random House.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, *8*(2), 23-74.

- Sholty, M. J., Ephross, P. H., Plaut, S. M., Fischman, S. H., Charnas, J. F., & Cody, C. A. (1984). Female orgasmic experience: A subjective study. *Archives of Sexual Behavior, 13*(2), 155-164.
- *Schover, L. R., & Jensen, S. B. (1988). *Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach*. New York: Guilford.
- Séguin, L. J., & Blais, M. (2021). The Development and Validation of the Orgasm Beliefs Inventory. *Archives of Sexual Behavior, 50*(6), 2543-2561.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Gutiérrez-Quintanilla, J. R. (2008). Encuesta de Opinión Sexual: Fiabilidad, validez y datos normativos de una versión reducida en muestras salvadoreñas. *Revista Mexicana de Psicología, 25*, 139–150.
- Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., & Vallejo-Medina, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo. *Psicothema, 24*, 316–322.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., & Fernández, M. L. (2012). Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Atención Primaria, 44*(9), 516-524
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior, 15*(2), 97–120.
- Singh, D., Meyer, W., Zambarano, R. J., & Hurlbert, D. F. (1998). Frequency and timing of coital orgasm in women desirous of becoming pregnant. *Archives of Sexual Behavior, 27*(1), 15-29.
- Sipski, M. L., Alexander, C. J., & Rosen, R. C. (1999). Sexual response in women with spinal cord injuries: implications for our understanding of the able-bodied. *J Sex Marital Ther, 25*:11-22.
- Sipski, M. L., Alexander, C. J., & Rosen, R. C. (2001). Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. *Ann Neurol, 49*:35-44.

- Tavares, I. M., Laan, E. T., & Nobre, P. J. (2018). Sexual inhibition is a vulnerability factor for orgasm problems in women. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(3), 361-372.
- Thornton, A., & Camburn, D. (1989). Religious participation and adolescent sexual behavior and attitudes. *Journal of Marriage and the Family, 51*(3), 641.
- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *Journal of sex research, 46*(2-3), 168-193.
- Toledano, R. (2001). Development of the Sexual Arousal and Desire Inventory (SADI) for the assessment of the psychological and subjective experience of sexual arousal and desire. Doctoral dissertation, Concordia University.
- *Vallejo-Medina, P., Granados, M. R., & Sierra, J. C. (2014). Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española. *Revista Internacional de Andrología, 12*(2), 47-54.
- Vallotto, I. (2015-2016). *Orgasmic Perception Questionnaire (OPQ): indagine pilota e analisi fattoriale confermativa*. Tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Padova, Italia.
- Van Anders, S. M., & Dunn, E. J. (2009). Are gonadal steroids linked with orgasm perceptions and sexual assertiveness in women and men? *Hormones and Behavior, 56*, 206–213.
- Vance, E. B., & Wagner, N. N. (1976). Written descriptions of orgasm: A study of sex differences. *Archives of Sexual Behavior, 5*(1), 87-98.
- *Warner, J. E. (1981). A factor analytic study of the physical and affective dimensions of peak of female sexual response in partner-related sexual activity. *Unpublished doctoral thesis*, Teachers College, Columbia University.
- *Warner, J. E. (1998). Peak of sexual response questionnaire (PSRQ). In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexual-related measures* (pp. 256-257), Thousand Oaks, CA: Sage Publication.

- *Wells, B. L. (1983). Nocturnal orgasms: females' perceptions of a “normal” sexual experience. *Journal of Sex Education and Therapy*, 9(2), 32-38.
- Wells, B. L. (1986). Predictors of female nocturnal orgasms: a multivariate analysis. *The Journal of Sex Research*, 22, 421–437.
- Whipple, B., Ogden, G., & Komisaruk, B. R. (1992). Physiological correlates of imagery-induced orgasm in women. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 121–133.
- *Williams, W. (1985). Anaesthetic ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 19–29.
- Wise, N. (2014). *Genital Stimulation, imagery, and orgasm in women: An fMRI Analysis* (Doctoral dissertation, Rutgers University-Graduate School-Newark).
- Wise, N. J., Frangos, E., & Komisaruk, B. R. (2017). Brain activity unique to orgasm in women: An fMRI analysis. *The journal of sexual medicine*, 14(11), 1380-1391.
- *Wongsomboon, V., Burleson, M. H., & Webster, G. D. (2020). Women’s orgasm and sexual satisfaction in committed sex and casual sex: Relationship between sociosexuality and sexual outcomes in different sexual contexts. *Journal of Sex Research*, 57(3), 285–295.
- Yang, C. C., & Bradley, W. E. (1998). Innervation of the human anterior urethra by the dorsal nerve of the penis. *Muscle & nerve*, 21(4), 514-518.
- Young, M., Denny, G., Luquis, R., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(2), 115–127.
- Yen Chiang, A., & Chiang, W. Y. (2016). Behold, I am Coming Soon! A study on the conceptualization of sexual orgasm in 27 languages. *Metaphor and Symbol*, 31, 131–147.
- *Zemlan, F. P., & Behbehani, M. M. (1988). Nucleus cuneiformis and pain modulation: anatomy and behavioral pharmacology. *Brain research*, 453(1-2), 89-102.

APPENDICE

Appendice 1

| ITEM | M. | S.D. | <i>p</i> |
|--|------|-------|----------|
| 1. Ho un aumento della sudorazione | 3.27 | 1.085 | .016 |
| 2. Non riesco a prendere aria | 1.76 | .931 | <.01 |
| 3. La fatica e il dolore muscolare per lo sforzo sono molto più sopportabili rispetto ad altri momenti | 3.3 | 1.458 | <.01 |
| 4. Percepisco delle contrazioni involontarie sulle gambe | 3.22 | 1.347 | <.01 |
| 5. Percepisco un aumento della salivazione | 1.94 | .949 | <.01 |
| 6. Sento dei brividi nella zona genitale | 2.97 | 1.402 | .026 |
| 7. Mi si offusca la vista | 1.67 | 1.081 | <.01 |
| 8. Provo una sensazione di irrazionalità | 2.7 | 1.398 | .02 |
| 9. Mi sento fuori di me | 2.27 | 1.216 | <.01 |
| 1. Percepisco l'aumento del battito cardiaco | 3.78 | 1.132 | <.01 |
| 11. È gratificante | 4.63 | .586 | <.01 |
| 12. Sento un leggero mal di testa | 1.51 | .711 | <.01 |
| 13. Provo una sensazione di rilassamento | 3.81 | 1.255 | <.01 |
| 14. Provo un senso di potenza | 3 | 1.351 | .119 |
| 15. I pensieri sono focalizzati sul piacere | 4.12 | 1.004 | <.01 |
| 16. Se il/la partner lo prova contemporaneamente a me è come se "si incastrassero due ingranaggi" e la sensazione è piena e completa | 4.2 | 1.03 | <.01 |
| 17. Percepisco l'orgasmo in modo prevalentemente fisico. senza particolari pensieri o emozioni. eccezione fatta per la forte eccitazione | 2.6 | 1.172 | <.01 |
| 18. Sento un benessere generale | 4.43 | .647 | <.01 |
| 19. Lascio la mente libera | 3.78 | 1.118 | <.01 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 20. Sento di voler strappare qualcosa | 2.14 | 1.268 | <.01 |
| 21. Mi sento più sensibile | 2.63 | 1.247 | <.01 |
| 22. Mi sembra di scalare una vetta e di raggiungere il punto più alto | 2.43 | 1.338 | <.01 |
| 23. Ho la sensazione di perdere il controllo | 2.52 | 1.404 | <.01 |
| 24. Spero che l'altra persona non si fermi o cambi movimento per poter prolungare il più possibile quella sensazione | 3.47 | 1.309 | <.01 |
| 25. Provo amore per l'altra persona | 3.78 | 1.124 | <.01 |
| 26. Mi sento accaldato/a | 3.69 | 1.164 | <.01 |
| 27. La tensione scompare | 3.57 | 1.092 | <.01 |
| 28. Provo delle sensazioni di tensione crescente sempre più piacevoli che culminano con delle scariche di piacere | 3.72 | 1.155 | <.01 |
| 29. Mi rilasso | 3.61 | 1.229 | <.01 |
| 3. Provo un formicolio ai genitali | 2.17 | 1.141 | <.01 |
| 31. Ho bisogno che ci sia buona complicità con l'altra persona | 3.99 | 1.134 | <.01 |
| 32. Mi sento dissociato/a | 1.71 | 1.043 | <.01 |
| 33. Provo la sensazione di fare qualcosa di sporco | 1.54 | .951 | <.01 |
| 34. È un piacere di natura egoistica | 1.99 | 1.112 | <.01 |
| 35. Provo una scarica di piacere molto intensa | 4.34 | .741 | <.01 |
| 36. Il mio corpo si contorce | 2.98 | 1.36 | .039 |
| 37. Sento un forte tremolio nei muscoli del corpo | 3 | 1.203 | .597 |
| 38. Provo indifferenza rispetto al contesto che sto vivendo | 2.01 | 1.216 | <.01 |
| 39. A volte il piacere è talmente forte e gratificante da essere quasi intollerabile | 1.91 | 1.25 | <.01 |
| 4. Mi si ottendono tutti i sensi | 2.01 | 1.1 | <.01 |
| 41. Mi sento euforico/a | 3.11 | 1.144 | .745 |
| 42. Ho paura di essere inadeguato/a | 2.07 | 1.132 | <.01 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 43. Mi sento più sensuale | 2.89 | 1.282 | .267 |
| 44. Provo fastidio | 1.29 | .597 | <.01 |
| 45. Provo una sensazione di calore | 3.42 | 1.033 | <.01 |
| 46. Percepisco delle contrazioni involontarie nella zona pelvica | 3.26 | 1.429 | <.01 |
| 47. Per qualche secondo mi sembra di andare in apnea | 2.03 | 1.192 | <.01 |
| 48. Mi sento esplodere | 2.53 | 1.406 | <.01 |
| 49. La sensazione fisica è quella di uno stress che viene sfogato | 3.1 | 1.137 | .207 |
| 5. Sento dei brividi e dei fremiti alle estremità degli arti | 2.64 | 1.328 | .046 |
| 51. Mi sento in colpa | 1.22 | .507 | <.01 |
| 52. Mi sento realizzato/a | 3.23 | 1.222 | .058 |
| 53. Mi sento “alleggerito/a” | 3.54 | 1.17 | <.01 |
| 54. Mi viene da ridere | 2.17 | 1.26 | <.01 |
| 55. Provo una sensazione di paura | 1.14 | .401 | <.01 |
| 56. Ho bisogno di sentirmi a mio agio | 3.58 | 1.336 | <.01 |
| 57. Mi sento in pace col mondo | 3.43 | 1.28 | <.01 |
| 58. Piango di gioia | 1.48 | .858 | <.01 |
| 59. Lo vivo in modo molto mentale e devo essere libero/a di potermi lasciare andare totalmente | 2.95 | 1.394 | .031 |
| 6. Le mie percezioni sono uguali di volta in volta | 2.29 | 1.017 | <.01 |
| 61. Non riesco a guardare il/la partner | 1.51 | .988 | <.01 |
| 62. È uno sfogo della mia rabbia | 1.47 | .786 | <.01 |
| 63. Provo una sensazione che definirei quasi “extracorporea” | 2.04 | 1.163 | <.01 |
| 64. Provo un gran desiderio di baciare il/la partner | 3.81 | 1.133 | <.01 |
| 65. Mi sento più legato/a al/a partner | 4.03 | 1.005 | <.01 |
| 66. Percepisco delle pulsazioni a livello dei genitali | 3.4 | 1.413 | <.01 |

| | | | |
|---|------|-------|------|
| 67. Provo dolore | 1.43 | .692 | <.01 |
| 68. Percepisco un aumento della temperatura corporea | 3.24 | 1.161 | .07 |
| 69. Sento una forte tensione di tutto il corpo | 2.81 | 1.203 | .064 |
| 7. Provo una sensazione di scosse/scariche elettriche che si propagano per il corpo | 2.67 | 1.293 | .06 |
| 71. Lo stress scompare | 3.62 | 1.141 | <.01 |
| 72. Provo una contrazione muscolare involontaria | 3.39 | 1.263 | <.01 |
| 73. Percepisco un aumento dei battiti nelle zone genitali | 2.89 | 1.326 | .033 |
| 74. Percepisco un tremore al labbro | 1.29 | .563 | <.01 |
| 75. Provo un formicolio. ai limiti del piacere. che parte dalle cosce e si allunga fino ai piedi | 2.22 | 1.288 | <.01 |
| 76. Mi manca l'aria | 1.61 | .926 | <.01 |
| 77. Mi sento affaticato/a | 2.4 | 1.185 | <.01 |
| 78. Involontariamente inarco la schiena | 2.96 | 1.39 | <.01 |
| 79. Il/la partner mi fa sentire unico/a | 3.56 | 1.176 | <.01 |
| 8. La sensazione generale è che il mio corpo si estranei dalle sensazioni comuni "terrene" e che si elevi assieme a quello dell'altra persona a uno stadio più alto | 2.35 | 1.274 | <.01 |
| 81. Provo uno stato di confusione assoluta | 1.74 | .992 | <.01 |
| 82. Provo vergogna | 1.34 | .63 | <.01 |
| 83. Mi domando se sono riuscito/a a soddisfare l'altra persona | 3.4 | 1.19 | <.01 |
| 84. Riesco a raggiungerlo con facilità | 3.44 | 1.073 | <.01 |
| 85. Ho l'impressione che sia stato meglio della volta precedente | 2.8 | 1.095 | .016 |
| 86. Ho bisogno di sentirmi rispettato/a dal/la partner | 3.95 | 1.221 | <.01 |
| 87. Fermo il/la partner perché la sensazione che provo è così forte da non riuscire a gestirla | 1.71 | 1.02 | <.01 |
| 88. Non so quello che dico o quello che faccio | 1.82 | 1.026 | <.01 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 89. Mi sento in un limbo tra eccessiva gioia ed eccessivo dolore | 1.44 | .919 | <.01 |
| 9. Il piacere che provo risulta troppo forte da sopportare | 1.33 | .749 | <.01 |
| 91. Provo solo un piacere fisico (nulla di mentale) | 1.8 | .939 | <.01 |
| 92. Chiudendo gli occhi vedo immagini ogni volta diverse | 1.98 | 1.123 | <.01 |
| 93. Ho la sensazione di svenire | 1.34 | .694 | <.01 |
| 94. Provo una sensazione di onnipotenza sul/la partner | 1.99 | 1.153 | <.01 |
| 95. Mi sento leggero/a | 3.39 | 1.186 | <.01 |
| 96. Mi sembra di non avere un controllo sulla situazione | 2.13 | 1.084 | <.01 |
| 97. Mi sento triste | 1.24 | .538 | <.01 |
| 98. Percepisco un piacere fisico localizzato a livello genitale | 3.18 | 1.287 | .087 |
| 99. Provo un fremito lungo tutto il corpo | 3.26 | 1.178 | .046 |
| 10. Provo una scossa elettrica che viene a gradi. da piano diventa sempre più forte | 2.68 | 1.366 | <.01 |
| 101. Sento calore sul viso | 2.78 | 1.259 | .73 |
| 102. Sento delle contrazioni muscolari che si diffondono dall'area genitale al resto del corpo | 2.86 | 1.232 | .446 |
| 103. Sento i capezzoli che si irrigidiscono | 2.47 | 1.485 | <.01 |
| 104. Il respiro si fa irregolare | 3.21 | 1.343 | .013 |
| 105. Mi sento pervaso/a da una scarica di energia | 3.39 | 1.243 | <.01 |
| 106. Percepisco un'accelerazione del respiro | 3.56 | 1.169 | <.01 |
| 107. Mi sento completamente rilassato/a a livello muscolare | 3.09 | 1.274 | .078 |
| 108. Provo un senso di abbandono generale | 3.01 | 1.491 | <.01 |
| 109. Mi preoccupa di cosa potrebbero pensare le altre persone se sapessero cosa faccio | 1.56 | 1.024 | <.01 |
| 11. Sento delle ondate di piacere che arrivano a un piccomassimo | 3.73 | 1.218 | <.01 |
| 111. Le emozioni che provo sono tutte positive | 4.15 | .803 | <.01 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 112. Mi sento estasiato/a | 3.69 | 1.011 | <.01 |
| 113. Mi sento sporco/a | 1.38 | .771 | <.01 |
| 114. Sento di essere andato/a contro me stesso/a (per accontentare l'altra persona) | 1.29 | .648 | <.01 |
| 115. Non è facile lasciarsi andare | 1.91 | .947 | <.01 |
| 116. Ho una sensazione di onnipotenza dovuta a una sensazione di soddisfazione totale | 2.3 | 1.256 | <.01 |
| 117. Sento una completa incapacità di pensare ad altro | 2.73 | 1.237 | .207 |
| 118. Mi concentro su me stesso/a e sul/la partner. il resto non esiste | 3.76 | 1.104 | <.01 |
| 119. Riesco a raggiungerlo con fatica | 2.03 | .989 | <.01 |
| 12. Ho voglia di urlare | 2.68 | 1.418 | .048 |
| 121. Provo delle sensazioni contrastanti: da un lato voglio provarlo dall'altro tento di posticiparlo perché è un'esperienza che dura un istante | 3.1 | 1.38 | <.01 |
| 122. Si accavallano delle immagini mentali che non riesco a distinguere | 1.59 | .982 | <.01 |
| 123. Non riesco a sentire il mio corpo | 1.48 | .77 | <.01 |
| 124. Provo un senso di rabbia | 1.13 | .441 | <.01 |
| 125. Provo una sensazione di leggerezza | 3.45 | 1.17 | <.01 |
| 126. Mi sento rigenerato/a | 3.63 | 1.209 | <.01 |
| 127. Provo un brivido che anestetizza la zona genitale | 2.14 | 1.243 | <.01 |
| 128. Provo una sensazione di calore nella zona genitale | 3.03 | 1.274 | .36 |
| 129. Percepisco tensione muscolare | 3.11 | 1.281 | .368 |
| 13. Vengo investito/a da un'ondata di piacere che parte dalla zona genitale e si irradia fino alla testa | 3.02 | 1.227 | .817 |
| 131. Percepisco delle contrazioni involontarie sui fianchi | 2.13 | 1.255 | <.01 |
| 132. Ho il respiro affannoso | 3.11 | 1.333 | .102 |
| 133. Sento dei brividi lungo le gambe sino ai piedi | 2.61 | 1.301 | .013 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 134. Mi sembra un sogno | 2.57 | 1.366 | .011 |
| 135. Provo solo un piacere mentale (nulla di fisico) | 1.32 | .657 | <.01 |
| 136. Mi preoccupo per lo stato psicofisico dell'altra persona | 3.13 | 1.307 | .077 |
| 137. Si susseguono in me pensieri positivi riguardo alla realtà | 2.69 | 1.193 | .36 |
| 138. Mi sento ricco/a di energia | 3.14 | 1.217 | .263 |
| 139. Sento calore a livello dell'addome | 2.42 | 1.223 | <.01 |
| 14. Provo delle emozioni negative | 1.31 | .586 | <.01 |
| 141. Provo una sensazione di liberazione | 3.52 | 1.166 | <.01 |
| 142. Associao all'orgasmo un'immagine nella mente | 1.91 | 1.249 | <.01 |
| 143. Se durasse di più non so se riuscirei a sopportarlo | 1.66 | .952 | <.01 |
| 144. Vorrei durasse sempre di più | 3.58 | 1.163 | <.01 |
| 145. Mi abbandono alle sensazioni escludendo il mondo esterno | 3.56 | 1.079 | <.01 |
| 146. Non compaiono pensieri articolati | 2.93 | 1.281 | .666 |
| 147. Mi lacrimano gli occhi | 1.55 | .916 | <.01 |
| 148. Provo una sensazione di pace con me stesso/a | 3.77 | 1.081 | <.01 |
| 149. Sento di voler stringere forte a me il/la partner | 3.93 | 1.094 | <.01 |
| 15. È come se nel mio corpo si accumulasse energia che si rilascia in ondate sempre maggiori | 3.27 | 1.25 | .015 |
| 151. Provo gratitudine per il/la partner | 3.73 | 1.056 | <.01 |
| 152. Ho la sensazione di essere isolato/a dal resto del mondo | 2.94 | 1.311 | .464 |
| 153. L'orgasmo del/la partner influenza in modo positivo il mio orgasmo | 4 | 1.142 | <.01 |
| 154. Ho difficoltà a distinguere le emozioni | 2.2 | 1.04 | <.01 |
| 155. Mi sento lontano/a da ogni cosa. in un'altra dimensione. una realtà parallela | 2.39 | 1.225 | <.01 |
| 156. Provo quasi paura a lasciarmi andare | 1.61 | .944 | <.01 |

| | | | |
|---|------|-------|------|
| 157. Ho paura di star venendo troppo presto | 2.38 | 1.267 | <.01 |
| 158. Ho l'impressione che i pensieri si accavallino per poi sfogarsi nel pianto | 1.26 | .605 | <.01 |
| 159. Se ho dei pensieri. poi non li ricordo | 2.08 | 1.286 | <.01 |
| 16. Le immagini mentali che provo in questo momento non le ricordo più | 1.92 | 1.19 | <.01 |
| 161. Mi sembra che intorno tutto sia perfetto | 2.88 | 1.153 | .5 |
| 162. Provo una forte sensazione di volerne sempre di più | 3.62 | 1.112 | <.01 |
| 163. Mi sento come in paradiso | 3.4 | 1.278 | <.01 |
| 164. Sento la voglia di lasciarmi andare completamente. senza avere alcuna inibizione rispetto al mio corpo e alla mia fisicità | 3.72 | 1.265 | <.01 |
| 165. Provo una gioia infinita | 3.51 | 1.143 | <.01 |
| 166. Mi succede di provare fastidio e di non riuscire a vivere del tutto il momento. come se provassi vergogna | 1.35 | .665 | <.01 |
| 167. Perdo il senso del mio confine corporeo | 2.07 | 1.252 | <.01 |
| 168. Sento una forte scarica. simile ad uno spasmo che si colloca a metà tra piacere e dolore | 1.98 | 1.203 | <.01 |
| 169. Se l'altro/a non prova l'orgasmo insieme a me la sensazione è meno bella | 3.01 | 1.371 | .25 |
| 17. Ho il cuore a mille | 3.55 | 1.104 | <.01 |
| 171. La mia coscienza è assente e disinteressata | 2.18 | 1.185 | <.01 |
| 172. Mi sento più realizzato/a quando sono io a dare piacere al/la partner | 3.63 | 1.176 | <.01 |
| 173. Scompare qualsiasi ansia | 3.29 | 1.212 | .044 |
| 174. Non ho alcun tipo di inibizione. di freno o di limite | 3.09 | 1.305 | .204 |
| 175. Mi sento determinato/a a raggiungerlo a qualunque costo | 2.97 | 1.195 | .928 |
| 176. I momenti stressanti influiscono negativamente sulla percezione dell'orgasmo | 3.29 | 1.16 | .062 |
| 177. Non mi preoccupa di far raggiungere l'orgasmo anche al/la partner | 1.53 | .906 | <.01 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 178. Sento vibrare il corpo come in una scarica elettrica | 2.87 | 1.346 | .045 |
| 179. Provo contrazione e rilassamento corporeo piuttosto rapidi e intensi | 3.41 | 1.319 | <.01 |
| 18. Mi sento intorpidito/a | 2.23 | 1.125 | <.01 |
| 181. In testa compaiono luci e colori | 1.63 | .965 | <.01 |
| 182. Ho la sensazione che la parte più istintiva di me prenda il sopravvento | 2.95 | 1.309 | .804 |
| 183. Provo una sensazione inebriante che offusca i miei pensieri | 2.88 | 1.343 | .012 |
| 184. Provo una sensazione di malinconia | 1.35 | .725 | <.01 |
| 185. Provo estremo piacere | 4.18 | .911 | <.01 |
| 186. Mi sento per un attimo fuori dalla realtà | 3.11 | 1.341 | .096 |
| 187. Mi manca il respiro | 1.93 | 1.132 | <.01 |
| 188. Mi sento immerso/a in una totale follia | 2.32 | 1.362 | <.01 |
| 189. Provo una sensazione di tranquillità | 3.16 | 1.218 | .089 |
| 19. Provo un senso di onnipotenza | 2.22 | 1.222 | <.01 |
| 191. Sento il desiderio che il/la partner provi quello che sto provando io | 3.97 | 1.168 | <.01 |
| 192. Sento dei brividi lungo le gambe | 2.67 | 1.315 | .021 |
| 193. Provo un formicolio a mani e piedi | 1.86 | 1.206 | <.01 |
| 194. A volte è così gradevole che ho l'impressione che sia "troppo" | 1.74 | 1.067 | <.01 |
| 195. Provo un senso di liberazione psicologica | 3.32 | 1.199 | <.01 |
| 196. Ho la sensazione che il tempo si sia fermato | 2.81 | 1.382 | .368 |
| 197. Sento di amare profondamente colui/lei che mi ha provocato questo piacere | 3.65 | 1.23 | <.01 |
| 198. È fisicamente paralizzante | 2.01 | 1.119 | <.01 |
| 199. È come se le tensioni fluissero dopo "aver fatto saltare un resistente tappo" | 2.87 | 1.244 | .657 |

| | | | |
|---|------|-------|------|
| 200. Traggo piacere dall'orgasmo del/la partner | 4.19 | .992 | <.01 |
| 201. Sento una forte scossa elettrica che mi attraversa | 2.79 | 1.367 | .166 |
| 202. Sento una sorta di brivido | 3.25 | 1.265 | .016 |
| 203. Avverto la contrazione dei muscoli | 3.45 | 1.227 | <.01 |
| 204. Sento una breve scarica che finisce con lo stancarmi molto | 2.58 | 1.351 | <.01 |
| 205. La mente si libera da altri pensieri | 3.58 | 1.033 | <.01 |
| 206. Ho bisogno di sentirmi rilassato/a | 3.21 | 1.15 | .045 |
| 207. Sono imbarazzato/a | 1.4 | .718 | <.01 |
| 208. Ho paura di stare deludendo il/la partner | 2.05 | 1.105 | <.01 |
| 209. E' un'emozione estrema | 3.51 | 1.161 | <.01 |
| 21. A volte non capisco da dove arrivi | 2.1 | 1.281 | <.01 |
| 211. Mi sento vulnerabile | 2.04 | 1.132 | <.01 |
| 212. Sento un'amplificazione di tutte le emozioni e sensazioni. sia fisiche che mentali | 3.19 | 1.289 | .066 |
| 213. Mi sento più disinibito/a | 3.24 | 1.268 | <.01 |
| 214. Ho una sensazione di estrema comunione con tutto ciò che ho intorno | 2.48 | 1.401 | <.01 |
| 215. Mi sento protetto/a dal/la partner | 3.15 | 1.359 | .368 |
| 216. Ho l'impressione che ci sia un moto vorticoso nelle viscere | 1.96 | 1.121 | <.01 |
| 217. Sento i muscoli delle gambe irrigidirsi | 2.89 | 1.356 | .149 |
| 218. Ho la sensazione di diventare un tutt'uno con l'altra persona | 3.45 | 1.244 | <.01 |
| 219. Mi sento in colpa per il piacere raggiunto | 1.19 | .549 | <.01 |
| 22. Mi sento totalmente egocentrico/a. vorrei che l'altra persona sparisse | 1.32 | .788 | <.01 |
| 221. Provo un "senso di vittoria" | 2.84 | 1.314 | .053 |
| 222. Lo vivo come un qualcosa di angosciante | 1.23 | .552 | <.01 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 223. Mi sento come se non avessi nessuna preoccupazione | 3.19 | 1.145 | .072 |
| 224. Provo una scarica di energia seguita da rilassamento | 3.82 | 1.24 | <.01 |
| 225. Penso che non vorrei essere lì in quel momento | 1.15 | .41 | <.01 |
| 226. L'intensità dei miei orgasmi è abbastanza variabile | 3.47 | 1.069 | <.01 |
| 227. Non sento di essere andato/a contro me stesso/a (per accontentare l'altra persona) | 3.19 | 1.644 | <.01 |
| 228. Mi sento sereno/a | 3.98 | 1.005 | <.01 |
| 229. Ho l'impressione di smettere di sentire i muscoli | 2.28 | 1.132 | <.01 |
| 23. Mi preoccupo di far raggiungere l'orgasmo anche al/la partner | 4.01 | 1.096 | <.01 |
| 231. Sento come se il corpo si allungasse fino a dividersi in due parti | 1.43 | .796 | <.01 |
| 232. Percepisco delle contrazioni involontarie sui piedi | 2.29 | 1.408 | <.01 |
| 233. Sento l'esigenza di divaricare le gambe | 2.68 | 1.489 | <.01 |
| 234. Sono concentrato/a sul/la partner | 3.31 | 1.063 | .022 |
| 235. Mi sento confuso/a | 1.72 | .999 | <.01 |
| 236. La mia parte razionale si annulla | 2.56 | 1.291 | <.01 |
| 237. La mia mente è occupata solo dal piacere e dall'oggetto sessuale che lo stimola | 3.07 | 1.207 | .552 |
| 238. Ho voglia di dormire e allo stesso tempo di continuare | 2.26 | 1.346 | <.01 |
| 239. Ho la sensazione che il corpo "si muova da sé" | 2.58 | 1.381 | <.01 |
| 24. Mi sento più coinvolto/a se nello stesso momento prova l'orgasmo anche l'altra persona | 4.11 | .994 | <.01 |
| 241. Sento che la mia percezione della realtà è falsata | 2.07 | 1.07 | <.01 |
| 242. Mi tremano le gambe | 2.5 | 1.268 | <.01 |
| 243. Sento dei brividi a livello del bacino | 2.23 | 1.19 | <.01 |
| 244. Ho la sensazione di essere solo/a ed è l'unica cosa importante in quel momento | 1.57 | .821 | <.01 |

| | | | |
|---|------|-------|------|
| 245. Provo un forte contatto emotivo con l'altra persona | 3.8 | 1.038 | <.01 |
| 246. Sento una totalità tra mente e corpo | 3.13 | 1.29 | .054 |
| 247. È come se la mia mente si spegnesse | 2.49 | 1.219 | <.01 |
| 248. Non penso a nulla | 2.78 | 1.184 | .166 |
| 249. Mi sento insicuro/a | 1.51 | .94 | <.01 |
| 25. Provo una sensazione di estremo benessere | 4.12 | .909 | <.01 |
| 251. Mi preoccupa di raggiungere io l'orgasmo | 2.72 | 1.246 | .021 |
| 252. È come se la realtà si discostasse da me | 2.17 | 1.155 | <.01 |
| 253. Provo un senso di vuoto | 1.48 | .886 | <.01 |
| 254. I pensieri che provo in questo momento possono variare di volta in volta | 3.28 | 1.028 | .043 |
| 255. Provo calma | 2.79 | 1.163 | .087 |
| 256. Mi sento realizzato/a | 3.62 | 1.118 | <.01 |
| 257. L'orgasmo del/la partner influenza in modo negativo il mio orgasmo | 1.31 | .773 | <.01 |
| 258. Provo un senso di completa comunione con l'altra persona | 3.62 | 1.213 | <.01 |
| 259. Percepisco delle contrazioni involontarie sulla schiena | 2.34 | 1.255 | <.01 |
| 26. Provo dolore nella zona genitale | 1.49 | .824 | <.01 |
| 261. Sento che i miei sensi sono amplificati | 2.99 | 1.327 | .111 |
| 262. Mi sento forte | 3.06 | 1.214 | .284 |
| 263. Provo un piacere quasi trascendentale | 2.83 | 1.324 | .115 |
| 264. Ho la sensazione che la realtà intorno sia banale | 1.64 | .872 | <.01 |
| 265. Sento una sorta di rigidità muscolare | 2.44 | 1.175 | <.01 |
| 266. Mi sento parte dell'altra persona | 3.54 | 1.205 | <.01 |
| 267. E' un qualcosa di travolgente | 3.93 | 1.098 | <.01 |
| 268. I pensieri accelerano fino ad essere indistinguibili | 2.4 | 1.272 | <.01 |

| | | | |
|--|------|-------|------|
| 269. Ho la sensazione di libertà assoluta | 3.45 | 1.142 | <.01 |
| 270. Provo uno spasmo addominale | 2.57 | 1.373 | <.01 |
| 271. Sento dei brividi lungo la schiena | 2.53 | 1.271 | <.01 |
| 272. Sento bisogno dell'altra persona | 3.69 | 1.155 | <.01 |
| 273. Mi sento in estasi | 3.85 | 1.046 | <.01 |
| 274. Provo emozioni molto forti e positive | 4.14 | .947 | <.01 |
| 275. Mi sento vuoto/a | 1.43 | .83 | <.01 |
| 276. Mi concentro totalmente sul mio corpo | 2.49 | 1.114 | <.01 |
| 277. Mi concentro esclusivamente sulle sensazioni fisiche e sulle emozioni | 3.1 | 1.183 | .334 |
| 278. Non riesco a rimanere in silenzio | 2.41 | 1.315 | <.01 |
| 279. Sento dei tremori | 2.68 | 1.294 | .14 |
| 280. Percepisco una sensazione di "solletico" nella zona genitale | 2.12 | 1.203 | <.01 |
| 281. Provo un senso di perdita del controllo di emozioni, pensieri e azioni | 2.48 | 1.295 | <.01 |
| 282. Provo una sensazione di conforto | 3.08 | 1.242 | .568 |
| 283. Ho degli spasmi involontari | 3.23 | 1.357 | .018 |
| 284. Percepisco una forza concentrata sulla pancia | 1.94 | 1.042 | <.01 |
| 285. Mi sento egocentrico/a | 1.9 | 1.09 | 0 |
| 286. Mi viene da sorridere | 3.06 | 1.35 | .067 |
| 287. Spero finisca presto | 1.26 | .669 | <.01 |
| 288. In quel preciso momento è puro istinto. senza lasciare molto spazio ai pensieri | 3.14 | 1.26 | .28 |
| 289. È come se il corpo si annullasse | 1.95 | 1.099 | <.01 |
| 290. Mi sento inadeguato/a | 1.38 | .788 | <.01 |
| 291. Sento che il mio corpo è attraversato da spasmi | 2.86 | 1.326 | .204 |

| | | | |
|---|------|-------|------|
| 292. Mi sento molto più in relazione con l'altra persona | 3.85 | 1.086 | <.01 |
| 293. Mi sento felice | 4.17 | .854 | <.01 |
| 294. Mi sento agitato/a | 1.79 | .993 | <.01 |
| 295. Mi sento etereo/a | 2.45 | 1.262 | <.01 |
| 296. Provo un'emozione così forte che sento di dover piangere | 1.49 | .808 | <.01 |
| 297. Percepisco delle contrazioni involontarie sull'addome | 2.13 | 1.22 | <.01 |
| 298. Sento una sensazione di pienezza. abbondanza | 2.69 | 1.404 | <.01 |
| 299. Ho paura di non andar bene | 1.9 | 1.061 | <.01 |
| 30. Non riesco a distinguere bene i confini tra me e il resto | 1.96 | 1.059 | <.01 |
| 301. E' una sensazione forte che fa sentire tutti i pensieri | 2.13 | 1.236 | <.01 |
| 302. Ho voglia di mordere qualcosa | 2.39 | 1.263 | <.01 |
| 303. Mi focalizzo su quello che succede | 3.05 | 1.221 | .207 |
| 304. Non riesco a distinguere le sensazioni | 2.3 | 1.15 | <.01 |
| 305. Ho la pelle d'oca | 2.59 | 1.235 | .061 |
| 306. Provo una leggera ansia | 1.48 | .772 | <.01 |
| 307. Piango perché sono triste | 1.07 | .391 | <.01 |
| 308. Provo esperienze di orgasmo diverse tra loro | 3.14 | 1.126 | .074 |
| 309. Ho paura di essere giudicato/a | 1.84 | 1.04 | <.01 |
| 31. Mi sento bene | 4.36 | .783 | <.01 |
| 311. Non mi concentro su nulla in particolare | 2.98 | 1.255 | .722 |
| 312. Mi sento appagato/a | 4.23 | .805 | <.01 |
| 313. Ho paura che la mia prestazione sia inadeguata | 2.06 | 1.103 | <.01 |
| 314. Non posso essere distratto/a | 2.6 | 1.359 | <.01 |
| 315. Provo una soddisfazione totale | 4.02 | .94 | <.01 |
| 316. Sento il bisogno di stringere qualcosa | 3.29 | 1.421 | .013 |

Appendice 2

ALCUNE DEFINIZIONI

Coito: rapporto sessuale con introduzione del pene in vagina

Masturbazione: autostimolazione dei genitali al fine di procurarsi piacere sessuale

Sesso orale: rapporto sessuale che consiste nella stimolazione orale (cioè con la bocca) del pene o dei genitali femminili

Sesso anale: rapporto sessuale con l'introduzione del pene nell'ano

Relazione sessuale: uno o più rapporti sessuali con una o più persone, fini a se stessi che non implichi necessariamente uno scambio affettivo

Relazione affettiva: rapporto con uno o più partner che non implichi necessariamente una relazione sessuale

Rapporto sessuale: forma di stimolazione reciproca che può comprendere baci, carezze, stimolazione reciproca, coito, sesso orale, sesso anale

Appendice 3

| Fattore | Item |
|-----------------------------|---|
| F1: Estasi | 26. Scompare qualsiasi ansia |
| | 15. Sento una completa incapacità di pensare ad altro |
| | 42. Non penso a nulla |
| | 39. Mi sento come se non avessi nessuna preoccupazione |
| | 50. In quel preciso momento è puro istinto, senza lasciare molto ai miei pensieri |
| | 40. La mia mente è occupata solo dal piacere e dall'oggetto sessuale che lo stimola |
| | 24. Ho la sensazione di essere isolato/a dal resto del mondo |
| | 44. Sento una totalità tra mente e corpo |
| | 31. Mi sento per un attimo fuori dalla realtà |
| | 23. Non compaiono pensieri articolati |
| | 46. Mi concentro esclusivamente sulle sensazioni fisiche e sulle emozioni |
| | 33. Ho la sensazione che il tempo si sia fermato |
| | 27. Non ho alcun tipo di inibizione, di freno o di limite |
| | 19. Mi sembra che intorno tutto sia perfetto |
| | 30. Ho la sensazione che la parte più istintiva di me prenda il sopravvento |
| | 55. Non mi concentro su nulla in particolare |
| F2: Modificazioni muscolari | 29. Sento vibrare il corpo come in una scarica elettrica |
| | 34. Sento una forte scossa elettrica che mi attraversa |
| | 9. Provo una sensazione di scosse/scariche elettriche che si propagano per il corpo |
| | 2. Sento un forte tremolio nei muscoli del corpo |

- 47. Sento dei tremori
- 5. Sento dei brividi e dei fremiti alle estremità degli arti
- 51. Sento che il mio corpo è attraversato da spasmi
- 11. Provo un fremito lungo tutto il corpo
- 37. Sento i muscoli delle gambe irrigidirsi
- 13. Sento delle contrazioni muscolari che si diffondono dall'area genitale al resto del corpo
- 8. Sento una forte tensione di tutto il corpo
- 18. Percepisco tensione muscolare
- 25. Vengo investito/a da un'ondata di piacere che parte dalla zona genitale e si irradia fino alla testa
- 53. zona genitale e si irradia fino alla testa

F3: Rilassamento

- 2. Sento un forte tremolio nei muscoli del corpo
- 47. Sento dei tremori
- 5. Sento dei brividi e dei fremiti alle estremità degli arti
- 51. Sento che il mio corpo è attraversato da spasmi
- 11. Provo un fremito lungo tutto il corpo
- 37. Sento i muscoli delle gambe irrigidirsi
- 13. Sento delle contrazioni muscolari che si diffondono dall'area genitale al resto del corpo
- 8. Sento una forte tensione di tutto il corpo
- 18. Percepisco tensione muscolare
- 32. Provo una sensazione di tranquillità
- 43. Provo calma
- 14. Mi sento completamente rilassato/a a livello muscolare

49. Mi viene da sorridere
35. Ho bisogno di sentirmi rilassato/a
48. Provo una sensazione di conforto
36. Mi preoccupo per lo stato psicofisico dell'altra persona
- F4: Potenza
41. Mi sento forte
1. Provo un senso di potenza
38. Provo un "senso di vittoria"
22. Mi sento ricco/a di energia
6. Mi sento realizzato/a
21. Si susseguono in me pensieri positivi riguardo alla realtà
3. Mi sento euforico/a
28. Mi sento determinato/a a raggiungerlo a qualunque costo
45. Provo un piacere quasi trascendentale
4. Mi sento più sensuale
- F5: Modificazioni neurovegetative
12. Sento calore sul viso
17. Provo una sensazione di calore nella zona genitale
7. Percepisco un aumento della temperatura corporea
20. Ho il respiro affannoso
52. Mi focalizzo su quello che succede
10. I pensieri che provo in questo momento possono variare di volta in volta
54. Percepisco un piacere fisico localizzato a livello genitale
16. Percepisco un piacere fisico localizzato a livello genitale
-

RINGRAZIAMENTI

Rivolgo un ringraziamento speciale alla professoressa Panzeri, per essersi dimostrata sempre disponibile e per avermi guidata con gentilezza in un percorso di crescita professionale e personale.

Ringrazio i miei genitori per essermi sempre accanto, per amarmi incondizionatamente e per colmare le distanze e le mie mancanze.

Ringrazio mio fratello Emanuel, che mi fa respirare leggerezza facendomi sentire così grande e piccola allo stesso tempo.

Ringrazio l'amore mio, per non aver mai smesso di supportarmi e sopportarmi ogni giorno, per la sua pazienza e il suo amore infinito.

Un grazie a chi fa parte della mia vita e crede in me, a chi mi guarda da lassù e continua a vegliare sulla mia anima.

Infine, e non per importanza, ringrazio me stessa per avercela fatta, ancora una volta.