



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

*Esperienze orgasmiche delle persone con vulva:
analisi sui fattori interferenti*

*Orgasmic experiences of people with vulva:
analysis of the interfering factors*

Relatore

Prof. Jeffrey Wade Kiesner

Correlatrice

Dott.ssa Celeste Bittoni

Laureanda: Sofia Di Fronzo

Matricola: 2054500

Anno Accademico 2023/2024

Indice

Introduzione.....	1
Capitolo 1 La variabilità del fenomeno orgasmico.....	4
1.1 La risposta sessuale.....	4
1.2 L'orgasmo.....	7
1.3 Cenni storici e controversie.....	9
1.4 Le difficoltà orgasmiche.....	12
1.5 I fattori psicosociali.....	15
1.6 Il divario di genere nell'orgasmo: il ruolo del contesto e dei fattori socioculturali.....	21
1.7 La frequenza di orgasmo e gli imperativi fallocentrici.....	25
1.8 Importanza dell'orgasmo, disagio e attribuzioni per le difficoltà orgasmiche.....	31
Conclusione.....	38
Capitolo 2 Il presente studio.....	40
2.1 Risultati precedenti.....	42
2.2 Domande di ricerca.....	44
Capitolo 3 Metodi.....	47
3.1 Reclutamento e campione.....	47
3.2 La procedura.....	48
3.3 Le misure.....	50
Capitolo 4 Risultati.....	54
4.1 Analisi dei dati.....	54
4.2 Distribuzioni di Frequenza.....	55
4.3 Modelli Misti.....	63
Capitolo 5 Discussione.....	70

5.1 La stimolazione genitale non adeguata.....	70
5.2 I fattori relazionali.....	76
5.3 Limiti dello studio.....	79
Riflessioni conclusive.....	83
Bibliografia.....	86

Introduzione

Le esperienze orgasmiche delle persone con vulva sono influenzate da numerosi fattori biologici, psicosociali e culturali. Sia a livello interindividuale che intraindividuale, presentano un'ampia variabilità, che traspare dai diversi vissuti e significati soggettivi, dalle manifestazioni e dalle difficoltà dell'orgasmo. Infatti, in determinati contesti sessuali, tra le persone con vulva è frequente non raggiungere l'orgasmo o esperirlo con difficoltà, caratterizzate da infrequenza, ritardo o intensità ridotta delle sensazioni.

È fondamentale prendere in considerazione la complessità del contesto socioculturale. Da un lato, vige l'imperativo dell'orgasmo, ritenuto il fulcro dell'attività sessuale e del piacere, insieme alla tendenza a patologizzare le esperienze che non sono considerate normative. Dall'altro, le dinamiche di genere condizionano profondamente la sessualità, trovando terreno fertile nella mancanza di un'adeguata educazione sessuale e affettiva. Ciò comporta una conoscenza limitata sulla sessualità delle persone con vulva e il mantenimento degli imperativi coitale e dell'orgasmo maschile.

Il presente studio si propone di contribuire alla comprensione delle esperienze orgasmiche. L'obiettivo principale consiste nell'analizzare i fattori che ostacolano l'orgasmo delle persone con vulva, durante l'attività sessuale con partner, a partire dalle attribuzioni dell3 partecipanti. Infatti, l'approccio adottato valorizza il vissuto e le interpretazioni personali. L'indagine riguarda un campione eterogeneo, per cercare di cogliere la ricchezza e la varietà delle esperienze.

L'elaborato è strutturato in cinque capitoli. Nel primo, verrà fornita una panoramica delle esperienze orgasmiche, dei principali modelli di risposta sessuale e di alcune controversie in merito alla sessualità delle persone con vulva. Saranno messe in luce le differenze individuali relative alla rilevanza dell'orgasmo, al disagio e alle attribuzioni per le

difficoltà. Si descriveranno anche i fattori biopsicosociali e culturali coinvolti nelle difficoltà orgasmiche e il divario di genere nell'orgasmo. Nel secondo capitolo verranno illustrate le domande di ricerca, integrando i risultati di studi precedenti. In seguito, saranno presentati i metodi, in particolare le caratteristiche del campione, la procedura di ricerca e le misure utilizzate. Le analisi dei dati raccolti tramite i questionari e i risultati emersi saranno oggetto del quarto capitolo. Infine, l'ultima parte riguarderà la discussione dei principali risultati, in relazione alla letteratura esistente, nonché l'individuazione dei limiti dello studio.

Capitolo 1 La variabilità del fenomeno orgasmico

L'orgasmo è una componente della risposta sessuale umana. Le persone con vulva hanno esperienze orgasmiche eterogenee. Possono raggiungerle con differenti stimolazioni, frequenze, durate e intensità oppure non esperirle. Infatti, le difficoltà orgasmiche sono comuni e si manifestano come assenza, infrequenza, ritardo dell'orgasmo e/o riduzione dell'intensità delle sensazioni associate in modo marcato (American Psychiatric Association, 2022). L'obiettivo del primo capitolo è far emergere la complessità, la multidimensionalità e la varietà interindividuale e intraindividuale delle esperienze orgasmiche, intese anche come difficoltà. Non si vuole rinforzare una prospettiva normativa né patologizzante della sessualità, ma mettere in discussione la centralità dell'orgasmo, insieme agli imperativi fallocentrici vigenti. Innanzitutto, verranno delineati i modelli di risposta sessuale, le principali caratteristiche, le questioni controverse e il vissuto soggettivo delle esperienze orgasmiche. Particolare attenzione sarà posta sulle differenze individuali riguardo alla rilevanza dell'orgasmo, al disagio e alle attribuzioni per le difficoltà. Verrà approfondita la disparità di genere nella frequenza orgasmica, in relazione al contesto. Inoltre, sarà analizzato il ruolo dei fattori biologici, psicologici, sociali e culturali coinvolti.

1.1 La risposta sessuale

La risposta sessuale è stata descritta attraverso numerosi modelli, di cui ne saranno discussi i principali. Il più conosciuto è quello sviluppato da Masters e Johnson (1966), sulla base dell'analisi dei cambiamenti fisiologici. L3 autor3 hanno definito la risposta sessuale come un ciclo suddiviso nelle seguenti quattro fasi: eccitazione, plateau, orgasmo e risoluzione. La prima è caratterizzata da numerose reazioni fisiologiche, tra cui

vasocongestione degli organi genitali, miotonia, aumento della lubrificazione vaginale, della frequenza cardiaca e respiratoria. Il plateau consiste nell'eccitazione massima, in cui le risposte fisiologiche che hanno inizio con la fase precedente si intensificano sempre di più, fino al possibile raggiungimento dell'orgasmo. Infine, con la risoluzione si verifica un graduale ritorno delle funzioni fisiologiche alle condizioni normali, in modo da rendere possibile l'inizio di un ciclo successivo. Non è necessario raggiungere l'orgasmo per esperire la risoluzione, la quale può seguire qualunque altra fase. Il Ciclo di Risposta Sessuale ha fornito una base fondamentale per la ricerca successiva.

Tuttavia, la concettualizzazione di Masters e Johnson (1966) non è esente da limitazioni. Una tra le criticità più rilevanti è la riduzione dell'esperienza sessuale all'aspetto biologico. Alla luce di ciò, Kaplan ha proposto il Modello Trifasico della Risposta Sessuale (1979), includendo la componente psicologica, fondamentale per la comprensione della sessualità. Infatti, secondo l'autrice, la risposta sessuale ha inizio con il desiderio, che consiste nella motivazione o impulso nei confronti dell'attività sessuale ed è influenzato da fattori sia biologici sia psicosociali. A questa fase, seguono l'eccitazione, caratterizzata da una sensazione di piacere, e l'orgasmo. In questo modello, la risoluzione non fa parte della risposta sessuale e l'*arousal* è incluso all'interno della fase di eccitazione, poiché diverso sono in termini quantitativi, non qualitativi. Quindi, uno dei contributi fondamentali apportati da Kaplan è l'enfasi posta sul desiderio sessuale.

In seguito, Basson (2000), ha individuato la necessità di chiarire la risposta sessuale delle persone con vulva che hanno relazioni a lungo termine. Infatti, i modelli proposti in precedenza (Masters e Johnson, 1966; Kaplan, 1979) sono più applicabili alla sessualità maschile e di persone con vulva che hanno incontri sessuali occasionali, sono all'inizio di una relazione o in brevi momenti di separazione dalle partner. Non sono state prese in considerazione le componenti emotivo-relazionali, come la fiducia, il rispetto,

l'intimità, l'affetto e la comunicazione (Leiblum, 1998). Innanzitutto, secondo Bancroft (1989), la motivazione delle persone con vulva ad avere un'esperienza sessuale può derivare da ricompense e guadagni non strettamente sessuali, in aggiunta e spesso molto più rilevanti del bisogno biologico al rilascio della tensione. Inoltre, la propria eccitazione può essere mentale e accompagnata o meno dalla consapevolezza delle sue manifestazioni fisiologiche. Infine, il rilascio orgasmico della tensione può verificarsi in vari modi, anche nello stesso individuo, o non verificarsi. Gli aspetti descritti si trovano alla base della necessità di un modello alternativo.

Il Modello Circolare della Risposta Sessuale (Basson, 2000) riguarda in particolare le persone con vulva in relazioni a lungo termine. Si può partire da una "neutralità sessuale", ossia dall'assenza di desiderio, e scegliere deliberatamente di ricercare gli stimoli necessari a innescarlo. Le motivazioni possono essere potenziali ricompense emotive, non necessariamente sessuali, ad esempio il bisogno di intimità e vicinanza alla partner. In conseguenza della stimolazione, si inizia a esperire l'eccitazione e, solo in seguito, emerge il desiderio di continuare l'attività sessuale anche per ragioni sessuali. In questo caso il desiderio è denominato "reattivo" o "responsivo". È possibile che si verifichi un desiderio "spontaneo", sotto forma di pensieri e fantasie, di sperimentare sensazioni sessuali o che la spinta non sessuale sia accompagnata da un bisogno fisico. In seguito, l'eccitazione aumenta e può culminare o meno nella risposta orgasmica. Una sensazione di benessere fisico può essere percepita anche in assenza dell'orgasmo. Alla fine, i benefici emotivi secondari, insieme all'apprezzamento del benessere della partner, fungono da fattori motivazionali per l'attivazione del prossimo ciclo. Inoltre, sebbene la spinta non sessuale sia rilevante, è necessaria una piacevole esperienza fisica per consentire a questa motivazione di continuare a lungo termine.

È rilevante l'enfasi che Basson (2000) ha posto sul ruolo del contesto. Inoltre, ha messo in dubbio la linearità delle fasi, fino ad allora collocate in una sequenza fissa, a favore di una prospettiva circolare. Lo sviluppo delle teorie riportate ha aggiunto complessità alla comprensione della risposta sessuale, nella quale si verificano numerosi cambiamenti biopsicosociali. I modelli sono anche utili per inquadrare la fase orgasmica all'interno della più ampia risposta sessuale.

1.2 L'orgasmo

L'orgasmo delle persone con vulva è un fenomeno complesso. Innanzitutto, risulta necessario delinearne le caratteristiche principali. In seguito, saranno approfondite le varie esperienze orgasmiche, in particolare quelle classificate sulla base della tipologia di stimolazione che le induce. Meston et al. (2004) hanno proposto la seguente definizione: "una sensazione di picco variabile e transitorio di piacere intenso, che crea uno stato di coscienza alterato, generalmente accompagnato da contrazioni involontarie e ritmiche della muscolatura circumvaginale striata pelvica, spesso con concomitanti contrazioni uterine e anali e miotonia, che risolve la vasocongestione indotta sessualmente, a volte solo in parte, solitamente con un'induzione di benessere e appagamento". Si verificano numerose altre reazioni fisiologiche, tra cui sudorazione, spasmi muscolari, arrossamento della pelle, denominato "*flush* sessuale", e un incremento delle frequenze cardiaca e respiratoria (de Sutter et al., 2014). La definizione riportata è criticabile in quanto non tiene conto dell'esperienza di chi non sente piacere e/o prova disagio fisico e psicologico, durante o dopo l'orgasmo (Redelman, 2017). È stato anche descritto come un picco di intensità dell'eccitazione, seguito da un rilascio e da una risoluzione (Whipple e Graziottin,

2006). Non esiste ancora una definizione unica e universalmente accettata di questo fenomeno.

È stata riscontrata una notevole variabilità sia interindividuale sia intraindividuale nell'intensità e nella durata degli orgasmi per le persone con vulva (Lehmiller, 2014). Nella maggior parte dei casi, durano pochi secondi, tuttavia già Masters e Johnson (1966) hanno individuato orgasmi più prolungati e altri ripetuti dopo poco tempo. Così come per il ciclo di risposta sessuale, anche per l'orgasmo hanno osservato molteplici modalità di esperirlo o meno, in presenza di soddisfazione sessuale. Per esempio, è possibile raggiungere una fase prolungata di plateau, che si conclude con la risoluzione, in assenza dell'orgasmo. Quindi, il rilascio orgasmico non è necessario per la soddisfazione sessuale ed è altamente variabile.

Gli orgasmi si differenziano anche a seconda della zona corporea la cui stimolazione li induce. Kaplan (1974) ha proposto una curva di distribuzione, che comprende l'assenza orgasmica, gli orgasmi dovuti alla stimolazione della parte esterna della clitoride, alla sola stimolazione vaginale, e quelli "psichici" o "con fantasie", ossia non derivanti da alcuna stimolazione fisica. Anche Komisaruk e Whipple (2011) hanno riportato l'esperienza di persone con orgasmi "immaginari", dovuti a pensieri, oltre a quelli causati dalle stimolazioni anale, dei capezzoli, della bocca e, infine, di zone come orecchie, collo, mani e spalle, denominati "zonali". Sono stati identificati anche orgasmi "spontanei", durante il sonno o l'ipnosi (Meston et al., 2004), e quelli indotti da esercizi fisici che implicano una contrazione addominale, ad esempio il sollevamento di pesi (Herbenick e Fortenberry, 2011). Nonostante sarebbe necessario verificare ulteriormente alcuni tra i risultati riportati (da Silva et al., 2023), permettono di comprendere la diversità della risposta orgasmica, che varia tra la sua assenza e le sue manifestazioni, anche non dovute a stimolazioni genitali o addirittura fisiche.

Secondo Mah e Binik (2001), la complessità dell'orgasmo rende necessaria un'analisi che tenga in considerazione numerose dimensioni. La possibilità di sperimentarlo richiede il funzionamento di processi biologici, il che tuttavia non garantisce che si verifichi (Redelman, 2017). Infatti, gli aspetti contestuali, sociali, emotivi, cognitivi e comportamentali, come la tipologia di pratiche sessuali messe in atto e la durata dell'attività sessuale, hanno un ruolo fondamentale nell'esperienza orgasmica. Perciò, l'origine dell'orgasmo è multidimensionale.

In conclusione, la risposta orgasmica si delinea come un fenomeno biopsicosociale. È caratterizzata da numerosi cambiamenti fisiologici e può essere accompagnata da sensazioni di piacere intenso, soddisfazione sessuale e/o disagio psicofisico (Redelman, 2017). È emersa una significativa variabilità, sia tra le diverse persone con vulva sia nello stesso individuo, in particolare in merito all'intensità, alla durata e alla tipologia di stimolazione. Infatti, gli orgasmi si differenziano sulla base della zona corporea la cui stimolazione li provoca e possono anche non essere dovuti a stimoli genitali o fisici (Komisaruk e Whipple, 2011). L'analisi di tale molteplicità di esperienze è fondamentale per non ridurle a una manifestazione tipica.

1.3 Cenni storici e controversie

Spesso la risposta orgasmica delle persone con vulva è considerata complessa e tuttora permangono varie controversie in merito (Colson, 2010). Tra queste, alcune riguardano la distinzione tra orgasmi "vaginali" e "clitoridei", l'esistenza del punto G e del Complesso CUV. Con lo scopo di fornire una visione d'insieme del fenomeno, alcuni autori hanno svolto una revisione della letteratura, dal punto di vista anatomico-fisiologico (Arias-Castillo et al., 2022), ma anche storico e sociologico (Colson, 2010).

Per comprendere l'orgasmo, è fondamentale analizzarne la rappresentazione nei secoli scorsi. Già nel Seicento, dopo la scoperta della sua inutilità per il concepimento, è sorto il dubbio in merito a quale fosse la funzione, insieme a quella della clitoride. Su questa base, alla fine del XIX secolo, Freud ha dato origine alla distinzione tra orgasmi "vaginali" e "clitoridei" (Colson, 2010). Secondo lo psicoanalista, le donne sarebbero frustrate per l'assenza del pene e avrebbero orgasmi "clitoridei" per compensarla. Rinunciando a questi in favore degli orgasmi "vaginali", raggiungerebbero la sessualità adulta, altrimenti rimarrebbero "frigide" (Freud, 1905). Tuttavia, questa differenziazione rigida tra orgasmo "clitorideo", dovuto alla stimolazione esterna, e quello "vaginale", causato dalla penetrazione, è stata smentita dalle ricerche scientifiche. Infatti, entrambi deriverebbero dalla stimolazione della clitoride: il primo della parte esterna, il secondo di quella interna (Pauls, 2015). Invece, è interessante precisare che la sensazione soggettiva dell'orgasmo sembra essere diversa, perché a seconda della zona stimolata sono attivati nervi differenti (Puppo e Puppo, 2014; Jannini et al., 2014). In particolare, l'orgasmo "vaginale" sarebbe di durata più lunga e accompagnato da una sensazione più profonda che irradia in tutto il corpo, rispetto a quello dovuto alla stimolazione esterna della vulva (Komisaruk et al., 2004). Nonostante ne sia stata dimostrata l'inesattezza dal punto di vista anatomico, la visione antropocentrica e sessista di Freud ha avuto un'ampia risonanza e continua a influenzare la concezione culturale e scientifica dell'orgasmo. È ragionevole, nonché utile per la ricerca, distinguere le zone la cui stimolazione può causare la risposta orgasmica, ma senza incorrere in una gerarchia del piacere.

Invece, la seconda metà del XIX secolo è stata caratterizzata da un ribaltamento di prospettiva. I primi studi scientifici sulla sessualità delle persone con vulva hanno evidenziato l'importanza della masturbazione e della clitoride per il piacere (Kinsey, 1953). Masters e Johnson (1966) hanno sostenuto che l'orgasmo è dovuto a un singolo asse

neurofisiologico: tutti gli orgasmi seguono lo stesso pattern di risposta e sono indistinguibili tra loro dal punto di vista fisiologico, anche quelli derivanti dalla stimolazione di zone diverse. In seguito, Hite (1976) ha rivendicato la superiorità dell'orgasmo "clitorideo" rispetto agli altri. Inoltre, quel periodo è stato scosso dai movimenti femministi. Le rivendicazioni hanno riguardato anche il riconoscimento della clitoride come organo del piacere e l'orgasmo "clitorideo" come rappresentazione della sessualità adulta (Colson, 2010). In quel momento storico è emersa la controversia in merito all'esistenza del punto G, rafforzando la dualità tra orgasmi "vaginali" e "clitoridei". È stato proposto che questo punto, localizzato nella parete vaginale distale anteriore, fosse associato a un'elevata sensibilità erogena e determinasse l'orgasmo (Gräfenberg, 1950; Graziottin e Gambini, 2015). Tuttavia, secondo alcuni autori, mancano dati scientifici affidabili: il livello delle evidenze a supporto è insufficiente e i campioni analizzati negli studi sono molto ridotti (Pauls et al., 2006; Kaya et al., 2018). Perciò, la maggior parte delle ricerche hanno smentito la sua esistenza come una distinta struttura anatomica (Puppo e Puppo, 2015).

Infine, negli ultimi decenni è stato identificato il Complesso Clitoro-uretro-vaginale (CUV). Quest'unità coinvolge appunto l'uretra, la parete vaginale anteriore e la clitoride, che consiste in una parte esterna e una interna. L'orgasmo genitale può essere causato dalla stimolazione dell'area CUV, quindi dall'azione di più organi e tessuti (Wei et al., 2023). Questa zona non è statica, bensì dinamica: durante la stimolazione, la parte interna della clitoride, in erezione grazie all'afflusso di sangue, e la parete vaginale anteriore si avvicinano, aumentando la sensazione di piacere (Yeung et al., 2016). Studi con la risonanza magnetica e tecniche a ultrasuoni hanno dimostrato la connessione e l'attività sinergica di questi organi (Shafik, 1993; O'Connell et al., 2005). Secondo alcuni autori, l'intera parete anteriore della vagina è particolarmente sensibile, non un suo punto specifico, sia perché è risultata ampiamente innervata (Hilliges et al., 1995), sia a causa

della riduzione della distanza con la clitoride (Foldes et al., 2009). Al contrario, altre autrici hanno sostenuto l'insufficienza delle evidenze embriologiche, anatomiche e fisiologiche sufficienti riguardo alla struttura CUV e che l'orgasmo genitale sia dovuto alla stimolazione dei tessuti erettili: clitoride, bulbi vestibolari, corpus spongiosum dell'uretra, pars intermedia e piccole labbra (Puppo e Puppo, 2015). Quindi, l'esistenza del Complesso Clitoro-uretro-vaginale sembra rimanere una questione dibattuta per il momento.

Invece, le evidenze scientifiche hanno ridefinito la rigida differenziazione tra orgasmi "vaginali" e "clitoridei" e l'esistenza del punto G. Tuttavia, basate su stereotipi piuttosto che risultati affidabili, queste controversie hanno avuto un impatto profondo sia sulla ricerca stessa sia sulla salute delle persone con vulva. Infatti, sono responsabili di difficoltà e insicurezze, ad esempio per il fatto di non raggiungere orgasmi "vaginali" e non trovare il punto G. Inoltre, hanno alimentato disinformazione e stereotipi che emergono anche dallo studio di Colson (2010): nonostante il suo obiettivo sia sfatare i miti esistenti grazie ai dati scientifici, ha fornito opinioni senza citare evidenze a loro sostegno e ha lasciato trasparire una visione della sessualità eterosessuale e antropocentrica. Sicuramente nel corso dei decenni il pensiero è cambiato in direzione di una maggiore comprensione della sessualità, tuttavia è necessaria ulteriore ricerca basata su risultati affidabili e certi (Arias-Castillo et al., 2022).

1.4 Le difficoltà orgasmiche

In varie fasi della risposta sessuale possono manifestarsi difficoltà. Una tra le più frequenti per le persone con vulva è quella che interessa l'esperienza orgasmica. Per la sua descrizione, è utile riportare le caratteristiche del Disturbo dell'Orgasmo indicate nel DSM-5-TR: "marcato ritardo o infrequenza oppure assenza di orgasmo" e "intensità delle

sensazioni orgasmiche marcatamente ridotta” (American Psychiatric Association, 2022).

L'assenza di orgasmi è anche denominata “Anorgasmia”, mentre Zorzon et al. (1999) hanno definito “Iporgasmia” le seguenti condizioni: riduzione delle sensazioni orgasmiche, difficoltà nel raggiungere l'orgasmo e/o perdita della capacità di esperirlo.

A fini diagnostici, almeno uno dei due sintomi deve essere presente durante tutti o quasi tutti i rapporti sessuali (circa 75-100%), per un periodo non inferiore ai sei mesi. Questa condizione causa un disagio clinicamente significativo all'individuo e non è attribuibile agli effetti di una sostanza, a una patologia medica, una difficoltà mentale o un grave disagio relazionale, ad esempio una violenza (American Psychiatric Association, 2022). È fondamentale anche sottolineare che si verifica nonostante un'adeguata stimolazione sessuale (IsHak, 2008). Inoltre, la difficoltà non è da prendere in considerazione se la persona è soddisfatta della propria esperienza sessuale, in quanto occorre fare riferimento al vissuto soggettivo, non a uno standard normativo in merito alla sessualità (World Health Organization, 2019).

Esistono varie tipologie di difficoltà orgasmica. Quella “primaria” è presente fin dall'inizio della vita sessuale, mentre quella “secondaria” si è sviluppata in un secondo momento, successivamente a un periodo privo di questa condizione (Lehmiller, 2014). Inoltre, può essere “generalizzata” o “situazionale”. Nel primo caso si manifesta in ogni situazione, nel secondo solo in determinate circostanze, ad esempio durante l'attività sessuale individuale (American Psychiatric Association, 2022).

La difficoltà che riguarda la fase dell'orgasmo è frequente: circa un quarto della popolazione con vulva la riferisce (Meston et al., 2004). La prevalenza è stimata tra il 10% e il 40%, a seconda di vari aspetti, tra cui la risposta orgasmica, che può essere inibita o assente, la tipologia di relazione sessuale, ossia stabile oppure occasionale (Khajehei et

al., 2015). Infine, l'esperienza orgasmica può essere considerata lungo un continuum, in cui è difficile definire il punto in cui inizia a manifestarsi una difficoltà (Rowland e Kolba, 2016) e, di conseguenza, la sua incidenza.

La prospettiva dei sistemi diagnostici, in particolare il DSM-5-TR e l'ICD-11, è riportata in quanto frequentemente adottata nell'ambito di ricerca e clinico, tuttavia risulta facilmente criticabile. Innanzitutto, la classificazione delle difficoltà sessuali tende a ridurre la complessità e la variabilità dell'esperienza in categorie fisse e rigide. La medicalizzazione consiste nell'interpretare e gestire determinate condizioni attraverso un approccio medico. Questo fenomeno comporta una diagnosi e, quasi automaticamente, la necessità di interventi e trattamenti. Infine, la patologizzazione si riflette nell'utilizzo di una terminologia connotata negativamente, come disturbo, disfunzione, funzionamento anormale. Da questi processi può conseguire una stigmatizzazione delle persone che non raggiungono l'orgasmo, lo hanno con minore frequenza, velocità o intensità di altri individui e, in generale, la cui esperienza non è in linea con le aspettative normative, con un probabile impatto sul benessere psicosociale. In quest'ottica, può emergere il rischio di trascurare l'importanza delle differenze individuali, del vissuto soggettivo e dei fattori psicosociali e culturali implicati. Poiché è stato dimostrato che la risposta orgasmica è estremamente variabile tra le persone con vulva, risulta rilevante evitare di medicalizzare e patologizzare le diverse forme dell'esperienza (Mahar et al., 2020).

Nell'ottica di comprendere le difficoltà orgasmiche, sono stati identificati alcuni fattori biologici associati. Dalla review di IsHak et al. (2010) è emerso che numerose patologie mediche possono spiegare la condizione, anche se vengono considerate raramente. Sono state individuate associazioni con sclerosi multipla, problemi renali, fibromialgia, aterosclerosi, incontinenza urinaria da stress e condizioni pelviche, ad esempio debolezza del pavimento pelvico, danno ai nervi, lesione del midollo spinale. Le

difficoltà possono essere causate anche da cambiamenti ormonali, in particolare di estrogeno, progesterone e testosterone, dovuti alla menopausa o a disturbi come l'ipotiroidismo. Sono un effetto collaterale di alcuni farmaci antipsicotici, stabilizzatori dell'umore e antidepressivi, in particolare gli SSRI, e risultano associate a un forte consumo di alcol. Infine, potrebbe esserci una relazione con alcuni aspetti genetici ereditabili. In conclusione, i fattori biologici influiscono sul raggiungimento dell'orgasmo, in combinazione con quelli psicosociali, che verranno descritti in seguito.

In conclusione, l'assenza, l'infrequenza, il ritardo e la riduzione dell'intensità dell'orgasmo in modo marcato sono fenomeni biopsicosociali. Queste condizioni sono comuni e possono essere primarie, secondarie, situazionali e generalizzate. La categorizzazione, la medicalizzazione e la patologizzazione comportano conseguenze negative sul benessere, tra cui la stigmatizzazione di chi ha esperienze sessuali considerate non normative. Per analizzare la risposta orgasmica delle persone con vulva, è fondamentale tenere presente le notevoli differenze individuali, il vissuto soggettivo, il contesto, le componenti biologiche, culturali e psicosociali.

1.5 I fattori psicosociali

Gli aspetti psicologici e sociali hanno un ruolo nelle difficoltà orgasmiche delle persone con vulva (Brotto et al., 2016). Ad esempio, già secondo Masters e Johnson (1970), le inibizioni dell'orgasmo sarebbero dovute a ciò che hanno denominato "*spectatoring*". Causato dall'ansia per la prestazione, questo fenomeno consiste nel monitoraggio e nell'analisi del proprio comportamento dall'esterno, durante l'interazione sessuale. La focalizzazione sulla prestazione distrae dalle sensazioni corporee, ostacolando la risposta sessuale, tra cui l'orgasmo. In seguito, Barlow (1986) ha ripreso e

sviluppato questo concetto all'interno del suo modello: lo *spectatoring* interferisce con la decodifica degli stimoli erotici, inibendo così il processo eccitatorio. Sono stati individuati altri fattori cognitivi, emotivi e comportamentali associati alle difficoltà orgasmiche. Data la mancanza di studi sperimentali, è più corretto esprimersi in termini di correlazione, piuttosto che di causalità.

Dove e Wiederman (2000) hanno studiato il ruolo della distrazione cognitiva nella frequenza di orgasmo delle persone con vulva. In particolare, hanno esaminato il livello di distrazione, basata sulle preoccupazioni per la prestazione sessuale e l'aspetto fisico, e le sue relazioni con autostima e soddisfazione sessuali, finzione e tasso dell'orgasmo, durante l'attività sessuale di coppia. Per esempio, è stato chiesto all3 partecipanti quanto spesso considerassero vere per loro affermazioni come: "Durante l'attività sessuale, spesso mi preoccupo del modo in cui mi comporto con il partner", "È difficile godersi il sesso a causa delle preoccupazioni su quanto il mio corpo sia attraente per il partner". È emerso che la distrazione cognitiva spiegava il 7% della varianza della frequenza di orgasmo, il 5% dell'autostima sessuale, il 10% della soddisfazione sessuale e l'8% della finzione dell'orgasmo, controllando per le seguenti variabili: stato emotivo generale, concentrazione su di sé, insoddisfazione corporea, desiderio e atteggiamenti sessuali. Infine, è interessante notare che le distrazioni basate sull'aspetto fisico e sulla prestazione sessuale sono risultate altamente correlate ($r = .83$).

Considerando i risultati, Dove e Wiederman (2000) hanno ipotizzato che la correlazione tra le due tipologie di distrazione sia dovuta all'importanza che la società attribuisce al fatto che le persone socializzate come donne siano desiderabili, anche nella sessualità. Queste potrebbero aver interiorizzato l'idea che essere attraenti equivalga a performare bene come partner sessuale. Inoltre, Dove e Wiederman (2000) hanno criticato un aspetto della Focalizzazione Sensoriale, che si pone come obiettivo quello di

aiutare a focalizzarsi sulle sensazioni corporee, piuttosto che sul monitoraggio del proprio comportamento (Masters e Johnson, 1970). Infatti, i risultati hanno sollevato criticità in merito all'assunto di base di questa tecnica terapeutica, secondo cui la persona sarebbe preoccupata per la propria prestazione sessuale e non necessariamente per l'aspetto fisico.

Per approfondire il tema della distrazione durante l'elaborazione degli stimoli sessuali, Cuntim e Nobre (2011) hanno valutato i pensieri automatici negativi, i quali potrebbero agire come distrattori cognitivi, confrontando persone con vulva con difficoltà ad avere l'orgasmo a un gruppo di controllo. È emerso che, durante l'attività sessuale, le partecipanti con difficoltà a raggiungerlo mostravano significativamente una maggiore distrazione cognitiva, meno pensieri erotici, mentre più pensieri automatici negativi sull'abuso sessuale, la mancanza di affetto della partner, la passività sessuale, il fallimento e il ritiro. Queste evidenze hanno dimostrato la rilevanza della distrazione dagli stimoli erotici e dei pensieri automatici negativi per le difficoltà ad avere orgasmi, a supporto di altri risultati emersi (Nobre et al., 2008).

Sono state proposte varie teorie cognitivo-affettive in merito al funzionamento sessuale (Barlow, 1986; Nobre et al., 2008). Nel Modello del Duplice Controllo, Bancroft et al. (2009) hanno teorizzato che la risposta sessuale sia regolata dai meccanismi sessuali eccitatorio e inibitorio, entrambi adattivi. L'interazione tra questi due sistemi varia da individuo a individuo. Un'elevata propensione all'inibizione è risultata associata alle difficoltà sessuali (Bancroft et al., 2009), tra cui quelle orgasmiche (Velten et al., 2017). Moura et al. (2020) hanno individuato alcune differenze cognitive, ma anche affettive tra le persone con vulva che hanno orgasmi e quelle con difficoltà a raggiungerli. Queste ultime avevano più frequentemente pensieri automatici negativi ed emozioni negative e soprattutto provavano meno emozioni positive durante l'attività sessuale, rispetto al

gruppo di controllo. Inoltre, 13 partecipanti con questo tipo di difficoltà mostravano una più forte propensione all'inibizione sessuale, soprattutto quella correlata alla preoccupazione di non avere una risposta sessuale adeguata. Secondo Moura et al. (2020), l'inibizione potrebbe essere un fattore predisponente per le difficoltà ad avere orgasmi (Tavares et al., 2018), mentre i pensieri automatici e le emozioni negative potrebbero svolgere un ruolo di mantenimento di queste.

Oltre ai pensieri erotici, De Sutter et al. (2014) hanno indagato la focalizzazione sulle sensazioni corporee, il disagio e il piacere sessuali. È emerso che 13 partecipanti che generalmente non avevano orgasmi provavano meno spesso piacere (28%) rispetto a quelle che li raggiungevano (72%) e più frequentemente disagio sessuale (71%), in confronto al gruppo di controllo (26%). Riguardo all'aspetto cognitivo, le persone con difficoltà orgasmiche avevano anche meno pensieri erotici durante l'attività sessuale di coppia, mentre la stessa quantità durante la masturbazione. Inoltre, secondo l'80% delle persone con difficoltà, concentrare l'attenzione sulle sensazioni corporee è il pensiero più favorevole per raggiungere l'orgasmo, rispetto al 95% del gruppo di controllo. Quest'ultimo risultato è di supporto alla ricerca di Silverstein et al. (2011), che ha individuato una minore consapevolezza enterocettiva nelle persone con difficoltà orgasmiche, le quali percepirebbero le proprie sensazioni corporee più lentamente.

Un altro aspetto fondamentale riguarda la stimolazione sessuale sperimentata. Lo studio di De Sutter et al. (2014) ha dimostrato che le persone con vulva che avevano orgasmi attuavano significativamente di più alcuni tipi di comportamenti sia durante la masturbazione, in particolare stimolazione dei capezzoli combinata a quella della clitoride, penetrazione vaginale con dita da sola e con stimolazione clitoridea, sia soprattutto in coppia, ossia penetrazione vaginale da sola, combinata a quella clitoridea e dei capezzoli,

sfregamento dei genitali l'uno con l'altro e penetrazione anale. Secondo Kelly et al. (1990), chi ha esperienze non orgasmiche manifesta meno stimolazioni sessuali, in particolare quelle legate alla masturbazione e alla stimolazione diretta della parte esterna della clitoride. È la stimolazione di questa zona corporea che permette di sperimentare orgasmi regolarmente al 95% delle persone con vulva (Hite, 1976). Quindi, la messa in atto di una gamma più limitata di pratiche sessuali potrebbe ostacolare in parte l'esperienza orgasmica (De Sutter et al., 2014).

Sono stati identificati anche altri fattori psicosociali che possono influenzare l'orgasmo delle persone con vulva. La probabilità di raggiungerlo è maggiore quando sono presenti una comunicazione efficace riguardo alla sessualità (Kelly et al., 2004), un'intimità emotiva con la partner (Herbenick et al., 2018), buone abilità sessuali dell'altra persona (Sherlock et al., 2016) e conoscenza del proprio corpo, la quale viene acquisita anche grazie alla masturbazione (Shaeer et al., 2020). Invece, l'esperienza orgasmica è ostacolata dai problemi relazionali, dalle immagini corporea e genitale negative (IsHak et al., 2010), dal dolore cronico e dalla dispareunia (Shi et al., 2022).

Inoltre, sembrano essere rilevanti l'età, il disagio esperito per la condizione e la presenza di altre tipologie di difficoltà in ambito sessuale. Infatti, con l'incremento dell'età, la frequenza degli orgasmi riportati tende ad aumentare (American Psychiatric Association, 2022) e a volte la difficoltà orgasmica è accompagnata da bassi livelli di *arousal*, che potrebbero esserne responsabili (Basson et al., 2003). Inoltre, sono stati individuati tre costrutti legati tra loro, i quali sembrano promettenti sia per la ricerca sia per la clinica: ridotto senso di autoefficacia, ossia difficoltà a raggiungere l'orgasmo, compromissione funzionale, intesa come tempo di latenza di orgasmo, e disagio per la condizione (Carvalho et al., 2012).

Nell'ambito dell'attività sessuale di coppia, Rowland e Kolba (2016) hanno analizzato proprio la relazione tra difficoltà dell'orgasmo, disagio per queste, *arousal*, latenza di orgasmo ed età. Sulla base della risposta positiva alla domanda: "Hai problemi o difficoltà a raggiungere l'orgasmo in coppia?", è stato individuato un gruppo "con sintomi del Disturbo Orgasmico" (51%). Tra i partecipanti con difficoltà orgasmiche, il 57% ha riferito disagio per queste, mentre il 47% bassi livelli di *arousal*. Come predittori, è emerso il ruolo dell'età ridotta, delle difficoltà di *arousal* e lubrificazione. Confrontando il gruppo senza a quello con difficoltà orgasmiche, sono state individuate differenze significative in merito all'*arousal* (23% vs 45%), alla produzione e al mantenimento della lubrificazione (27% vs 44%). Inoltre, rispetto al sottogruppo di controllo, i partecipanti che provavano disagio hanno riferito maggiori difficoltà e latenza di orgasmo. Anche quelli con bassi livelli di *arousal* avevano maggiore difficoltà, mentre simili livelli disagio per la condizione e latenza di orgasmo. Infine, la difficoltà ad avere orgasmi sembra diminuire con l'aumentare dell'età, probabilmente perché una maggiore esperienza sessuale favorisce la conoscenza del proprio corpo e della propria sessualità (Mintz, 2017).

Concludendo, è stato dimostrato che esistono differenze significative in termini psicologici a seconda che si abbiano esperienze orgasmiche o meno. Dal punto di vista affettivo, le persone con difficoltà a raggiungere l'orgasmo provano più emozioni negative e meno positive, durante l'attività sessuale (Moura et al., 2020). Inoltre, hanno più frequentemente pensieri automatici negativi, una quantità più limitata di pensieri erotici, una tendenza più forte all'inibizione sessuale e si distraggono cognitivamente dall'esperienza e dalle sensazioni corporee in misura maggiore (Cuntim e Nobre, 2011). È emersa una relazione tra frequenza di orgasmo, autostima, soddisfazione e varietà di pratiche sessuali messe in atto (Dove e Wiederman, 2000; De Sutter et al., 2014). Anche la relazione con la partner, l'età, la lubrificazione, l'*arousal* e il rapporto con il proprio corpo

sono aspetti da tenere in considerazione (IsHak et al., 2010; Rowland e Kolba, 2016).

Quindi, numerosi fattori cognitivi, emotivi, comportamentali e sociali sono risultati associati alla difficoltà di avere orgasmi, anche se la direzionalità della relazione non è stata ancora chiarita.

1.6 Il divario di genere nell'orgasmo: il ruolo del contesto e dei fattori socioculturali

Le componenti contestuali e culturali hanno un ruolo nella risposta orgasmica. Per oltre vent'anni numerosi autori hanno documentato l'esistenza di un fenomeno, denominato "Orgasm Gap": durante l'attività sessuale eterosessuale, le donne cisgender riportano di fare esperienza dell'orgasmo meno frequentemente, rispetto agli uomini cis (Piemonte et al., 2019; Wade et al., 2005). Già Masters e Johnson (1966) hanno individuato che le donne cis lesbiche hanno più orgasmi di quelle eterosessuali. Secondo un altro studio, la percentuale di partecipanti che non ha mai avuto un orgasmo risulta del 2% circa per quelle lesbiche, mentre del 13% per quelle eterosessuali (Coleman et al., 1983). Garcia et al. (2014) hanno approfondito le differenze di genere in relazione all'orientamento sessuale e Mahar et al. (2020) hanno revisionato la letteratura, con l'obiettivo di fornire una visione della complessità del fenomeno.

Per indagare la disparità di genere nella frequenza di orgasmo, è stata svolta una *review* dei risultati più recenti (Mahar et al., 2020). È emersa una discrepanza significativa tra la quantità media di orgasmi riferita da uomini (86%) e da donne (63%) cisgender, durante l'attività sessuale con partner familiare (Garcia et al., 2014). La disparità risulta più ampia durante gli incontri sessuali occasionali (uomini cis 31%; donne cis 10%), in confronto a quelli con partner stabile (uomini cis 85%; donne cis 68%) (Armstrong et al.,

2009). Inoltre, le donne cis lesbiche hanno una maggiore probabilità di raggiungere l'orgasmo in coppia, rispetto a quelle eterosessuali o bisessuali (Frederick et al., 2018). Quindi, tuttora, la frequenza di orgasmo delle donne cis è inferiore a quella degli uomini cis e sembra dipendere dal contesto: orientamento sessuale e attività sessuale occasionale piuttosto che all'interno di una relazione.

Poiché la letteratura sulla variazione dell'orgasmo che tiene in considerazione l'orientamento sessuale è piuttosto limitata, una ricerca ha approfondito questo aspetto (Garcia et al., 2014). Esaminando l'attività sessuale con partner familiare in un campione di 2850 partecipanti, è emerso che per gli uomini cisgender il tasso dell'orgasmo non variava significativamente in relazione all'orientamento sessuale: bisessuali 78%, omosessuali 85% ed eterosessuali 86%. Al contrario, sono state individuate differenze significative tra le donne cis lesbiche (75%) e gli altri due sottocampioni (bisessuali 58%, eterosessuali 62%). Quindi, comparando i due gruppi, sembra che le donne cis abbiano esperienze di orgasmo più varie e che per loro la probabilità con cui si verifica l'orgasmo cambi in base al proprio orientamento sessuale (Garcia et al., 2014).

Infine, Mahar et al. (2020) si sono concentrati sulle possibili spiegazioni del divario di genere nell'orgasmo. È stato attribuito a differenze anatomiche o fisiologiche: sarebbe più complicato esperire gli orgasmi per le donne cisgender, "meno responsive al comportamento sessuale" (Gusakova et al., 2020; Frederick et al., 2018). Tuttavia, ci sono evidenze insufficienti di una differenza biologica nella capacità di raggiungere l'orgasmo (Wetzel et al., 2022). Al contrario, molte donne cisgender hanno un periodo refrattario orgasmico più breve rispetto agli uomini cis, il che potenzialmente consentirebbe loro di avere più orgasmi in un determinato periodo di tempo (Gérard et al., 2021). Inoltre, quest'interpretazione non è supportata dall'alta incidenza dell'orgasmo in donne cis durante l'attività sessuale con altre donne cis, con uomini cis in una relazione stabile e

durante la masturbazione (Mahar et al., 2020). Infatti, circa il 60% di un campione di donne cis ha riferito di raggiungerlo abitualmente o sempre durante la masturbazione, rispetto al 29% durante l'attività sessuale di coppia (Laumann et al., 1994). Altre ricerche hanno stimato il tasso dell'orgasmo durante la masturbazione tra il 92% e il 95% (Hite, 1976; Carvalheira et al., 2013). Alla luce della rilevanza del contesto sessuale per questo fenomeno, le autrici hanno respinto l'ipotesi biologica, a favore di un'interpretazione socioculturale (Mahar et al., 2020).

Un fattore da tenere in considerazione è quale zona corporea viene stimolata durante l'attività sessuale. La gran maggioranza delle persone con vulva ha un orgasmo grazie alla stimolazione della parte esterna della clitoride (Brewer et al., 2011). Invece, è emerso che il 4% di un campione ha indicato la sola penetrazione vaginale come il modo più affidabile per raggiungerlo, il 43% ha riferito la penetrazione insieme alla stimolazione esterna della clitoride, mentre il 34% solamente quest'ultima (Mintz, 2017).

Tendenzialmente, nei contesti sessuali in cui le persone con vulva hanno un maggior numero di orgasmi viene messa in atto una stimolazione maggiore della clitoride (Mahar et al., 2020). Alcune ricerche hanno individuato che, durante la masturbazione, la gran maggioranza delle persone con vulva stimola la parte esterna della clitoride, insieme o meno ad altre pratiche sessuali (Carvalheira et al., 2013; Fugl-Meyer et al., 2006). Inoltre, hanno riferito di ricevere una stimolazione della vulva minore sia negli incontri occasionali, rispetto a quelli di coppia (Armstrong et al., 2012), sia durante l'attività sessuale eterosessuale, in confronto a quella con persone dello stesso genere (Blair et al., 2017). Questi risultati suggeriscono che frequentemente durante gli incontri eterosessuali non ricevono sufficientemente la stimolazione della parte esterna della clitoride di cui avrebbero bisogno per raggiungere l'orgasmo (Mintz, 2017).

Secondo Mahar et al. (2020), la mancanza di questo tipo di pratica sessuale durante l'attività sessuale eterosessuale è connessa a diversi fattori socioculturali. Tra gli aspetti da considerare, il primo riguarda la svalutazione del piacere sessuale femminile e della stimolazione clitoridea esterna, che va di pari passo con la sopravvalutazione del piacere maschile e della penetrazione vaginale (Wade et al., 2005). Il secondo consiste nella mancanza del diritto delle persone con vulva al piacere, che potrebbe essere accentuata negli incontri occasionali (Armstrong et al., 2012). Alcuni studi hanno rivelato che molte donne cis eterosessuali si aspettano di non avere orgasmi durante l'attività sessuale di coppia (Goldey et al., 2016) e attribuiscono un'importanza maggiore agli orgasmi del partner rispetto ai propri (Barnett et al., 2018). Il fatto che non diano priorità al proprio piacere e si sentano meno autorizzate a ricercarlo si traducono in una minore stimolazione della clitoride (Mahar et al., 2020). Come ultimo fattore, la nostra cultura trasmette un'idea erronea di mascolinità e orgasmo femminile causato dalla penetrazione vaginale come connesse tra loro. Secondo alcuni studi, gli uomini cis riferiscono di sentirsi meno maschilini quando la partner non esperisce l'orgasmo (Cormier et al., 2018) e potrebbero essere convinti che lo raggiunga attraverso la penetrazione (Porter et al., 2016). Sembra anche che molte donne cis cerchino di proteggere l'ego e i sentimenti del partner, fingendo di avere orgasmi tramite la penetrazione e non comunicando la loro necessità di una stimolazione clitoridea esterna (Salisbury et al., 2014). Le autrici hanno anche sottolineato la mancanza di un'educazione sessuale, che includa il piacere sessuale delle persone con vulva come elemento fondamentale. Mintz (2017) ha affermato che è come la società concettualizza la sessualità a creare una disparità nell'orgasmo.

In conclusione, è stato confermato che ancora oggi, durante i rapporti sessuali eterosessuali, la differenza tra la frequenza di orgasmi delle donne e degli uomini

cisgender è molto ampia. Questo fenomeno risulta accentuato quando gli incontri sono occasionali, in confronto a quelli con partner familiare. Inoltre, l'orientamento sessuale sembra influire sull'incidenza dell'orgasmo solo per le donne cis (Garcia et al., 2014). Sono emersi anche il probabile ruolo di numerosi fattori socioculturali nella disparità dell'orgasmo e l'importanza di considerare sia il genere sia l'orientamento sessuale, come fattori interagenti nell'esperienza sessuale. Per la ricerca futura, sarebbe auspicabile indagare altri orientamenti sessuali, la frequenza dell'orgasmo in persone non cisgender, così come in persone che hanno partner con identità sessuali non cisgender. Infine, una criticità interessante riguarda l'assenza di dati sul genere delle partner delle partecipanti, a favore dell'indagine dell'orientamento sessuale. Quest'ultimo non è affidabile per analizzare come la risposta orgasmica cambi in funzione del genere delle partner sessuali. Infatti, anche se il genere delle partner e il proprio orientamento sessuale spesso corrispondono, una persona può avere rapporti sessuali con un'altra indipendentemente dal proprio orientamento (Malachi et al., 2018). Perciò, questo riguarda tutte le partecipanti e in particolar modo le persone bisessuali (Garcia et al., 2014).

1.7 La frequenza di orgasmo e gli imperativi fallocentrici

Le differenze consistenti nella frequenza di orgasmo delle persone con vulva sembrano essere influenzate da fattori socioculturali. In particolare, Opperman et al. (2014) hanno descritto due imperativi fallocentrici, legati tra loro: coitale e dell'orgasmo maschile. Il primo privilegia la penetrazione vaginale, ponendola al vertice di una gerarchia di pratiche sessuali, talvolta fino a rappresentarne il simbolo. Infatti, per esempio, nella definizione di attività sessuale, circa tra il 95% e il 100% delle persone includono il coito, mentre tra il 10% e il 15% la stimolazione genitale manuale, tra il 21% e il 40% quella

orale (Sanders et al., 2010). Il secondo imperativo attribuisce la priorità all'orgasmo dell'uomo cisgender, quindi subordinando quello delle altre persone. Infatti, è l'orgasmo maschile che spesso segna la fine del rapporto sessuale (Opperman et al., 2014), quello che predice la soddisfazione sessuale di entrambe le persone coinvolte e che frequentemente le partner cercano di garantire, anche a scapito della possibilità di raggiungere il proprio orgasmo (McClelland, 2011). A questi concetti non si conformerebbero gli incontri tra donne cis, nei quali vengono messi in atto comportamenti sessuali più vari e c'è una focalizzazione maggiore verso il proprio piacere (Willis, 2018), entrambi predittori dell'orgasmo (Frederick et al., 2018; Goldey et al., 2016). Sulla base della letteratura precedente, Willis et al. (2018) hanno indagato se effettivamente gli imperativi fallocentrici ostacolano l'orgasmo delle donne cisgender che hanno attività sessuali con uomini cis, spiegando la differenza rispetto a quelle con altre donne cis.

Per analizzare il possibile ruolo degli imperativi coitale e dell'orgasmo maschile, Willis et al. (2018) hanno ipotizzato che il divario orgasmico tra i due gruppi si sarebbe ridotto dopo aver controllato le seguenti variabili, che sono in contrasto con gli imperativi: la varietà di comportamenti sessuali e la frequenza di obiettivi per l'orgasmo orientati verso di sé. Quindi, in un campione molto ampio di 2296 partecipanti, sono stati raccolti dati sull'attività sessuale svolta nel mese precedente. Inoltre, è stato chiesto loro se avessero svolto pratiche sessuali non coitali, ad esempio orali, anali, uso di sex toys, e quanto spesso il loro obiettivo era stato quello di provare un orgasmo. Dalle analisi statistiche, controllata la frequenza dell'attività sessuale, è emerso che la probabilità di avere orgasmi era 1.32 volte maggiore per le donne cis che svolgevano attività sessuali con altre donne cis, rispetto a uomini cis. In seguito, nel modello statistico sono state introdotte le due variabili: la varietà dei comportamenti sessuali e gli obiettivi per l'orgasmo centrati su di sé. risultato che la prima ha diminuito la differenza a 1.22, mentre la seconda a 1.24,

dimostrando la rilevanza di entrambe. Dopo aver tenuto in considerazione questi due fattori complessivamente, il Rapporto del tasso di incidenza è stato ridotto a 1.16. Quindi, i risultati hanno confermato l'esistenza di un divario nella frequenza di orgasmi delle donne cis, in relazione al genere della partner sessuale, anche se minore di quello emerso da uno studio precedente (Frederick et al., 2018). Inoltre, le partecipanti che mettevano in atto comportamenti in contrasto con gli imperativi fallocentrici, hanno sperimentato orgasmi più frequentemente, a dimostrazione del ruolo degli imperativi analizzati nel fenomeno.

Sempre riguardo alla rilevanza degli imperativi coitale e dell'orgasmo maschile, è possibile che il divario di genere nell'orgasmo, già molto ampio, risulti sottostimato da alcune ricerche. È stato ipotizzato che il modo in cui le partecipanti definiscono l'attività sessuale influisca sulle proprie risposte riguardo alla frequenza di orgasmo (Sanders et al., 2010; Frederick et al., 2018). La priorità attribuita al coito si riflette anche nel linguaggio: spesso utilizziamo le parole "sesso" e "penetrazione vaginale" come se fossero equivalenti (Horowitz et al., 2013). Una ricerca ha dimostrato che il modo in cui sono formulate le domande modula la frequenza di orgasmi riportata: quando viene indicato che per attività sessuale si fa riferimento anche alla stimolazione della parte esterna della clitoride, il tasso dell'orgasmo risulta più alto, mentre quando non viene specificato l'incidenza è più bassa (Shirazi et al., 2018). Invece, per quanto riguarda il secondo imperativo, è interessante considerare il possibile impatto dell'aspettativa dell'orgasmo maschile come il risultato atteso dell'attività sessuale, al contrario di quello femminile (Klein e Conley, 2021). Le donne cisgender hanno aspettative più basse di esperire l'orgasmo, rispetto agli uomini cis (Blumenstock, 2021). Secondo Wetzel et al. (2022), le differenze di genere nelle aspettative di orgasmo potrebbero influenzare le risposte delle partecipanti. Per esempio, se due persone lo sperimentano oggettivamente con la stessa frequenza, la donna cis potrebbe sovrastimarla, avendo una bassa aspettativa in merito, mentre l'uomo cis

sottostimarlo, aspettandosi di esperirlo quasi sempre. Quindi, è stato ipotizzato che la disuguaglianza reale nell'orgasmo sia maggiore di quanto emerga dai risultati di alcune ricerche. Esiste qualche evidenza a supporto (Shirazi et al., 2018), ma sono necessari ulteriori studi per accertare questo fenomeno.

In merito al divario di genere nell'orgasmo, permangono ancora aspetti da chiarire. Per esempio, la maggior parte della ricerca si è concentrata sul confronto tra gruppi di partecipanti che non erano in relazione tra loro. Invece, una prospettiva interessante è come il fenomeno si manifesti nelle coppie eterosessuali. Pochi studi hanno analizzato le esperienze di entrambe le persone all'interno delle relazioni (Leonhardt et al., 2018; Jones et al., 2018). La disuguaglianza persiste nel tempo, nonostante per molte persone la soddisfazione sessuale sia correlata sia con la propria esperienza dell'orgasmo (Haning et al., 2007) sia con la percezione dell'orgasmo dell'partner (Leonhardt et al., 2018). Inoltre, quando le donne cisgender considerano l'orgasmo importante, come un obiettivo e adottano misure per perseguirlo, è più probabile che lo raggiungano, tuttavia a volte iniziano un'attività sessuale con un uomo cis senza l'aspettativa di avere un orgasmo (Gusakova et al., 2020). La formazione delle aspettative si basa sulle esperienze passate e ha un impatto sui comportamenti futuri (Bandura et al., 1986). Inoltre, la Teoria del Valore Atteso afferma che la motivazione a perseguire un obiettivo è influenzata dalle aspettative di successo e dal valore attribuito al risultato (Wigfeld ed Eccles, 2000). Perciò, se le donne cis che hanno una bassa frequenza di orgasmo abbassano le aspettative o il desiderio di averlo, potrebbero perseguirlo in misura minore (Wetzel et al., 2022).

Al fine di comprendere come si mantenga il divario all'interno delle coppie, Wetzel et al. (2022) hanno analizzato i rapporti tra la frequenza, il desiderio, l'aspettativa dell'orgasmo e la soddisfazione sessuale. A 140 coppie eterosessuali cisgender è stato somministrato un questionario riguardo all'attività sessuale di coppia. Sono stati indagati la

soddisfazione sessuale, la frequenza dell'attività sessuale e dell'orgasmo, il proprio desiderio sessuale e di avere orgasmi. Inoltre, sono state esaminate le percezioni della frequenza di orgasmo, dei desideri sessuali e dell'orgasmo delle partner e le aspettative riguardo al sesso e all'orgasmo in riferimento alle persone in generale. Dalle analisi statistiche, all'interno delle coppie è stata individuata una differenza significativa di genere nell'orgasmo, che le donne cis hanno stimato abbastanza correttamente, mentre gli uomini cis hanno sottostimato. Inoltre, in merito alle donne cis, è risultata una discrepanza significativa tra la frequenza di orgasmi riportata ($M=4$) e quella desiderata ($M=4.6$) e un divario maggiore dell'orgasmo era significativamente correlato con minori soddisfazione sessuale ($r=-.22$), desiderio dell'orgasmo ($r=-.27$) e aspettativa dell'orgasmo ($r=-.24$). In riferimento a tutti i partecipanti, è emerso che la propria frequenza dell'orgasmo e quella delle partner predicessero la soddisfazione sessuale e che la frequenza dell'orgasmo fosse un predittore del desiderio dell'orgasmo e della sua aspettativa (Wetzel et al., 2022). È interessante anche sottolineare che la dimensione della differenza di genere nell'orgasmo non era correlata con la durata delle relazioni.

Considerando l'assenza di una correlazione tra ampiezza del divario di genere e durata del legame, è stato suggerito che una volta che le coppie raggiungono la soglia di una relazione considerata stabile, la sua durata non influisce più sulla dimensione del divario (Wetzel et al., 2022). Infatti, la frequenza dell'orgasmo delle persone con vulva è maggiore quando la partner sessuale è familiare rispetto a occasionale (Armstrong et al., 2012). Inoltre, secondo Wetzel et al. (2022), la diminuzione del desiderio e dell'aspettativa dell'orgasmo potrebbe essere concepita come una svalutazione dell'orgasmo. Questa scarsa importanza spesso attribuita dalle donne cis sembra essere in parte influenzata e spiegata dalla propria bassa frequenza di orgasmo, come emerge dai risultati, e potrebbe ipoteticamente mitigare il potenziale effetto negativo del divario nell'orgasmo sulla propria

soddisfazione sessuale. Infatti, la Teoria delle Discrepanze Multiple ha postulato che la soddisfazione sia in gran parte il risultato della discrepanza tra ciò che una persona ha, ciò che vuole e che crede di meritare, quindi per migliorarla può aumentare ciò che possiede oppure diminuire ciò che desidera o si aspetta (Michalos, 1985). Di conseguenza, chi spesso non esperisce l'orgasmo potrebbe incrementare la propria soddisfazione aumentando la frequenza o diminuendo il proprio desiderio o l'aspettativa di orgasmo (Haning et al., 2007). Inoltre, poiché quando le donne cis hanno basse aspettative e basso desiderio di orgasmo riducono il suo perseguimento, il che predice una minore probabilità di esperirlo (Gusakova et al., 2020), sembra emergere una bidirezionalità nelle relazioni tra frequenza, desiderio e aspettativa di orgasmo. Questo circolo vizioso potrebbe spiegare perché la discrepanza dell'orgasmo all'interno delle coppie eterosessuali si perpetui nel tempo, invece di ridursi (Wetzel et al., 2022).

In conclusione, è stata confermata l'esistenza di un divario nella frequenza di orgasmo sia di donne cisgender in relazione al genere dell'e partner (Willis et al., 2018), sia di genere all'interno di coppie eterosessuali (Wetzel et al., 2022). La dimensione della discrepanza non sembra essere influenzata dalla durata delle relazioni, da quando non sono più considerate incontri sessuali occasionali (Wetzel et al., 2022). La differenza di genere, già ampia, potrebbe essere addirittura sottostimata da alcune ricerche, a seconda di come vengono poste le domande in merito alla frequenza di orgasmo (Shirazi et al., 2018). Sono state individuate evidenze del possibile ruolo di alcuni fattori socioculturali nella frequenza di orgasmo: gli imperativi coitale e dell'orgasmo maschile. È stato dimostrato che ostacolano, almeno in parte, il raggiungimento dell'orgasmo in donne cis che hanno incontri sessuali con uomini cis (Willis et al., 2018). Inoltre, è stata proposta una spiegazione riguardo al mantenimento nel tempo del divario all'interno delle coppie eterosessuali. I risultati hanno suggerito l'esistenza di un circolo vizioso tra bassa

frequenza di orgasmo, minori desiderio e aspettativa di esperirlo (Wetzel et al., 2022). Infine, le autrici hanno considerato la diminuzione del desiderio e dell'aspettativa dell'orgasmo come una sua svalutazione. Questa scarsa importanza spesso attribuita dalle donne cis, potenzialmente connessa alla soddisfazione sessuale, sembra essere in parte influenzata dal loro basso tasso di orgasmo (Wetzel et al., 2022).

1.8 Importanza dell'orgasmo, disagio e attribuzioni per le difficoltà orgasmiche

Sembrano esistere differenze tra le persone con vulva in merito all'importanza che attribuiscono all'orgasmo (Graham, 2010). Alcuni risultati hanno evidenziato un'associazione tra l'esperienza dell'orgasmo e una maggiore soddisfazione sessuale (Frederick et al., 2017; Piemonte et al., 2019), mentre secondo altre ricerche le partecipanti hanno riferito di sentirsi soddisfatte anche quando non lo raggiungono (Opperman et al., 2014). L'orgasmo non è l'unico modo per vivere esperienze sessuali soddisfacenti. Molti altri aspetti della sessualità possono essere piacevoli, anche più dell'orgasmo. Alcune persone potrebbero non attribuirgli la priorità, considerando di maggior rilievo altri elementi, come l'intimità (Ott et al., 2006). Inoltre, l'orgasmo non è sempre desiderato né vissuto positivamente (Chadwick et al., 2019; Klein e Conley, 2022). Senza voler rinforzare in alcun modo l'imperativo orgasmico né suggerire che l'orgasmo dovrebbe avere la stessa rilevanza per tutte le persone, è interessante riflettere sulle differenze individuali in merito e ipotizzare i motivi per cui l'orgasmo può essere considerato non importante.

Alcune autrici si sono chieste quanto sia possibile discernere la rilevanza che le donne cis attribuiscono all'orgasmo dal contesto socioculturale che influenza la sessualità

(Willis et al., 2018). Infatti, è stato proposto che gli imperativi coitale e dell'orgasmo maschile, descritti da Opperman et al. (2014), abbiano un'influenza su come l'importanza dell'esperienza orgasmica è concettualizzata (Mahar et al., 2020). Questa ipotesi è supportata dalle evidenze che sia gli uomini cisgender (McClelland, 2011) sia le donne cis lesbiche (Goldey et al., 2016; Willis et al., 2018) sono più propensi a includere l'orgasmo come indicatore del piacere sessuale esperito in coppia. Questi risultati potrebbero suggerire che coloro che sono influenzati negativamente dagli imperativi fallocentrici in misura minore considerano il proprio orgasmo come più importante (Mahar et al., 2020). Inoltre, è da tenere presente che una bassa frequenza di orgasmo predice diminuzioni del desiderio dell'orgasmo e sulla sua aspettativa, i quali sono stati ritenuti una svalutazione dell'esperienza (Wetzel et al., 2022). Il tasso di orgasmo delle donne cisgender è influenzato in parte dai fattori socioculturali (Mahar et al., 2020), che quindi ipoteticamente potrebbero avere un ruolo nell'importanza attribuita all'orgasmo. Infine, McClelland (2010) ha suggerito di analizzare la svalutazione dell'orgasmo, che potrebbe essere una forma di rassicurazione per affrontare la disuguaglianza: a fronte del costo psicologico di desiderare qualcosa di improbabile, è possibile che vengano prese le distanze proprio da ciò che si vuole (Leary, 2005). Quindi, è difficile determinare come le persone con vulva valuterebbero la rilevanza dell'orgasmo, se la società fosse priva di imperativi fallocentrici (Willis et al., 2018).

Il tema dell'importanza attribuita all'orgasmo è connesso all'esperienza di chi ha difficoltà orgasmiche. È emerso che circa la metà delle persone con vulva che ha una risposta orgasmica inibita o assente prova disagio o fastidio per la condizione (Hevesi et al., 2019). Questo risultato è da analizzare considerando che l'assenza della risposta orgasmica spesso viene medicalizzata e patologizzata, in quanto considerata disfunzionale e anormale. Parallelamente, vige il concetto di imperativo orgasmico,

nonostante non tutte le persone esperiscano l'orgasmo (Opperman et al., 2014). Spesso questo è descritto come l'obiettivo principale dell'attività sessuale ed è considerato centrale per la salute e la soddisfazione sessuali (Puppo, 2011). Addirittura, alcune persone con vulva sentono pressioni dal partner a raggiungere l'orgasmo e sono preoccupate per il possibile impatto negativo del non averlo sul compagno (Chadwick e van Anders, 2017). Sostenere l'importanza dell'orgasmo può avere risvolti critici, tra cui influire negativamente su come l'assenza e la difficoltà dell'orgasmo vengono vissute dalle persone.

L'esperienza non orgasmica è molto rilevante anche per l'aspetto diagnostico. Infatti, nel DSM-5-TR uno dei criteri fondamentali per il Disturbo dell'Orgasmo è il disagio clinicamente significativo per la difficoltà (American Psychiatric Association, 2022). Tuttavia, questo parametro è stato criticato, considerando quanto le norme culturali sostengono e privilegiano l'orgasmo come una fonte di salute psicofisica (Bancroft et al., 2003). Alla luce di ciò e dell'imperativo orgasmico, la presenza di disagio come indicatore diagnostico delle difficoltà orgasmiche può essere ritenuta controversa.

Tenendo in considerazione le esperienze differenti in merito all'orgasmo, è interessante riprendere il Modello di Libertà Sessuale, proposto da Fahs (2014). Secondo questa teoria, la libertà sessuale comprende sia quella positiva, ossia di esplorare la propria sessualità, sia negativa, definita "libertà da". Quest'ultima riguarda il rifiuto di aderire a una norma o la scelta di non attribuirle un valore elevato, ad esempio il non voler provare un orgasmo (Fahs, 2014). Alla luce delle differenze orgasmiche e della complessità del contesto culturale, emerge la necessità di delineare in che modo le persone con vulva creano un senso di libertà dalle aspettative di esperire orgasmi.

Per indagare questo aspetto, Bell e McClelland (2017) si sono focalizzati su come giovani donne cisgender che esperiscono l'assenza dell'orgasmo la percepiscono, la descrivono e le attribuiscono senso. Le partecipanti allo studio erano 17, di età compresa tra i 18 e i 28 anni, che avevano svolto attività sessuali con uomini cis. È stato somministrato loro un questionario sulla relazione sessuale in corso, se presente, e la frequenza di orgasmo con partner. In seguito, sono state eseguite interviste semi-strutturate riguardo alle esperienze sessuali e a come definivano la soddisfazione sessuale. Quindi, le interviste sono state analizzate, individuandone i temi principali, sulla base dei quali gli estratti sono stati raggruppati per affinità tematica. L'analisi dei dati è stata eseguita con un approccio di tipo realistico critico, ossia partendo dalle esperienze soggettive e poi mettendole in relazione al contesto culturale.

Dai risultati è emerso che le donne cis avevano un'incidenza media dell'orgasmo con partner di "circa la metà delle volte" ($M = 3.60$). Gli estratti riguardanti l'assenza dell'orgasmo provenivano da tutte le partecipanti, dimostrando che è un'esperienza vissuta nell'arco di tutto lo spettro di frequenza. Sono stati individuati tre temi: "Qual è il problema?", "È solo biologia", "Non ora, ma un giorno". Il primo è emerso in due modi correlati: alcune donne cis hanno appunto attribuito poca importanza all'orgasmo, altre hanno manifestato preoccupazioni per il fatto che la propria esperienza fosse normale, mentre altre ancora hanno riportato entrambi gli aspetti. Il secondo tema riguarda l'attribuzione interna dell'assenza dell'orgasmo, in particolare all'inabilità del corpo: la capacità orgasmica sarebbe qualcosa che una persona ha o non ha naturalmente. Ad esempio, alcune partecipanti hanno riferito che "le donne non hanno gli stessi bisogni naturali legati all'orgasmo" e "gli uomini raggiungono più orgasmi perché hanno più testosterone". L'ultimo aspetto individuato consiste nell'immaginare di diventare

orgasmiche prima o poi nel futuro, ad esempio perché il proprio corpo matura o si diventa più a proprio agio con questo durante il sesso.

Secondo l'interpretazione di Bell e McClelland (2017), le spiegazioni descritte permettevano alle partecipanti di ridurre i sentimenti di anormalità per il fatto di non avere orgasmi con partner e di distanziarsi dalle aspettative sessuali, riducendo quindi la pressione a conformarsi a queste norme, almeno temporaneamente. Le donne cis usavano anche strategie multiple, a volte contraddittorie, ad esempio sminuivano l'importanza dell'orgasmo e allo stesso tempo desideravano averlo un giorno. Questa ambivalenza nei confronti dell'imperativo orgasmico, a volte utilizzato per comprendere la propria esperienza, altre rifiutato, dimostra la complessità del processo di sentire una libertà da questo. Considerando la centralità spesso assegnata all'orgasmo, le giovani donne cis che hanno difficoltà ad averlo affrontano la discrepanza tra la propria esperienza e le norme culturali. Quindi, è importante creare un equilibrio tra le rivendicazioni in merito all'uguaglianza di genere dell'orgasmo con il riconoscimento dell'importanza di come la propria sessualità e il proprio piacere sono definiti soggettivamente. Le persone hanno il diritto di aspettarsi e sperimentare l'orgasmo, se lo desiderano e in assenza di pressioni sociali.

Sempre in merito al modo in cui le persone spiegano le proprie difficoltà orgasmiche, raramente è stato considerato il contesto della masturbazione (Hevesi et al., 2019). Sono stati identificati alcuni possibili fattori responsabili delle difficoltà: *arousal* insufficiente, mancanza di tempo, stress e ansia generali (Rowland et al., 2018). Un altro aspetto indagato in misura minore riguarda la possibile connessione tra le difficoltà a raggiungere l'orgasmo e il piacere provato quando l'orgasmo viene esperito. Secondo Rowland et al. (2019), il piacere dell'orgasmo può essere influenzato negativamente dalla difficoltà a raggiungerlo. È necessaria ulteriore ricerca riguardo alle relazioni tra le ragioni

percepito delle difficoltà, il disagio per queste e il piacere orgasmico, in quanto hanno un effetto sul funzionamento relazionale, le soddisfazioni sessuale e relazionale (Goldey et al., 2016).

Per colmare questa mancanza, Hevesi et al. (2019) hanno analizzato le attribuzioni delle donne cisgender per le proprie difficoltà orgasmiche durante l'attività sessuale con partner, di cui purtroppo non viene considerato il genere nelle analisi. Inoltre, le cause percepite, il disagio per la condizione, la soddisfazione relazionale e la difficoltà a raggiungere l'orgasmo durante la masturbazione sono state ipotizzate come predittori del piacere orgasmico durante il rapporto di coppia. Innanzitutto, sono state individuate le partecipanti che solitamente avevano difficoltà a raggiungere l'orgasmo durante l'attività sessuale di coppia (44% del campione iniziale). A queste 814 persone è stato somministrato un questionario su vari aspetti, tra cui la soddisfazione per la relazione nel complesso e sessuale e, in relazione all'ultimo anno e/o alla relazione sessuale attuale o più recente, la risposta sessuale, il disagio per la difficoltà orgasmica, il piacere dell'orgasmo, sia con partner sia durante la masturbazione. Infine, sono state proposte 18 possibili cause per le difficoltà, ad esempio "Non riesco a prestare la massima attenzione all'attività sessuale", ed è stato chiesto loro di indicare tutte quelle valide per sé e quella considerata più importante. In seguito, sono state delineate le distribuzioni di frequenza per i 18 fattori e per gli 8, tra questi, identificati come i più rilevanti. Infine, sono stati eseguiti un confronto tra i gruppi con e senza disagio per la condizione e le analisi statistiche.

Considerando le risposte multiple alle 18 attribuzioni proposte, è emerso che quelle più comuni erano l'impossibilità di prestare piena attenzione all'attività sessuale (45%), l'eccitazione insufficiente (43%), stress e ansia generali (37%), la mancanza di tempo o di privacy (32%) e il disagio per l'aspetto fisico (29%). Queste cinque ragioni sono risultate le

stesse che le partecipanti hanno riferito anche come le ragioni più importanti. Invece, tra le 8 ragioni identificate dall'autore come quelle principali, le più frequenti erano le seguenti, in ordine decrescente: stress e ansia generali (inclusa la scarsa attenzione verso l'attività sessuale), eccitazione insufficiente, ansia specifica per il sesso (che comprendeva il disagio per l'aspetto fisico) e problemi con il partner. Inoltre, rispetto all'altro gruppo, le partecipanti con disagio per la condizione (il 64%) hanno riportato significativamente più problemi con il partner. In merito al piacere orgasmico, le donne cis con maggiori difficoltà ad avere orgasmi hanno riferito minor piacere quando raggiungevano l'orgasmo, con l'effetto maggiore per quelle che hanno attribuito la condizione alla mancanza di interesse o inibizione, all'esperienza insufficiente o ai problemi con il partner. Infine, è interessante notare che anche una maggiore difficoltà orgasmica durante la masturbazione e una minore soddisfazione relazionale sono risultate correlate negativamente al piacere orgasmico.

In merito ai risultati emersi, innanzitutto Hevesi et al. (2019) hanno sottolineato che le attribuzioni riferite più frequentemente per le difficoltà orgasmiche non sono necessariamente quelle con il maggiore impatto sul piacere dell'orgasmo. Inoltre, la soddisfazione relazionale e i problemi con il partner sessuale sembrano avere un ruolo nel piacere. Infine, è emerso che le difficoltà a raggiungere l'orgasmo durante sia la masturbazione sia l'attività sessuale di coppia interferiscono con il piacere orgasmico. Questi risultati hanno dimostrato l'importanza di considerare quanto l'esperienza dell'orgasmo sia vissuta positivamente, non solo se la risposta orgasmica si verifici o meno.

Concludendo, sono emerse evidenze che le difficoltà ad avere orgasmi possono rendere meno piacevole l'esperienza orgasmica, quando questa si verifica (Hevesi et al., 2019). Inoltre, le attribuzioni delle persone con vulva in merito alle proprie difficoltà sono

molteplici e, insieme al disagio percepito o meno per la condizione, si manifestano in una realtà molto complessa. L'imperativo orgasmico maschile, ma anche quello dell'orgasmo in generale, hanno un impatto sulla sessualità (Opperman et al., 2014). Infatti, frequentemente la difficoltà orgasmica è considerata disfunzionale, anche alla luce del disagio percepito per la condizione, il quale tuttavia potrebbe essere influenzato in parte dall'imperativo dell'orgasmo. Tuttavia, nella realtà le persone con vulva hanno esperienze di orgasmo e non orgasmo molto varie, a cui attribuiscono significati e un'importanza differenti (Graham, 2010). La complessità consiste nel riconoscere il vissuto soggettivo delle persone e, allo stesso tempo, tentare di comprenderlo rispettosamente alla luce del contesto socioculturale.

Conclusione

Esistono molteplici esperienze orgasmiche che variano tra le diverse manifestazioni e le difficoltà che possono emergere. L'orgasmo può essere desiderato, ricercato, associato al piacere, alla soddisfazione sessuale o a disagio psicofisico (Redelman, 2017; Piemonte et al., 2019). È anche emerso che le difficoltà orgasmiche non sono necessariamente vissute in modo negativo (Hevesi et al., 2019) e vi sono differenze in merito all'importanza attribuita alle esperienze dell'orgasmo. Inoltre, sono risultate correlate a fattori biologici, psicologici e sociali. L'esistenza del divario di genere nella frequenza orgasmica esclusivamente in determinati contesti dimostra il ruolo degli aspetti socioculturali, come gli imperativi coitale e dell'orgasmo maschile (Opperman et al., 2014). Considerando la variabilità e la multidimensionalità, è fondamentale comprendere ulteriormente le esperienze orgasmiche, approfondendo ciò che può ostacolarle.

Capitolo 2 Il presente studio

L'orgasmo è un fenomeno biopsicosociale che è stato descritto come un picco di intensità dell'eccitazione, seguito da un rilascio e da una risoluzione (Whipple e Graziottin, 2006). Invece, Meston et al. (2004) hanno proposto la seguente definizione: “una sensazione di picco variabile e transitorio di piacere intenso, che crea uno stato di coscienza alterato, generalmente accompagnato da contrazioni involontarie e ritmiche della muscolatura circumvaginale striata pelvica, spesso con concomitanti contrazioni uterine e anali e miotonia, che risolve la vasocongestione indotta sessualmente, a volte solo in parte, solitamente con un'induzione di benessere e appagamento”. Tuttavia, alcune persone con vulva riferiscono di non sentire piacere e/o provare disagio fisico e psicologico, durante o dopo l'orgasmo (Redelman, 2017). Inoltre, è possibile sperimentare l'orgasmo con differenti stimolazioni, frequenze, durate e intensità (Komisaruk e Whipple, 2011; Lehmiller, 2014). Infatti, esiste una notevole variabilità in come questo fenomeno viene vissuto, sia all'interno dello stesso individuo sia a livello interindividuale.

Una tra le molteplici esperienze orgasmiche esistenti è la difficoltà dell'orgasmo. Per descriverla, è utile riportare le caratteristiche del Disturbo dell'Orgasmo indicate nel DSM-5-TR: “marcato ritardo o infrequenza oppure assenza di orgasmo” e “intensità delle sensazioni orgasmiche marcatamente ridotta” (American Psychiatric Association, 2022). La presenza di alcuni criteri, descritti in modo approfondito nel capitolo 1, è fondamentale perché una condizione possa essere considerata un Disturbo dell'Orgasmo. L'assenza di orgasmi è anche denominata “Anorgasmia”, mentre Zorzon et al. (1999) hanno definito “Iporgasmia” le seguenti condizioni: riduzione delle sensazioni orgasmiche, difficoltà nel raggiungere l'orgasmo e/o perdita della capacità di esperirlo. La difficoltà che riguarda la fase dell'orgasmo è frequente: circa un quarto della popolazione con vulva la riferisce (Meston et al., 2004). La prevalenza è stimata tra il 10% e il 40%, a seconda di vari

aspetti, tra cui la risposta orgasmica, che può essere inibita o assente, la tipologia di relazione sessuale, ossia stabile oppure occasionale (Khajehei et al., 2015).

La prospettiva dei sistemi diagnostici è descritta in quanto frequentemente adottata nell'ambito di ricerca e clinico, tuttavia non è esente da critiche. Innanzitutto, la classificazione delle difficoltà sessuali tende a ridurre la complessità e la variabilità dell'esperienza in categorie fisse e rigide. La medicalizzazione consiste nell'interpretare e gestire determinate condizioni attraverso un approccio medico. Questo fenomeno comporta una diagnosi e successivi interventi e trattamenti. Infine, la patologizzazione si riflette nell'utilizzo di una terminologia connotata negativamente, come disturbo, disfunzione, funzionamento anormale. Da questi processi può conseguire una stigmatizzazione delle persone che non raggiungono l'orgasmo, lo hanno con minore frequenza, velocità o intensità di altri individui e, in generale, la cui esperienza non è in linea con le aspettative normative, con un probabile impatto sul benessere psicosociale. In quest'ottica, può emergere il rischio di trascurare l'importanza delle differenze individuali, del vissuto soggettivo e dei fattori psicosociali e culturali implicati. Poiché è stato dimostrato che la risposta orgasmica è estremamente variabile tra le persone con vulva, risulta rilevante evitare di medicalizzare e patologizzare le diverse forme dell'esperienza (Mahar et al., 2020).

Al contrario, la risposta orgasmica può essere considerata lungo un continuum, in cui è difficile definire il punto in cui inizia a manifestarsi una difficoltà (Rowland e Kolba, 2016). Con il presente lavoro non si desidera rinforzare una prospettiva normativa né patologizzante della sessualità. Inoltre, non è stato scelto un campione di persone con diagnosi di Disturbo dell'Orgasmo né sono stati definiti criteri per selezionare partecipanti con una determinata difficoltà. Sono state prese in considerazione le esperienze di tutte le

persone che, nel corso dello studio, hanno riportato difficoltà orgasmiche, adottando un approccio più ampio di indagine sui fattori responsabili.

Risulta complesso determinare ciò che ostacola l'esperienza dell'orgasmo. La possibilità di sperimentarlo richiede il funzionamento di processi biologici, il che tuttavia non garantisce che si verifichi (Redelman, 2017). Infatti, gli aspetti contestuali, sociali e psicologici, come la tipologia di pratiche sessuali messe in atto e la durata dell'attività sessuale, hanno un ruolo fondamentale nell'esperienza orgasmica. Numerosi autori hanno cercato di comprendere i fattori coinvolti in queste difficoltà. Di seguito sono riportati alcuni risultati della letteratura esistente in merito, le metodologie utilizzate e le limitazioni che sono state individuate. Sulla base di ciò, successivamente sono presentate le domande della presente ricerca.

2.1 Risultati precedenti

Come descritto nel capitolo precedente, oltre all'individuazione di alcune cause biologiche (IsHak et al., 2010), numerose ricerche hanno indagato i fattori psicosociali e culturali associati alle esperienze orgasmiche, soprattutto attraverso il confronto tra partecipanti con difficoltà e gruppi di controllo. Per esempio, è emerso il ruolo dei pensieri automatici negativi (Cuntim e Nobre, 2011), delle immagini corporea e genitale negative (Ackard et al., 2000; Berman et al., 2003). Inoltre, è stata sottolineata la rilevanza dello *spectatoring* (Masters e Johnson, 1979; Barlow, 1986), della distrazione cognitiva basata sulle preoccupazioni per la propria prestazione e l'aspetto fisico (Dove e Wiederman, 2000) e della propensione all'inibizione sessuale, in particolare connessa all'ansia di non avere una risposta sessuale adeguata (Moura et al., 2020). Tuttavia, i risultati correlativi

non permettono di esprimersi in termini di relazione causale tra i fattori descritti e le difficoltà orgasmiche.

Un altro filone di ricerca si è concentrato sull'identificazione dei motivi delle difficoltà orgasmiche, chiedendo direttamente all3 partecipanti di identificarli. Alcuni autor3 (Loos et al., 1987; Rowland et al., 2017) hanno dimostrato che le persone con vulva con alta frequenza di orgasmo sono più propense ad attribuire il suo raggiungimento a cause interne stabili, per esempio le proprie capacità, mentre la sua assenza a quelle esterne instabili, come fattori situazionali. Al contrario, chi non ha orgasmi regolarmente ha una tendenza maggiore a incolpare se stessa per questo e a non ritenersi responsabile quando invece si verificano. Oltre alle differenze di stili attributivi, è necessario approfondire le cause specifiche percepite.

Hevesi et al. (2019) hanno individuato le più comuni ragioni indicate dalle donne cisgender per le proprie difficoltà orgasmiche in presenza dell3 partner: l'eccitazione insufficiente (43%), stress e ansia generali (37%), la mancanza di tempo o privacy (32%), l'impossibilità di prestare piena attenzione all'attività sessuale (45%) e il disagio per l'aspetto fisico (29%). Queste attribuzioni erano anche quelle considerate più importanti dall3 partecipanti. La ricerca è di supporto a quella di Rowland et al. (2018), secondo cui i fattori responsabili delle difficoltà orgasmiche sono stress e ansia generali, la mancanza di tempo e l'*arousal* insufficiente. È da notare che i risultati della ricerca di Hevesi et al. (2019) fanno riferimento all'anno corrente e/o alla relazione sessuale attuale o più recente. Recentemente, in merito alle cause dell'assenza orgasmica durante gli incontri eterosessuali, le donne cisgender hanno riportato più frequentemente l'insufficienza di tempo, la fine dell'attività sessuale in seguito all'orgasmo del partner e la mancanza o la difficoltà di stimolazione sessuale (Jones e Eddy, 2024).

È interessante descrivere altri risultati in merito alla stimolazione, che, quando è inadeguata per una determinata persona, ostacola il raggiungimento dell'orgasmo (IsHak, 2008). Secondo Kelly et al. (1990), chi ha difficoltà orgasmiche riporta meno la stimolazione diretta della parte esterna della clitoride. Il 95% dell3 partecipanti di una ricerca ha riferito che è la clitoride esterna che permette loro di avere esperienza dell'orgasmo regolarmente (Hite, 1976). È anche emerso che il 34% di un campione ha indicato la stimolazione di questa zona come il modo più affidabile per raggiungerlo, mentre il 4% quella vaginale (Mintz, 2017). Quindi, la parte esterna della clitoride ha un ruolo rilevante nel raggiungimento dell'orgasmo per la maggior parte delle persone con vulva (Brewer et al., 2011; Mahar et al., 2020).

2.2 Domande di ricerca

Considerando che i risultati riguardanti le attribuzioni sono retrospettivi e che mancano informazioni in merito alla causalità, è rilevante approfondire ulteriormente il tema dei fattori che ostacolano l'orgasmo. È stato scelto di prendere in considerazione l'interpretazione delle persone stess3, riconoscendo il valore del vissuto soggettivo dell'esperienza. Inoltre, si ritiene importante utilizzare una metodologia self-report quotidiana, al fine di ottenere dati più affidabili, rispetto a quelli riguardanti un arco di tempo ampio o non definito con precisione (Hevesi et al., 2019). In altri termini, è stato deciso di registrare le esperienze subito dopo che si verificano, minimizzando così il rischio di distorsioni della memoria. Quindi, con il presente lavoro si desidera esaminare le attribuzioni delle persone con vulva in merito alle proprie difficoltà orgasmiche, durante l'attività sessuale con partner. In particolare, ci si pone i seguenti obiettivi:

1) Analizzare con quale frequenza i3 partecipanti ritengono che i seguenti fattori hanno un ruolo di interferenza nel raggiungimento dell'orgasmo, nel contesto dell'attività sessuale di coppia: pensieri negativi sul proprio corpo, pensieri su altro, focalizzazione sull'e partner, stimolazione genitale non adeguata, ansia di non raggiungere l'orgasmo, stanchezza e/o altri aspetti da loro riportati. È stata fornita anche la possibilità di indicare di non sapere cosa ostacola l'orgasmo, nonché quella di selezionare più di una risposta.

2) Indagare se e quanto effettivamente ciascun fattore riportato dalla partecipanti ha un effetto sul verificarsi dell'orgasmo, durante l'attività sessuale con partner. In altri termini, valutare quali aspetti interferenti hanno un ruolo predittivo maggiore nei confronti dell'esperienza orgasmica.

Sulla base della letteratura riportata (Jones e Eddy, 2024; Kelly et al., 1990; Brewer et al., 2011; Mahar et al., 2020), in primo luogo, si ipotizza che la stimolazione genitale non adeguata, in particolare della parte esterna della clitoride, sia un fondamentale fattore ostacolante dell'orgasmo. Alla luce dei risultati precedenti (Hevesi et al., 2019; Cuntim e Nobre, 2011, Dove e Wiederman, 2000; Barlow, 1986), ci si aspetta anche che la distrazione cognitiva abbia un ruolo interferente, riducendo l'attenzione sull'esperienza e le sensazioni piacevoli: in particolare, la focalizzazione cognitiva sull'e partner, i pensieri negativi sul proprio corpo e altri pensieri potrebbero risultare rilevanti.

Capitolo 3 Metodi

3.1 Reclutamento e campione

Il presente lavoro ha avuto origine da una ricerca più ampia sulla Sessualità e sul Ciclo Mestruale, presso l'Università degli Studi di Padova. Il Comitato Etico della Ricerca Psicologica ha approvato lo studio e tutti i partecipanti hanno firmato il consenso informato. La partecipazione era anonima, volontaria, non prevedeva un compenso e venivano consegnati alcuni gadget come segno di ringraziamento.

Il processo di reclutamento è stato effettuato sia in presenza, sia online. La ricerca è stata presentata durante alcune lezioni dell'Università degli Studi di Padova, previo consenso dei professori dei corsi di laurea. È stata sottolineata l'importanza di ottenere un campione il più possibile eterogeneo, includendo varie tipologie di esperienze, ad esempio l'utilizzo di contraccettivi ormonali o meno. I principali criteri di inclusione erano i seguenti: comprensione della lingua italiana, avere le mestruazioni e un ciclo mestruale ormonale più o meno regolare. Lo studio era rivolto a persone con o senza vita sessuale attiva, difficoltà sessuali o meno, qualsiasi identità di genere, orientamento sessuale e tipologia di relazione. Invece, i criteri di esclusione erano condizioni di amenorrea primaria o secondaria, ciclo mestruale estremamente irregolare e poca padronanza della lingua italiana. Sono stati esplicitati il livello di impegno richiesto e la natura molto personale delle domande dei questionari utilizzati. Infine, durante la presentazione, è stata evidenziata la rilevanza dell'anonimato, insieme al contributo che lo studio avrebbe potuto apportare alla conoscenza scientifica sulla sessualità e sull'esperienza mestruale, con l'intento di stimolare la motivazione a partecipare. Al termine della presentazione in aula, è stato fornito un *QR code* che permetteva di accedere a un modulo, attraverso cui era possibile indicare nome, cognome, indirizzo e-mail e recapito telefonico. Oltre al reclutamento in

presenza, per favorire il coinvolgimento di un maggior numero di persone, è stato condiviso un link a un modulo su alcuni gruppi WhatsApp universitari e ai contatti della ricercatrice. Chi ha ricevuto il link dello studio via messaggio poteva lasciare i propri contatti compilando il modulo.

Il campione di riferimento era composto da 368 persone. L'età variava dai 19 ai 39 anni ($M = 22.30$; $SD = 2.21$). 362 (98%) partecipanti hanno dichiarato di identificarsi con il genere femminile e 6 (2%) come non binari. Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, è emersa una certa varietà: 233 persone (63%) si sono definite eterosessuali, 61 (17%) bisessuali, 37 (10%) bicuriose, 14 (4%) pansessuali, 8 (2%) omosessuali, 5 (1%) fluide, 3 asessuali (0,8%), mentre 6 (2%) hanno selezionato l'opzione "Altro".

3.2 La procedura

È stato inviato un messaggio alle persone interessate a partecipare per essere contattate dalla ricercatrice telefonicamente. Durante questa chiamata, venivano fornite ulteriori informazioni riguardo allo studio e all'impegno richiesto: recarsi una volta presso uno dei laboratori del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, per compilare un questionario online, di circa 30 minuti. Oltre al primo questionario in presenza, la partecipazione richiedeva anche la compilazione di un questionario online, della durata di circa 3 minuti, per due cicli mestruali ormonali. Dopo la conferma della volontà a partecipare, l'incontro in laboratorio è stato fissato all'incirca tra i dieci giorni prima fino al giorno stesso dell'inizio delle prossime mestruazioni.

Il giorno prima dell'appuntamento, è stato inviato un messaggio di promemoria, con le indicazioni sul luogo e l'orario dell'incontro con la ricercatrice, che avrebbe

accompagnato la partecipante in laboratorio. Qui, veniva spiegato il modulo di consenso informato, in particolare ribadendo gli obiettivi e le fasi dello studio, l'impegno nel garantire la riservatezza dei dati raccolti, nonché la possibilità di interrompere la partecipazione alla ricerca in qualsiasi momento, senza necessità di fornire alcuna spiegazione. Inoltre, è stata ribadita la natura personale delle domande che sarebbero state poste, fornendo alcuni esempi di item. Dopo la firma del consenso, è stata specificata la distinzione tra rapporto sessuale e penetrazione, dato che i due concetti non coincidono e sarebbero stati indagati separatamente all'interno del questionario. A questo punto, la partecipante veniva lasciata sola per completare il questionario in totale privacy, mentre la ricercatrice restava disponibile fuori dalla stanza per eventuali domande o chiarimenti. Una volta completato il questionario, la partecipante richiama la sperimentatrice, che verificava che la compilazione fosse stata effettuata regolarmente e senza problemi.

A questo punto, veniva spiegato dettagliatamente come compilare il questionario online giornaliero e veniva fornito il *QR code* e la password alfanumerica personale per accedervi. Tutte le domande si riferivano alle ultime 24 ore. L'impegno richiesto prevedeva la compilazione del questionario tutti i giorni per due cicli mestruali completi, iniziando il primo giorno di mestruazioni e terminando il primo giorno del terzo ciclo. Tuttavia, nel caso in cui la partecipante non fosse riuscita a compilarlo per il giorno stesso, veniva lasciata la possibilità di farlo sia per il giorno precedente che per quello attuale. Pertanto, all'inizio del questionario veniva chiesto se si stava compilando per ieri o oggi. Infine, in modo da aumentare l'aderenza alla partecipazione, le ricercatrici controllavano ogni giorno se le risposte erano state fornite. La partecipante veniva avvertita fin da subito che dopo circa tre giorni di mancata compilazione avrebbe ricevuto una e-mail come promemoria. Infine, è stato deciso di inviare alcune e-mail di ringraziamento in cinque momenti differenti: il primo giorno di compilazione, dopo 15 giorni dall'inizio, dopo un mese, dopo un mese e

mezzo e alla fine. Infine, la partecipante veniva ringraziata per il suo contributo e le venivano consegnati alcuni gadget come segno di apprezzamento per la partecipazione allo studio.

3.3 Le misure

La ricerca da cui ha preso avvio il presente studio è più ampia e indaga numerose variabili. Sono stati somministrati due questionari online sulla piattaforma *Qualtrics Survey Software*, attraverso l'utilizzo di un codice alfanumerico di accesso. In entrambi i questionari, nonché nel presente lavoro, è stato scelto di utilizzare un linguaggio inclusivo, attraverso la schwa (ə/ɜ), nella consapevolezza che non tutte le persone di sesso biologico femminile si identificano in tale genere.

Il questionario generale è stato compilato dall'3 partecipanti in laboratorio per circa 30 minuti. Era composto da *Personal Sexuality Inventory* (informazioni demografiche, ciclo mestruale e contraccezione, salute genitale, immagine corporea, attitudini sessuali), *Female Sexual Function Index (FSFI)* (masturbazione, desiderio sessuale, rapporti sessuali, soddisfazione, penetrazione), *Personal Sexuality Inventory* (partner, uso di materiale pornografico, esperienze negative, feedback). Invece, il secondo questionario, della durata di circa 3 minuti, è stato compilato ogni giorno per due cicli mestruali ormonali, a partire dal primo giorno di mestruazioni fino al primo giorno del terzo ciclo. Le domande facevano riferimento alle ultime 24 ore e riguardavano aspetti psicologici, fisici e di sessualità.

Per il presente lavoro, sono stati analizzati alcuni item solo del questionario breve quotidiano, quindi senza considerare le risposte a quello compilato in laboratorio. Le misure descritte di seguito sono soltanto quelle utilizzate per le analisi attuali.

Rapporti sessuali. Al fine di indagare l'attività sessuale con partner, è stata somministrata la seguente domanda: "Nelle ultime 24 ore hai avuto rapporti sessuali?", con 3 possibili risposte: "No", "Sì, una volta" e "Sì, più volte". Su un totale di 15417 risposte, 13302 (86%) erano "No", 1563 (10%) "Sì, una volta" e 552 (4%) "Sì, più volte".

Orgasmi. Per esaminare l'esperienza dell'orgasmo in riferimento all'attività sessuale con partner, è stata posta la seguente domanda: "Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?". Le opzioni di risposta erano: "No", "Sì, uno" e "Sì, più di uno". Su un totale di 2114 risposte, 799 (38%) erano "No", 909 (43%) "Sì, uno", 406 (19%) "Sì, più di uno".

Fattori interferenti dell'orgasmo. Al fine di analizzare ciò che ostacolasse l'orgasmo, durante l'attività sessuale con partner, è stato chiesto: "Nelle ultime 24 ore cosa pensi abbia interferito con il raggiungimento dell'orgasmo? (puoi selezionare più opzioni)". Le possibili risposte erano le seguenti: "Non so", "Ansia di non raggiungere l'orgasmo", "Pensieri negativi sul mio corpo", "Ero focalizzata a cercare di capire cosa stesse pensando/sentendo la partner", "Stavo pensando ad altre cose (es. problemi personali)", "Stimolazione genitale non adeguata", "Stanchezza" e "Altro". L'opzione "Altro" consisteva in uno spazio in cui scrivere una risposta diversa. Le risposte totali erano 1281. Nel capitolo seguente saranno approfondite le frequenze di risposta.

Le risposte "Altro" simili tematicamente sono state raggruppate in cinque categorie principali. Si è utilizzato *ChatGPT* come supporto per il raggruppamento. Innanzitutto, è stato chiesto a *ChatGPT* di categorizzare i fattori sulla base dell'affinità tematica: "Raggruppa i fattori simili tra loro in categorie tematiche". In seguito, è stata eseguita la stessa richiesta, specificando la necessità di individuare il minor numero di categorie possibili, in modo da facilitare le successive analisi dei dati. In ultima istanza, sono stati

effettuati più tentativi, chiedendo di raggruppare i fattori in 4, 5, 6 e poi 7 categorie, per esempio: “Raggruppa i fattori simili tra loro in quattro categorie tematiche”, “Raggruppa i fattori simili tra loro in cinque categorie tematiche”. Dopo un’analisi di tutte le indicazioni fornite da *ChatGPT* in merito, la decisione finale sul numero di categorie e sull’assegnazione dei fattori ai gruppi è stata presa dall’autrice, basandosi sulla distinzione tra le categorie e sulla coerenza tra i fattori inclusi in ciascun gruppo, in termini tematici.

Capitolo 4 Risultati

4.1 Analisi dei dati

L'obiettivo delle analisi dei dati consiste nell'approfondire le difficoltà nell'esperienza dell'orgasmo. In particolare, sono stati indagati i fattori interferenti e la loro relazione con il raggiungimento dell'orgasmo. Sono state analizzate le risposte fornite quotidianamente da ogni partecipante per circa due mesi. È da precisare che sono stati presi in considerazione esclusivamente i dati di chi ha avuto rapporti sessuali con partner nelle precedenti 24 ore. Infatti, alle restanti partecipanti non sono state poste le domande sull'orgasmo né su ciò che lo ha ostacolato. Invece, era possibile indicare i fattori interferenti dell'orgasmo anche per le persone che ne hanno avuto uno o più nelle precedenti 24 ore.

Innanzitutto, sempre in riferimento all'attività sessuale con partner, è stata indagata la frequenza di risposta alla seguente domanda: "Nelle ultime 24 ore cosa pensi abbia interferito con il raggiungimento dell'orgasmo? (puoi selezionare più opzioni)". Sono state effettuate Distribuzioni di Frequenza sia per le risposte proposte come opzioni ('Ansia di non raggiungere l'orgasmo', 'Pensieri negativi sul mio corpo', 'Ero focalizzata a cercare di capire cosa stesse pensando/sentendo la partner', 'Stavo pensando ad altre cose (es. problemi personali)', 'Stimolazione genitale non adeguata', 'Stanchezza', 'Non so', 'Altro') (Tabella 4.1), sia per quelle indicate liberamente dalle partecipanti, come 'Altro' (Tabelle 4.2 e 4.3). Come descritto in seguito nel capitolo, per facilitare le successive analisi, le risposte 'Altro' sono state esaminate attentamente e raggruppate in cinque categorie, sulla base dell'affinità in termini tematici.

Al fine di stimare i possibili effetti dei fattori interferenti sull'esperienza dell'orgasmo, sono stati utilizzati i Modelli Misti. Gli effetti di ogni fattore sono stati controllati statisticamente per tutte le altre variabili. La partecipante è considerata un fattore casuale

con intercette che possono variare a livello individuale, mentre altre variabili sono trattate come predittori fissi. Nei primi due modelli i predittori fissi erano le risposte fornite come opzioni all'interno del questionario (Tabelle 4.4 e 4.5), mentre il terzo modello includeva anche le risposte indicate dall3 partecipanti in 'Altro', raggruppate nelle cinque categorie (Tabella 4.6). Inoltre, in merito all'attività sessuale con partner, il raggiungimento dell'orgasmo è stato valutato esaminando le risposte alla seguente domanda: "Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?".

4.1 Distribuzioni di Frequenza

Nella Tabella 4.1 sono presentate le frequenze delle diverse risposte, con le relative percentuali, alla seguente domanda: "Nelle ultime 24 ore cosa pensi abbia interferito con il raggiungimento dell'orgasmo?". È da precisare che si faceva riferimento all'esperienza orgasmica nell'ambito dell'attività sessuale con partner ed era possibile selezionare più opzioni di risposta. Il fattore interferente indicato in misura maggiore è stato la 'Stimolazione genitale non adeguata' (15%), seguito da 'Stanchezza' (8%), 'Non so' (8%), 'Ero focalizzata a cercare di capire cosa stesse pensando/sentendo la partner' (7%), 'Altro' (7%), 'Stavo pensando ad altre cose (es. problemi personali)' (7%), 'Ansia di non raggiungere l'orgasmo' (6%), e, infine, 'Pensieri negativi sul mio corpo' (3%).

Tabella 4.1. Frequenze dei fattori interferenti dell'orgasmo, su un totale di 2114 rapporti sessuali.

Fattori interferenti dell'orgasmo	N	%
--	----------	----------

Ansia per l'orgasmo	117	6
Pensieri sul corpo	55	3
Pensieri sulle partner	152	7
Altri pensieri	143	7
Stimolazione non adeguata	327	15
Stanchezza	178	8
Non so	165	8
Altro	144	7

La Tabella 4.2 illustra le frequenze di risposta, con le relative percentuali, alla seguente domanda: “Nelle ultime 24 ore cosa pensi abbia interferito con il raggiungimento dell'orgasmo?”. Sono state prese in considerazione soltanto le risposte ‘Altro’, suddivise nelle cinque categorie. Nel paragrafo seguente e nella Tabella 4.3 saranno approfonditi il processo di raggruppamento in categorie e quali fattori sono stati inclusi in ogni categoria. È da precisare che si faceva riferimento all'esperienza orgasmica nell'ambito dell'attività sessuale con partner. I fattori riportati in misura maggiore sono stati quelli relazionali (43%), seguiti da individuali (25%), contestuali (14%), fisici (10%) e genitali (8%).

Tabella 4.2. Frequenza delle cinque categorie di fattori interferenti dell'orgasmo ‘Altro’, su un totale di 131 eventi.

Fattori interferenti dell'orgasmo	N	%
Relazionali	57	43

Individuali	33	25
Genitali	10	8
Fisici	13	10
Contesto	18	14

La Tabella 4.3 mostra le risposte ‘Altro’ alla seguente domanda: “Nelle ultime 24 ore cosa pensi abbia interferito con il raggiungimento dell’orgasmo?”. Le risposte simili tematicamente sono state raggruppate a formare cinque categorie principali: fattori fisici, genitali, contestuali, individuali, per esempio emotivi, e relazionali, che includono aspetti legati alla partner e alla stimolazione sessuale. Nonostante alcuni partecipanti avevano indicato più di un aspetto all’interno di una determinata risposta (es. ‘Velocità del rapporto e secchezza’), per le analisi dei dati è stato necessario considerare la risposta all’interno di una sola categoria, valutando quale fosse quella più adeguata. È stata riportata la terminologia utilizzata dagli partecipanti.

Per quanto riguarda i singoli fattori, tutti sono stati indicati una sola volta, eccetto i seguenti: ‘Breve durata del rapporto’ (8), ‘È durato poco’ (2), ‘Rapporto durato troppo poco’ (3), ‘Non cercavo l’orgasmo’ (4), ‘Vulvodinia’ (2), ‘Dolore’ (6), ‘Stanchezza’ (2), ‘Tempo’ (2). Invece, considerando le categorie, è emerso che i fattori riportati più frequentemente sono stati quelli relazionali (57), seguiti da quelli individuali (33), contestuali (18), fisici (13) e genitali (10).

Tabella 4.3. I fattori interferenti dell’orgasmo ‘Altro’, suddivisi nelle cinque categorie.

Fattori interferenti dell'orgasmo	N
<i>Relazionali</i>	
Abbiamo cominciato troppo subito con la penetrazione	1
Assenza di orgasmo con sola penetrazione	1
Attenzione verso il partner e le sue difficoltà a mantenere l'erezione	1
Breve durata del rapporto	8
Durante il ciclo non facciamo nulla insieme per farmi raggiungere l'orgasmo	1
Durata non sufficiente	1
Durata troppo breve	1
È durata poco	1
È durato poco	2
È stato breve e nessuno dei due è venuto	1
È venuto troppo presto il partner	1
Era troppo breve il rapporto	1
Ero focalizzata a dare piacere al mio partner	1
Ho dovuto interrompere il rapporto	1
Ho fatto solo preliminari. Io non ho ricevuto nulla, ho fatto solo io	1
Il letto faceva rumore e il mio partner ci mette poco a venire e io molto	1
Il mio ragazzo ci mette poco a venire	1
Il mio ragazzo ci mette poco a venire e a me non piace molto la stimolazione con le dita	1
Il rapporto è stato troppo veloce	1

Il rapporto si è concluso quando il mio partner ha raggiunto l'orgasmo	1
L'abbiamo fatto per poco e di fretta	1
L'obiettivo era l'orgasmo del partner	1
Lui è durato poco	1
Lui è venuto e ha smesso	1
Lui era molto concentrato su se stesso	1
Mancanza di comunicazione con il partner	1
Mancanza di intimità	1
Non abbastanza preliminari	1
Non abbiamo completato il rapporto	1
Non abbiamo stimolato la clitoride ma abbiamo fatto solo penetrazione, che mi dà piacere ma non ha nulla a che vedere con l'orgasmo	1
Non ci conosciamo ancora abbastanza	1
Non è durato abbastanza	1
Non è stato un rapporto che aveva come fine l'orgasmo, più delle coccole	1
Non è stato un rapporto completo	1
Non era un rapporto di penetrazione	1
Non ho avuto un orgasmo perché non è stato un rapporto "completo", solo un po' di masturbazione reciproca (l'orgasmo non era proprio lo scopo). Inoltre, ero stanca e ho fatto molta fatica a lasciarmi andare perché avevo molta ansia (prima di oggi non ero mai andata oltre al petting)	1
Non ho fatto in tempo	1
Paura di sporcare	1
Paura di sporcare tutto causa mestruazioni	1

Poca intimità nel momento	1
Poco tempo a disposizione e poca stimolazione esterna della vulva	1
Preoccupazione di starci mettendo troppo tempo e che il partner perda interesse	1
Prima volta con questa persona, quindi bisogna ancora conoscere cosa piace	1
Prima volta con una persona nuova, agitata	1
Problemi relazionali, momento in cui è avvenuto	1
Rapporto durato troppo poco	3
Velocità del rapporto	1
Totale relazionali	57

Individuali

Aver già raggiunto un orgasmo nel corso della giornata	1
Avevo pianto da poco	1
Con la penetrazione mi è molto più difficile	1
Difficoltà in generale a raggiungere l'orgasmo	1
Discussione precedente al rapporto che ha portato tensione e tristezza	1
Fatico a lasciarmi andare	1
Imbarazzo nell'aver un rapporto sessuale con le mestruazioni	1
L'orgasmo non era il mio obiettivo	1
Mancanza di eccitazione	1
Mancata eccitazione	1
Mi capita di aver bisogno di molto tempo	1
Ne sto lavorando con la psicologa	1

Non cercavo l'orgasmo	4
Non è una mia priorità	1
Non era l'obiettivo	1
Non ero coinvolta	1
Non ero interessata	1
Non ho cercato di raggiungere l'orgasmo	1
Non ho idea di come si raggiunga un orgasmo	1
Non interesse nel raggiungere l'orgasmo	1
Non pressante desiderio di avere un orgasmo	1
Non riesco a lasciarmi andare completamente	1
Non so nemmeno se ne ho mai avuto uno, non lo saprei identificare	1
Non volevo raggiungere l'orgasmo	1
Pensieri riguardanti l'università e le relazioni amicali	1
Pensieri traumatici di violenza legati a esperienze passate	1
Quando sono vicina all'orgasmo a volte ci "penso troppo" e finisco per non raggiungerlo	1
Riesco solo da sola	1
Senza toy non sono mai riuscita con il mio partner	1
Stress	1
Totale individuali	33

Genitali

Bruciore	1
Dolore e fastidio al basso ventre	1
Dolore durante la penetrazione	1

Dolori al basso ventre che davano fastidio in generale tutto il giorno, non solo durante il rapporto, probabilmente per via dell'ovulazione	1
Stavo pensando alla secchezza vaginale	1
Taglietto su una delle due piccole labbra che causa dolore	1
Troppa sensibilità al clitoride che mi ha creato un senso di fastidio/leggero dolore	1
Velocità del rapporto e secchezza	1
Vulvodinia	2
Totale genitali	10
<hr/>	
<i>Fisici</i>	
Dolore	6
Dolori fisici	1
Dolori: probabilmente a causa di stitichezza	1
Ero ubriaca	1
Problemi intestinali	1
Raffreddore che mi distraeva	1
Stanchezza	2
Totale fisici	13
<hr/>	
<i>Contesto</i>	
Alcol e il contesto	1
Ambiente esterno non ottimale	1
Ambiente poco favorevole	1
Ansia che i coinquilini potessero sentirci mentre lo facevamo	1
Avevo paura potessero sentirci	1
<hr/>	

C'erano altre persone in casa	1
Caldo	1
Mancanza di tempo	1
Mancanza di tempo per impegni che avevo poco dopo	1
Non avere il preservativo ci ha portato a iniziare il rapporto ma non continuarlo e portarlo anche a termine	1
Non poter fare rumore perché c'era gente accanto quindi non rilassarsi completamente	1
Non vi erano le condizioni	1
Poco tempo	1
Rapporto interrotto prima di raggiungere l'orgasmo	1
Siamo state interrotte	1
Tempo	2
Troppa luce	1
Totale contesto	18

4.3 Modelli Misti

Di seguito vengono riportati i tre modelli misti che sono stati effettuati. Nella Tabella 4.4 i risultati sono presentati per la variabile dipendente "Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?", in riferimento all'attività sessuale con partner. Questo modello valutava se l'averne uno o più orgasmi era previsto dall'ansia di non raggiungere l'orgasmo, dai pensieri negativi sul proprio corpo, dalla focalizzazione nel cercare di capire cosa stesse pensando o sentendo la partner, dai pensieri su altro (es. problemi personali), dalla stimolazione genitale non adeguata e dalla stanchezza. Quindi, sono state escluse dal modello le

risposte 'Non so' e 'Altro'. I risultati sono stati controllati per gli effetti sia delle intercette casuali dell3 partecipanti sia di ogni variabile indipendente.

Per quanto riguarda gli effetti casuali, è emerso che il 31,73% della varianza totale osservata è dovuto a differenze individuali. In merito agli effetti fissi, tutte le variabili indipendenti considerate hanno un effetto negativo significativo sull'esperienza dell'orgasmo. Quella che ha un effetto maggiore è la stimolazione genitale non adeguata, seguita da stanchezza, focalizzazione nel cercare di capire cosa stesse pensando o sentendo la partner, ansia di non raggiungere l'orgasmo, pensieri su altro (es. problemi personali), pensieri negativi sul proprio corpo.

Tabella 4.4. "Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?" previsto dai fattori interferenti dell'orgasmo, escludendo le risposte 'Non so' e 'Altro'.

Effetti casuali		
	Componente di varianza	% del totale
Partecipante	0,11	31,73
Residuo	0,23	68,27
Effetti fissi	Coefficiente	t
Ansia per l'orgasmo	-0,41	-7,39**
Pensieri sul corpo	-0,17	-2,15*
Pensieri sulla partner	-0,43	-8,67**
Altri pensieri	-0,34	-7,12**
Stimolazione non adeguata	-0,64	-17,07**
Stanchezza	-0,52	-12,09**

* p<.05; **p<.0001

Nella Tabella 4.5 i risultati sono presentati per la variabile dipendente “Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?”, in riferimento all’attività sessuale con partner. Questo modello valutava se l’averne uno o più orgasmi era previsto dall’ansia di non raggiungere l’orgasmo, dai pensieri negativi sul proprio corpo, dalla focalizzazione nel cercare di capire cosa stesse pensando o sentendo la partner, dai pensieri su altro (es. problemi personali), dalla stimolazione genitale non adeguata, dalla stanchezza, dalle risposte ‘Non so’ e ‘Altro’. I risultati sono stati controllati per gli effetti sia delle intercette casuali delle 3 partecipanti sia di variabile indipendente.

Per quanto riguarda gli effetti casuali, è emerso che il 28,04% della varianza totale osservata è dovuto a differenze individuali. In merito agli effetti fissi, tutte le variabili indipendenti considerate hanno un effetto negativo significativo sull’esperienza dell’orgasmo. Quella che ha un effetto più forte è ‘Altro’, seguita da ‘Non so’, stimolazione genitale non adeguata, stanchezza, focalizzazione nel cercare di capire cosa stesse pensando o sentendo la partner, pensieri su altro (es. problemi personali), ansia di non raggiungere l’orgasmo e, infine, pensieri negativi sul proprio corpo.

Tabella 4.5. “Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?” previsto dai fattori interferenti dell’orgasmo.

Effetti casuali	Componente di varianza	% del totale
Partecipante	0,07	28,04

Residuo	0,17	71,97
Effetti fissi	Coefficiente	t
Ansia per l'orgasmo	-0,35	-7,44**
Pensieri sul corpo	-0,19	-2,95*
Pensieri sulle partner	-0,45	-10,79**
Altri pensieri	-0,43	-10,42**
Stimolazione non adeguata	-0,66	-20,73**
Stanchezza	-0,47	-12,71**
Non so	-0,80	-19,68**
Altro	-0,81	-20,29**

* p<.05; **p<.0001

Nella Tabella 4.6 i risultati sono presentati per la variabile dipendente “Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?”, in riferimento all’attività sessuale con partner. Questo modello valutava se l’averne uno o più orgasmi era previsto dall’ansia di non raggiungere l’orgasmo, dai pensieri negativi sul proprio corpo, dalla focalizzazione nel cercare di capire cosa stesse pensando o sentendo le partner, dai pensieri su altro (es. problemi personali), dalla stimolazione genitale non adeguata, dalla stanchezza, dalla risposta ‘Non so’ e dai fattori ‘Altro’ suddivisi nelle seguenti categorie: relazionali, individuali, genitali, fisici, contesto. Infatti, non sarebbe stato possibile includere nel modello misto tutti i fattori interferenti indicati come ‘Altro’. La Tabella 4.3 illustra quali fattori appartengono a ciascuna categoria. I risultati sono stati controllati per gli effetti sia delle intercette casuali dell’3 partecipanti sia di variabile indipendente.

Per quanto riguarda gli effetti casuali, è emerso che il 28,83% della varianza totale osservata è dovuto a differenze individuali. In merito agli effetti fissi, tutte le variabili indipendenti considerate hanno un effetto negativo significativo sull'esperienza dell'orgasmo. I fattori relazionali hanno l'effetto maggiore, seguiti da contesto, 'Non so', fattori fisici, genitali, individuali, stimolazione genitale non adeguata, stanchezza, focalizzazione nel cercare di capire cosa stesse pensando o sentendo la partner, pensieri su altro (es. problemi personali), ansia di non raggiungere l'orgasmo e, infine, pensieri negativi sul proprio corpo.

Tabella 4.6. “Nelle ultime 24 ore hai avuto uno o più orgasmi?” previsto dai fattori interferenti dell'orgasmo, includendo le cinque categorie 'Altro'.

Effetti casuali		
	Componente di varianza	% del totale
Partecipante	0,07	28,83
Residuo	0,17	71,17
Effetti fissi		
	Coefficiente	t
Ansia per l'orgasmo	-0,35	-7,32**
Pensieri sul corpo	-0,20	-2,97*
Pensieri sulla partner	-0,46	-10,73**
Altri pensieri	-0,43	-10,31**
Stimolazione non adeguata	-0,65	-20,11**
Stanchezza	-0,48	-12,76**
Non so	-0,80	-19,44**

Relazionali	-0,88	-14,02**
Individuali	-0,67	-8,53**
Genitali	-0,73	-5,20**
Fisici	-0,77	-6,14**
Contesto	-0,85	-8,16**

* p<.05; **p<.0001

Capitolo 5 Discussione

Esiste una notevole variabilità dell'orgasmo, sia a livello interindividuale sia intraindividuale. Le esperienze orgasmiche sono influenzate da numerosi fattori biologici, psicosociali e culturali. Inoltre, tra le persone con vulva è frequente non esperire l'orgasmo o raggiungerlo con difficoltà (Meston et al., 2004). Numerosi autori hanno cercato di comprendere i fattori che influiscono negativamente sull'orgasmo, tuttavia il tema risulta controverso, anche alla luce della pluralità di risultati disponibili. Quindi, è emersa la necessità di approfondire questo fenomeno, prendendo in considerazione il vissuto soggettivo delle persone con vulva. L'obiettivo del quinto capitolo consiste nella discussione e interpretazione dei principali risultati del presente studio, in relazione alla letteratura precedente. Infine, verranno illustrati i limiti e le riflessioni conclusive.

5.1 La stimolazione genitale non adeguata

Uno dei fattori che ostacolano maggiormente l'orgasmo delle persone con vulva, durante l'attività sessuale con partner, è la stimolazione genitale non adeguata. È stato quello indicato più frequentemente (15%) dagli partecipanti, considerando la prima Distribuzione delle attribuzioni per le difficoltà orgasmiche. In secondo luogo, quando i fattori 'Altro' e 'Non so' sono stati esclusi dalle analisi, la stimolazione ha avuto il ruolo predittivo più forte nei confronti dell'esperienza orgasmica. Invece, nei modelli che includevano 'Altro' e 'Non so', comunque è emerso un suo effetto significativo rilevante. È anche utile sottolineare che alcune attribuzioni riguardanti la stimolazione sessuale sono state riportate dagli partecipanti tra i fattori 'Altro', piuttosto che nell'opzione di risposta fornita in merito, ed è stato scelto di includerle nella categoria degli aspetti relazionali. Innanzitutto, da ciò si potrebbe dedurre che il ruolo della stimolazione non adeguata sia

risultato sottostimato dalle presenti analisi. Inoltre, poiché le risposte 'Altro' in merito alla stimolazione sono state incluse nella categoria dei fattori relazionali, hanno contribuito all'importanza degli aspetti relazionali che è emersa e sarà discussa in seguito. Analizzare le risposte fornite liberamente dall3 partecipanti fornisce anche informazioni qualitative e più specifiche.

Considerando ciò che è stato riportato nei fattori 'Altro' in merito alla stimolazione che ha interferito con l'orgasmo, emergono temi interessanti. Alcune risposte riguardano la zona corporea e la pratica sessuale, come: "Poca stimolazione esterna della vulva", "A me non piace molto la stimolazione con le dita". Nonostante una persona abbia riportato come ostacolo il fatto che "non era un rapporto di penetrazione", numeros3 partecipanti hanno riferito il contrario, per esempio: "Assenza di orgasmo con sola penetrazione", "Non abbiamo stimolato la clitoride, abbiamo fatto solo penetrazione", "Non abbastanza preliminari", "Abbiamo cominciato subito con la penetrazione". Altre risposte sono interpretabili come assenza di stimolazione sessuale ("Durante il ciclo non facciamo nulla insieme per farmi raggiungere l'orgasmo", "Io non ho ricevuto nulla, ho fatto solo io") e stimolazione non sufficiente ("Il rapporto si è concluso quando il mio partner ha raggiunto l'orgasmo", "Lui è venuto e ha smesso", "Lui era molto concentrato su se stesso"). Quindi, mentre purtroppo non è possibile conoscere cosa l3 partecipanti intendessero nello specifico con "Stimolazione genitale non adeguata", in quanto item di tipo quantitativo, dall'approfondimento delle risposte 'Altro' emergono i seguenti contenuti tematici: stimolazione non adeguata intesa come assente, non sufficiente e non appropriata in termini di pratica sessuale messa in atto e/o zona corporea interessata.

I risultati del presente studio sono di supporto alla letteratura esistente. Infatti, in merito alle condizioni di difficoltà orgasmica, è fondamentale considerare la mancanza di un'adeguata stimolazione sessuale, perché potrebbe esserne la causa (IsHak, 2008).

Persino il Disturbo dell'Orgasmo, l'estremo del continuum tra assenza e presenza di difficoltà, è considerato tale solo quando si verifica nonostante la messa in atto di una stimolazione che può indurre l'orgasmo in una determinata persona (IsHak et al., 2010). Tuttavia, nella letteratura si osserva una tendenza a patologizzare esperienze attribuibili invece a una stimolazione corporea non sufficiente o non appropriata. L'esperienza dell'orgasmo coinvolge fattori psicosociali e culturali, ma è anche una risposta fisiologica a un determinato stimolo.

Nella consapevolezza che numerose aree corporee, quando stimolate, possono indurre l'orgasmo (Komisaruk e Whipple, 2011), alcune sono più rilevanti di altre. Il 95% dell3 partecipanti di una ricerca ha indicato che è la parte esterna della clitoride a permettere loro di avere un orgasmo regolarmente (Hite, 1976). Inoltre, il 34% di un campione ha riferito che la stimolazione della clitoride esterna è il modo più affidabile per raggiungerlo, mentre secondo il 4% è quella della zona vaginale (Mintz, 2017). Altri risultati indicano che gli individui che hanno difficoltà orgasmiche manifestano meno la stimolazione diretta della parte esterna della clitoride (Kelly et al., 1990). Quindi, questa zona corporea ha un ruolo rilevante nell'orgasmo della maggioranza delle persone con vulva (Brewer et al., 2011).

La parte esterna della clitoride è stimolata maggiormente in determinati contesti sessuali, nei quali, per questo motivo, tendenzialmente la frequenza di orgasmo è più elevata (Mahar et al., 2020). Innanzitutto, durante la masturbazione la gran maggioranza delle persone con vulva stimola la parte esterna della clitoride, insieme o meno ad altre aree del corpo (Carvalho et al., 2013; Fugl-Meyer et al., 2006). Alcuni studi hanno stimato che il tasso dell'orgasmo durante la masturbazione è tra il 92% e il 95% (Hite, 1976; Carvalho et al., 2013). In secondo luogo, in merito all'attività sessuale di coppia, è emerso che la stimolazione della vulva è messa in atto in misura minore sia negli incontri

sessuali occasionali, rispetto a quelli con partner stabile (Armstrong et al., 2012), sia durante l'attività eterosessuale, in confronto a quella lesbica (Blair et al., 2017). L'orgasmo è più frequente quando l'attività sessuale si verifica all'interno di una relazione stabile (Armstrong et al., 2009) e quando non è eterosessuale (Masters e Johnson, 1966; Garcia et al., 2014; Frederick et al., 2018; Willis et al., 2018). In particolare, riguardo agli incontri eterosessuali, frequentemente le donne cisgender attribuiscono l'assenza dell'orgasmo alla mancanza o difficoltà di stimolazione sessuale e alla fine dell'attività sessuale, quindi della stimolazione, in seguito all'orgasmo del partner (Jones e Eddy, 2024). Quindi, esiste una relazione tra una stimolazione non appropriata, che si verifica più frequentemente nei contesti descritti, e le difficoltà orgasmiche.

Considerando la stimolazione nell'ambito dell'attività sessuale con partner, oggetto del presente lavoro, sono proposte alcune riflessioni. Uno dei possibili fattori responsabili della messa in atto di una stimolazione non adeguata è una comunicazione interpersonale assente o non efficace riguardo alla sessualità. La probabilità di raggiungere l'orgasmo è maggiore per le persone con vulva quando è presente una buona comunicazione sessuale (Kelly et al., 2004). Spesso non si esprimono esplicitamente le proprie preferenze sessuali per vari motivi, tra cui imbarazzo e insicurezza. Inoltre, secondo Salisbury et al. (2014), le donne cisgender potrebbero cercare di proteggere l'ego e i sentimenti del partner, fingendo di avere orgasmi tramite la penetrazione vaginale e non comunicando la propria necessità di una stimolazione della parte esterna della clitoride. È anche possibile che non siano consapevoli di ciò che può indurre il proprio orgasmo, come è emerso dalla risposta di una partecipante ("Non ho idea di come si raggiunga un orgasmo"). La conoscenza del proprio corpo, acquisita anche attraverso l'autoesplorazione e la masturbazione, correla con una frequenza di orgasmo più elevata (Shaeer et al., 2020). In definitiva, la

comunicazione è essenziale per migliorare la stimolazione durante l'attività sessuale con partner.

La mancanza di una stimolazione adeguata nel contesto eterosessuale può essere attribuita anche a fattori socioculturali. Innanzitutto, è riconducibile all'imperativo coitale, che privilegia la penetrazione vaginale, collocandola al vertice di una gerarchia delle pratiche sessuali (Opperman et al., 2014). Come è emerso anche dalle risposte sopraindicate in merito alla zona corporea e alla pratica sessuale, la penetrazione vaginale viene messa in atto frequentemente, nonostante molti preferiscano altre stimolazioni. In parallelo, la stimolazione della parte esterna della clitoride, essenziale nel raggiungimento dell'orgasmo per la maggioranza delle persone con vulva, viene spesso ignorata e sottovalutata (Wade et al., 2005). L'enfasi eccessiva sul coito nella cultura sessuale dominante contribuisce a una scarsa consapevolezza dell'importanza della stimolazione clitoridea per molti individui.

L'imperativo coitale è intrinsecamente connesso a quello dell'orgasmo maschile, che attribuisce la priorità all'orgasmo dell'uomo cisgender (Opperman et al., 2014). Infatti, non casualmente la penetrazione vaginale, piacevole per molte persone con pene, è considerata una delle pratiche sessuali più significative. Il piacere maschile ha un ruolo centrale e prioritario, a scapito di quello delle persone con vulva (Wade et al., 2005). Analizzando le risposte riportate in precedenza riguardo alla stimolazione assente o non sufficiente, si può notare come molti partecipanti hanno fatto riferimento a un partner di genere maschile. Inoltre, emerge che l'attività sessuale era focalizzata sul piacere del partner: in alcuni casi non era messa in atto una stimolazione piacevole per la partecipante, in altri l'attività sessuale si concludeva con l'orgasmo del partner. Una ricerca ha fornito evidenze a supporto dell'influenza degli imperativi fallocentrici sul divario nella frequenza di orgasmi delle donne cisgender, in relazione al genere del partner sessuale

(Willis et al., 2018). La sessualità appare intrisa di una prospettiva fallocentrica ed eterocentrica, con un impatto sulle dinamiche che si verificano all'interno dell'attività sessuale, oltre che delle relazioni.

Si ritiene che sia possibile mettere in discussione gli imperativi fallocentrici vigenti, attraverso l'educazione sessuale e affettiva, che tuttavia è assente o inadeguata (Mahar et al., 2020). Infatti, è fortemente concentrata su aspetti biologici e riproduttivi, trascurando il tema del piacere delle persone con vulva. Ha un approccio antropocentrico ed eteronormativo che sostiene gli imperativi, non è veicolo di informazioni sufficienti e corrette sulla masturbazione, sulla comunicazione sessuale, sull'anatomia e sul piacere delle persone con vulva. La necessità educativa è evidente, per esempio, nella constatazione che gli uomini cisgender potrebbero essere convinti che i partner con vulva raggiungano l'orgasmo attraverso la penetrazione vaginale (Porter et al., 2016). La scarsa conoscenza sulla sessualità, gli imperativi fallocentrici e la comunicazione interpersonale non adeguata contribuiscono al ruolo interferente della stimolazione non adeguata nei confronti dell'orgasmo.

Concludendo, dalla letteratura traspare una prospettiva che accentua la complessità dell'orgasmo delle persone con vulva. Questo fenomeno è complesso in quanto biopsicosociale, multidimensionale e molto variabile a livello interindividuale e intraindividuale. Tuttavia, considerarlo difficile da esperire è impreciso e non rispecchia i risultati delle ricerche. Infatti, la frequenza di orgasmo è molto alta nei contesti in cui la parte esterna della clitoride è coinvolta nella stimolazione (Mahar et al., 2020). Al contrario, sicuramente è complesso raggiungerlo quando la zona corporea che può causarlo non è stimolata. Nella consapevolezza che numerosi fattori possono influenzare ed essere responsabili delle difficoltà orgasmiche, è fondamentale considerare quale stimolazione si verifica e se è quella adeguata a causare l'orgasmo di una determinata persona.

5.2 I fattori relazionali

Dall'analisi dei dati è emerso che i fattori relazionali interferiscono con l'esperienza orgasmica delle persone con vulva, durante l'attività sessuale con partner. Innanzitutto, considerando la Distribuzione delle attribuzioni 'Altro' per le difficoltà orgasmiche, i fattori relazionali sono stati riportati con la frequenza maggiore, interferendo con il 43% degli orgasmi che hanno incontrato difficoltà durante l'attività sessuale di coppia. In secondo luogo, dall'analisi completa di tutte le risposte riguardanti ciò che ha ostacolato l'orgasmo, è emerso che i fattori relazionali prevedono in misura maggiore l'esperienza orgasmica.

È utile approfondire le principali tematiche relative ai fattori relazionali 'Altro'. Alcune risposte riguardano la stimolazione sessuale assente, non sufficiente e non appropriata, che sono state discusse precedentemente nel capitolo 5, per esempio la "poca stimolazione esterna della vulva". Inoltre, anche se riferiti poco frequentemente, sono risultati interferenti nei confronti dell'orgasmo i problemi relazionali, a supporto della letteratura (IsHak et al., 2010; Hevesi et al., 2019), e una scarsa intimità con le partner, confermando i risultati di Herbenick et al. (2018).

La focalizzazione sul partner è stata identificata come un ostacolo all'orgasmo, per esempio: "L'obiettivo era l'orgasmo del partner", "Ero focalizzata a dare piacere al mio partner". La tematica è in linea con la seguente opzione di risposta proposta nel questionario: "Ero focalizzata a cercare di capire cosa stesse pensando/sentendo le partner". Questa attribuzione è risultata uno tra i fattori con il ruolo interferente più rilevante nei confronti dell'orgasmo. Per ultimo, la grande maggioranza di attribuzioni di tipo relazionale riguarda la breve durata dell'attività sessuale. Alcune sono più generali (es. "Durata troppo breve", "L'abbiamo fatto per poco e di fretta", "Poco tempo a disposizione",

“Era troppo breve il rapporto”), mentre molte altre lasciano trasparire dinamiche relazionali che meritano un approfondimento (es. “È venuto troppo presto il partner”, “Il mio partner ci mette poco a venire e io molto”, “Lui è durato poco”, “Preoccupazione di starci mettendo troppo e che il partner perda interesse”).

Riguardo alla durata del rapporto sessuale, i risultati emersi sono coerenti con la letteratura esistente. Infatti, tendenzialmente una durata maggiore degli incontri sessuali correla con una frequenza di orgasmi più elevata per le persone con vulva (Frederick et al., 2018). Anche considerando le attribuzioni per le difficoltà orgasmiche, l'insufficienza di tempo è emersa come rilevante in più di uno studio (Rowland et al., 2018; Hevesi et al., 2019; Jones e Eddy, 2024). Invece, si propongono le seguenti riflessioni sul ruolo dei fattori socioculturali sia nella durata dell'attività sessuale, in relazione all'partner, sia nella focalizzazione sul piacere dell'altra persona.

Il fatto che l'partner sessuale di molti partecipanti sia di genere maschile sembra rilevante in relazione alla durata e alla focalizzazione. L'orientamento sessuale fornisce alcune indicazioni, anche se non è un indicatore affidabile in questo senso: il 63% del campione totale si è definito eterosessuale, il 17% bisessuale e il 10% bicurioso. Inoltre, più attendibili sono i dati osservabili dalle risposte, già descritte, dei partecipanti che hanno fatto riferimento all'partner con pronomi maschili, per esempio “È venuto troppo presto il partner”. Il genere dell'partner sessuale delle persone con vulva è rilevante, anche considerando l'ampia letteratura sul divario di genere nell'orgasmo che si verifica durante l'attività eterosessuale (Piemonte et al., 2019).

I risultati emersi sono interpretabili alla luce del contesto socioculturale di riferimento del campione. Come accennato anche in merito alla stimolazione non adeguata, il piacere sessuale delle persone con vulva è svalutato, a favore di quello

maschile (Wade et al., 2005). Secondo alcuni studi, le donne cisgender possono iniziare un'attività eterosessuale senza aspettarsi di avere un orgasmo (Goldey et al., 2016; Guskova et al., 2020). Inoltre, non dare priorità al proprio piacere e sentirsi meno autorizzati a ricercarlo si traducono in una minore esperienza dell'orgasmo (Mahar et al., 2020). Wetzel et al. (2022) hanno dimostrato che il tasso di orgasmo delle donne cisgender è significativamente correlato con il desiderio e l'aspettativa dell'orgasmo e hanno considerato i bassi livelli di desiderio e aspettativa dell'orgasmo come una forma di svalutazione di questa esperienza. La focalizzazione sul proprio piacere da parte delle persone con vulva è più frequente durante gli incontri sessuali tra donne cisgender, rispetto a quelli eterosessuali (Willis et al., 2018). Già Masters e Johnson (1970) hanno attribuito le inibizioni dell'orgasmo allo "*spectatoring*". Questo fenomeno implica una distrazione dalle sensazioni corporee che interferisce con la decodifica degli stimoli erotici, inibendo così la risposta sessuale (Barlow, 1986). Anche da studi precedenti è emerso che focalizzarsi sul proprio piacere predice l'orgasmo (Goldey et al., 2016). Quindi, si evidenzia uno scarso riconoscimento del diritto delle persone con vulva al piacere, con ripercussioni significative sulle loro esperienze orgasmiche.

Contemporaneamente, l'imperativo dell'orgasmo maschile persiste e ha un impatto tangibile sulla sessualità. Alcuni risultati evidenziano che l'orgasmo dell'uomo cisgender predice la soddisfazione sessuale di entrambe le persone coinvolte e frequentemente i partner con vulva cercano di garantire che si verifichi, anche a scapito della possibilità di raggiungere il proprio orgasmo (McClelland, 2011). In aggiunta, è emerso che attribuiscono un'importanza maggiore agli orgasmi del partner rispetto ai propri (Barnett et al., 2018). Uno studio dimostra che frequentemente è l'orgasmo maschile a segnare la fine del rapporto sessuale (Opperman et al., 2014). Tra le attribuzioni frequenti delle donne cisgender per l'assenza del proprio orgasmo, risulta appunto la fine dell'attività

eterosessuale, quindi della stimolazione, in seguito all'orgasmo del partner (Jones e Eddy, 2024). Questo è ciò che emerge anche dai risultati della presente ricerca riguardanti la durata breve dell'attività sessuale e la disparità nei tempi dell'orgasmo, con riferimento a partner di genere maschile. Le differenze tempistiche nel raggiungimento dell'orgasmo non dovrebbero essere un impedimento all'esperienza del piacere. Per quanto riguarda la durata dell'attività sessuale, da molte risposte risulta che, quando il partner raggiunge il piacere desiderato, non viene più messa in atto nessuna stimolazione per la persona con vulva. In altri termini, la stimolazione, assente o non sufficiente, svolge un ruolo interferente nei confronti dell'orgasmo.

In conclusione, i risultati del presente studio confermano che i fattori relazionali ostacolano l'orgasmo delle persone con vulva, durante l'attività sessuale con partner. Più specificamente, si evidenziano i seguenti aspetti: la stimolazione sessuale assente o non appropriata, i problemi relazionali, la scarsa intimità, la focalizzazione sull'partner, la breve durata dell'attività sessuale e la disparità interindividuale nei tempi di raggiungimento dell'orgasmo. Molte tra le dinamiche relazionali descritte sono maggiormente comprensibili se messe in relazione al contesto socioculturale. Emerge la necessità di un'educazione sessuale e affettiva che promuova la consapevolezza del diritto al piacere per tutte le persone, una maggiore attenzione nei confronti dell'esperienza delle persone con vulva e la reciprocità durante l'attività sessuale con partner.

5.3 Limiti dello studio

Il presente studio non è esente da limiti, che è importante discutere e prendere in considerazione. Innanzitutto, è possibile menzionare quattro caratteristiche del campione.

Il primo limite riguarda il fatto che lo studio ha coinvolto principalmente studenti di psicologia che, in ragione dei propri studi, potrebbero essere stati esposti maggiormente a temi riguardanti la sessualità e avere una maggiore consapevolezza del proprio vissuto psicologico. La seconda limitazione consiste nell'età degli partecipanti, tra i 19 e i 39 anni ($M = 22.30$), che potrebbe aver inciso sui risultati. Infatti, l'esperienza orgasmica può variare nell'arco del ciclo di vita. In particolare, la frequenza di orgasmo delle persone con vulva tende a incrementare con l'avanzare dell'età (American Psychiatric Association, 2022; Rowland e Kolba, 2016). Inoltre, a causa della lingua in cui i questionari sono stati redatti, coloro che non possedevano una buona conoscenza dell'italiano non hanno potuto partecipare alla ricerca. Quindi, il campione è scarsamente diversificato dal punto di vista culturale. In merito a questo aspetto, il presente studio fa riferimento ad articoli scientifici consultabili in lingua inglese, con una conseguente prospettiva occidentale, poiché è più frequente che le ricerche eseguite in Occidente siano state scritte o tradotte in inglese. Per ultimo, è da sottolineare che il campione è poco rappresentativo di persone con vulva che non sono donne cisgender. Infatti, soltanto il 2% degli partecipanti ha dichiarato di identificarsi come non binari e purtroppo la grande maggioranza della ricerca di riferimento riguarda persone cisgender. Sarebbe utile replicare lo studio con un campione più eterogeneo, in modo che i risultati siano maggiormente generalizzabili.

Altre due limitazioni riguardano le misure utilizzate. Innanzitutto, i questionari non includevano quesiti su ciò che ostacola l'orgasmo nel contesto della masturbazione né il genere delle partner sessuale degli partecipanti. È stato indagato soltanto l'orientamento sessuale, che tuttavia non è un indicatore affidabile del genere della persona con cui si intraprende un'attività sessuale, soprattutto per le persone bisessuali (Malachi et al., 2018; Garcia et al., 2014). L'assenza di dati sul genere delle partner sessuale è una criticità rilevante, poiché l'orgasmo delle persone con vulva è influenzato da questo aspetto. La

seconda limitazione riguarda il fatto che le misure erano self-report, con i seguenti svantaggi: I3 partecipanti potrebbero non avere risposto in modo veritiero per mancanza di consapevolezza, desiderabilità sociale, disattenzione durante la compilazione, scarsa comprensione o interpretazione scorretta delle domande.

In ultima istanza, si può individuare un limite dell'analisi dei dati. Le attribuzioni per le difficoltà orgasmiche riportate liberamente come 'Altro' sono state raggruppate in cinque categorie. Alcuni partecipanti hanno indicato più di un fattore nella stessa risposta, per esempio "Velocità del rapporto e secchezza". In questi casi, è stato valutato quale fosse il tema predominante e la risposta è stata inclusa in una sola categoria.

Pertanto, alla luce delle limitazioni descritte, si sottolinea l'importanza di interpretare e generalizzare con cautela i risultati del presente studio, oltre che la necessità di ricerche future, per confermare o confutare i dati ottenuti.

Riflessioni conclusive

La presente ricerca si è proposta di contribuire alla comprensione delle esperienze orgasmiche delle persone con vulva. In particolare, è stato analizzato ciò che ostacola l'orgasmo, nel contesto dell'attività sessuale con partner. L'indagine ha cercato di cogliere la varietà esistente, coinvolgendo un campione ampio ed eterogeneo. Inoltre, per analizzare la dimensione intraindividuale, è stato considerato il vissuto quotidiano di ciascuna partecipante per un periodo di due mesi. I risultati ottenuti confermano la molteplicità delle esperienze orgasmiche. Infatti, oltre al ruolo ostacolante di tutti gli aspetti indagati nei confronti dell'orgasmo, sono emersi numerosi elementi responsabili non previsti dal questionario.

Alla partecipanti è stata fornita la possibilità di indicare ulteriori interferenze nei confronti dell'orgasmo, valorizzando le interpretazioni personali. Queste attribuzioni soggettive si sono rivelate affidabili, alla luce della loro corrispondenza con i risultati dei Modelli Misti. Inoltre, il confronto tra i dati ottenuti attraverso le due tipologie di analisi apporta un contributo interessante alla ricerca in questo ambito.

In linea con la letteratura esistente, lo studio conferma che le esperienze orgasmiche non possono essere ridotte a risposte fisiologiche: sono influenzate dall'interazione di aspetti biopsicosociali e culturali. Infatti, nel contesto dell'attività sessuale con partner, i fattori relazionali, come problemi interpersonali, scarsa intimità e focalizzazione sulla partner, piuttosto che sulle proprie sensazioni, sono risultati tra quelli con il ruolo interferente maggiore nei confronti dell'orgasmo. Inoltre, la stimolazione genitale assente o inadeguata rappresenta una barriera significativa. È stata ripetutamente ricondotta dalla partecipanti alla predilezione della penetrazione vaginale, a discapito della stimolazione della parte esterna della clitoride. Un ulteriore fattore ostacolante consiste

nella breve durata dell'attività sessuale, frequentemente connessa con la disparità interpersonale nei tempi di raggiungimento dell'orgasmo e la priorità attribuita al piacere degli uomini cisgender.

I risultati emersi suggeriscono riflessioni sul ruolo degli aspetti socioculturali nella sessualità. L'assenza e le difficoltà orgasmiche, spesso riscontrate nel contesto eterosessuale, possono essere attribuite alla disparità di genere nel piacere sessuale. Gli imperativi coitale e dell'orgasmo maschile implicano una svalutazione di quello delle persone con vulva, talvolta interiorizzata anche da loro stessi. Tali norme influenzano l'interazione sessuale in modo tangibile. Risulta evidente la necessità di educare adeguatamente alla sessualità e all'affettività, con una prospettiva transfemminista. Infatti, non solo è fondamentale promuovere la conoscenza degli aspetti anatomico-fisiologici delle persone con vulva, l'autoesplorazione e la comunicazione sulla sessualità, ma anche decostruire il paradigma fallocentrico ed eteronormativo.

La conoscenza sulle esperienze orgasmiche delle persone con vulva potrebbe essere estesa, analizzandole nel contesto dell'attività sessuale individuale, che non è stata oggetto del presente studio. Il ruolo del genere delle partner nelle difficoltà legate all'orgasmo è un altro aspetto da indagare più specificamente. Infine, le ricerche future dovrebbero ampliare il campione di riferimento, in termini di età, appartenenza culturale, identità di genere e orientamento sessuale. La libertà sessuale può realizzarsi anche attraverso la comprensione delle esperienze di tutti, specialmente di coloro che sono stati marginalizzati.

Bibliografía

Ackard, D. M., Kearney-Cooke, A., & Peterson, C. B. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 422-429.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Arias-Castillo, L., García, L., & García-Perdomo, H. A. (2023). The complexity of female orgasm and ejaculation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 308(2), 427-434.

Armstrong, E. A., England, P., & Fogarty, A. C. (2010). Orgasm in college hookups and relationships. In *Families as they really are* (pp. 362-377). WW Norton.

Armstrong, E. A., England, P., & Fogarty, A. C. (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*. Elsevier Health Sciences.

Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: Current status and future directions. *Journal of sex research*, 46(2-3), 121-142.

Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior*, 32, 193-208.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, 1986(23-28), 2.

Barlow, D. H. (1986). Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Anxiety and Cognitive Interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 140-148.

Barnett, M. D., Moore, J. M., Woolford, B. A., & Riggs, S. A. (2018). Interest in partner orgasm: Sex differences and relationships with attachment strategies. *Personality and individual differences, 124*, 194-200.

Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(1), 51-65.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schultz, W. W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24*(4), 221-229.

Bell, S. N., & McClelland, S. I. (2017). When, If, and How: Young Women Contend With Orgasmic Absence. *Journal of sex Research, 55*(6), 679-691.

Berman, L. A., Berman, J., Miles, M., Pollets, D. A. N., & Powell, J. A. (2003). Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*(sup1), 11-21.

Blair, K. L., Cappell, J., & Pukall, C. F. (2018). Not all orgasms were created equal: Differences in frequency and satisfaction of orgasm experiences by sexual activity in same-sex versus mixed-sex relationships. *The Journal of Sex Research, 55*(6), 719-733.

Blumenstock, S. M. (2021). Expectations and Sexual Desire in Romantic Relationships: An Experimental Investigation of Pleasure and Emotional Closeness Expectancies among Young Adults. *Journal of sex Research, 59*(3), 283-302.

Brewer, G., & Hendrie, C. A. (2011). Evidence to suggest that copulatory vocalizations in women are not a reflexive consequence of orgasm. *Archives of Sexual Behavior, 40*(3), 559-564.

Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., ... & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine, 13*(4), 538-571.

Carvalho, A., & Leal, I. (2013). Masturbation among women: Associated factors and sexual response in a Portuguese community sample. *Journal of Sex & Marital Therapy, 39*(4), 347-367.

Carvalho, J., Vieira, A. L., & Nobre, P. (2012). Latent structures of female sexual functioning. *Archives of sexual behavior, 41*, 907-917.

Chadwick, S. B., & van Anders, S. M. (2017). Do women's orgasms function as a masculinity achievement for men?. *The Journal of Sex Research, 54*(9), 1141-1152.

Chadwick, S. B., Francisco, M., & van Anders, S. M. (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of "bad" orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior, 48*(8), 2435-2459.

Coleman, E. M., Hoon, P. W., & Hoon, E. F. (1983). Arousability and sexual satisfaction in lesbian and heterosexual women. *Journal of Sex Research, 19*(1), 58-73.

Colson, M. H. (2010). Female orgasm: Myths, facts and controversies. *Sexologies, 19*(1), 8-14.

Cormier, L. A., & O'Sullivan, L. F. (2018). Anti-climactic: Investigating how late adolescents perceive and deal with orgasm difficulty in the context of their intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 27*(2), 111-122.

Cuntim, M., & Nobre, P. (2011). The role of cognitive distraction on female orgasm. *Sexologies*, 4(20), 212-214.

Da Silva, C. S. A., Mafra, A. L., & Varella Valentova, J. (2023). Female Orgasm. In *Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior* (pp. 1-15). Cham: Springer International Publishing.

De Sutter, P., Day, J., & Adam, F. (2014). Who are the orgasmic women? Exploratory study among a community sample of French-speaking women. *Sexologies*, 23(3), e51-e57.

Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 67-78.

Fahs, B. (2014). 'Freedom to' and 'freedom from': A new vision for sex-positive politics. *Sexualities*, 17(3), 267-290.

Foldes, P., & Buisson, O. (2009). The clitoral complex: A dynamic sonographic study. *The journal of sexual medicine*, 6(5), 1223-1231.

Frederick, D. A., John, H. K. S. T., Garcia, J. R., & Lloyd, E. A. (2018). Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a US national sample. *Archives of sexual behavior*, 47(1), 273-288.

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.

Freud, S. (2017). *Three essays on the theory of sexuality: The 1905 edition*. Verso Books.

Fugl-Meyer, K. S., Öberg, K., Lundberg, P. O., Lewin, B., & Fugl-Meyer, A. (2006). On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18-to 74-year-old Swedish women. *The journal of sexual medicine*, 3(1), 56-68.

Garcia, J. R., Lloyd, E. A., Wallen, K., & Fisher, H. E. (2014). Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of US singles. *The journal of sexual medicine*, 11(11), 2645-2652.

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.

Goldey, K. L., Posh, A. R., Bell, S. N., & van Anders, S. M. (2016). Defining pleasure: A focus group study of solitary and partnered sexual pleasure in queer and heterosexual women. *Archives of sexual Behavior*, 45, 2137-2154.

Grafenberg, E. (1950). The role of the urethra in female orgasm. *Int J Sexol*, 3(2), 146.

Graham, C. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 256-270.

Graziottin, A., & Gambini, D. (2015). Anatomy and physiology of genital organs—women. *Handbook of Clinical neurology*, 130, 39-60.

Gusakova, S., Conley, T. D., Piemonte, J. L., & Matsick, J. L. (2020). The role of women's orgasm goal pursuit in women's orgasm occurrence. *Personality and Individual Differences*, 155, 109628.

Haning, R. V., O'Keefe, S. L., Randall, E. J., Kommor, M. J., Baker, E., & Wilson, R. (2007). Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *Journal of sex & marital therapy*, 33(2), 93-113.

Herbenick, D., & Fortenberry, J. D. (2011). Exercise-induced orgasm and pleasure among women. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(4), 373-388.

Herbenick, D., Fu, T. C., Arter, J., Sanders, S. A., & Dodge, B. (2018). Women's experiences with genital touching, sexual pleasure, and orgasm: results from a US probability sample of women ages 18 to 94. *Journal of sex & marital therapy*, 44(2), 201-212.

Hevesi, K., Kolba, T. N., & Rowland, D. L. (2019). Self-reported reasons for having difficulty reaching orgasm during partnered sex: relation to orgasmic pleasure. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 41(2), 106-115.

Hilliges, M., Falconer, C., Ekman-Ordeberg, G., & Johansson, O. (1995). Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9.5 immunohistochemistry. *Cells Tissues Organs*, 153(2), 119-126.

Hite S. (1976). *The Hite Report: A Nationwide Study of Female Sexuality*. Mac Millan.

Horowitz, A. D., & Spicer, L. (2013). "Having sex" as a graded and hierarchical construct: A comparison of sexual definitions among heterosexual and lesbian emerging adults in the UK. *Journal of Sex Research*, 50(2), 139-150.

IsHak, W. W. (2008). *The guidebook of sexual medicine*. Tiger Lilly Enterprises.

- IsHak, W. W., Bokarius, A., Jeffrey, J. K., Davis, M. C., & Bakhta, Y. (2010). Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(10), 3254-3268.
- Jannini, E. A., Buisson, O., & Rubio-Casillas, A. (2014). Beyond the G-spot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm. *Nature Reviews Urology*, 11(9), 531-538.
- Jones, A. C., & Eddy, H. E. (2024). Gender attributions of orgasm non-occurrence in heterosexual relationships and their association with sexual and relationship outcomes. *Sexual and Relationship Therapy*, 39(2), 422-443.
- Jones, A. C., Robinson, W. D., & Seedall, R. B. (2018). The role of sexual communication in couples' sexual outcomes: A dyadic path analysis. *Journal of marital and family therapy*, 44(4), 606-623.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. Brunner/Mazel. Inc., New York.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. M. Paterson and Brunner/Mazel Inc., New York.
- Kaya, A. E., & Çalışkan, E. (2018). Women self-reported G-spot existence and relation with sexual function and genital perception. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(3), 182.
- Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Kircher, J. R. (1990). Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 165-177.
- Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2004). Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *Journal of sex & marital therapy*, 30(4), 263-276.

Khajehei, M., Doherty, M., & Tilley, P. M. (2015). An update on sexual function and dysfunction in women. *Archives of women's mental health, 18*, 423-433.

Kinsey A. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: W.B. Saunders ed.

Klein, V., & Conley, T. D. (2022). The role of gendered entitlement in understanding inequality in the bedroom. *Social Psychological and Personality Science, 13*(6), 1047-1057.

Komisaruk, B. R., & Whipple, B. (2011). Non-genital orgasms. *Sexual and Relationship Therapy, 26*(4), 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.

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: Univ. Chicago Press, 7, 18.

Leary, M. R. (2005). Interpersonal cognition and the quest for social acceptance. *Interpersonal cognition, 85-102*.

Lehmiller, J. J. (2014). *The psychology of human sexuality*. John Wiley & Sons.

Leiblum, S. R. (1998). Definition and classification of female sexual disorders. *International Journal of Impotence Research, 10*, S104-6.

Leonhardt, N. D., Willoughby, B. J., Busby, D. M., Yorgason, J. B., & Holmes, E. K. (2018). The significance of the female orgasm: A nationally representative, dyadic study of newlyweds' orgasm experience. *The journal of sexual medicine*, 15(8), 1140-1148.

Loos, V. E., Bridges, C. F., & Critelli, J. W. (1987). Weiner's attribution theory and female orgasmic consistency. *Journal of Sex Research*, 23(3), 348-361.

Mah, K., & Binik, Y. M. (2001). The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical psychology review*, 21(6), 823-856.

Mahar, E. A., Mintz, L. B., & Akers, B. M. (2020). Orgasm equality: Scientific findings and societal implications. *Current Sexual Health Reports*, 12(1), 24-32.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*, Boston (Little, Brown and Company).

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

McClelland, S. I. (2010). Intimate justice: A critical analysis of sexual satisfaction. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(9), 663-680.

McClelland, S. I. (2011). Who is the "self" in self reports of sexual satisfaction? Research and policy implications. *Sexuality Research and Social Policy*, 8, 304-320.

Meana, M. (2012). *Sexual dysfunction in women* (Vol. 25). Hogrefe Publishing GmbH.

Meston, C. M., Levin, R. J., Sipski, M. L., Hull, E. M., & Heiman, J. R. (2004). Women's orgasm. *Annual review of sex research*, 15(1), 173-257.

Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social indicators research, 16*, 347-413.

Mintz, L. B. (2017). *Becoming cliterate: Why orgasm equality matters--and how to get it* (p. 288). New York: HarperOne.

Moura, C. V., Tavares, I. M., & Nobre, P. J. (2020). Cognitive-affective factors and female orgasm: a comparative study on women with and without orgasm difficulties. *The journal of sexual medicine, 17*(11), 2220-2228.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 37-49.

O'Connell, H. E., Sanjeevan, K. V., & Hutson, J. M. (2005). Anatomy of the clitoris. *The Journal of urology, 174*(4), 1189-1195.

Opperman, E., Braun, V., Clarke, V., & Rogers, C. (2014). "It feels so good it almost hurts": Young adults' experiences of orgasm and sexual pleasure. *The Journal of Sex Research, 51*(5), 503-515.

Ott, M. A., Millstein, S. G., Ofner, S., & Halpern-Felsher, B. L. (2006). Greater expectations: Adolescents' positive motivations for sex. *Perspectives on sexual and reproductive health, 38*(2), 84-89.

Panzeri, M. (2013). *Psicologia della sessualità*. Il Mulino.

Pauls, R. N. (2015). Anatomy of the clitoris and the female sexual response. *Clinical Anatomy, 28*(3), 376-384.

Pauls, R., Mutema, G., Segal, J., Silva, W. A., Kleeman, S., Dryfhout, V., & Karram, M. (2006). A prospective study examining the anatomic distribution of nerve density in the human vagina. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(6), 979-987.

Piemonte, J. L., Conley, T. D., & Gusakova, S. (2019). Orgasm, gender, and responses to heterosexual casual sex. *Personality and Individual Differences*, 151, 109487.

Porter, C. N., Douglas, N., & Collumbien, M. (2016). 'Enhance her pleasure-and your grip strength': Men's Health magazine and pseudo-reciprocal pleasure. *Culture, Health & Sexuality*, 19(7), 738-751.

Puppo, V. (2011). Embryology and anatomy of the vulva: the female orgasm and women's sexual health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154(1), 3-8.

Puppo, V., & Puppo, G. (2014). Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. *Clinical Anatomy*, 28(3), 293-304.

Redelman, M. (2017). Treatment of female orgasmic disorder. *The textbook of clinical sexual medicine*, 219-240.

Rowland, D. L., & Kolba, T. N. (2016). Understanding orgasmic difficulty in women. *The journal of sexual medicine*, 13(8), 1246-1254.

Rowland, D. L., Cempel, L. M., & Tempel, A. R. (2018). Women's attributions regarding why they have difficulty reaching orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(5), 475-484.

Rowland, D. L., Medina, M. C., & Dabbs, C. R. (2017). Attribution Patterns in Women With and Without Orgasmic Difficulties. *Journal of sex Research*, 55(6), 692-703.

Salisbury, C. M., & Fisher, W. A. (2014). "Did you come?" A qualitative exploration of gender differences in beliefs, experiences, and concerns regarding female orgasm occurrence during heterosexual sexual interactions. *The Journal of Sex Research*, 51(6), 616-631.

Sanders, S. A., Hill, B. J., Yarber, W. L., Graham, C. A., Crosby, R. A., & Milhausen, R. R. (2010). Misclassification bias: Diversity in conceptualisations about having 'had sex'. *Sexual health*, 7(1), 31-34.

Shaeer, O., Skakke, D., Giraldi, A., Shaeer, E., & Shaeer, K. (2020). Female orgasm and overall sexual function and habits: a descriptive study of a cohort of US women. *The journal of sexual medicine*, 17(6), 1133-1143.

Shafik, A. (1993). Vaginocavernosus reflex: clinical significance and role in sexual act. *Gynecologic and obstetric investigation*, 35(2), 114-117.

Sherlock, J. M., Sidari, M. J., Harris, E. A., Barlow, F. K., & Zietsch, B. P. (2016). Testing the mate-choice hypothesis of the female orgasm: disentangling traits and behaviours. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 6(1), 31562.

Shi, C., Xu, H., Zhang, T., & Gao, Y. (2022). Endometriosis decreases female sexual function and increases pain severity: a meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(1), 195-204.

Shirazi, T., Renfro, K. J., Lloyd, E., & Wallen, K. (2018). Women's experience of orgasm during intercourse: Question semantics affect women's reports and men's estimates of orgasm occurrence. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 605-613.

Silverstein, R. G., Brown, A. C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic medicine*, 73(9), 817-825.

Tavares, I. M., Laan, E. T., & Nobre, P. J. (2017). Cognitive-affective dimensions of female orgasm: the role of automatic thoughts and affect during sexual activity. *The journal of sexual medicine*, 14(6), 818-828.

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.

Velten, J., Scholten, S., Graham, C. A., & Margraf, J. (2017). Sexual excitation and sexual inhibition as predictors of sexual function in women: A cross-sectional and longitudinal study. *Journal of sex & marital therapy*, 43(2), 95-109.

Wade, L. D., Kremer, E. C., & Brown, J. (2005). The incidental orgasm: The presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. *Women & health*, 42(1), 117-138.

Wei, L., Jiang, H., & Jiang, T. (2023). The relationship between clitourethrovaginal complex and female orgasm. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 308(6), 1697-1702.

Wetzel, G. M., Cultice, R. A., & Sanchez, D. T. (2022). Orgasm frequency predicts desire and expectation for orgasm: Assessing the orgasm gap within mixed-sex couples. *Sex Roles*, 86(7), 456-470.

Whipple, B., & Graziottin, A. (2006). Orgasmic disorders in women. *Standard practice in sexual medicine*, 334-341.

Wigfield, A., & Eccles, J. S. (2000). Expectancy–value theory of achievement motivation. *Contemporary educational psychology*, 25(1), 68-81.

Willis, M., Jozkowski, K. N., Lo, W. J., & Sanders, S. A. (2018). Are women's orgasms hindered by phallogentric imperatives?. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 1565-1576.

World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision).

Yeung, J., & Pauls, R. N. (2016). Anatomy of the vulva and the female sexual response. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 43(1), 27-44.

Zorzon, M., Zivadinov, R., Bosco, A., Bragadin, L. M., Moretti, R., Bonfigli, L., ... & Cazzato, G. (1999). Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. 1. Frequency and comparison of groups. *Multiple Sclerosis Journal*, 5(6), 418-427.