



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Psicologia di Comunità, della Promozione del
Benessere e del Cambiamento Sociale**

Tesi di Laurea Magistrale

**Yoga e soddisfazione sessuale: analisi del ruolo della
pratica e dei possibili meccanismi di influenza**

Yoga and sexual satisfaction: the role of practice and potential mechanisms of
influence

Relatrice:

Prof.ssa Michela Lenzi

Laureanda:

Alice De Martino

Matricola:

1204466

Anno accademico 2020/2021

ABSTRACT

Il presente elaborato si pone l'obiettivo di indagare la relazione tra yoga e soddisfazione sessuale. Viene quindi approfondito il materiale presente in letteratura sui benefici della pratica yoga sulla riduzione di ansia e stress, sulla promozione del benessere, e sulla riduzione dell'auto-oggettivazione. In seguito, viene presentata la letteratura relativa alla sessualità: in particolare i fattori associati alla soddisfazione sessuale, il trattamento dei disturbi sessuali e l'associazione tra sessualità e benessere, auto-oggettivazione e tipo di relazione. Successivamente, si riassume la letteratura presente sulla relazione tra yoga e sessualità. Infine, viene esposta una ricerca svolta con l'obiettivo di indagare il ruolo della pratica yoga nella soddisfazione sessuale delle praticanti e i possibili meccanismi di influenza. La ricerca è stata svolta tramite la somministrazione di un questionario ad un campione femminile. I risultati evidenziano la presenza di un'associazione positiva tra la pratica yoga e la sessualità delle praticanti, oltre ad un effetto indiretto tramite la riduzione dello stress e il miglioramento dell'umore e della *mindfulness*.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LO YOGA E I SUOI BENEFICI.....	3
1.1 Riduzione di ansia e stress.....	5
1.2 Effetti sul benessere e miglioramento dello stato di salute	9
1.3 Riduzione dell'auto-oggettivazione e aumento della soddisfazione corporea nelle donne.....	13
CAPITOLO 2: LA SESSUALITÀ	17
2.1 I fattori associati alla soddisfazione sessuale.....	17
2.2 Il trattamento dei disturbi sessuali	20
2.3 Soddisfazione sessuale e benessere	21
2.4 Sessualità e auto-oggettivazione.....	23
2.5 Sessualità e tipo di relazione.....	25
CAPITOLO 3: YOGA E SESSUALITÀ	27
CAPITOLO 4: LA PRESENTE RICERCA.....	31
4.1 Obiettivo e ipotesi.....	31
4.2 Metodo	32
4.2.1 Partecipanti e procedura	32
4.2.2 Misure	34
4.3 Analisi dei dati	38
CAPITOLO 5: RISULTATI DELLA RICERCA	39
5.1 Statistiche descrittive.....	39
5.1.1 Variabili della sfera sessuale.....	39
5.1.2 Attività fisica praticata e caratteristiche della pratica yoga	40
5.1.3 Stress, umore, mindfulness, auto-oggettivazione	43
5.2 Valutazione delle differenze tra gruppi	44
5.3 Correlazioni	47
5.4 Modelli di regressione	52
5.4.1 Modello 1: pratica yoga e soddisfazione sessuale	52
5.4.2 Modello 2: pratica yoga e funzionalità sessuale	53
5.4.3 Modello 3: pratica yoga e soddisfazione sessuale di coppia.....	55
5.5 Modelli di mediazione	55

5.5.1 Stress	56
5.5.2 Umore	59
5.5.3 Mindfulness	62
CAPITOLO 6: DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	65
6.1 Discussione dei risultati	65
6.2 Limiti della ricerca e suggerimenti per studi futuri.....	68
CONCLUSIONI	73
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	75
SITOGRAFIA	91
RINGRAZIAMENTI	93

INTRODUZIONE

Il presente elaborato nasce con l'obiettivo di esporre approfonditamente i principali benefici dello yoga presenti in letteratura oltre ad alcuni aspetti importanti legati alla sessualità e ai potenziali benefici della pratica yoga sulla sessualità. A partire da queste basi teoriche poi, lo scopo è quello di valutare la relazione tra lo yoga e la soddisfazione sessuale tramite una ricerca effettuata su un campione femminile: questa decisione è stata presa a causa della scarsità di materiale presente in letteratura sulla sessualità femminile e lo yoga.

Più nello specifico, nel primo capitolo verrà approfondito il ruolo dello yoga nella riduzione dello stress e dell'ansia, i suoi effetti sul benessere e sullo stato di salute e la sua potenziale funzione di riduzione dell'auto-oggettivazione favorendo anche una maggiore soddisfazione corporea per le donne praticanti: verranno quindi presentati anche numerosi studi che hanno indagato sperimentalmente questi aspetti nel dettaglio.

Successivamente, nel secondo capitolo verranno presentati i fattori associati alla soddisfazione sessuale, facendo riferimento al modello ecologico di Bronfenbrenner, saranno esposte le principali risorse terapeutiche utilizzate per il trattamento dei disturbi sessuali e verrà approfondita la relazione tra soddisfazione sessuale e benessere, tra sessualità e auto-oggettivazione e tra sessualità e tipo di relazione, anche in questo caso esponendo studi relativi a ricerche empiriche.

Nel capitolo tre viene analizzata la letteratura relativa alla relazione tra yoga e sessualità, prendendo in considerazione sia ricerche di tipo quantitativo che di tipo qualitativo. Come anticipato, la letteratura in merito all'associazione tra queste due variabili è piuttosto ridotta e limitata principalmente al genere maschile.

Infine, verrà esposta la ricerca sopracitata, svolta con l'obiettivo di indagare il ruolo della pratica yoga e i possibili meccanismi di influenza sulla soddisfazione sessuale, valutata tramite strumenti differenti. Per fare ciò, è stato costruito un questionario che è stato poi diffuso online sia tra praticanti yoga che non: questo ha permesso di confrontare la soddisfazione sessuale di chi pratica yoga con chi non lo pratica, ma anche con chi pratica un'altra attività sportiva o non svolge nessun tipo di attività fisica. Sono poi stati analizzati i meccanismi di mediazione di altre variabili sulle quali lo yoga potrebbe avere effetti benefici e che sono allo stesso tempo fattori che

hanno un'associazione con la soddisfazione sessuale e cioè stress, umore, *mindfulness* e auto-oggettivazione: questi aspetti potrebbero in parte spiegare gli eventuali meccanismi causali dei benefici dello yoga sulla soddisfazione sessuale.

CAPITOLO 1: LO YOGA E I SUOI BENEFICI

Lo yoga è una pratica nata in Oriente che negli ultimi decenni ha acquisito molta popolarità e suscitato un grande interesse anche in Occidente (Peregoy, Clarke, Jones, Stussman & Nahin, 2014): ad esempio, infatti, nel 2012 circa il 10% della popolazione americana praticava yoga (Clarke, Black, Stussman, Barnes & Nahin., 2015). Inoltre, nel corso degli anni è aumentato l'interesse anche per le potenzialità preventive, riabilitative e terapeutiche di questa pratica. Infatti sono sempre più numerose le ricerche scientifiche sui benefici dello yoga sulla salute (Davendra, 2014) e molti medici prescrivono lo yoga ai propri pazienti (Nerurkar, Yeh, Davis, Birdee & Phillips, 2011).

Lo yoga è un'antica disciplina sviluppatasi in India a partire dal 3500 a.C. nata con il fine di unificare mente, corpo e spirito. Grazie all'esercizio del controllo sul proprio corpo, sul respiro e sulla mente si può imparare a soggiogare i propri sensi, le proprie emozioni e i propri pensieri: in questo modo si raggiunge la consapevolezza della distinzione tra la propria essenza spirituale ("purusa") e la propria parte materiale ("prakti"), liberandosi in questo modo di ogni identificazione, comprendendo di essere solo spirito e raggiungere quindi la *liberazione* ("samadhi"). Tramite la riduzione del senso dell'io (asmita) e dell'ignoranza sulla nostra natura (avidya) si raggiunge uno stato di pace e felicità durevole e autentica e di liberazione dalla sofferenza (Taimni, 2009).

Questa disciplina viene spesso rappresentata metaforicamente come un albero che comprende otto aspetti, o "arti": yama (etica universale) e niyama (etica individuale) (costituiscono i fondamenti morali della pratica yoga che indicano come vivere in armonia con il resto del mondo), asana (posture fisiche), pranayama (controllo del respiro), pratyahara (controllo dei sensi), dharana (concentrazione), dyana (meditazione) e samadhi (beatitudine) (Prabhavananda & Isherwood, 1948). Aurobindo (1992) definisce lo yoga come "una disciplina che incorpora un'ampia varietà di pratiche il cui obiettivo è lo sviluppo di uno stato di salute mentale e fisica, benessere, armonia interiore e, in definitiva, un'unione dell'individuo umano con l'universale e trascendente esistenza". Queste pratiche consistono principalmente in una combinazione di esercizi respiratori, posture fisiche e meditazione (Villien, Yu, Barthélémy, & Jammes, 2005) ma sono stati sviluppati numerosi stili differenti tra loro. Ad esempio, lo stile maggiormente conosciuto è l'Hatha yoga, che comprende esercizi

per sviluppare la consapevolezza del proprio respiro, la concentrazione e la conoscenza sui fattori interni per ridurre le preoccupazioni esterne e il rilassamento, la meditazione e le posture corporee finalizzate alla coordinazione di mente-corpo-respiro e allo sviluppo di forza, flessibilità ed equilibrio. Lo Iyengar yoga, invece, prevede anche l'utilizzo di oggetti di supporto come cinghie e blocchi e si focalizza maggiormente sulla precisione dei movimenti e sull'equilibrio; l'Ashtanga yoga consiste in una rapida successione di posture aerobiche con lo scopo di sviluppare forza e resistenza e lo Satyananda yoga combina componenti di altri stili creando uno stile più delicato e maggiormente focalizzato al rilassamento e alla meditazione (Fisher, 2004).

Attualmente, i motivi per i quali le persone praticano questa disciplina sono molteplici e si differenziano tra Oriente e Occidente: in Oriente, chi pratica yoga lo fa principalmente con l'obiettivo di raggiungere un'integrazione tra mente e corpo mentre in Occidente ci si focalizza maggiormente sugli effetti benefici dal punto di vista fisico, come ad esempio il rilassamento (de Michelis, 2004). Oltre a queste due principali motivazioni, chi pratica yoga lo fa anche cercando sollievo dal dolore, dallo stress, dalla depressione e da altri problemi di salute, oltre ad una maggiore felicità (Park, Riley, Bedesin, & Stewart, 2014; Quilty, Saper, Goldstein, & Khalsa, 2013).

Nonostante in Occidente le pratiche yoga siano spesso presentate senza la componente spirituale e culturale che le caratterizza nel loro contesto originale e vengano svolte anche con modalità differenti da quelle previste tradizionalmente (ad esempio con corsi online o tramite applicazioni per smartphone senza un insegnante presente), l'attenzione verso questa disciplina e i suoi benefici sta aumentando nel corso degli anni, tanto da aver portato le Nazioni Unite a dichiarare il 21 giugno come Giornata Internazionale dello Yoga con lo scopo di diffondere la conoscenza sui numerosi benefici di questa pratica. In letteratura sono infatti stati approfonditi gli effetti benefici dello yoga su numerosi aspetti relativi al benessere, come ad esempio la riduzione dello stress (Brown & Gerbarg, 2005), la riduzione dell'ansia (Cramer et al., 2018), il miglioramento dello stato di salute generale (Ross, Friedman, Bevans, & Thomas, 2013) e di diversi aspetti fisiologici (Hadi, Hadi, 2007), la riduzione dell'auto-oggettivazione nelle donne (Daubenmier (2005) e l'aumento della soddisfazione corporea e sessuale (Dhikav et al., 2010a). Questi benefici, che verranno approfonditi di seguito, possono essere compresi meglio attraverso il modello bio-psico-socio-spirituale: a livello fisico lo yoga ha effetti benefici sulle funzioni cardiopolmonari, sulle

risposte del sistema nervoso autonomo, sul sistema muscoloscheletrico e sul funzionamento endocrino; relativamente agli aspetti psicosociali, invece, aumenta l'autostima, il supporto sociale, la comprensione empatica e l'umore positivo; infine, a livello spirituale, migliora la *mindfulness* (consapevolezza) (Evans et al., 2009). Per questo motivo, lo yoga è stato spesso preso in considerazione come risorsa utile a promuovere il benessere e a ridurre i sintomi di numerose patologie, considerandolo come terapia o intervento alternativo e/o aggiuntivo rispetto a quelle già maggiormente utilizzate.

Verranno ora approfonditi i principali benefici dello yoga presenti in letteratura.

1.1 Riduzione di ansia e stress

Tra i benefici dello yoga che hanno ricevuto supporto empirico, uno dei più trattati è la riduzione di ansia e stress. L'ansia viene "definita come il senso di apprensione che si prova nell'anticipazione di un certo problema" (Kring, Johnson, Davidson & Neale, 2017; p. 171): di base, questa condizione di attivazione non rappresenta un problema in quanto, come la paura, svolge una funzione adattiva utile alla sopravvivenza. Nel caso in cui però l'ansia raggiunga livelli tali da interferire con la vita quotidiana delle persone e non sia causata da pericoli reali, si parla della presenza di un disturbo d'ansia (DSM-5, 2013). I disturbi d'ansia rappresentano una condizione mentale debilitante molto comune, infatti, circa un terzo della popolazione è rientrata nei criteri diagnostici per un disturbo d'ansia almeno una volta nel corso della propria vita (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012) e questa percentuale risulta più alta se si considera anche chi presenta livelli di ansia inferiori ai cut-off clinici (Rucci et al., 2003). Per stress, invece, si intende ciò che l'organismo sperimenta in risposta a stimoli di tipo fisico, occupazionale ed emotivo che percepisce come pericolosi, minacciosi o impegnativi (Lazarus e Folkman, 1984). Nel caso in cui questi stimoli continuino ad essere presenti oltre i limiti di sopportazione dell'individuo vengono definiti *stressors* (King, King, Stanley, & Burrows, 1987); la loro presenza prolungata nel tempo può provocare sintomi ansiosi e depressione che attualmente vengono trattati prevalentemente con interventi di tipo farmacologico e psicologico (Smith, Hancock, Blake-Mortimer & Eckrert, 2006). Questi interventi però non sempre vengono accettati o portati avanti dai pazienti a causa, ad esempio, dei costi da sostenere, dell'intolleranza ai farmaci o dell'intolleranza verso alcune tecniche

d'intervento (es. esposizione per i disturbi d'ansia) (Bystritsky, Khalsa, Cameron, & Schiffman, 2013; Cuijpers et al., 2013; Weissman et al., 2006). Una soluzione alternativa, o aggiuntiva, ai trattamenti più utilizzati potrebbe essere lo yoga, che rappresenta una delle tecniche più utilizzate per le terapie mente-corpo all'interno della categoria CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) (Barnes, Powell-Griner, McFann & Nahin, 2004). Numerosi studi scientifici mostrano infatti come le terapie mente-corpo, compreso lo yoga, abbiano effetti benefici sui disturbi fisici e mentali legati allo stress (Becker, 2000; Brown & Gerbarg, 2005; Khalsa, 2004).

Lo yoga, in quanto attività costituita da pratiche volte a "calmare la mente" (Satchidananda, 1990), è stato preso in considerazione per ridurre l'ansia sia come trattamento singolo che in combinazione con psicoterapia e trattamento farmacologico (Da Silva, Ravindran & Ravindran, 2009). Nel corso degli anni è aumentato l'interesse su questo tipo di pratica e sono quindi state effettuate numerose rassegne sugli studi relativi agli effetti benefici dello yoga sulla sintomatologia legata all'ansia (Chugh-Gupta, Baldassarre, & Vrkljan, 2013; Cramer et al., 2018; da Silva et al., 2009; Field, 2011; Li & Goldsmith, 2012): nonostante alcune di esse fossero focalizzate su particolari popolazioni (es. pazienti con cancro) o comprendessero anche studi non specifici sull'ansia, hanno comunque evidenziato dei risultati promettenti sul potenziale ruolo dello yoga nella riduzione dell'ansia. Zoogman et al. (2019), in seguito all'analisi degli studi presenti in letteratura, hanno effettuato una meta-analisi con lo scopo di quantificare l'effetto dei trattamenti sui sintomi dell'ansia prendendo in considerazione solo gli studi in cui è stato effettuato un intervento basato sullo yoga e in cui sono stati misurati specificatamente i sintomi legati all'ansia: da questa rassegna, emerge un forte effetto della pratica yoga rispetto alle condizioni di controllo ($d = 0.80$) sulla riduzione della sintomatologia legata all'ansia in popolazioni cliniche e subcliniche, in accordo con le review precedenti.

La letteratura sulla riduzione dell'ansia e dello stress grazie allo yoga risulta essere piuttosto ricca e vasta: di conseguenza, in questa sede, verranno presentati solo alcune ricerche a titolo esemplificativo che hanno utilizzato tecniche diverse su campioni differenti ottenendo miglioramenti sullo stress e sull'ansia dei partecipanti; successivamente verranno esposti alcuni studi specifici su una posizione volta al rilassamento (*shavasana*) e infine una review sistematica relativa agli effetti dello yoga sui sistemi biologici legati alla gestione dello stress (sistema nervoso simpatico e asse HPA). Lo studio di Smith, Hancock, Blake-Mortimer & Eckert, (2006) ha comparato

sessioni di rilassamento con sessioni di hatha yoga, entrambe della durata di un'ora svolte una volta a settimana per 10 settimane da persone con livelli di stress e ansia da medi a moderati (età 18-65). I risultati hanno mostrato come lo yoga sia efficace tanto quanto le tecniche di rilassamento nel favorire la gestione di queste problematiche. Lo yoga, nello specifico, si è dimostrato efficace nel ridurre ansia e stress e nell'aumentare la salute fisica e mentale dei partecipanti, oltre a migliorarne il sonno. Lo studio ha evidenziato come questi risultati siano evidenti nel breve periodo ma siano mantenuti anche dopo 6 settimane dalla fine del trial nonostante molte persone abbiano smesso di praticarlo (probabilmente perché lo yoga risulta maggiormente difficile da apprendere e inserire nella propria routine quotidiana rispetto alle tecniche di rilassamento). Diversamente, una ricerca svolta su un campione maschile di militari (età 20-40 anni) ha messo a confronto due condizioni con lo scopo di controllare se gli effetti riscontrati fossero dovuti semplicemente all'attività fisica o specificatamente allo yoga: nella prima i partecipanti hanno svolto due sessioni di yoga a settimana in aggiunta a due sessioni di esercizio fisico convenzionale, nella seconda invece hanno svolto quattro sessioni di attività fisica convenzionale (condizione di controllo). Entrambe le condizioni sono state portate avanti per la durata di 6 mesi e tutte le sessioni avevano una durata di 60 minuti; la pratica yoga comprendeva tecniche di respirazione, posture e tecniche di rilassamento. Questo studio ha riscontrato una riduzione dei parametri relativi sia allo stress che all'ansia. Inoltre, nella condizione che prevedeva la pratica yoga, è stato riscontrato un abbassamento dei livelli di cortisolo, cioè dell'indicatore fisiologico del livello di stress dell'organismo (Rocha et al., 2012). In uno studio più recente (Hewett et al., 2018) sono invece stati confrontati due gruppi di persone adulte sedentarie per la durata di 16 settimane: un gruppo ha svolto da 3 a 5 volte a settimana delle sessioni di Bikram yoga e l'altro non ha svolto nessuna attività (gruppo di controllo). Il Bikram yoga è un tipo specifico di Hatha yoga che consiste nello svolgimento di sessioni da 90 minuti di sequenze fisse di 26 posture effettuate in un ambiente riscaldato (40.6 °C, 40% umidità) (Tracy & Hart, 2013). Questa tecnica si è già dimostrata utile per ridurre lo stress percepito in adulti sani e in donne a rischio di obesità (*stressed, disordered eaters*) (Hewett et al., 2005; Hopkins et al., 2016). Il confronto con il gruppo di controllo ha evidenziato un significativo miglioramento, per il gruppo che ha partecipato alle sessioni di Bikram yoga, dello stress percepito, della salute generale e dei livelli di energia/fatica, oltre ad un miglioramento dell'auto-efficacia.

Più nello specifico, è stato poi studiato l'effetto di una posizione specifica nel migliorare la capacità di far fronte allo stress: questa posizione è nominata *Shavasana*, ovvero "posizione del cadavere", e mira a raggiungere il rilassamento, la distensione del corpo e la riduzione dello stress. In particolare, uno studio di Madanmohan, Udupa, Bhavanani, Krishnamurthy e Pal (2002) ha evidenziato come un training di soli 7 giorni di questa pratica abbia portato ad un minore aumento di frequenza e pressione cardiaca indotti dal test e ad un aumento della differenza respiratoria profonda, sembra cioè aver aumentato la capacità degli individui di resistere allo stress indotto dal *cold pressor test* (CPT). Uno studio di Bera, Gore e Oak (1998) ha invece messo a confronto la postura di Shavasana con altre due posture (posizione della sedia e posizione supina) per il rilassamento in seguito a sessioni di 5 minuti di tapis-roulant (7 km/h per i maschi e 5 km/h per le femmine) svolte una volta al giorno da studenti laureati del corso di Diploma in Yoga Education. Lo stress causato dall'attività fisica, misurato tramite pressione sanguigna e battito cardiaco, si è ridotto in un tempo significativamente più breve in Shavasana rispetto alle altre due posizioni.

Infine, una review sistematica effettuata su 25 studi controllati randomizzati ha fornito evidenze preliminari sulla capacità dello yoga di portare ad una diminuzione di sintomi ansiosi in una vasto range di popolazioni oltre ad una migliore regolazione del sistema nervoso simpatico (SNS) e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) (Pascoe & Bauer, 2015): questi due sistemi sono responsabili della reazione dell'organismo allo stress e alla sua gestione. Infatti, come esposto nella review di Bhandari et al. (2012), il sistema nervoso simpatico e l'asse HPA si attivano in risposta agli *stressors* fisici o psicologici portando ad una serie di effetti psicologici, fisici e comportamentali. Come anticipato, nel caso di una costante attivazione di questi sistemi a causa di situazioni stressanti ripetute nel tempo, l'organismo può sviluppare disregolazione di questi due sistemi causando disturbi come obesità, diabete, disturbi autoimmuni, depressione, abuso di sostanze e disturbi cardiovascolari. Numerosi studi hanno però riscontrato gli effetti positivi dello yoga sulla regolazione dell'asse HPA e del SNS in risposta allo stress, ad esempio riducendo i livelli di cortisolo nella saliva (Michalsen et al., 2005), la frequenza cardiaca e la pressione sistolica e diastolica (Damodaran et al., 2002; McCaffrey, Ruknui, Hatthakit & Kasetsoomboon, 2005; Selvamurthy et al., 1998). Questi benefici, inoltre, col tempo rendono i praticanti di yoga maggiormente resistenti alle condizioni stressanti riducendo fattori di rischio per numerose patologie, nello specifico per i disturbi cardiovascolari (Parshad, 2004).

1.2 Effetti sul benessere e miglioramento dello stato di salute

La letteratura sullo yoga ha approfondito il ruolo di questa pratica nella promozione del benessere e della salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità". Seguendo questa definizione, è possibile valutare la salute e il benessere delle persone non solo identificando eventuali malattie o disturbi ma anche e soprattutto considerando gli indicatori positivi di salute, come ad esempio la resilienza (Hu, Zhang, & Wang, 2015; Lee et al., 2013), la speranza (Alarcon, Bowling, & Khazon, 2013) e la gratitudine (Davis et al., 2015). Questa prospettiva è riscontrabile nella Psicologia Positiva, che ha lo scopo di promuovere il benessere tramite l'utilizzo di tecniche e strumenti per lo sviluppo di emozioni positive, soddisfazione per la vita e crescita personale (Casellas-Grau, 2014): in quest'ottica, lo yoga può rappresentare una valida risorsa in quanto si pone lo stesso obiettivo.

Attualmente, però, la maggior parte (73.9%) degli studi pubblicati sui benefici dello yoga sono stati effettuati su persone con patologie fisiche o mentali (Cramer et al., 2014), nonostante da uno studio effettuato negli Stati Uniti su 4307 individui, distribuiti in 41 stati e selezionati casualmente dai corsi di Iyengar Yoga, sia emerso che solamente l'1.1% di essi presentava gravi problemi fisici o mentali (Ross, Friedman, Bevans, & Thomas, 2013). Una review di Hendriks, de Jong e Cramer (2017) si è posta quindi l'obiettivo di indagare gli effetti benefici dello yoga sulla salute mentale positiva (*Positive Mental Health*) di persone sane, intesa come uno stato di salute caratterizzato da benessere psicologico (funzionamento individuale positivo, auto-realizzazione), emotivo (felicità e soddisfazione) e sociale (funzionamento sociale positivo) (Keyes, 2002; Westerhof & Keyes, 2010). A partire da 1901 studi identificati, ne sono stati selezionati 17 per una meta-analisi quantitativa. Nonostante siano stati individuati 32 diversi indicatori di *positive mental health*, solo 4 di questi erano presenti in due o più studi: benessere psicologico, relazioni sociali, soddisfazione per la vita e *mindfulness*. Dall'analisi delle ricerche selezionate è emerso che lo yoga sembra avere effetti positivi sul benessere psicologico se confrontato con condizioni di controllo in cui non viene effettuato nessun intervento ma non sono stati trovati effetti sulla soddisfazione per la vita, sulla *mindfulness* e sulle relazioni sociali. Allo stesso modo, se confrontato con attività di *mindfulness* o attività fisica, non è stata riscontrata una

differenza significativa tra i gruppi. Gli autori evidenziano però i limiti della review, in particolare la difficoltà di trovare un numero consistente di studi focalizzati su *outcome* positivi di salute: infatti, solo il 5% delle ricerche si focalizza sugli indicatori positivi di salute e la maggior parte degli studi misura il benessere psicologico utilizzando questionari sulla qualità della vita che riflettono la visione della salute come assenza di malattia, allontanandosi quindi dal concetto di *Positive Mental Health*.

Come anticipato, le ricerche sullo yoga presentano una grande variabilità per quanto riguarda il tipo di pratiche, la durata e la frequenza delle sessioni, le caratteristiche demografiche del campione (compresa la presenza o meno di un disturbo fisico e/o mentale), il livello di esperienza, ecc. Anche in questo caso quindi, verranno presentati a titolo esemplificativo alcuni studi sugli effetti dello yoga sul benessere di soggetti sani per fornire una visione più specifica sulle modalità con cui lo yoga può essere praticato portando ad un aumento del benessere dei partecipanti. In uno studio effettuato in Iran (Hadi & Hadi, 2007), volto ad indagare i miglioramenti procurati dallo yoga sulla salute fisica e mentale e sul benessere di soggetti sani, i partecipanti hanno svolto delle sessioni di hatha yoga, composte da esercizi di respirazione, movimenti lenti, posizioni, meditazione e rilassamento per la durata di 6 mesi. I risultati hanno mostrato come questo tipo di attività abbia portato significativi miglioramenti nei punteggi del SF-36, questionario volto a misurare il livello di salute dei soggetti (Ware & Gandek, 1998), in tutte e 8 le aree indagate (vitalità, funzionamento fisico, dolore fisico, percezione generale di salute, funzionamento del ruolo fisico, funzionamento del ruolo emotivo, funzionamento del ruolo sociale, salute mentale) e anche nel punteggio totale relativo alle componenti sia fisiche che mentali.

Nell'articolo di Hadi e Hadi (2007) viene citato uno studio simile svolto in America da Lee, Mancuso & Charlson (2004) con l'obiettivo di indagare gli effetti dello yoga sul benessere di persone che non avevano mai provato questa disciplina. In questo caso le sessioni di yoga duravano circa un'ora per 2-3 volte a settimana e consistevano in esercizi di stretching, posture e meditazione. I risultati, ottenuti confrontando i dati raccolti all'inizio dello studio con quelli raccolti 3 mesi dopo la prima misurazione, hanno evidenziato miglioramenti nella qualità della vita legata alla salute, riduzione di sintomi depressivi, riduzione di tratti ansiosi e maggiore autoefficacia. In uno studio svolto da Oken et al. (2006) su soggetti di età compresa tra i 65 e gli 85 anni, sono state messe a confronto 3 condizioni: hatha yoga, esercizi di camminata e lista d'attesa per la durata di 6 mesi. I soggetti sono stati assegnati alle condizioni in

maniera randomizzata e hanno svolto le attività anche a casa. Lo studio ha dimostrato che un trial di 6 mesi di hatha yoga provoca miglioramenti significativi nella qualità della vita e nelle misure specifiche legate all'intervento (es. stare in equilibrio su una gamba). I risultati evidenziano, però, che entrambi i tipi di attività fisica, confrontati con la condizione della lista d'attesa, non hanno portato a particolari effetti sulle funzioni cognitive, come ipotizzato inizialmente sulla base della letteratura. Gli autori suppongono che la spiegazione di questo risultato possa consistere nel fatto che, essendo tutti i soggetti persone sane, non sia possibile ottenere un miglioramento significativo in uno studio della durata di soli 6 mesi. Al contrario, infatti, gli effetti benefici dell'attività fisica su pazienti anziani con depressione (Blumenthal et al., 1999; Khatri et al., 2001; Laurin et al., 2001) sono stati più coerenti con la letteratura che evidenzia effetti positivi dell'esercizio fisico sulle funzioni cognitive (Albert et al., 1995; Yaffe et al., 2001).

Un'indagine precedentemente citata (Ross, Friedman, Bevans, & Thomas, 2013), svolta su larga scala negli Stati Uniti, si è focalizzata invece sullo stato di salute dei praticanti yoga considerando questo fattore a 360 gradi, cioè prendendo in considerazione la salute fisica e psicologica sia per gli aspetti positivi che per quelli negativi. I partecipanti sono stati selezionati casualmente dalle classi di Iyengar yoga, scelte perché questo stile di yoga prevede un processo di certificazione degli insegnanti altamente strutturato e rigorosamente controllato che garantisce una pratica molto simile tra gli allievi: la maggior parte dei partecipanti ha riportato di praticare tutte le componenti dello yoga (es. posizioni, respirazione, meditazione).

Per quanto riguarda le caratteristiche legate alla salute, più dell'85% dei partecipanti ha valutato la propria salute come molto buona (46.3%) o eccellente (38.8%), nonostante il 60% riportasse una condizione di malattia cronica o grave presente o passata (es. ansia/attacchi di panico, depressione, artrite, ipertensione, mal di testa e asma). Il tasso di obesità nel campione era 4.9%, molto più basso rispetto al tasso di 35.7% presente nella popolazione generale degli USA (Fryar, Carroll & Ogden, 2012). Inoltre, il 43.3% ha riportato un passato da fumatore, mentre solo il 2% fumava ancora al momento in cui è stato svolto lo studio: anche in questo caso, il tasso è inferiore a quello presente nella popolazione generale, cioè il 21% di fumatori (Control and Prevention National Center for Health Statistics, 2010).

Per quanto riguarda il benessere psicologico, il 43.8% dei partecipanti è risultato essere in una condizione di *flourishing* (una condizione di elevato benessere

psicologico in continuo sviluppo), il 55.2% è risultato essere moderatamente sano e solo l'1.1% con gravi problematiche di salute mentale; nella popolazione generale le percentuali sono relativamente 21.6%, 58.7% e 12.1% (Keyes, 2002). I ricercatori hanno anche indagato la percezione dei partecipanti della relazione tra la pratica yoga e la loro salute: la maggior parte sosteneva che la pratica yoga avesse portato un miglioramento nella salute generale (89.5%), nella felicità (86.5%), nei livelli di energia (84.5%), nel sonno (68.5%), nelle relazioni interpersonali (67%) oltre a fornire un sostegno nel mantenimento del peso corporeo (57%) e nel miglioramento dell'alimentazione (47%). I risultati ottenuti da questo studio potrebbero essere dovuti all'effetto dell'auto-selezione, cioè alla maggiore tendenza degli individui sani a praticare yoga rispetto a persone con disturbi fisici e/o mentali: in questo caso, però, il 90.5% dei partecipanti che soffrivano o avevano sofferto in passato di una malattia cronica o grave sosteneva che la propria salute fosse migliorata proprio grazie allo yoga.

Inoltre, lo stato di salute dei partecipanti non sembra influire sulla loro percezione dei benefici della pratica yoga: se confrontati con i praticanti sani, infatti, coloro con patologie non erano meno inclini a sostenere che lo yoga avesse migliorato la loro salute, la dieta, il sonno, il peso e le altre variabili presentate in precedenza. Queste convinzioni, inoltre, erano più forti all'aumentare del tempo dedicato alla pratica yoga (numero di lezioni al mese, frequenza della pratica a casa, anni di pratica alle spalle): non è chiaro però se queste convinzioni siano la spinta a praticare per migliorare la propria salute o il risultato della pratica costante. In ogni caso, lo studio ha evidenziato come questi risultati siano abbastanza omogenei anche per quanto riguarda l'età, il genere e la razza dei partecipanti, nonostante il campione fosse composto principalmente da donne bianche con un elevato livello di istruzione.

Per quanto riguarda nello specifico la salute fisica, sono numerosi gli studi sui benefici dello yoga. Questa pratica infatti porta ad un miglioramento della salute generale grazie all'aumento della forza muscolare, della flessibilità, della circolazione sanguigna, della funzionalità ormonale (Hadi, Hadi, 2007) e dell'equilibrio (Sivaramakrishnan et al., 2019). Inoltre, aumenta la secrezione endogena di melatonina che a sua volta può essere responsabile dell'aumento del senso di benessere (Harinath et al., 2004) e fornisce un sostegno valido per gestire problemi legati al sonno (Wang et al., 2020). Le pratiche di *pranayama* migliorano le funzioni polmonari sia in persone malate (Ratarasarn & Kundu, 2020) che sane (Kupersmidt

& Barnable, 2019) mentre varie forme di yoga riducono i livelli di cortisolo (Fakharirad et al., 2020; Meier, Wirz, Dickinson & Pruessner, 2020; Rocha et al., 2012; Sullivan et al., 2019) oltre alla pressione arteriosa sistolica, la frequenza cardiaca e la sua variabilità (Pascoe, Thompson & Ski, 2017). Numerosi studi sono poi stati condotti per approfondire i potenziali benefici dello yoga per persone con patologie specifiche: ad esempio, è una pratica facilmente eseguibile per ridurre la fatica e la stanchezza nei pazienti con sclerosi multipla (Shohani, Kazemi, Rahmati & Azami, 2020), nei bambini con asma aiuta a ridurre stress e ansia, a migliorare la qualità della vita e la funzionalità polmonare (Lack, Brown & Kinse, 2020), in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (*chronic obstructive pulmonary disease, COPD*) le tecniche di respirazione migliorano la capacità di esercizio e la funzionalità polmonare (Cramer et al., 2019), in pazienti oncologici è risultato utile nel migliorare la qualità di vita complessiva, ridurre l'affaticamento, lo stress, l'angoscia, i disturbi del sonno e della cognizione dovuti ai trattamenti (Danhauer et al., 2019; Kreutz, Schmidt & Sterindorf, 2019).

Risulta quindi evidente come lo yoga possa essere un'utile strumento a supporto degli interventi per la promozione del benessere e della salute in quanto può portare numerosi benefici senza particolari preoccupazioni per "effetti collaterali", può essere svolto potenzialmente da persone di tutte le età e anche con diversi tipi di patologie e può essere modulato sulla base delle esigenze di ogni singolo individuo.

1.3 Riduzione dell'auto-oggettivazione e aumento della soddisfazione corporea nelle donne

Un ulteriore aspetto indagato in letteratura è la riduzione dell'auto-oggettivazione, in particolare per le donne, grazie alla pratica yoga. "Il filo conduttore che attraversa tutte le forme di oggettivazione sessuale è l'esperienza di essere trattato come un corpo (o una raccolta di parti del corpo) valutato principalmente per il suo uso (o consumo) da parte di altri" (Fredrickson & Roberts, 1997, pag. 174). Nella società attuale è il corpo femminile ad essere maggiormente oggettivato e sessualizzato, a partire dalle rappresentazioni dei media fino alle interazioni sociali, portando le donne ad essere valutate in base al loro aspetto fisico molto più di quanto accada agli uomini (Swim, Hyers, Cohen & Ferguson, 2001; Ward, 2003). Uno degli effetti di questo fenomeno è l'auto-oggettivazione: essa consiste nell'atto di osservare e valutare il proprio aspetto fisico da una prospettiva esterna e porta le donne a monitorare e modificare il proprio

aspetto per aumentare la propria attrattiva fisica in funzione dei maggiori benefici che questa porta nella vita quotidiana. Diversi studi hanno infatti evidenziato come i risultati in ambito sociale ed economico per le donne siano strettamente legati all'attrattività, diversamente da ciò che accade per il genere maschile (Davis, 1990; Marlowe, Schneider, & Nelson, 1996; Smith, Waldorf, & Trembath, 1990).

L'attenzione e la preoccupazione costanti dedicate all'apparenza fisica possono portare ad effetti negativi sulla salute psicologica: nello specifico, l'auto-oggettivazione può portare ad una maggiore vulnerabilità ad emozioni negative, quali vergogna ed ansia, nel momento in cui si valuta di non rispettare lo standard di bellezza desiderato (Fredrickson & Roberts, 1997). Una forte auto-oggettivazione è stata infatti associata ad un aumento di emozioni negative (Miner-Rubino, Twenge, & Fredrickson, 2002) e alla riduzione dell'autostima (Tolman, Impett, Tracy, & Michael, 2006), oltre ad una riduzione della salute sessuale (Hirschman, Impett, & Schooler 2006; Impett, Schooler & Tolman, 2006; Schooler, Ward, Merriwether, & Caruthers, 2005) e ad un aumento dei sintomi legati ai disturbi alimentari (Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn, & Twenge, 1998; Noll & Fredrickson, 1998).

Un modo per "combattere" l'auto-oggettivazione consiste nella promozione dell'*embodiment*. Con questo termine si intende la consapevolezza delle sensazioni corporee e la responsività ad esse (Impett, Daubenmier & Hirschman, 2006); come suggerito da Fredrickson & Roberts (1997), infatti, spostare il focus da come il corpo appare a ciò che il corpo può fare può portare ad esperienze corporee nuove e positive. Lo yoga, in quanto tecnica mente-corpo, può costituire uno strumento utile a favorire l'*embodiment*: questa pratica, infatti, enfatizza l'importanza di prestare attenzione alle proprie sensazioni corporee, ad esempio sincronizzando il respiro con i movimenti, portando i praticanti ad imparare a valutare e ad ascoltare i feedback ricevuti dal proprio corpo per utilizzarli come guida da seguire (Shiffmann, 2013).

Diversi studi hanno mostrato l'associazione tra praticare yoga e l'aumento di consapevolezza e responsività corporea. Ad esempio, in una ricerca svolta da Daubenmier (2005) sono state confrontate tre condizioni: pratica yoga, aerobica e controllo. I partecipanti del gruppo che praticava yoga sono stati selezionati tra gli iscritti ai corsi base di Iyengar e Ashtanga yoga in cui l'istruttore enfatizzava la consapevolezza corporea (es. coordinare il respiro con i movimenti e notare i cambiamenti del corpo prima, durante e dopo le posizioni); il gruppo di aerobica era composto da donne che partecipavano a lezioni di aerobica in diverse palestre e,

infine, il gruppo di controllo era costituito da donne che non praticavano yoga, aerobica o qualunque altra attività mente-corpo da almeno 2 anni. I risultati hanno mostrato un maggiore effetto benefico dello yoga, in confronto all'aerobica e al gruppo di controllo, sulle esperienze corporee delle partecipanti. Le donne che praticavano yoga, infatti, hanno riportato una minore auto-oggettivazione, una maggiore soddisfazione per l'aspetto fisico e minori comportamenti legati ai disturbi alimentari, oltre ad una maggiore consapevolezza e responsività corporea. Un altro studio (Impett, Daubenmier & Hirschman, 2006) ha esaminato la relazione tra la pratica yoga, il benessere, l'*embodiment* e l'auto-oggettivazione. I partecipanti (20 donne e 3 uomini) sono stati coinvolti in un programma della durata di 2 mesi in cui hanno svolto ogni settimana delle lezioni di yoga della durata di un'ora e mezza il giovedì, 2 ore il venerdì e 4 ore di sabato e domenica. Ogni fine settimana, compilavano un questionario che misurava le ore di yoga effettuate, l'*embodiment*, l'auto-oggettivazione e il benessere. I risultati hanno evidenziato una riduzione dell'auto-oggettivazione rispetto alla prima misurazione per le donne che avevano portato a termine tutto il programma: queste, infatti, hanno mostrato un minore interesse per come il loro corpo appariva ed un maggiore interesse su come il loro corpo le faceva sentire. Da questi studi emerge quindi l'effettiva presenza di effetti benefici dello yoga sulla riduzione dell'auto-oggettivazione da parte delle donne.

Come anticipato, l'auto-oggettivazione può avere come conseguenza l'insorgere di disturbi alimentari (Fredrickson et al., 1998; Noll & Fredrickson, 1998), cioè principalmente anoressia nervosa, bulimia nervosa e *binge eating*, oltre ad una serie di comportamenti che non rientrano nei criteri diagnostici ma sono ugualmente dannosi, come l'ossessione per il cibo sano o punizioni auto-inflitte (Bratman, 2017). Anche in questo caso, lo yoga può rappresentare uno strumento utile per contrastare questi disturbi, in associazione ad altre forme di terapia, data la sua potenziale capacità di portare alla connessione con il proprio corpo e alla sua accettazione (Boudette, 2006; Douglass, 2009). Una review sistematica svolta da Dominguez e Carmo (2019) ha indagato la relazione tra pratica yoga e disturbi alimentari, evidenziando una maggiore tendenza di chi pratica yoga ad avere sane abitudini alimentari, meno sintomi legati ai disturbi alimentari, una maggiore soddisfazione per il proprio corpo e una migliore percezione della propria immagine corporea: questa rassegna suggerisce che chi pratica yoga regolarmente da anni possa avere un minore rischio di sviluppare disturbi alimentari. Nonostante questo, rimane però da chiarire il "giusto dosaggio" per

evitare di incorrere in una maggiore prevalenza di disturbi alimentari in chi pratica yoga e in chi pratica altri sport; sono stati infatti riscontrati maggiori livelli di disturbi alimentari in campioni in cui le persone praticavano una quantità eccessiva di attività fisica (Le Grange & Eisler, 1993).

Per quanto riguarda invece l'insoddisfazione corporea, essa può avere un impatto negativo sulla qualità della vita (Wilson, Latner & Hayashi, 2013), oltre ad essere associata a bassa autostima, sintomi depressivi (Johnson & Wardle, 2005; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan, & Eisenberg, 2006), disturbi alimentari (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines, & Story, 2006) e aumento di peso eccessivo (Neumark-Sztainer et al., 2007). Alcuni aspetti su cui lo yoga si focalizza, come la promozione della consapevolezza corporea e l'auto-compassione, possono favorire la soddisfazione corporea (Cook-Cottone, 2016, Daubenmier, 2005; Douglass, 2010; Impett, Daubenmier, & Hirschman, 2006; Mahlo & Tiggemann, 2016). Un recente studio effettuato su un campione di 1664 soggetti facenti parte del progetto EAT (*Eating and Activity in Teens and Young Adults*) ha evidenziato una maggiore soddisfazione corporea per chi aveva praticato yoga almeno 30 minuti a settimana negli anni precedenti: questo risultato era ancora più evidente per i giovani adulti che precedentemente avevano una bassa soddisfazione per il proprio corpo (Neumark-Sztainer et al., 2018). Allo stesso modo, in uno studio precedente, circa l'85% dei partecipanti sosteneva che lo yoga avesse migliorato la propria soddisfazione corporea (Park, Riley & Braun, 2016). Anche in questo caso però risultano necessari maggiori approfondimenti sul giusto dosaggio necessario per ottenere dei miglioramenti (Cook-Cottone, 2013): in ogni caso, è stato possibile evidenziare che all'aumentare della pratica yoga aumenti anche la soddisfazione corporea (Neumark-Sztainer et al., 2018).

Data la presenza di numerose conseguenze negative dell'auto-oggettivazione e dell'insoddisfazione corporea sulla salute psicologica e fisica delle donne, come ad esempio la maggiore presenza di sintomi legati a disturbi alimentari (Noll & Fredrickson, 1998), risulta fondamentale riuscire a sviluppare e integrare nella vita quotidiana delle donne delle risorse volte a ridurre l'auto-oggettivazione al fine di promuovere una maggiore autostima, soddisfazione e consapevolezza corporea: una di queste possibili risorse potrebbe essere proprio lo yoga. I benefici di questa pratica però, nonostante siano supportati dalla letteratura, necessitano di maggiori approfondimenti.

CAPITOLO 2: LA SESSUALITÀ

Come anticipato, lo yoga sembrerebbe avere potenziali effetti benefici sulla sessualità, sia direttamente che indirettamente: questa relazione verrà maggiormente analizzata nel capitolo successivo ma, per poterla comprendere al meglio, risulta necessario approfondire questo aspetto del benessere. In questa sede verranno quindi presentate le variabili che incidono sulla soddisfazione sessuale e sui disturbi sessuali, verrà approfondita la relazione tra soddisfazione sessuale e benessere e, infine, l'effetto dell'auto-oggettivazione sulla soddisfazione sessuale.

2.1 I fattori associati alla soddisfazione sessuale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006) definisce la salute sessuale come “uno stato di benessere fisico, emotivo, psicologico e sociale in relazione alla sessualità; ... La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizione, discriminazione e violenza. Per raggiungere e mantenere la salute sessuale, i diritti sessuali di tutte le persone devono essere rispettati e protetti”. Il CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2012) include in questa definizione anche l'importanza della dimensione spirituale.

Una componente importante della sessualità è la soddisfazione sessuale, definita come il grado di soddisfazione che si prova per la propria vita sessuale (Pinney, Gerrard & Denney, 1987): questo aspetto non solo è un diritto sessuale (World Health Organization, 2010) ma è risultato essere un elemento importante per il benessere delle persone e per le relazioni interpersonali, in particolare per le donne (Laumann et al., 2006, Lindau et al., 2007). Infatti, una maggiore soddisfazione sessuale è risultata essere associata ad alti livelli di salute fisica e psicologica (Scott, Sandberg, Harper, & Miller, 2012), di benessere (Dundon & Rellini, 2010) e qualità di vita (Davison, Bell, LaChina, Holden, & Davis, 2009). Ci sono poi moltissime variabili associate ad una maggiore o minore soddisfazione sessuale che possono essere raggruppati seguendo il modello ecologico (Bronfenbrenner, 1994) secondo il quale lo sviluppo degli individui dipende dall'interazione tra le caratteristiche personali e l'ambiente circostante, comprese le condizioni sociali. Gli elementi che intervengono nella definizione del livello di salute sessuale possono infatti essere suddivisi in

microsistema, mesosistema, esosistema e macrosistema (Tab. 1, del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias & Sierra, 2014).

Henderson et al. (2009), ad esempio, hanno utilizzato questo modello per indagare quali fattori fossero associati alla soddisfazione sessuale in donne eterosessuali e omosessuali considerando come microsistema le caratteristiche individuali (es. genere, età, autostima), come mesosistema le relazioni intime (es. comunicazione, disfunzioni sessuali), come esosistema lo status sociale o le reti sociali (es. relazioni con la famiglia, supporto sociale) e come macrosistema i fattori sociali e istituzionali (es. credenze religiose) trovando una relazione tra depressione, omofobia internalizzata (per le donne omosessuali), soddisfazione per la relazione di coppia, funzionalità sessuale supporto sociale e soddisfazione sessuale.

Microsistema:

Salute mentale
Salute fisica (es. malattie, disabilità, esercizio fisico, menopausa, trattamenti medici)
Interventi chirurgici (es. circoncisione, vasectomia, isterectomia)
Gravidanza e tipo di parto
Utilizzo di sostanze psicoattive, tabacco e alcol
Benessere e qualità di vita
Personalità (es. egoismo, perfezionismo, capacità di risolvere i problemi)
Autostima, concetto di sé, concetto di sé sessuale, fiducia in sé stessi, immagine corporea, peso, BMI
Ruolo di genere, ruolo sessuale
Atteggiamenti, pensieri e senso di colpa in ambito sessuale, omofobia interiorizzata, utilizzo di pornografia, importanza attribuita al sesso
Abuso sessuale e stupro
Variabili sociodemografiche (es. età, genere, razza, orientamento sessuale, precedenti esperienze sessuali, numero di partner sessuali)

Mesosistema:

Relazione di coppia (es. soddisfazione per la relazione, intimità, impegno, amore, supporto del partner, comportamento relazionale reciproco, stabilità, stato civile, durata della relazione, comunicazione, risoluzione dei conflitti, infedeltà)
Attaccamento
Assertività sessuale
Funzionamento sessuale: desiderio, eccitazione, erezione, orgasmo
Disfunzioni sessuali, infertilità
Frequenza di rapporti sessuali, comportamento sessuale, ansia da prestazione, interesse e motivazione sessuale, propensione all'eccitazione, contraccettivi, lubrificante

Esosistema:

Supporto sociale, discriminazione
Relazioni familiari, affetto, responsabilità, parenthood
Stress (finanziario, familiare e lavorativo) status socio-economico e risorse

Macrosistema

Religione, Spiritualità
Conflitti culturali

Tabella 1: Variabili associate alla soddisfazione sessuale classificate secondo il modello ecologico

Sebbene la definizione di salute sessuale non si fermi alla semplice assenza di disturbi, non è possibile non considerare la presenza di questi ultimi nella popolazione. Infatti, da un recente studio svolto in Italia è emersa la presenza di un disturbo sessuale nel 33% dei pazienti, sia uomini che donne, che si sono rivolti al medico di base per problemi di salute generale. Più nello specifico, per gli uomini il problema maggiormente riportato era la disfunzione erettile (27% del campione) mentre per le donne era una bassa soddisfazione sessuale (65% del campione). Questo studio ha quindi evidenziando la necessità di porre maggiore attenzione alla funzionalità sessuale in quanto costituisce un serio problema di salute pubblica (De Rose, Gallo, Bini, Gattuccio, Chiariacò & Terrone, 2019). Infatti, la presenza di una disfunzione sessuale qualsiasi nelle donne (basso desiderio, disturbi dell'eccitazione, dolore) è fortemente associata ad una bassa soddisfazione fisica ed emotiva e a bassi livelli di felicità; per gli uomini, invece, la presenza di disfunzioni erettile o di basso desiderio sessuale riduce la qualità di vita. Anche in questo caso, i fattori che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi sessuali sono presenti sia a livello strettamente personale che sociale. In particolare, i fattori scatenanti possono essere divisi in biologici e psicosociali. I fattori biologici possono essere malattie (es. diabete mellito, sclerosi multipla), forte consumo di alcol, dipendenza cronica dall'alcol, forte consumo di sigarette (Bach, Wincze e Barlow, 2001), squilibri ormonali (Bartlik & Goldberg, 2000; Buvat et al., 2010), utilizzo di farmaci antidepressivi (Segraves e Balon, 2003) o ipersensibilità al dolore su base neurologica nelle donne (van Lankveld et al., 2010).

I fattori psicosociali possono essere invece suddivisi in fattori individuali e fattori relazionali. I fattori individuali sono costituiti da esperienze sessuali traumatiche, come lo stupro, l'abuso infantile o esperienze sessuali degradanti (Laumann, et al. 1999), da ansia e depressione (Forbes e Schniering, 2013; Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1998; Sbrocco, Weisberg, Barlow & Carter, 1997), dal livello di attivazione fisiologica (Meston & Gorzalka, 1995), dal livello di stress e spossatezza (Morokoff & Gilliland, 1993), da pensieri intrusivi sul proprio peso o aspetto fisico per le donne (Pujols, Seal & Meston, 2010) e dal senso di colpa per l'attività sessuale derivante dalla propria cultura o religione (Woo, Brotto & Gorzalka, 2011).

I fattori relazionali possono invece essere costituiti da problemi relazionali (Burri e Spector, 2011) come rabbia nei confronti del partner (Beck e Bozman, 1995) o preoccupazioni relative all'affetto del partner (Nobre e Pinto-Gouveia, 2008), dai pensieri relativi alla prestazione sessuale (Carvalho e Nobre, 2010) o da pensieri

negativi come la paura di una gravidanza o di contrarre l'AIDS (Reissing, Binik & Khalifé, 1999).

2.2 Il trattamento dei disturbi sessuali

I disturbi sessuali vengono normalmente affrontati sia con interventi cognitivi e comportamentali, che con interventi medici e farmacologici. La prima categoria di interventi comprende la terapia di coppia (Zimmer, 1987), la terapia sessuale sulla base delle indicazioni di Masters e Johnson (1970), interventi di riduzione dell'ansia come la desensibilizzazione sistematica (Wolpe, 1958), interventi psicoeducativi che prevedono di fornire ai pazienti materiale relativo alle tecniche sessuali (Emmelkamp, 2004), tecniche volte a modificare atteggiamenti e pensieri distruttivi e perfezionistici (Kring et al. 2017), l'addestramento alla comunicazione con il partner di ciò che si preferisce e di ciò che non piace in ambito sessuale (Rosen, Leiblum & Spector, 1994), e la masturbazione guidata (LoPiccolo e Lobitz, 1972).

Gli interventi farmacologici invece consistono principalmente nell'utilizzo di antidepressivi, nel caso in cui ci sia una diminuzione del desiderio causata dalla depressione o nel caso di eiaculazione precoce (Althof et al., 2010; Kring et al., 2017) nonostante questi farmaci possano causare a loro volta interferenze con la risposta sessuale, oppure nell'utilizzo di farmaci come il sildenafil (Viagra), il tadalafil (Cialis) o il vardenafil (Levitra) per la disfunzione erettile. Questa categoria di farmaci agisce però solamente sul sintomo del disturbo permettendo al paziente di ottenere un'erezione in seguito alla stimolazione sessuale (Eardley et al., 2010) ma senza risolvere il problema alla radice. Infatti, diversi uomini che utilizzano questo tipo di farmaci continuano a sperimentare una disfunzione erettile intermittente (Melnik, Soares & Nasello, 2008); inoltre, questi farmaci portano con sé diversi effetti collaterali che, soprattutto in uomini con malattie cardiovascolari, possono essere pericolosi per la salute.

Purtroppo, per il genere femminile non sono disponibili farmaci che supportino la funzionalità sessuale e i trial effettuati con i farmaci per la risoluzione di disturbi sessuali femminili non hanno fornito risultati promettenti (Laan, Everaerd & Both, 2005).

Risulta quindi evidente la complessità che caratterizza questo aspetto della vita di uomini e donne che, per quanto importante e pervasivo, viene ancora preso troppo poco in considerazione per le ricerche e gli interventi per la promozione della salute

(Higgins, Mullinax, Trussel, Davidson & Moore, 2001), nonostante sia comprovata la sua importanza per la qualità di vita delle persone. Verrà ora approfondito il forte legame tra soddisfazione sessuale e benessere.

2.3 Soddisfazione sessuale e benessere

Come anticipato, la soddisfazione sessuale è un elemento importante per il benessere fisico e psicologico delle persone essendo legata, per esempio, ad un migliore sviluppo relazionale e sessuale per i giovani (Blanck & Kuczynski, 2007; Wight, Parkes, Strange, Allen, Bonell & Henderson, 2008) e ad una maggiore stabilità relazionale e salute mentale per gli adulti (Ade-Ridder, 1990; Davison et al., 2009). Infatti, ad esempio, la soddisfazione sessuale è associata a bassi livelli di ansia per gli adolescenti e di depressione per gli adulti (Carcedo, Fernández-Rouco, Fernández-Fuertes, & Martínez-Álvarez, 2020) mentre, al contrario, le disfunzioni sessuali costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo della depressione (Atlantis & Sullivan, 2012).

Per quanto riguarda la felicità e la qualità di vita, una ricerca effettuata su 16.000 americani, sia uomini che donne, ha evidenziato come una maggiore frequenza di rapporti sessuali sia associata ad una maggiore felicità generale; addirittura, il passaggio da un rapporto sessuale al mese ad un rapporto sessuale a settimana ha generato un incremento di felicità pari a quello causato da un incremento di reddito di \$50.000 all'anno. Questo effetto sulla felicità era presente in persone di entrambi i generi, sia giovani che adulte (Blanchflower & Oswald, 2004). In un ulteriore studio, effettuato su un campione femminile, veniva chiesto alle partecipanti di valutare quanto fossero importanti per la loro felicità alcune attività svolte quotidianamente: il sesso ottenne la valutazione più alta tra tutte le attività proposte (Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz & Stone, 2004).

Inoltre, uno studio di Stephenson e Meston (2015) ha evidenziato come il benessere sessuale, in particolare lo stress legato alle difficoltà sessuali, sia un predittore della soddisfazione per la vita anche a prescindere dalla soddisfazione per la relazione in generale: questo significa che il benessere sessuale possa contribuire al benessere generale indipendentemente da altri fattori interpersonali. Questo risultato va a supporto del fatto che l'attività sessuale sia uno dei predittori più

importanti per la felicità soggettiva, come suggerito anche da ricerche precedenti (Killingsworth & Gilbert, 2010).

Il legame tra soddisfazione sessuale e maggiore qualità di vita è presente anche in persone con patologie di vario tipo (Flynn et al., 2016), come pazienti con il cancro (Mulhall, Incrocci, Goldstein, & Rosen, 2011), donne con disturbi mentali cronici (Davison & Huntington, 2010) o persone con una disabilità fisica (Taleporos & McCabe, 2002): questo può suggerire quanto questa componente della sessualità sia importante per il benessere nonostante la presenza di gravi condizioni di salute (Stephenson & Meston, 2015). Allo stesso modo, sono diversi gli studi che hanno riscontrato l'importanza della soddisfazione sessuale anche in persone anziane, che rimangono sessualmente attive anche fino ai 70/80 anni di età (Heywood et al., 2018; Laumann et al., 2006; Lindau et al. 2007): coltivare questo aspetto potrebbe contribuire ad un invecchiamento soddisfacente (Buczak-Stec, König & Hajek, 2019).

Inoltre, diverse ricerche mostrano come la soddisfazione sessuale, in quanto esperienza sessuale positiva, sia associata anche ad *outcome* di salute sessuale (es. capacità di proteggersi da gravidanze e malattie) (Higgins et al., 2001). Infatti, le donne che si masturbano sono maggiormente portate ad utilizzare contraccettivi e ad avere una comunicazione positiva con il/la partner rispetto a chi non si masturba (Hogart & Ingham, 2009). Allo stesso modo, donne e uomini che utilizzano vibratorii hanno una maggiore tendenza rispetto a chi non li utilizza a prendersi cura della propria salute sessuale effettuando più spesso visite ginecologiche e auto-palpazione dei testicoli come comportamenti preventivi (Herbenick, Reece, Sanders, Dodge, Ghassemi & Fortenberry, 2009; Reece, Herbenick, Sanders, Dodge, Ghassemi, Fortenberry, 2009).

È quindi importante sviluppare programmi di salute pubblica volti a promuovere la soddisfazione sessuale e a ridurre i messaggi negativi sulla sessualità che, in particolare nei giovani, suscitano un senso di colpa che è risultato essere legato ad un minore utilizzo di contraccettivi (Hynie, MacDonald & Marques, 2006; Moore & Davidson, 1997; Swanholm, 2007). Inoltre, in particolare per il genere femminile, è fondamentale abbattere le barriere culturali legate all'attività sessuale per favorire esperienze sessuali positive e costruttive che abbiano come risultato un aumento di comportamenti salutari come quelli presentati precedentemente, oltre ad una più alta qualità di vita. Per farlo, una delle opzioni preferenziali è sicuramente l'educazione sessuale, che è legata ad una maggiore salute sessuale (Farnam, Pakgothar,

Mirmohamadali, & Mahmoodi, 2008), tra cui una maggiore soddisfazione sessuale (Karimi, Dadgar, Afiat & Rahimi, 2013), ad un maggiore utilizzo di contraccettivi (Häggström-Nordin, Hanson & Tydén, 2002) e ad una minore presenza di malattie sessualmente trasmissibili (Westheimer et al., 2005). Oltre a questo però, soprattutto per quanto riguarda gli adulti, sarebbe auspicabile cercare strumenti aggiuntivi utili a favorire la soddisfazione sessuale.

2.4 Sessualità e auto-oggettivazione

Un ulteriore aspetto che influisce sulla soddisfazione e salute sessuale è l'auto-oggettivazione. La teoria dell'oggettivazione di Fredrickson e Roberts (1997) spiega come nelle società occidentali il corpo femminile sia considerato come un oggetto da guardare e giudicare e come questo fenomeno porti le donne non solo ad introiettare questa visione e a considerare sé stesse come oggetti, auto-oggettivandosi appunto, ma anche a sperimentare conseguenze negative a livello psicologico, come ad esempio maggiori emozioni negative (Miner-Rubino et al., 2002) o maggior presenza di sintomi legati ai disturbi alimentari (Fredrickson et al., 1998).

Gli autori della teoria dell'oggettivazione suggeriscono anche la possibilità di una maggiore presenza di disturbi nella sfera sessuale per le donne a causa dell'auto-oggettivazione: l'attività sessuale prevede nella stragrande maggioranza dei casi la presenza di un'altra persona che in qualche modo valuta il corpo del partner e questo contesto può enfatizzare l'auto-oggettivazione e le sue conseguenze negative (Steer & Tiggeman, 2008), in particolare per il genere femminile. A supporto di ciò, Meana e Nunnink (2006) hanno evidenziato una maggiore tendenza per le donne rispetto agli uomini a distrarsi durante l'attività sessuale a causa di pensieri sul proprio aspetto fisico; questa tendenza era predetta inoltre da una visione negativa del proprio corpo.

Risulta quindi possibile che la sessualità e la valutazione da parte delle donne delle proprie qualità sessuali possa essere influenzata dall'auto-oggettivazione (Wiederman, 2000); infatti, dalla letteratura emerge come la funzionalità sessuale femminile diminuisca in presenza di pensieri negativi sul proprio corpo durante l'attività sessuale (Steer et al., 2008). Il meccanismo che media la relazione tra auto-oggettivazione e sessualità sembra essere costituito dalla *body self-consciousness during sexual activity*, ovvero dall'auto-consapevolezza del proprio corpo durante l'attività sessuale (Dove & Wiederman, 2000). L'auto-oggettivazione porta infatti

all'auto-sorveglianza del corpo che provoca vergogna per l'aspetto fisico e ansia a causa dell'impossibilità, per la maggior parte delle donne, di rispecchiare gli standard inverosimili della società, promossi principalmente dai media (Claudat & Warren, 2014). L'ansia e la vergogna per il proprio corpo comportano a loro volta una maggiore auto-consapevolezza durante l'attività sessuale, cioè ad una focalizzazione eccessiva sulla propria apparenza fisica: questo comportamento è poi responsabile della diminuzione del funzionamento sessuale (Steer et al., 2008). Un elevato livello di auto-consapevolezza corporea durante l'attività sessuale è risultato essere associato anche ad una minore autostima e una minore assertività in ambito sessuale (*sexual esteem* e *sexual assertiveness*), ad una minore fiducia nel proprio funzionamento sessuale e ad un maggiore disimpegno emotivo dalle esperienze sessuali (Dove et al., 2000; Yamamiya, Cash, & Thompson, 2006).

Questo meccanismo, largamente supportato dalla letteratura (e.g. Claudat et al., 2014, Vandebosch & Eggermont, 2014), è in accordo con i modelli cognitivo-comportamentali delle disfunzioni sessuali (Purdon & Holdaway, 2006) e suggerisce l'importanza di considerare la consapevolezza del proprio corpo nel trattamento dei disturbi sessuali.

Per quanto riguarda la salute sessuale, l'auto-oggettivazione è risultata essere legata ad una sua riduzione portando, ad esempio, ad una minore assertività e autoefficacia in ambito sessuale e ad un uso meno coerente di preservativi e contraccettivi (Hirschman et al., 2006; Impett et al., 2006; Schooler et al., 2005). Una forte tendenza all'auto-oggettivazione è infatti risultata associata, sia direttamente che indirettamente, ad una minore capacità di negoziazione con un partner per l'utilizzo del preservativo a causa della riduzione della percezione di controllo durante l'attività sessuale e della vergogna per il proprio corpo (Littleton, Breitkopf, & Berenson, 2005).

Per far fronte alle problematiche sulla salute mentale e fisica delle donne derivanti dall'auto-oggettivazione e da una visione negativa del proprio corpo, alcuni ricercatori suggeriscono che approfondire gli aspetti positivi dell'immagine corporea potrebbe permettere di capire come proteggere le donne dalle conseguenze negative di questi fenomeni (Cash, 2004). Attualmente, il concetto di immagine corporea positiva prevede aspetti di apprezzamento, accettazione e amore verso il proprio corpo, di concettualizzazione più generale della bellezza, di investimento adattivo nell'aspetto fisico e di positività interiore (Tylka & Wood-Barcalow, 2015): questo concetto quindi non prevede solamente l'assenza di una visione negativa del proprio

corpo ma riflette una visione più ampia di come una donna può percepire il proprio corpo, soprattutto in senso positivo. Una recente ricerca (Grower & Ward, 2018) ha mostrato come le donne che apprezzavano maggiormente il proprio corpo presentavano anche maggiori livelli di assertività in ambito sessuale e soddisfazione sessuale, una maggiore presenza della convinzione di aver diritto al piacere sessuale, una maggiore sicurezza nel negoziare l'utilizzo del preservativo con un partner e minori livelli di *body self-consciousness* durante l'attività sessuale.

Questi risultati, in linea con la visione della salute e del benessere derivanti dalla psicologia positiva, suggeriscono la necessità di approfondire ulteriormente la visione positiva del proprio corpo e di investigare possibili strumenti o risorse utili a promuovere questa visione di sé, come ad esempio una maggiore focalizzazione sul funzionamento del proprio corpo piuttosto che sul suo aspetto esteriore (Alleva, Veldhuis & Martijn, 2016).

2.5 sessualità e tipo di relazione

La letteratura ha approfondito anche la rilevanza dello status relazionale per la sessualità femminile. Sembrerebbe infatti che il contesto relazionale sia un fattore determinante della funzionalità sessuale femminile (Witting et al., 2008): questo perché le donne danno molta importanza alle relazioni stabili come contesto per i comportamenti sessuali e perché, ovviamente, la presenza di un partner influenza la frequenza dei rapporti sessuali (Herbenick, Reece, Schick, Sanders, Dodge, & Fortenberry, 2010; Peplau, 2003).

La maggior parte della letteratura su questo argomento si focalizza però sulla rilevanza della soddisfazione per il rapporto di coppia e su altre caratteristiche relazionali piuttosto che sul confronto tra chi è all'interno di una relazione stabile e chi invece non lo è, nonostante da un sondaggio svolto su donne in una clinica ginecologica ambulatoriale sia emersa una minore soddisfazione sessuale per le donne single rispetto a quelle in una relazione romantica (Rosen, Taylor, Leiblum e Bachmann, 1993). Inoltre, le donne che non sono in una relazione stabile riportano maggiori problemi in ambito sessuale rispetto a coloro che sono impegnate in una relazione di coppia (Steer et al., 2008).

Questa differenza potrebbe essere dovuta, per esempio, alla precedentemente citata *body self-consciousness* durante l'attività sessuale. Infatti, le donne all'interno di

una relazione potrebbero essere meno concentrate sul proprio aspetto fisico durante l'attività sessuale grazie alla confidenza acquisita nel tempo con il partner (Wiederman, 2000). A sostegno di ciò, Steer et al. (2008) hanno riscontrato minori livelli di *body self-consciousness* durante l'attività sessuale per le donne con un partner esclusivo rispetto a coloro che non erano in una relazione. Allo stesso modo Claudat et al., 2014 hanno riscontrato una minore soddisfazione sessuale e un maggiore livello di preoccupazione per il proprio corpo durante l'attività sessuale nelle donne che non avevano un partner fisso.

Relativamente al contesto di coppia, invece, sono numerosi i fattori che intervengono nella soddisfazione sessuale. A titolo di esempio, la *self-disclosure* in ambito sessuale da parte dei membri della coppia favorisce le ricompense sessuali nella relazione e di conseguenza aumenta la soddisfazione sessuale (Byers & Demmons, 1999). Allo stesso modo, un maggiore impegno da parte dei membri della coppia porta ad un aumento della soddisfazione sessuale (Seiter, Quirk, Hardy, Zinbarg, Goldsmith & Pinosof, 2020). Inoltre, la soddisfazione sessuale si modifica nel corso di una relazione: per i primi anni tendenzialmente c'è un aumento di soddisfazione nella coppia che tende a diminuire progressivamente con il passare del tempo (Schmiedeberg & Schröder, 2016).

Risulta quindi evidente come questo aspetto relazionale sia molto rilevante per la soddisfazione ma anche molto vasto e complesso da analizzare: non c'è dubbio però che debba essere preso in considerazione nella valutazione della sessualità femminile.

CAPITOLO 3: YOGA E SESSUALITÀ

Come ampiamente presentato precedentemente, le ricerche effettuate sui benefici dello yoga hanno evidenziato numerosi effetti positivi sia sulla promozione della salute e del benessere che sul trattamento e sollievo da numerosi disturbi. Oltre ai benefici diretti già esposti precedentemente (riduzione dello stress e dell'ansia, miglioramento del sonno, della salute fisica e mentale, riduzione dell'auto-oggettivazione, ecc.), lo yoga sembra migliorare l'attenzione e la respirazione (Gupta, Khera, Vempati, Sharma, & Bijlani, 2006; Telles, Raghurai, Arankalle, & Naveen, 2008) e induce uno stato di rilassamento (Krishnamurthy & Telles, 2007; McCaffrey et al., 2005). Tutti questi fattori sono associati ad un miglioramento della risposta sessuale: risulta quindi evidente come lo yoga possa essere preso in considerazione anche come possibile soluzione alternativa o aggiuntiva ad altri trattamenti nella gestione di disfunzioni sessuali o insoddisfazione.

Nonostante questo, sono ancora pochi gli studi empirici relativi a questi temi (Brotto, Krychman & Jacobson, 2008; Brotto, Mehak & Lit, 2009) e la maggior parte delle ricerche effettuate è relativa ai disturbi sessuali maschili (Rakshith, Sinha & LA, 2017 per una review). Uno degli studi maggiormente citati in letteratura sui benefici dello yoga sulla salute sessuale, è quello svolto da Dhikav et al. (2007) che ha comparato la pratica yoga con l'utilizzo della Fluoxetina (Prozac) nel trattamento dell'eiaculazione precoce. La pratica yoga consisteva in posture, tecniche respiratorie e di rilassamento svolte per un'ora al giorno per la durata di 12 settimane. Dai risultati è emerso che tutti i pazienti che hanno svolto le sessioni di yoga hanno ottenuto miglioramenti nei tempi di eiaculazione (25-65% = buono, 13-34.2% = sufficiente) mentre i pazienti sottoposti a trattamento con Fluoxetina hanno ottenuto miglioramenti nell'82.3% dei casi. Lo yoga viene quindi suggerito come valida opzione non farmacologica per il trattamento di questo disturbo, in quanto consiste in una soluzione fattibile, sicura, efficace e accettabile dai pazienti.

In un secondo studio, sono stati riscontrati miglioramenti nei livelli di desiderio, soddisfazione per il rapporto, prestazione, fiducia, sincronizzazione con il partner, erezione, eiaculazione, controllo e orgasmo per 65 uomini (età 24-60 anni) che avevano partecipato ad un *yoga camp* svolgendo almeno un'ora di pratica al giorno. In questo caso le sessioni erano composte da posture scelte appositamente per il loro

effetto sui muscoli addominali e pelvici, sulle gonadi, sul sistema endocrino, sulla digestione, sui movimenti articolari e sull'umore (Dhikav et al., 2010b).

Per quanto riguarda il genere femminile, in uno studio di Dhikav et al. (2010a) è stato riscontrato un miglioramento significativo nelle funzionalità sessuali in seguito allo svolgimento di sessioni giornaliere di yoga da circa un'ora per la durata di 12 settimane. Il campione era costituito da donne sane di età inferiore ai 45 anni e le sessioni di yoga consistevano in posture e rilassamento; le posture (*asana*) erano state scelte con lo stesso criterio dello studio precedentemente citato. I miglioramenti sono stati riscontrati in tutte e sei le aree indagate utilizzando il *Female Sexual Function Index* (FSFI), cioè desiderio, eccitazione, lubrificazione, orgasmo, soddisfazione e dolore.

Un'ulteriore ricerca è stata invece effettuata su donne con sindrome metabolica, un disturbo che si presenta spesso in associazione con varie disfunzioni sessuali femminili. Le partecipanti allo studio sono state assegnate casualmente ai due gruppi: 12 settimane di yoga e lista d'attesa. L'intervento previsto per le donne del primo gruppo consisteva in un'ora di pratica due volte a settimana per 12 settimane ed era programmato per sviluppare forza, flessibilità ed equilibrio delle energie psicofisiche e comprendeva posture fisiche, esercizi di respirazione e di rilassamento o meditazione. Confrontate con il gruppo di controllo, le donne che avevano praticato yoga hanno riportato miglioramenti nell'*arousal* e nella lubrificazione. (Kim, Ryu, Kim & Song, 2013).

Sebbene gli studi empirici sui benefici dello yoga sulla sessualità di uomini e donne siano pochissimi, è possibile trovare un'ampia letteratura non empirica sull'argomento (Brotto et al., 2009) di cui verranno presentati alcuni esempi. La teoria alla base dello yoga prevede che in ogni individuo siano presenti 7 chakra principali, cioè fonti di energia che "governano" varie parti del corpo: secondo questa teoria, i disturbi fisici sarebbero dovuti al blocco dell'energia in uno dei sette chakra. In particolare, i disturbi sessuali sarebbero causati dall'energia bloccata nel primo o secondo chakra a partire dalla parte inferiore del corpo, cioè *muladhara* o *swadhisthana*, rispettivamente posizionati nel pavimento pelvico/area perineale e negli organi riproduttivi/plesso sacrale. Lo yoga ha l'obiettivo di liberare questa energia (*kundalini*) e favorire il suo flusso verso i chakra superiori tramite i canali energetici che li collegano (*nadi*) (Iyengar, 2001): il flusso della *kundalini* verso i chakra più alti, favorendo la consapevolezza di sé e rilasciando l'energia bloccata, dovrebbe favorire l'aumento del

piacere sessuale e della durata dell'attività sessuale, in particolare ritardando l'eiaculazione maschile (Francoeur, 1992).

Una delle tecniche per raggiungere questo obiettivo è, ad esempio, il *moola bandha*, cioè una contrazione dei muscoli perineali che stimola il sistema sensoriale (sensory motor) e il sistema nervoso autonomo nella regione pelvica. Questa tecnica è simile agli esercizi di Kegel (Kraftsow, 1999) che consistono nella contrazione ripetuta dei muscoli del pavimento pelvico volta a rafforzare i muscoli che sostengono la vagina, il retto e l'uretra (Kegel, 1948). Il *moola bandha* invece rinforza l'attività del sistema parasimpatico e del sistema nervoso simpatico, oltre ad avere effetti benefici sia sugli uomini (es. prevenzione di ernia inguinale) che sulle donne (riduzione delle difficoltà legate al sesso) (Buddhananda, 2007) grazie alla sua capacità di allungare i muscoli, migliorare la circolazione, equilibrare, stimolare e ringiovanire l'area del pavimento pelvico (Kraftsow, 1999).

Swami Satyananda Saraswati (1996) e B.K.S Iyengar (2001), fondatori rispettivamente della Bihar School of Yoga e della Ramamani Iyengar Memorial Yoga Institute in India, hanno suggerito più volte nelle loro sessioni di insegnamento delle combinazioni di *asana*, *pranayama*, *Mudra* e *Bandha* per prevenire disfunzioni sessuali e favorire la salute sessuale. Chheda e Khan (2004), inoltre, hanno fornito un video per mostrare una routine di pratica yoga volta ad aumentare la circolazione sanguigna negli organi genitali, alleviare i problemi mestruali e migliorare la funzionalità sessuale di uomini e donne.

Come anticipato, sono numerose le motivazioni per supporre la presenza di effetti benefici derivanti dalla pratica yoga al fine di ridurre i disturbi sessuali e promuovere la salute sessuale; nonostante ciò, l'esigua quantità di studi empirici sull'argomento non consente di stabilire un'effettiva relazione tra la pratica yoga e un maggior benessere sessuale. Inoltre, come presentato nel secondo capitolo, la soddisfazione sessuale è un elemento molto importante per il benessere generale delle persone (Laumann et al., 2006, Lindau et al., 2007) ed è a sua volta influenzata da diversi aspetti legati alla salute come lo stress, l'ansia, il benessere generale, la salute fisica, l'auto-oggettivazione, ecc. (del Mar Sánchez-Fuentes et al., 2014): relativamente a queste componenti della salute, diversamente dalla sessualità, la letteratura fornisce ampio supporto ai benefici apportati dallo yoga. Risulta quindi necessario approfondire le potenzialità della pratica yoga nel promuovere una

maggior soddisfazione sessuale grazie all'azione diretta e indiretta su differenti aspetti legati al benessere sessuale.

CAPITOLO 4: LA PRESENTE RICERCA

4.1 Obiettivo e ipotesi

La letteratura presentata nei capitoli precedenti suggerisce un possibile effetto positivo della pratica yoga sulla soddisfazione sessuale delle donne sia direttamente, ad esempio migliorando il tono dei muscoli del pavimento pelvico, sia indirettamente ad esempio riducendo lo stress o migliorando la salute delle praticanti. Nonostante ciò, il materiale disponibile sulla relazione tra soddisfazione sessuale e pratica yoga è principalmente di tipo qualitativo e gli studi empirici su questo argomento sono pochi ed effettuati principalmente sulla popolazione maschile: questo accade sebbene la maggior parte delle persone che praticano yoga facciano parte del genere femminile (Newcombe, 2007).

Sulla base di queste premesse, l'obiettivo della ricerca è quindi indagare se praticare yoga possa essere associato alla soddisfazione sessuale delle donne, considerando altre variabili intervenienti come lo stress, l'umore, la *mindfulness* e l'auto-oggettivazione e confrontando chi pratica yoga con chi pratica altri sport e con chi non pratica nessuna attività sportiva. È stato ipotizzato che lo yoga fosse associato a maggiori livelli soddisfazione sessuale, umore positivo e *mindfulness* e a minori livelli di stress e auto-oggettivazione. Si è poi ipotizzato che queste associazioni per chi pratica yoga fossero simili o più forti rispetto a chi pratica altri sport e a chi non pratica attività sportive.

Sono stati quindi valutati tre diversi modelli di regressione, uno per ogni variabile relativa alla sessualità: soddisfazione sessuale (Modello 1), funzionalità sessuale (modello 2) e soddisfazione di coppia (modello 3) considerando come variabili di controllo l'età, lo sport, la presenza del partner e il livello di salute. Successivamente, sono stati testati dei modelli di mediazione che considerano anche l'effetto mediatore di stress, umore e *mindfulness* nella relazione tra pratica yoga e sessualità.

4.2 Metodo

4.2.1 Partecipanti e procedura

Partecipanti:

Il questionario è stato compilato da 422 donne: ai fini della ricerca sono stati presi in considerazione solamente i dati delle partecipanti che hanno compilato il questionario almeno per il 30%. Più nello specifico, il 46.9% (198 donne) delle 422 partecipanti iniziali ha completato il questionario per intero mentre il 26% (110 donne) non è rientrato nella percentuale minima di completamento del questionario.

Il campione finale è quindi costituito da 312 partecipanti di genere femminile con età compresa tra i 18 e i 74 anni ($M= 39.99$, $ds= 14.34$).

Relativamente al livello massimo di istruzione raggiunto, 89 partecipanti non hanno risposto. Delle 223 restanti rispondenti, il 3.6% ha il diploma di scuola media, il 40.8% ha il diploma di scuola superiore, il 20.6% ha una laurea triennale, il 28.7% ha una laurea magistrale e il 6.3% ha un altro titolo di studio (es. master post laurea, diploma di qualifica, PHD, diploma professionale).

Visto che il 92.2% delle partecipanti si dichiara eterosessuale, da qui in poi ci si riferirà al partner solo in termini maschili per questione di scorrevolezza del testo. Il restante 8% si suddivide abbastanza equamente tra bisessuali, omosessuali, chi ha preferito non rispondere e chi ha indicato "Altro".

Per quanto concerne la situazione sentimentale delle partecipanti, il 74.6% ($N = 176$) ha un partner mentre il restante 25.4% ($N = 60$) non ce l'ha. Di seguito una tabella riassuntiva del tipo di relazioni (Tab. 2).

Tipo di relazione	Frequenza	Percentuale valida
Altro (specificare)	9	4.0
Fidanzata	33	14.7
In una relazione	56	24.9
Separata/divorziata	11	4.9
Single	45	20.0
Sposata	68	30.2
Vedova	3	1.3
Totale rispondenti	225	100.0

Tabella 2: Frequenze dei tipi di relazione.

Delle donne che dichiarano di avere un partner, il 70.3% (N = 124) ha convissuto con esso durante la quarantena mentre il 29.7% (N = 52) ha passato la quarantena a distanza. Tra le donne che non hanno convissuto con il partner durante la quarantena, 21 (40.4%) hanno sopperito alla distanza con soluzioni alternative come sesso telefonico o sextoys a distanza, mentre le restanti 31 (59.6%) hanno sospeso l'attività sessuale di coppia.

In generale poi, 102 donne hanno risposto che la vita sessuale di coppia sia rimasta simile al periodo precedente alla quarantena, 32 che è peggiorata e 37 che è migliorata (rispondenti N = 171).

Infine, una tabella riassuntiva delle condizioni di salute delle partecipanti, valutata su una scala a 4 livelli (Tab. 3).

Salute	Frequenza	Percentuale valida
Scadente	8	3.6
Discreta	45	20.1
Buona	137	61.2
Eccellente	34	15.2
Totale rispondenti	224	100.0
Mancante	88	
Totale	312	

Tabella 3: Frequenze dei diversi livelli di salute.

Procedura:

La ricerca è stata svolta tramite la somministrazione di un questionario generato con Qualtrics che è stato poi somministrando online grazie alla collaborazione di alcuni centri Yoga italiani, alcune associazioni (in particolare Associazione Iyengar Yoga che ha condiviso il questionario nella sua newsletter) e pubblicando il link del questionario su gruppi Facebook dedicati allo yoga ed altre attività sportive, in modo da poter fare un confronto tra gruppi.

È stato scelto di svolgere la ricerca solo sul genere femminile in quanto questo compone circa il 70-90% delle classi di yoga e delle insegnanti (Newcombe, 2007), oltre che per la mancanza di studi su questa popolazione: per questo motivo gli item e le istruzioni delle scale utilizzate sono stati declinati tutti al femminile.

Il consenso informato è stato richiesto sia all'inizio del questionario, presentando gli obiettivi generali della ricerca, cioè l'intenzione di indagare la relazione tra stile di vita e benessere, che alla fine, specificando l'intenzione di valutare la presenza di una relazione tra yoga e soddisfazione sessuale.

4.2.2 Misure

Stress. La scala 10-item Perceived Stress Scale (PSS; Sheldon Cohen, 1994) misura lo stress percepito ed è composta da 10 item che consistono in domande relative a pensieri e sentimenti avuti durante l'ultimo mese (es. Nell'ultimo mese, quanto spesso ti sei sentita nervosa e "stressata"?). Per ogni domanda, i soggetti rispondono indicando quanto spesso si sono sentiti come richiesto nella domanda utilizzando una scala Likert a 5 punti (0 = "mai"; 4 = "molto spesso"). Il punteggio totale viene calcolato sommando i punteggi di ogni singola risposta, invertendo i punteggi delle domande 4, 5, 7 e 8. A punteggi più alti corrispondono livelli più alti di stress. Non essendo disponibile una versione italiana, la scala è stata tradotta da due ricercatori in modo indipendente.

La scala 10-item Perceived Stress Scale ha dimostrato di avere un'alta coerenza interna con un alpha di Cronbach di $\alpha = .89$.

Umore. Il 20-item Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson & Clark, 1999) è una scala composta da 10 item relativi a stati d'animo positivi (es. rilassata, attiva) 10 item relativi a stati d'animo negativi (es. irritabile, colpevole). Per ogni item, il soggetto deve indicare la misura in cui si sono sperimentati gli stati d'animo indicati, durante l'ultimo mese, utilizzando i valori da 1 a 5 (1 = "molto poco/per niente"; 5 = "Estremamente"). Si ottengono due punteggi finali, uno per gli stati d'animo positivi e uno per gli stati d'animo negativi, entrambi ottenuti sommando i punteggi degli item relativi alle due sottoscale: per entrambi il punteggio va da 10 a 50, dove un maggior punteggio indica una maggiore presenza dello stato d'animo preso in considerazione. La coerenza interna per le due sottoscale ha un alpha di Cronbach di $\alpha = 0.91$ per la scala positiva e da $\alpha = .89$ per la scala negativa.

Mindfulness. La Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007) consiste in una scala di 12

item volti a rilevare un'ampia concettualizzazione della mindfulness. Per ogni item, il soggetto deve indicare quanto spesso si è sente nel modo descritto utilizzando una scala likert a 4 punti (1 = “per niente/raramente”; 4 = “quasi sempre”). Il punteggio finale viene calcolato sommando i punteggi dei singoli item dopo aver invertito gli item 2, 6 e 7. Più alto è il punteggio, più alto è il livello di *mindfulness*. È stata utilizzata la versione italiana di Veneziani e Voci (2015).

L'alpha di Cronbach della CAMS-R è di $\alpha = .84$.

Soddisfazione sessuale. La New Sexual Satisfaction Scale (NSSS; Štulhofer, Buško & Brouillard, 2010) è una scala multidimensionale a 20 item che misura la soddisfazione sessuale. Prevede due sottoscale: una relativa alle esperienze e sensazioni personali e l'altra relativa ai comportamenti e attività sessuali del partner. Ogni item consiste in un aspetto della sessualità (es. la concentrazione durante l'attività sessuale); il soggetto deve indicare il livello di soddisfazione per ogni item tramite una scala likert a 5 punti (1 = “per niente soddisfatta”; 5 = “estremamente soddisfatta”). Il punteggio finale viene calcolato sommando i punteggi di ogni item: a punteggi più alti corrisponde una maggiore soddisfazione sessuale.

Non essendo disponibile una versione italiana, la scala è stata tradotta da due ricercatori in modo indipendente.

La coerenza interna della *New Sexual Satisfaction Scale* è elevata sia per la prima sottoscala relativa alle esperienze personali ($\alpha = .95$) che per quella relativa alle esperienze sessuali in coppia ($\alpha = .94$).

Funzionalità sessuale. Il Female Sexual Functioning Index (FSFI; Rosen et al., 2000) è uno degli strumenti diagnostici più diffusi per lo studio delle disfunzioni sessuali femminili e per il monitoraggio dei trattamenti (Meston, 2003). Consiste in un questionario self-report compost da 19 item che indagano sei aree della sessualità femminile: desiderio, eccitazione, lubrificazione, soddisfazione, orgasmo e dolore sessuale. Ogni area viene valutata con un punteggio da 0 a 5; questi punteggi vengono sommati per ottenere i punteggi finali di ogni sottoscala. Punteggi più alti corrispondono ad un maggiore livello dell'aspetto indagato. Nella presente ricerca sono state escluse le domande relative all'area del dolore sessuale e della lubrificazione in quanto non strettamente rilevanti per le ipotesi sviluppate. È stata utilizzata la versione italiana (Filocamo et al., 2014).

I coefficienti alfa di Cronbach per i punteggi delle sottoscale sono tutti elevati: $\alpha = .90$ per la sottoscala “desiderio”, $\alpha = .97$ per la sottoscala “eccitazione”, $\alpha = .95$ per la sottoscala “orgasmo” e $\alpha = .95$ per la sottoscala “soddisfazione”.

Soddisfazione sessuale nella coppia. L' Index of Sexual Satisfaction (ISS; Hudson, 2013) è un questionario di 25 item che misura la soddisfazione sessuale all'interno della coppia. Ogni item consiste in un'affermazione relativa alla relazione sessuale con il/la partner (es. Sento che la mia vita sessuale è carente in termini di qualità); il soggetto deve indicare quanto spesso si riconosce in ogni affermazione utilizzando una scala likert a 7 punti (1 = “mai”; 7 = “sempre”). Il punteggio finale, calcolato sommando i punteggi dei singoli item dopo le dovute inversioni di punteggi, va da 0 a 100 con valori più alti corrispondenti ad una maggiore soddisfazione nella coppia. Sono inoltre presenti due cut-off: oltre un punteggio di 30 sono presenti problematiche a livello clinico mentre un punteggio superiore a 70 indica la presenza di una condizione relazionale grave, con la possibile presenza di violenza.

Non essendo disponibile una versione italiana, la scala è stata tradotta da due ricercatori in modo indipendente.

L'Index of Sexual Satisfaction ha mostrato di possedere un'elevata coerenza interna ($\alpha = .95$).

Auto-oggettivazione. Il Self-Objectification Questionnaire (SOQ; Noll & Fredrickson, 1998) consiste in 12 attributi corporei che il soggetto deve classificare in base all'importanza che questi hanno sul suo concetto di sé. Per questa ricerca è stata utilizzata la versione a 10 item che prevede come attributi corporei: coordinazione fisica, salute, peso, forza, *sex appeal*, attrattività fisica, livello di energia, muscoli sodi/scolpiti, livello di forma fisica, misure (es. petto, vita, fianchi). I valori attribuibili vanno da 0 a 9 (0 = “il meno importante”; 9 = “il più importante”). Gli item riguardano sia l'apparenza che la competenza. Il punteggio finale si ottiene sommando tra loro gli item delle due categorie e sottraendo il punteggio per la categoria “competenza” a quella dell' “apparenza”. Il punteggio può andare da -25 a 25, con punteggi più alti che indicano una maggiore enfasi sull'apparenza, cioè un maggior livello di auto-oggettivazione. Non essendo disponibile una versione italiana, la scala è stata tradotta da due ricercatori in modo indipendente.

Questa scala ha mostrato di non avere coerenza interna ($\alpha = .21$).

Salute. È stato utilizzato un singolo item per misurare la percezione della propria salute (Kaplan & Camacho, 1983). L'item è "diresti che la tua salute è.." con 4 possibilità di risposta: "eccellente", "buona", "discreta", "scadente". Questa scala è stata validata in italiano all'interno dello studio Health Behaviors in School-aged Children (HBSC).

In aggiunta a queste scale, sono state inserite all'inizio del questionario delle domande relative al tipo e alle modalità della pratica yoga (da quanto tempo, quante volte a settimana, durata media di ogni sessione di yoga, stile di yoga, pratiche incluse, pratica a casa e livello di competenza, modalità di pratica) e di altri eventuali sport (quale e da quanto tempo, quante volte a settimana, durata di ogni sessione, modalità di pratica); nella sezione finale del questionario, invece, sono state richieste le informazioni demografiche (genere, situazione sentimentale, durata dell'eventuale relazione, livello di istruzione, orientamento sessuale, menopausa, altezza e peso).

A causa della quarantena imposta per il Covid-19 nel periodo marzo-maggio 2020, sono state aggiunte una serie di domande per rilevare eventuali cambiamenti nell'attività fisica e sessuale tra il periodo precedente alla quarantena e quello in concomitanza e successivo ad essa. In particolare, per quanto riguarda lo yoga, si è presa in considerazione la possibilità che le partecipanti non potessero più svolgere questa attività o avessero iniziato a praticare a casa: per questo motivo, nel questionario viene richiesto di specificare se e quanto si praticava yoga prima della quarantena, se e quanto lo si è praticato durante e dopo il periodo di *lock-down* e con quali modalità (es. corsi online, applicazioni, in autonomia, ecc.). Relativamente all'attività sessuale, invece, è stato considerato che molte delle partecipanti non abbiano potuto passare la quarantena insieme al/alla partner e quindi l'attività sessuale si sia necessariamente modificata, allo stesso modo in cui potrebbe essersi modificata a causa della convivenza costante forzata: sono state quindi aggiunte delle domande filtro per verificare se le partecipanti abbiano passato la quarantena con il/la partner e, in caso non l'avessero passata insieme, se abbiano cercato un modo per compensare la distanza fisica (es. sesso telefonico, *sextoys* a distanza, ecc.). Infine, è stato richiesto di valutare se la vita sessuale di coppia fosse migliorata, peggiorata o rimasta simile al periodo precedente alla quarantena.

4.3 Analisi dei dati

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando i programmi statistici SPSS e Jamovi (per le analisi di mediazione).

Come prima cosa è stata effettuata un'analisi descrittiva del campione comprendente sia una sintesi delle caratteristiche demografiche delle partecipanti che l'andamento delle variabili considerate ai fini della ricerca. Successivamente sono state analizzate le differenze tra gruppi da diversi punti di vista:

- è stato effettuato un t-test per campioni indipendenti con l'obiettivo di indagare se fosse presente una differenza di soddisfazione sessuale (valutata con 3 variabili differenti), stress, umore positivo e negativo, *mindfulness* e auto-oggettivazione tra chi pratica yoga e chi non lo pratica;
- è stato effettuato un test di Bonferroni per confronti multipli al fine di valutare se fossero presenti differenze tra chi pratica yoga, chi pratica sport, chi pratica entrambi e chi non pratica niente relativamente a tutte le variabili precedentemente citate;
- sono state analizzate le differenze nella soddisfazione sessuale in base al tempo passato da quando si è iniziato a praticare yoga, allo stile di yoga, all'inclusione della meditazione all'interno della pratica, al livello di esperienza e alla frequenza di pratica settimanale (considerando solo due categorie: "meno di due volte a settimana" e "più di due volte a settimana").

In seguito, sono state analizzate le matrici di correlazione tra le variabili precedentemente citate e sono stati valutati i modelli di regressione lineare coerentemente con le ipotesi principali della ricerca.

Infine, sono stati generati dei modelli lineari di mediazione che prevedono l'effetto mediatore di stress, umore e *mindfulness* nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata sia con la prima sottoscala della NSSS (*New Sexual Satisfaction Scale*) che con il FSFI (*Female Sexual Functioning Index*), desiderio, orgasmo ed eccitazione.

CAPITOLO 5: RISULTATI DELLA RICERCA

In questo capitolo verranno presentati i risultati delle analisi descrittive, i confronti tra gruppi, le correlazioni, le regressioni e, infine, le analisi di mediazione.

5.1 Statistiche descrittive

Verranno ora esposte le statistiche descrittive relative alle variabili prese in esame ai fini della ricerca e sui cui sono focalizzate le ipotesi. In particolare, verranno presentate le statistiche descrittive relative alle variabili della sfera sessuale, quelle relative all'attività praticata e alle caratteristiche della pratica yoga e quelle relative alle variabili mediatrici.

5.1.1 Variabili della sfera sessuale

Variabili	N	Media	DS	Range punteggio
Soddisfazione sessuale (Prima sottoscala)	260	30.95	10.31	0 – 50
Soddisfazione sessuale (Seconda sottoscala)	199	35.51	9.31	0 – 50
Soddisfazione sessuale totale	260	58.13	27.77	0 – 100
FSFI – Desiderio	237	5.48	1.99	0 – 10
FSFI – Eccitazione	237	11.25	6.95	0 – 20
FSFI – Orgasmo	237	8.89	5.48	0 – 15
FSFI – Soddisfazione	237	7.53	5.70	0 – 15
Soddisfazione sessuale di coppia	158	27.35	18.70	0 – 100

Tabella 4: Numerosità, medie, deviazioni standard e range di punteggi per variabili relative alla sessualità.

Per ciò che concerne le variabili relative alla sessualità (Tab. 4), le partecipanti hanno riportato un punteggio medio di soddisfazione sessuale di 30.95 (10.31) per la prima sottoscala della NSSS e di 35.51 (9.31) per la seconda sottoscala; la soddisfazione sessuale totale valutata con la stessa scala invece registra un punteggio medio di 58.13 (27.77), tenendo presente che essa comprende la somma delle precedenti sottoscale ma la seconda sottoscala è stata compilata solo da chi ha un partner.

Il desiderio ottiene invece un punteggio medio di 5.48 (1.99), l'eccitazione un punteggio medio di 11.25 (6.95), l'orgasmo un punteggio medio di 8.89 (5.48) e la soddisfazione un punteggio medio di 7.53 (5.70). Infine, 27.35 (18.70) è il punteggio medio della soddisfazione sessuale di coppia che prevede un punteggio finale che va da 0 a 100, con valori più alti che indicano un maggior livello di problematiche a livello sessuale nella coppia: il valore 30 rappresenta il primo *cut-off* oltre il quale i punteggi rappresentano la presenza di problematiche a livello clinico.

5.1.2 Attività fisica praticata e caratteristiche della pratica yoga

In questa sezione vengono presentate le tabelle riassuntive delle statistiche relative al tipo di attività fisica svolta e alle caratteristiche della pratica yoga.

Attività praticata	Frequenza	Percentuale
Solo yoga	63	20.2
Solo sport	132	42.3
Yoga & sport	71	22.8
Niente	46	14.7
Totale	312	100.0

Tabella 5: Frequenze relative al tipo di attività praticata.

Le frequenze riguardanti il tipo di attività svolte dalle partecipanti alla ricerca indicano che il 20.2% pratica solo yoga, il 42.3% pratica solo sport, il 22.8% pratica sia yoga che un altro sport e il 14.7% non pratica nessuna attività fisica (Tab. 5).

Di seguito, sono presenti le statistiche relative alla frequenza settimanale della pratica yoga (Tab. 6), alla durata di ogni sessione (Tab. 7), alle modalità utilizzate per praticare (Tab. 8), alle tecniche incluse nella pratica (Tab. 9) e allo stile yoga utilizzato.

Frequenza settimanale di yoga	Frequenza pre quarantena n (%)	Frequenza post quarantena n (%)
1 volta a settimana	25 (18.7)	7 (5.2)
Da 2 a 3 volte a settimana	43 (32.1)	41 (30.6)
Da 4 a 6 volte a settimana	27 (20.1)	38 (28.4)
Meno di una volta a settimana	3 (2.2)	10 (7.5)
Non praticavo yoga	17 (12.7)	4 (3.0)
Più di 6 volte a settimana	19 (14.2)	34 (25.4)
Totale rispondenti	134 (100)	134 (100)

Tabella 6: Frequenza di pratica settimanale di yoga, prima della quarantena (N = 134), e durante e dopo (N = 134).

Durata sessione pre quarantena	Frequenza pre quarantena n (%)	Frequenza post quarantena n (%)
Da 10 a 30 minuti	6 (5.1)	12 (9.3)
Da 30 a 60 minuti	41 (35.0)	54 (41.9)
Da 60 a 90 minuti	54 (46.2)	48 (37.2)
Oltre i 90 minuti	16 (13.7)	15 (11.6)
Totale rispondenti	117 (100)	129 (100)

Tabella 7: Durata di ogni sessione di yoga, prima della quarantena (N = 117), e durante e dopo (N = 129).

Nella domanda relativa alle modalità con cui si pratica yoga era possibile scegliere più opzioni contemporaneamente, per questo motivo nella tabella 8 la somma delle frequenze percentuali non è 100. Inoltre, nella domanda relativa al periodo durante e dopo la quarantena sono state escluse le risposte “Centro yoga” e “Palestra” a causa della chiusura di queste strutture.

Modalità di pratica yoga	Frequenza pre quarantena n (%)	Frequenza post quarantena n (%)
Centro yoga	80 (68.3)	-
Palestra	15 (12.8)	-
Autonomia	55 (47)	75 (56)
Corsi e lezioni online	31 (26.5)	95 (70.9)
Con un'app	5 (4.3)	12 (9)
Altro	5 (4.3)	29 (21.6)
Totale rispondenti	117 (100)	134 (100)

Tabella 8: Modalità con cui si è praticato yoga prima della quarantena (N = 117) e durante e dopo (N = 134).

Come per la modalità con cui si pratica yoga, anche per le tecniche incluse nella pratica yoga era possibile indicare più opzioni contemporaneamente. Il numero di partecipanti che hanno risposto alla domanda è 134. Di queste, il 98.5% (132 donne) include nella sua pratica le posizioni (asana), il 53.7% (72 donne) include la meditazione, il 48.3% (66 donne) include mudra e banda, l'81.3% (109 donne) include tecniche di rilassamento e il 91% (123 donne) include anche le tecniche respiratorie nella propria pratica.

Di seguito è presentata la tabella riassuntiva delle frequenze in base al livello di esperienza nella pratica yoga (Tab. 9).

Livello di esperienza nella pratica yoga	Frequenza	Percentuale valida
Avanzato	18	13,4
Intermedio	28	20,9
Intermedio-avanzato	35	26,1
Principiante	24	17,9
Principiante-intermedio	29	21,6
Totale rispondenti	134	100,0

Tabella 9: frequenze dei livelli di esperienza delle praticanti yoga.

Infine, per quanto riguarda lo stile di yoga praticato dalle partecipanti, si è deciso di creare 3 grandi categorie: Hatha e Iyengar (uniti nella stessa categoria), praticati dal 26.3% delle partecipanti, Vinyasa yoga praticato dal 55.3% e altri stili raggruppati insieme (es. Kundalini yoga) praticati dal 18.4%. L'Hatha e lo Iyengar yoga sono stati

accorpati in quanto simili tra loro, maggiormente completi (comprendono più tecniche, tra cui anche la componente meditativa, praticata anche “in posizione”) e più vicini alle tecniche descritte nei testi antichi. Il Vinyasa tende invece ad avvicinarsi all’aerobica per la velocità e l’intensità delle sequenze.

5.1.3 Stress, umore, mindfulness, auto-oggettivazione

Variabili	N	Media	DS	Range punteggio
Stress	284	19.93	7.16	0 – 40
Umore positivo	284	36.57	9.74	0 – 50
Umore negativo	284	22.10	8.07	0 – 50
Mindfulness	284	32.74	6.75	0 – 48
Auto-oggettivazione	223	-2.54	13.90	- 25 – 25

Tabella 10: Numerosità, medie, deviazioni standard e range di punteggi per le variabili mediatrici.

Le statistiche relative alle variabili prese in considerazione per i modelli di mediazione presentate nella tabella 10 registrano un punteggio medio di 19.93 (7.16) per lo stress, un punteggio medio di 36.57 (9.74) per l’umore positivo e di 22.10 (8.07) per l’umore negativo. La *mindfulness* ha un punteggio medio di 32.74 (6.75) e l’auto-oggettivazione di -2.54 (13.90).

5.2 Valutazione delle differenze tra gruppi

Variabile	Yoga	N	Media	DS	P-value
Soddisfazione sessuale (prima sottoscala)	No	146	29,7671	9,98484	0,037*
	Si	114	32,4561	10,55382	
Soddisfazione sessuale (seconda sottoscala)	No	107	35,7944	8,78758	0,652
	Si	92	35,1957	9,92083	
Soddisfazione sessuale totale	No	146	56,0000	25,13412	0,117
	Si	114	60,8596	24,13600	
FSFI – Desiderio	No	135	5,4296	1,96439	0,652
	Si	102	5,5490	2,05194	
FSFI – Eccitazione	No	135	10,1407	7,21438	0,004*
	Si	102	12,7255	6,32480	
FSFI – Orgasmo	No	135	8,1333	5,71434	0,014
	Si	102	9,8922	5,00081	
FSFI –Soddisfazione	No	135	6,6296	5,61812	0,005*
	Si	102	8,7353	5,61103	
Soddisfazione sessuale di coppia	No	86	26,6744	17,69620	0,617
	Si	72	28,1759	19,94829	
Stress	No	159	20,6792	6,84394	0,000**
	Si	125	16,7120	6,95355	
Umore positivo	No	159	34,6918	9,55129	0,000**
	Si	125	38,9600	9,48547	
Umore negativo	No	159	23,6415	8,06091	0,000**
	Si	125	20,1280	7,68007	
Mindfulness	No	159	31,5975	6,15940	0,001**
	Si	125	34,2000	6,80962	
Auto-oggettivazione	No	128	-1,4375	12,68128	0,169
	Si	95	-4,0316	15,33974	

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 11: Differenze tra medie nei gruppi e t-test.

Nella tabella 11 vengono riportati i risultati del t-test effettuato per confrontare chi pratica yoga con chi non lo pratica relativamente alle diverse variabili legate alla sessualità, allo stress, all'umore, alla *mindfulness* e all'auto-oggettivazione.

Come emerge dal confronto tra gruppi, lo yoga sembra avere effetti positivi statisticamente significativi sulla soddisfazione sessuale (valutata con due scale differenti, la NSSS e la FSFI), sull'eccitazione, sull'orgasmo, sullo stress, sull'umore positivo e negativo e sulla *mindfulness*, in linea con le ipotesi originali. Nonostante non siano differenze statisticamente rilevanti, è possibile comunque osservare che anche per quanto riguarda le altre variabili prese in considerazione, lo yoga tende ad essere associato a medie più alte e quindi livelli leggermente maggiori di orgasmo e soddisfazione di coppia e inferiori di auto-oggettivazione.

È stato poi effettuato un confronto tra chi pratica solo yoga, chi pratica solo sport, chi li pratica entrambi e chi non pratica niente, riscontrando delle differenze statisticamente significative per l'eccitazione ($p < .05$), per la soddisfazione sessuale misurata con il FSFI ($p < .05$), per lo stress ($p < .01$), per l'umore positivo ($p < .01$), e negativo ($p < .01$) e per la *mindfulness* ($p < .01$). Per questioni di sintesi, in questa sede verranno rappresentate graficamente solo le due variabili relative alla sessualità (fig. 1 e fig. 2) ma anche per le altre variabili sopracitate le medie sono risultate essere più alte per l'umore positivo e la *mindfulness* nei gruppi "solo yoga" e "yoga e sport" mentre sono più basse per lo stress e l'umore negativo per chi fa yoga e chi fa entrambe le attività: questo risultato sembra escludere la possibilità che i benefici siano dovuti al semplice fatto di svolgere attività fisica.

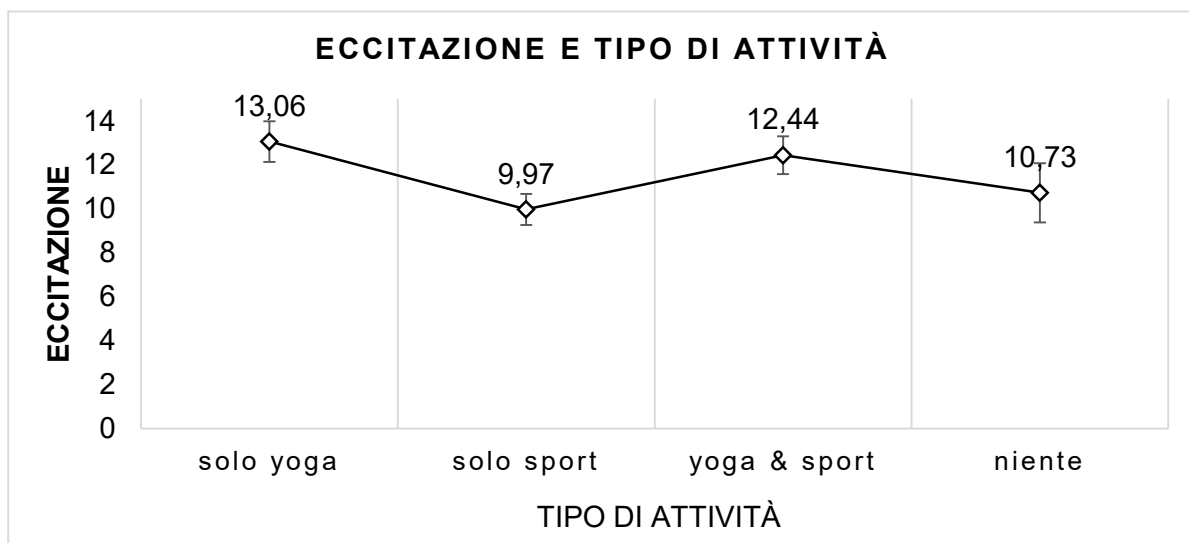


Fig.1: Differenza di eccitazione in base al tipo di attività, $p < .05$.

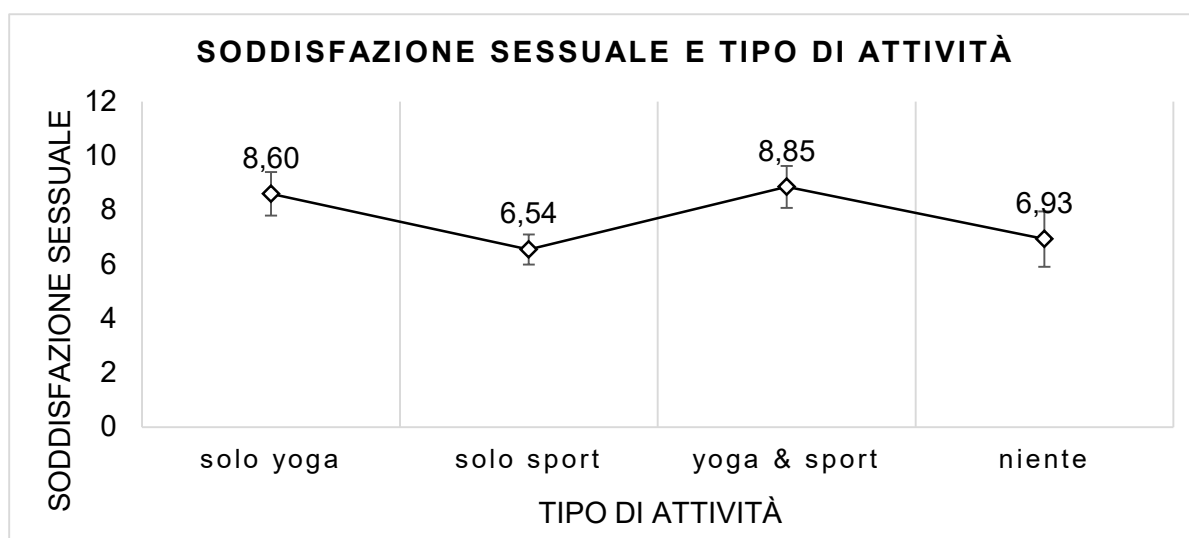


Fig. 2: differenza di soddisfazione sessuale in base al tipo di attività, $p < .05$.

Sono inoltre state analizzate le differenze di soddisfazione sessuale in relazione alle caratteristiche della pratica e sono state riscontrate differenze statisticamente significative principalmente per la soddisfazione sessuale individuale misurata con la prima sottoscala della NSSS:

- livelli più alti di soddisfazione per chi pratica da più di 5 anni rispetto a chi pratica da meno tempo ($p < .01$);
- livelli più alti di soddisfazione per chi pratica Hatha e Iyengar yoga rispetto agli altri stili ($p < .05$);
- livelli più alti di soddisfazione per chi pratica almeno due volte a settimana rispetto a chi pratica con una frequenza settimanale inferiore ($p < .01$);
- livelli di soddisfazione più alti per chi include la meditazione nella propria pratica rispetto a chi non la inserisce nella pratica abituale ($p < .01$).

Per quanto riguarda il livello di esperienza nello yoga, questa variabile è stata ricodificata in una variabile numerica (a punteggi più alti corrisponde un maggior livello di esperienza) ed è stata analizzata la sua correlazione con le variabili legate alla sessualità, riscontrando una correlazione positiva significativa con la soddisfazione sessuale misurata sia con la NSSS ($r = .41$, $p < .01$) che con il FSFI ($r = .22$, $p < .05$) e con il desiderio ($r = .32$, $p < .01$).

5.3 Correlazioni

Di seguito vengono presentate le tre matrici di correlazione tra le variabili incluse nei modelli di regressione (Tab. 12, Tab. 13 e Tab. 14) e la matrice di correlazione relativa alle variabili considerate per gli effetti di mediazione (Tab. 15). Relativamente al primo modello si è deciso di prendere in considerazione solo la prima sottoscala della scala NSSS, cioè quella relativa alla soddisfazione sessuale individuale, in quanto per la seconda sottoscala non sono state trovate differenze significative tra chi pratica yoga e chi no. Nella matrice di correlazione per il modello 3 (Tab. 14) è stata poi presa in considerazione anche la variabile relativa all'aver o meno convissuto durante la quarantena. Nella matrice di correlazione per gli effetti di mediazione (Tab. 15), invece, non è stata presa in considerazione la soddisfazione di coppia in quanto non è presente una correlazione significativa tra essa e lo yoga.

	Yoga	Età	Sport	Partner	Salute	Soddisfazione (NSSS)
Yoga	1					
Età	,175**	1				
Sport	-.231**	-.0124	1			
Partner	0,087	,241**	0,000	1		
Salute	0,032	-,146*	,144**	0,105	1	
Soddisfazione (NSSS)	,147*	0,028	0,028	,354**	,188**	1

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 12: Correlazioni relative al modello 1, soddisfazione sessuale, $N = 224$.

Dalla tabella 12 relativa al modello 1 emergono alcune correlazioni statisticamente significative. Nello specifico vengono presentate quelle maggiormente rilevanti:

- Lieve correlazione positiva tra la pratica yoga e la soddisfazione sessuale ($r = .15$): in linea con le ipotesi iniziali, coloro che praticano yoga tendono ad avere una soddisfazione sessuale individuale più alta rispetto a chi non lo pratica;
- Lieve correlazione negativa tra età e salute ($r = -.15$): ad un aumento dell'età la salute tende ad essere più bassa;
- Lieve correlazione positiva tra sport e salute ($r = .14$): come intuibile, praticare sport è legato ad un maggior livello di salute;

- Correlazione di media entità tra la presenza di un partner e la soddisfazione sessuale ($r = .35$): questo suggerisce che le donne con un partner sperimentino una soddisfazione maggiore rispetto a coloro che non sono all'interno di una relazione;
- Lieve correlazione positiva tra salute e soddisfazione sessuale ($r = .19$): ad un maggiore livello di salute corrisponde una maggiore soddisfazione sessuale.

Dalla tabella 13 (a pag. 51), relativa al modello 2, emergono alcune correlazioni statisticamente significative. Nello specifico vengono presentate quelle maggiormente rilevanti:

- Una correlazione positiva di lieve entità tra la pratica yoga e l'eccitazione ($r = .17$), l'orgasmo ($r = .14$) e la soddisfazione sessuale ($r = .15$): questi risultati sono in linea con l'ipotesi che lo yoga sia associato ad un livello maggiore dei parametri legati alla sessualità;
- Una lieve correlazione tra età e desiderio ($r = .256$): all'aumentare dell'età i livelli di desiderio si riducono;
- Una correlazione positiva di media intensità tra la presenza di un partner e l'eccitazione ($r = .50$), l'orgasmo ($r = .45$) e la soddisfazione ($r = .63$) mentre con il desiderio è presente una lieve correlazione ($r = .15$): anche questo risultato, come quello presentato per la tabella precedente, suggerisce che le donne con un partner abbiano valori relativi alla sessualità maggiori rispetto a chi non ce l'ha;
- Una lieve correlazione positiva tra salute e orgasmo ($r = .14$) e soddisfazione sessuale ($r = .19$): ad un maggiore livello di salute corrisponde una sessualità migliore dal punto di vista dell'orgasmo e della sessualità.
- Correlazioni da medie a forti tra eccitazione, orgasmo e soddisfazione ad indicare che queste componenti della sessualità sono strettamente legate tra loro.

	Yoga	Età	Sport	Convivenza	Salute	Soddisfazione di coppia
Yoga	1					
Età	0,096	1				
Sport	-.230**	-0,097	1			
Convivenza	.225**	.355**	-0.150	1		
Salute	0,021	-0,106	,163*	-0.006	1	
Soddisfazione di coppia	0,033	,276**	0,017	.196*	-0,061	1

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 14: Correlazioni relative al modello 3, soddisfazione di coppia, $N = 154$.

Dalla tabella 14 relativa al modello 3 non emergono correlazioni particolarmente rilevanti ai fini della ricerca:

- Lo yoga sembra non essere legato alla soddisfazione di coppia;
- È presente una correlazione tra l'età e la soddisfazione di coppia ($r = .28$): questo indica che all'aumentare dell'età si assiste ad una minore soddisfazione sessuale all'interno della coppia, tenendo presente che nella scala ISS per valutare la soddisfazione di coppia, a punteggi più alti corrisponde una soddisfazione più bassa;
- Una correlazione positiva è presente anche tra convivenza e soddisfazione sessuale di coppia ($r = .20$).

Le correlazioni relative alle variabili mediatrici (presentate nella tabella 15 a pag. 51) sono per lo più statisticamente significative e vanno tutte nella direzione ipotizzata. Vengono ora presentati nel dettaglio i risultati maggiormente rilevanti per le ipotesi della ricerca:

- Lo yoga risulta avere una debole correlazione negativa con lo stress ($r = -.25$) e con l'umore negativo ($r = -.18$) ad indicare che chi pratica yoga sperimenta livelli inferiori di stress e di umore negativo rispetto a chi non lo pratica;
- È presente anche una correlazione positiva di lieve entità tra yoga e umore positivo ($r = .20$), *mindfulness* ($r = .18$), soddisfazione misurata con la scala NSSS ($r = .16$), eccitazione ($r = .19$), orgasmo ($r = .16$) e soddisfazione sessuale misurata con la scala FSFI ($r = .18$);
- Lo stress risulta correlato negativamente alla soddisfazione misurata con la scala NSSS ($r = -.43$), all'eccitazione ($r = -.27$), all'orgasmo ($r = -.24$) e alla

soddisfazione sessuale misurata con la scala FSFI ($r = -.26$): all'aumentare dello stress si riducono i parametri relativi alla sessualità;

- È presente una relazione positiva da lieve a moderata tra umore positivo e soddisfazione misurata con la scala NSSS ($r = .45$), desiderio ($r = .23$), eccitazione ($r = .27$), orgasmo ($r = .22$) e soddisfazione sessuale misurata con la scala FSFI ($r = .29$): all'aumentare dell'umore positivo aumentano anche i parametri relativi alla sessualità;
- L'umore negativo risulta invece correlato negativamente con tutte le variabili relative alla sessualità, con valori di correlazione da $-.21$ a $-.37$: ad un aumento di umore negativo corrisponde una riduzione di soddisfazione (misurata sia con la NSSS che con la scala FSFI), eccitazione e orgasmo;
- È presente una lieve correlazione positiva tra la *mindfulness* e le variabili relative alla sessualità, con valori di correlazione da $.14$ a $.37$: ad un maggiore livello di *mindfulness* corrispondono maggiori livelli di soddisfazione (misurata sia con la NSSS che con la scala FSFI), eccitazione e orgasmo;
- Infine, tutte le variabili relative alla sessualità sono positivamente correlate tra loro con valori di correlazione da medi a elevati.

	Yoga	Età	Sport	Partner	Salute	Desiderio	Eccitazione	Orgasmo	Soddisfazione
Yoga	1								
Età	,175**	1							
Sport	-,231**	-0,124	1						
Partner	0,087	,241**	0,001	1					
Salute	0,032	-,146*	,144**	0,105	1				
Desiderio	0,025	-,256**	0,096	,153*	0,063	1			
Eccitazione	,166*	0,008	-0,057	,496**	0,127	,534**	1		
Orgasmo	,144*	0,004	-0,053	,450**	,137*	,455**	,919**	1	
Soddisfazione	,151*	0,006	-0,000	,629**	,186**	,476**	,825**	,773**	1

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 13: Correlazioni relative al modello 2, funzionalità sessuale, $N = 224$.

	Yoga	Stress	Umore Positivo	Umore Negativo	Mindfulness	Soddisfazione (NSSS)	Desiderio	Eccitazione	Orgasmo	Soddisfazione
Yoga	1									
Stress	-,253**	1								
Umore Positivo	,195**	-,746**	1							
Umore Negativo	-,189**	,795**	-,585**	1						
Mindfulness	,183**	-,660**	,662**	-,538**	1					
Soddisfazione (NSSS)	,155*	-,431**	,448**	-,373**	,371**	1				
Desiderio	0,030	-0,124	,225**	-0,097	0,099	,615**	1			
Eccitazione	,185**	-,266**	,267**	-,245**	,177**	,715**	,536**	1		
Orgasmo	,159*	-,235**	,221**	-,212**	,141*	,673**	,462**	,915**	1	
Soddisfazione	,183**	-,264**	,291**	-,236**	,163*	,682**	,472**	,829**	,775**	1

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 15: Correlazioni relative ai modelli di mediazione, $N = 237$.

5.4 Modelli di regressione

Verranno ora presentati i modelli di regressione aventi come variabili dipendenti le variabili relative alla sessualità: la soddisfazione sessuale misurata con la prima sotto scala della NSSS, la funzionalità sessuale misurata con la scala FSFI (suddivisa poi in 4 modelli relativi a desiderio, eccitazione, orgasmo e soddisfazione) e la soddisfazione di coppia misurata con la scala ISS. Per ogni modello di regressione verranno riportati i coefficienti di regressione (Beta) per ogni parametro e la significatività statistica corrispondente, oltre all'r-quadro.

5.4.1 Modello 1: pratica yoga e soddisfazione sessuale

Il primo modello di regressione prevede che la pratica yoga possa avere una relazione positiva con la soddisfazione sessuale misurata con la prima sotto scala della NSSS che rappresenta la soddisfazione sessuale individuale. Le variabili relative all'età, al praticare o meno anche uno sport, alla presenza di un partner e al livello di salute sono state inserite come variabili di controllo.

	Stime coefficiente β	P-value
Yoga	0.130	0.046*
Età	-0.053	0.423
Sport	0.033	0.610
Partner	0.341	0.000**
Salute	0.136	0.035*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 16: Stime coefficienti e corrispondente significatività degli effetti, $N = 260$. Variabile dipendente = soddisfazione sessuale misurata con la prima sottoscala della NSSS.

Dall'analisi del primo modello di regressione (Tab. 16) emerge come lo yoga sia un predittore statisticamente significativo della soddisfazione sessuale, così come lo è la presenza di un partner e il livello di salute. In particolare per quanto riguarda lo yoga, c'è un incremento della soddisfazione sessuale per chi lo pratica rispetto a chi invece non lo fa. Inoltre, per chi ha un partner la soddisfazione sessuale è più alta rispetto a chi non è in una relazione. Infine, al crescere del livello di salute, aumenta anche la soddisfazione sessuale.

Questo modello ha un r-quadro di .16, questo significa che la variabilità della soddisfazione sessuale è spiegata al 16% dalle variabili considerate.

5.4.2 Modello 2: pratica yoga e funzionalità sessuale

Il secondo modello di regressione prevede che la pratica yoga possa avere una relazione positiva con la funzionalità sessuale (desiderio, eccitazione, orgasmo e soddisfazione): sono quindi stati creati 4 modelli singoli per analizzare la relazione tra lo yoga e le 4 sottoscale della FSFI considerate nella ricerca. Come variabili di controllo sono state utilizzate le stesse del modello precedente.

	Stime coefficiente β	P-value
Yoga	0.080	0.227
Età	-0.318	0.000**
Sport	0.078	0.238
Partner	0.225	0.001**
Salute	-0.021	0.751

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 17: Stime coefficienti e corrispondente significatività degli effetti, $N = 237$. Variabile dipendente = desiderio.

Dall'analisi della tabella 17, lo yoga non risulta un predittore statisticamente significativo del desiderio, al contrario invece dell'età e della presenza di un partner. In particolare, è presente una relazione negativa tra età e desiderio sessuale mentre sembra che la presenza di un partner sia legata ad un maggior livello di desiderio rispetto al fatto di non essere all'interno di una relazione. Questo modello ha un r-quadro di .12, quindi spiega il 12% della variabilità del desiderio sessuale.

	Stime coefficiente β	P-value
Yoga	0.132	0.028*
Età	-0.137	0.026*
Sport	-0.051	0.392
Partner	0.511	0.000**
Salute	0.056	0.346

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 18: Stime coefficienti e corrispondente significatività degli effetti, $N = 237$. Variabile dipendente = eccitazione.

Per quanto riguarda la relazione tra yoga ed eccitazione, nella tabella 18 è evidenziato l'effetto significativo dello yoga, dell'età e della presenza di un partner come predittori della variabile presa in esame. Più nello specifico, è presente un'associazione positiva tra la pratica yoga e il livello di eccitazione, una relazione negativa tra l'età e il desiderio e, infine, come per la tabella precedente, la presenza di un partner è associata ad un maggiore livello di eccitazione. Il modello ha un r-quadro di .28, spiega quindi il 28% della variabilità dell'eccitazione.

	Stime coefficiente β	P-value
Yoga	0.111	0.073
Età	-0.122	0.054
Sport	-0.052	0.398
Partner	0.461	0.000**
Salute	0.074	0.225

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 19: Stime coefficienti e corrispondente significatività degli effetti, $N = 237$. Variabile dipendente = orgasmo.

Il modello relativo all'orgasmo (Tab. 19) ha un r-quadro di .24: spiega quindi il 24% della variabilità della variabile presa in esame. Tra i predittori considerati, l'unico a risultare statisticamente rilevante è la presenza di un partner: è infatti presente una relazione positiva tra l'orgasmo e l'essere all'interno di una relazione.

	Stime coefficiente β	P-value
Yoga	0.119	0.026*
Età	-0.158	0.004**
Sport	-0.005	0.931
Partner	0.647	0.000**
Salute	0.092	0.080

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 20: Stime coefficienti e corrispondente significatività degli effetti, $N = 237$. Variabile dipendente = soddisfazione.

Infine, dall'analisi della tabella 20 emerge il ruolo di predittore statisticamente significativo dello yoga sul livello di soddisfazione sessuale, oltre all'età e alla presenza

di un partner. La soddisfazione sessuale sembra infatti essere significativamente maggiore in chi pratica yoga. Il modello spiega il 44% della variabilità della variabile dipendente (r -quadro = .44).

5.4.3 Modello 3: pratica yoga e soddisfazione sessuale di coppia

Il terzo modello di regressione prevede che la pratica yoga possa avere una relazione positiva con la soddisfazione sessuale di coppia. Le variabili relative all'età, al praticare o meno anche uno sport, alla presenza di un partner, alla convivenza con esso e al livello di salute sono state utilizzate come variabili di controllo.

	Stime coefficiente β	P-value
Yoga	-0.019	0.814
Età	0.231	0.007**
Sport	-0.024	0.768
Convivenza	0.114	0.187
Salute	-0.033	0.680

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabella 21: Stime coefficienti e corrispondente significatività degli effetti, $N = 237$. Variabile dipendente = soddisfazione sessuale di coppia.

Dall'analisi del modello di regressione sulla soddisfazione sessuale di coppia (Tab. 21) emerge solamente il ruolo dell'età come predittore statisticamente significativo: all'aumentare dell'età corrisponde un livello maggiore di soddisfazione sessuale all'interno della coppia. Il modello inoltre ha un r -quadro di .09): la variabilità della soddisfazione sessuale di coppia è spiegata al 9% dalle variabili considerate.

5.5 Modelli di mediazione

Verrà ora approfondito il ruolo delle variabili stress, umore positivo e negativo e *mindfulness* nella mediazione della relazione tra la pratica yoga e la soddisfazione sessuale. Secondo le ipotesi iniziali, infatti lo yoga potrebbe avere un effetto indiretto sulla soddisfazione sessuale riducendo lo stress e l'umore negativo e favorendo l'umore positivo e la *mindfulness*.

Per ogni variabile mediatrice verrà presentato un grafico rappresentativo di ogni modello relativo alle diverse variabili riguardanti la sessualità (soddisfazione con la scala NSSS, desiderio, eccitazione, orgasmo, soddisfazione con il FSFI), comprendente i beta stimati e il p-value per ogni relazione presente all'interno del grafico (rappresentate da una freccia). Verranno inoltre specificati gli stessi parametri anche per l'effetto diretto, indiretto e totale dello yoga.

5.5.1 Stress

Dalla figura 1, rappresentativa della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale (misurata con la scala NSSS), emerge un effetto significativo di tipo indiretto dello yoga. Infatti, questo predice in maniera significativa il livello di stress, riducendolo, e lo stress a sua volta predice la soddisfazione sessuale in senso negativo. Non emerge invece un effetto diretto significativo dello yoga sulla soddisfazione sessuale: questo significa che, inserendo lo stress all'interno del modello, una buona parte della variabilità viene spiegata da questa variabile.

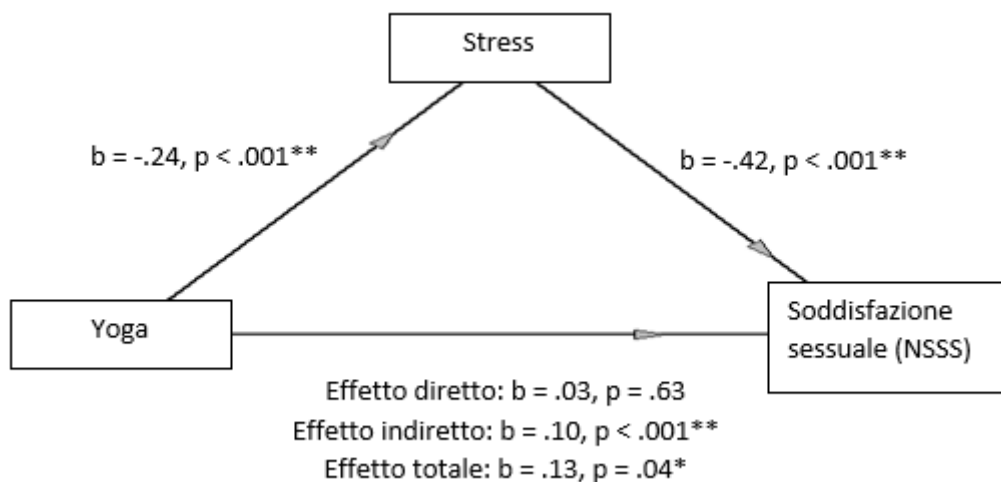


Figura 1: Modello della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata con la scala NSSS.

Dalla figura 2, rappresentativa della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e desiderio, nessun effetto risulta statisticamente significativo, ed eccezione dell'effetto dello yoga sulla riduzione del livello di stress.

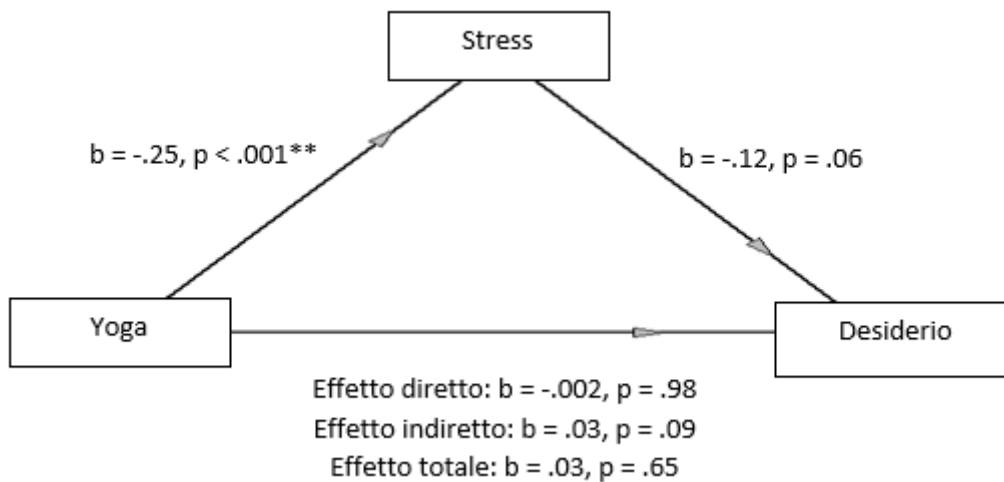


Figura 2: Modello della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e desiderio.

Dalla figura 3, rappresentativa della mediazione dello stress nella relazione tra yoga ed eccitazione, emerge un effetto significativo di tipo indiretto dello yoga. Lo yoga infatti è associato ad un livello inferiore di stress e lo stress è associato negativamente al livello di eccitazione. L'effetto indiretto indica che riducendo lo stress, lo yoga potrebbe portare a livelli più alti di eccitazione. Anche in questo caso, contrariamente al modello considerato per la regressione, non emerge un effetto diretto significativo dello yoga sull'eccitazione: questo significa che, inserendo lo stress all'interno del modello, una buona parte della variabilità viene spiegata da questa variabile.

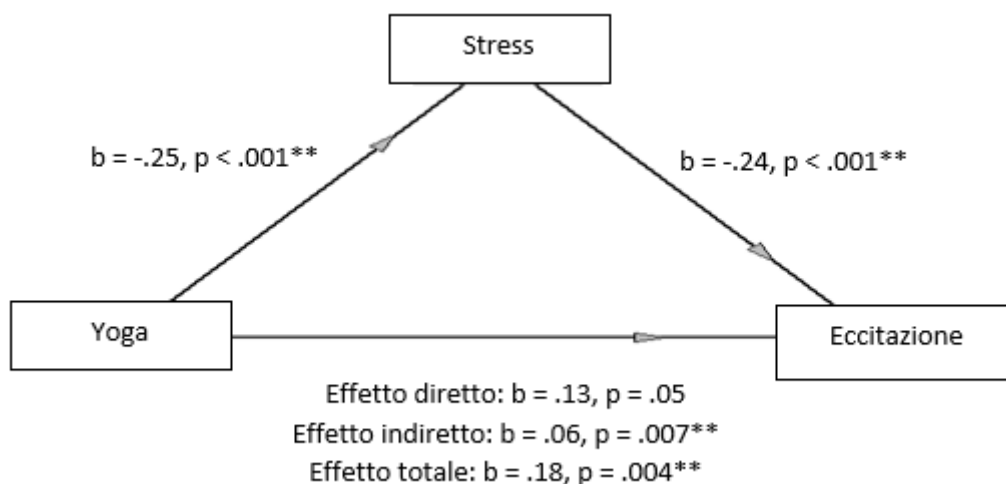


Figura 3: Modello della mediazione dello stress nella relazione tra yoga ed eccitazione.

Dalla figura 4, rappresentativa della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e orgasmo, lo yoga risulta avere un effetto indiretto sull'orgasmo. Anche in questo caso, lo yoga è associato ad un livello inferiore di stress, che a sua volta è legato ad un minor

livello di orgasmo. Riducendo lo stress, lo yoga favorisce l'orgasmo. Relativamente all'effetto diretto dello yoga sull'orgasmo, vale lo stesso discorso presentato per le figure precedenti.

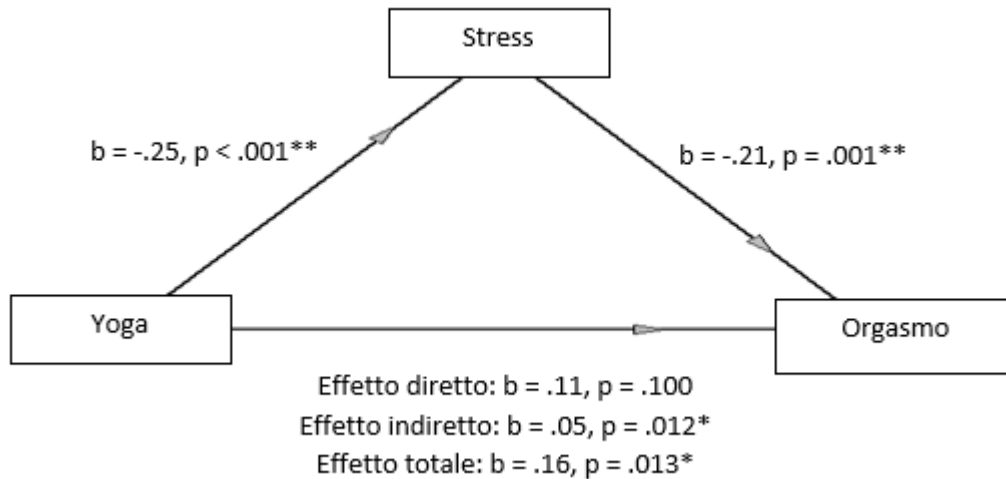


Figura 4: Modello della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e orgasmo.

Infine, dalla figura 5 rappresentativa della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale (misurata con il FSFI), emerge un effetto significativo dello yoga di tipo indiretto sulla soddisfazione sessuale. Come detto per i modelli di mediazione precedenti, lo yoga sembra portare ad un maggior livello di soddisfazione sessuale tramite la riduzione del livello di stress. Anche in questo caso quando si inserisce lo stress nel modello, l'effetto diretto dello yoga sulla soddisfazione sessuale non risulta più significativo.

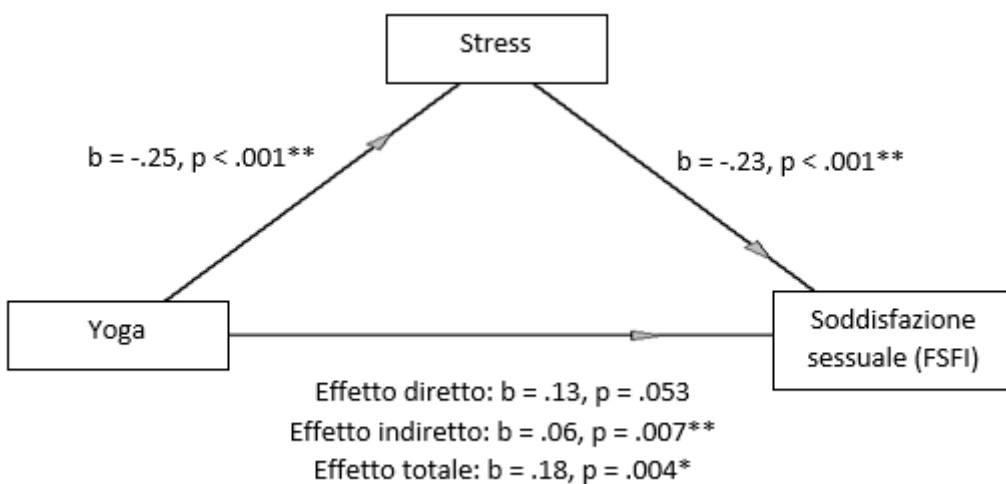


Figura 5: Modello della mediazione dello stress nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata con la scala FSFI.

5.5.2 Umore

Dalla figura 6, rappresentativa del modello di mediazione dell'umore positivo e negativo nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurato con la scala NSSS, emerge un effetto indiretto dello yoga sulla soddisfazione sessuale. Nello specifico, è presente un effetto indiretto significativo sia per l'umore positivo che per quello negativo. Lo yoga risulta associato positivamente all'umore positivo che a sua volta è associato in maniera positiva e statisticamente significativa alla soddisfazione sessuale. Per quanto riguarda la mediazione dell'umore negativo, lo yoga è associato ad un livello inferiore di umore negativo che a sua volta riduce la soddisfazione sessuale: riducendo l'umore negativo, lo yoga agisce indirettamente in maniera positiva sulla soddisfazione sessuale.

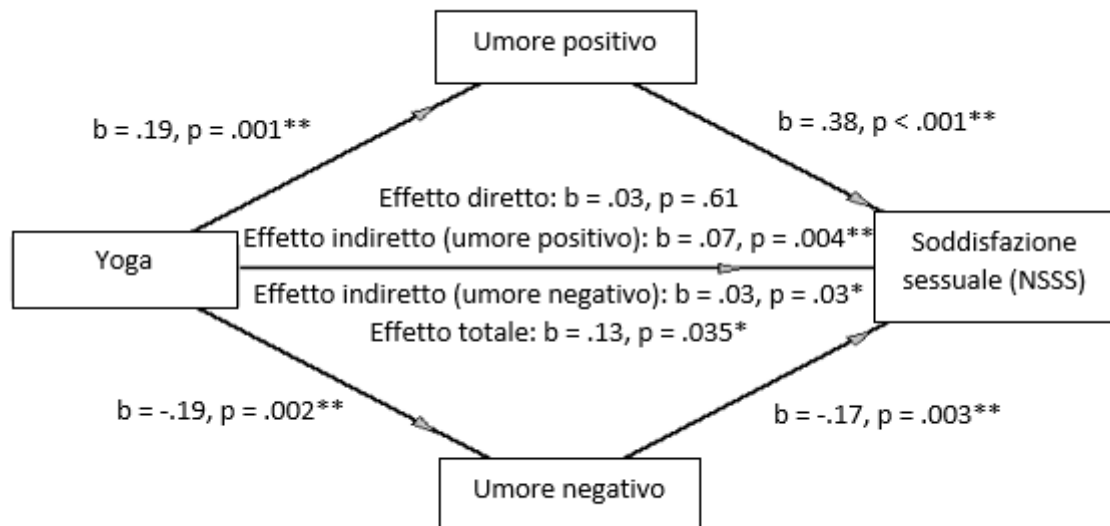


Figura 6: Modello della mediazione dell'umore positivo e negativo nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata con la scala NSSS.

Dalla figura 7 relativa al modello di mediazione dell'umore nella relazione tra yoga e desiderio, emerge un effetto significativo indiretto dello yoga sul desiderio tramite l'umore positivo. Infatti, lo yoga è associato ad un maggior livello di umore positivo che a sua volta è legato a maggiori livelli di desiderio. Per quanto riguarda l'umore negativo, invece, risulta significativa solo l'associazione negativa tra yoga e umore negativo.

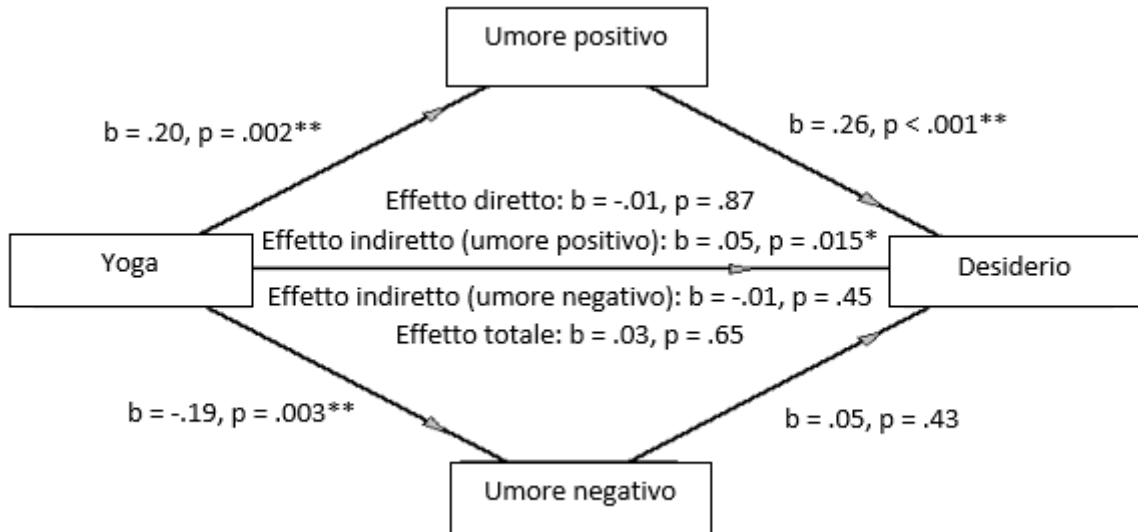


Figura 7: Modello della mediazione dell'umore positivo e negativo nella relazione tra yoga e desiderio.

Dalla figura 8 relativa al modello di mediazione dell'umore nella relazione tra yoga ed eccitazione, emerge un effetto indiretto significativo dello yoga sull'eccitazione mediante l'effetto sull'umore positivo. Lo yoga infatti risulta associato positivamente all'umore positivo che a sua volta risulta essere associato ad un aumento del livello di eccitazione. Inoltre, lo yoga risulta essere un predittore dell'umore negativo, con associazione negativa, che a sua volta predice negativamente l'eccitazione. Non sussiste però un effetto indiretto significativo relativo all'umore negativo.

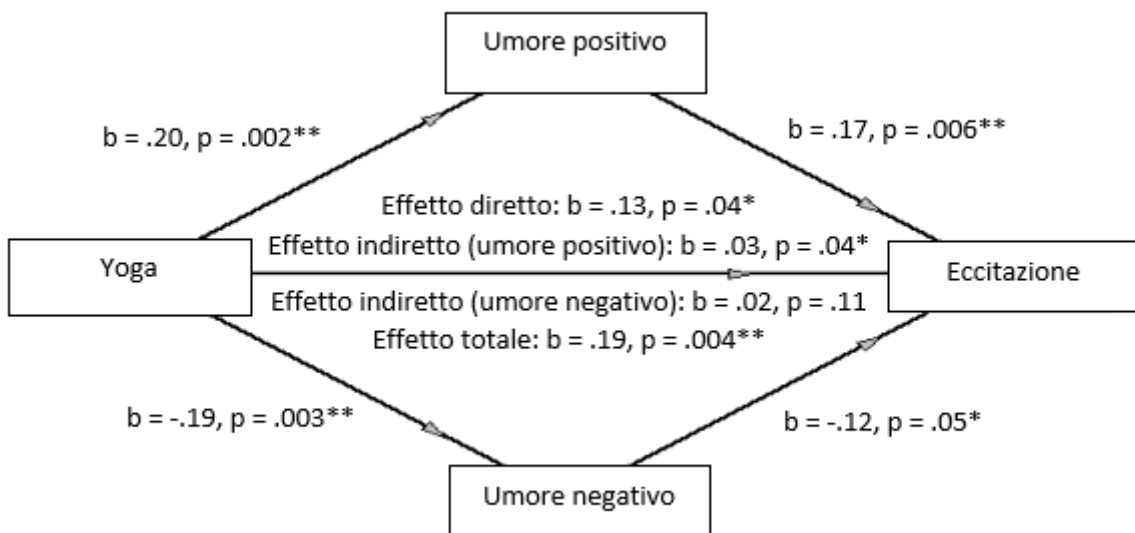


Figura 8: Modello della mediazione dell'umore positivo e negativo nella relazione tra yoga ed eccitazione.

Dalla figura 9, relativa al modello di mediazione dell'umore nella relazione tra yoga e orgasmo, emerge un effetto significativo dello yoga sull'umore, sia positivo che negativo. Infatti, per chi pratica yoga il livello di umore negativo è più basso e quello positivo è più alto. Inoltre, l'umore positivo è un predittore significativo dell'orgasmo.

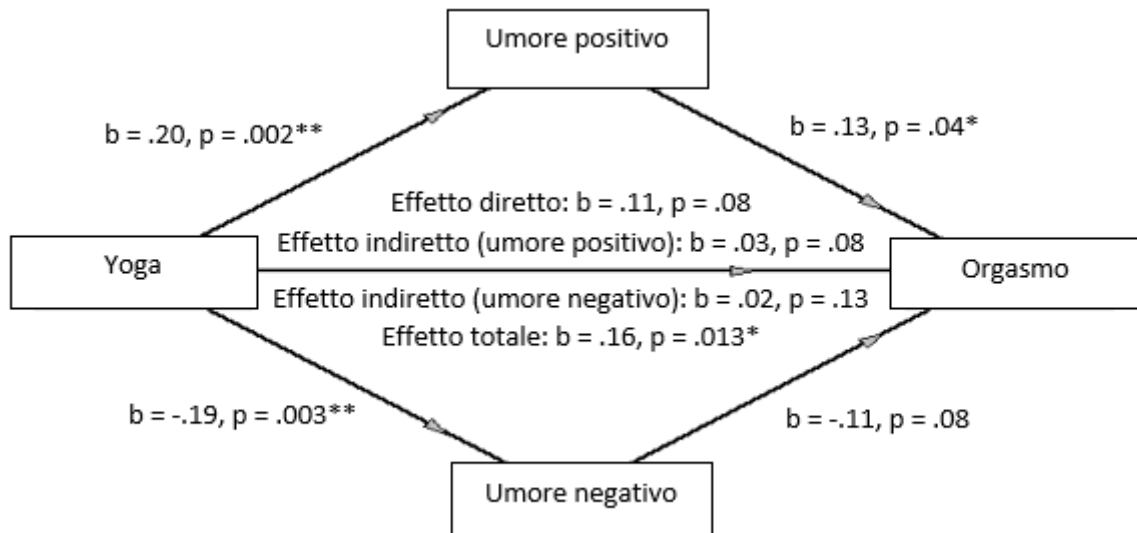


Figura 9: Modello della mediazione dell'umore positivo e negativo nella relazione tra yoga e orgasmo.

Dalla figura 10, relativa al modello di mediazione dell'umore (sia positivo che negativo) nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata con il FSFI, emerge un effetto indiretto significativo dello yoga sulla soddisfazione sessuale tramite l'associazione con l'umore positivo. Infatti, lo yoga ha un'associazione positiva con l'umore positivo che a sua volta è legato positivamente alla soddisfazione sessuale.

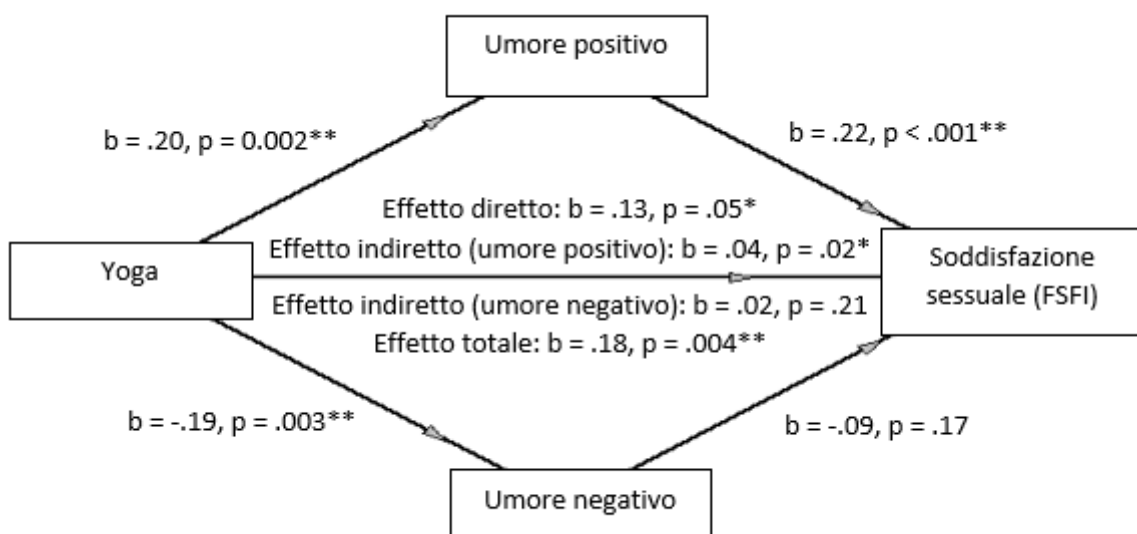


Figura 10: Modello della mediazione dell'umore positivo e negativo nella relazione tra yoga e orgasmo.

5.5.3 Mindfulness

Dalla figura 11 relativa al modello di mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata con la NSSS, emerge un effetto indiretto dello yoga sulla soddisfazione. Infatti, lo yoga ha un'associazione positiva con la mindfulness che a sua volta ha una relazione positiva con la soddisfazione sessuale. Agendo positivamente sulla mindfulness, lo yoga ha un effetto indiretto sulla soddisfazione sessuale aumentandone il livello.

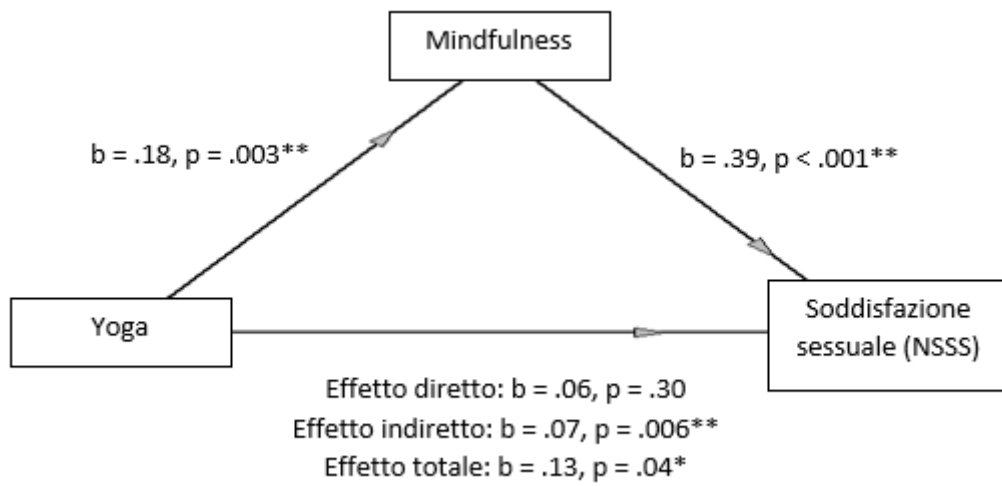


Figura 11: Modello della mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata con la NSSS.

Dalla figura 12 relativa al modello di mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e desiderio, emerge solamente un'associazione significativa tra yoga e mindfulness.

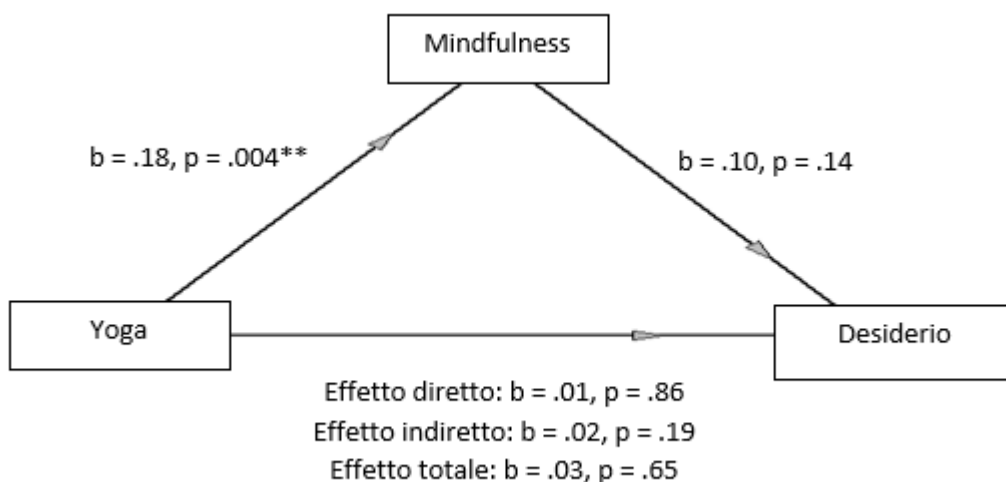


Figura 12: Modello della mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e desiderio.

Dalla figura 13 relativa al modello di mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga ed eccitazione emerge un'associazione positiva tra yoga e *mindfulness* e tra *mindfulness* ed eccitazione ($p < .05$). In questo caso è poi presente anche un effetto diretto dello yoga sull'eccitazione ($p < .05$).

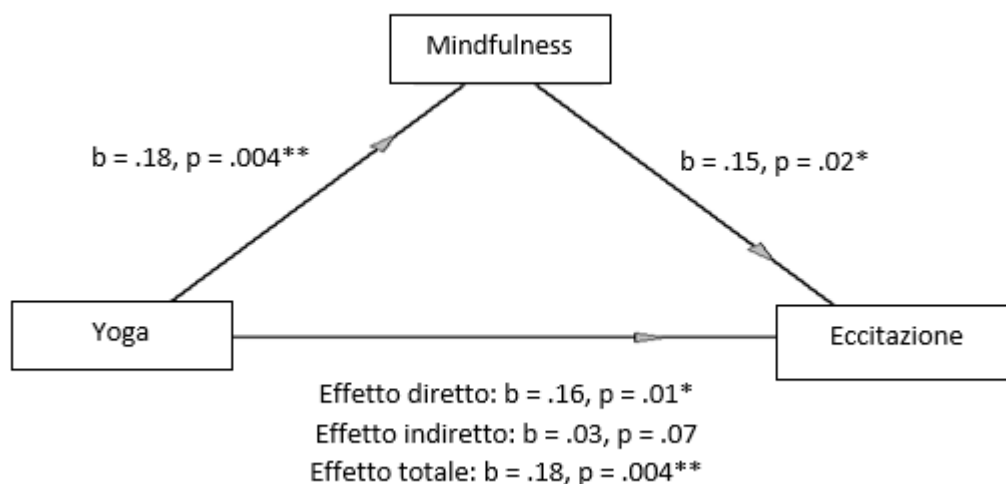


Figura 13: Modello della mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga ed eccitazione.

Nella figura 14 è rappresentato il modello di mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e orgasmo. Da questo modello non emergono particolari effetti significativi, se non l'associazione tra yoga e *mindfulness* ($p < .01$) e l'effetto totale dello yoga ($p < .05$).



Figura 14: Modello della mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e orgasmo.

Dalla figura 15 relativa al modello di mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale (misurata con il FSFI) emerge un'associazione significativa tra yoga e *mindfulness* e tra *mindfulness* e soddisfazione sessuale. Inoltre, è presente un effetto diretto dello yoga sulla soddisfazione sessuale.

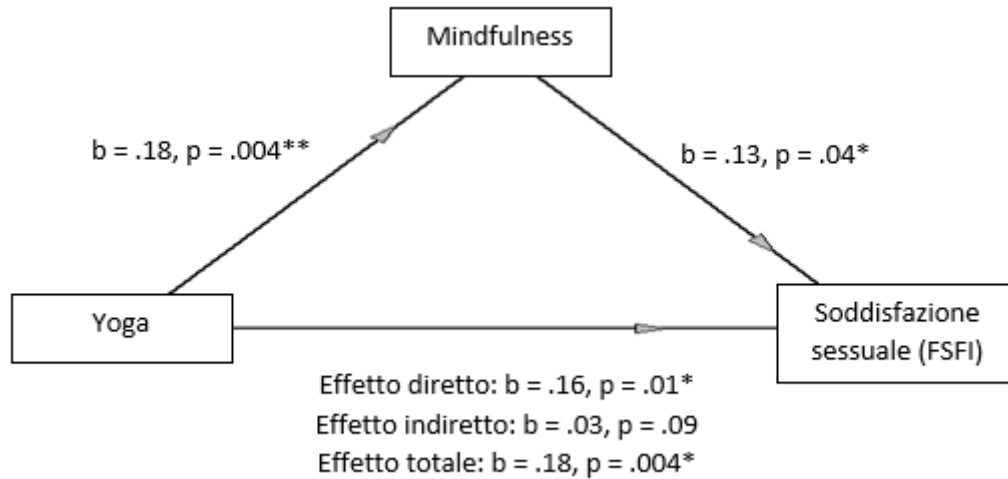


Figura 15: Modello della mediazione della *mindfulness* nella relazione tra yoga e soddisfazione sessuale misurata con il FSFI.

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE DEI RISULTATI

6.1 Discussione dei risultati

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare il ruolo della pratica yoga e i possibili meccanismi di influenza sulla soddisfazione sessuale, valutata da diversi punti di vista e con diverse scale: questo obiettivo nasce dalla scarsità in letteratura di materiale su questo tema, in particolare per quanto riguarda il genere femminile.

Più precisamente si è ipotizzato che le donne che praticano yoga, sia se confrontate con chi non lo pratica che con chi pratica un'altra attività fisica, potessero avere maggiori livelli di soddisfazione sessuale. Inoltre, sulla base della letteratura analizzata in precedenza, si è ipotizzato che questa relazione potesse essere mediata anche dallo stress, dall'umore, dalla mindfulness e dall'auto-oggettivazione, in quanto queste sono tutte variabili sulle quali lo yoga apporta benefici e che allo stesso tempo hanno una relazione con la soddisfazione sessuale.

Innanzitutto, dalle analisi preliminari effettuate per confrontare tra loro i gruppi sopracitati, è emersa una differenza significativa tra chi pratica yoga e chi non lo pratica per quanto riguarda la soddisfazione sessuale, l'eccitazione, l'orgasmo, lo stress, l'umore (sia positivo che negativo) e sulla mindfulness. Infatti chi pratica yoga presenta un maggiore livello di soddisfazione sessuale, eccitazione, umore positivo e mindfulness e livelli inferiori di stress e umore negativo se confrontati con chi non pratica yoga.

Inoltre, risultati simili sono stati riscontrati anche confrontando chi pratica yoga con chi pratica solo un'altra attività fisica, con chi pratica entrambe le cose e con chi non svolge nessun tipo di attività. Infatti, nei gruppi in cui veniva praticato yoga (quindi sia chi pratica solo questa attività sia chi lo pratica insieme ad un'altra attività sportiva) sono stati riscontrati maggiori livelli di eccitazione e soddisfazione sessuale, di umore positivo e di *mindfulness*, oltre ad un minore livello di stress e umore negativo rispetto a chi pratica solo sport o non pratica niente. Questo rende plausibile che i benefici riscontrati in chi pratica yoga non siano dovuti al semplice fatto di fare attività fisica ma siano specifici della pratica yoga in sé.

Diversamente da quanto ipotizzato sulla base della letteratura presentata nel capitolo 1, che suggerisce un potenziale effetto benefico dello yoga sull'auto-oggettivazione riducendola tramite la promozione dell'*embodiment*, cioè della

consapevolezza delle sensazioni corporee e la responsività ad esse (Impett, Daubenmier & Hirschman, 2006), non è emersa una differenza statisticamente significativa tra chi pratica yoga e chi non lo pratica nel livello di auto-oggettivazione delle partecipanti.

Sono state poi analizzate le differenze in base alle caratteristiche della pratica yoga e al livello di esperienza delle praticanti. I risultati mostrano una maggiore soddisfazione sessuale per chi pratica da più di 5 anni, per chi pratica almeno due volte a settimana e per chi ha un livello di esperienza più alto: questo risultato potrebbe indicare che maggiore è il tempo dedicato alla pratica yoga, migliore sarà la sessualità delle praticanti. È possibile infatti che man mano che si pratica yoga si prenda maggiore confidenza con le tecniche e si riesca quindi ad ottenere un maggior beneficio dalla pratica. Per le persone con un livello di esperienza basso, infatti, sarà più probabile concentrarsi principalmente su come realizzare una posizione distraendosi dalla connessione con il proprio corpo e con la propria mente rispetto a chi ormai ha appreso come eseguire le posizioni o le tecniche respiratorie.

Inoltre, sono stati riscontrati maggiori livelli di soddisfazione sessuale per chi include la meditazione nella propria pratica e per chi pratica Hatha o Iyengar yoga rispetto agli altri stili. Questo risultato suggerisce l'importanza della componente psicologica della pratica oltre a quella fisica facente parte di qualsiasi altra attività sportiva: potrebbe essere proprio questo il motivo per il quale lo yoga sembra avere maggiori effetti benefici sulla sessualità rispetto alle altre attività fisiche.

Passando poi ai modelli di regressione, in linea con le ipotesi della ricerca basate sulla letteratura presentata nel capitolo 3 (Dhikav et al., 2010°, Kim et al., 2013), lo yoga è risultato essere un predittore statisticamente significativo della soddisfazione sessuale e dell'eccitazione a prescindere dall'età, dal fatto che si praticasse anche uno sport, dalla presenza di un partner e dal livello di salute. Per quanto riguarda invece la relazione con le altre variabili relative alla sessualità (desiderio, orgasmo e soddisfazione di coppia) lo yoga non risulta avere un'associazione rilevante considerate le variabili di controllo, nonostante con l'orgasmo sia presente una lieve correlazione.

Come esposto precedentemente, lo yoga potrebbe portare ad un miglioramento della sessualità femminile grazie all'azione diretta su muscoli e articolazioni. Lo yoga infatti favorisce la salute fisica, in particolare dell'apparato muscolo-scheletrico, e può agire sulla sessualità rafforzando i muscoli addominali e pelvici e agendo sul sistema

articolare (Dhikav et al., 2010b), portando quindi ad una maggiore forza e flessibilità e ad una maggiore circolazione, in particolare nell'area del pavimento pelvico che è principalmente implicata nell'attività sessuale (Kraftsow, 1999). In secondo luogo, lo yoga potrebbe favorire la soddisfazione sessuale, l'eccitazione e l'orgasmo grazie all'azione su ulteriori fattori che incidono sulla sessualità femminile come lo stress, l'umore o la *mindfulness* (del Mar Sánchez-Fuentes et al., 2014): questi elementi sono stati indagati grazie ai modelli di mediazione che verranno approfonditi di seguito.

In accordo con la letteratura presentata in precedenza (Streer et al., 2008), è emersa poi una relazione positiva tra la presenza di un partner e la soddisfazione sessuale (sia con NSSS che con FSFI), il desiderio, l'eccitazione e l'orgasmo: questo suggerisce che, nonostante la sessualità sia una componente del benessere individuale e possa essere coltivata anche singolarmente senza necessariamente avere qualcuno con cui condividerla, le donne che hanno un partner sono tendenzialmente più soddisfatte sessualmente rispetto a chi non è in una relazione di coppia.

Inoltre, è stata riscontrata un'associazione negativa tra l'età delle partecipanti e il livello di desiderio, di eccitazione e di soddisfazione sessuale. Il peggioramento di questi aspetti all'aumentare dell'età potrebbe essere dovuto, per esempio, all'insorgenza della menopausa e di tutte le difficoltà che essa comporta, tra cui un aumento delle disfunzioni sessuali (Caruso, Rapisarda & Cianci, 2016), o alla riduzione del livello di salute: dall'analisi delle correlazioni (Tab. 12 e Tab 13.) è infatti emersa una lieve correlazione negativa tra età e il livello di salute. L'età è poi risultata essere in associazione positiva con la soddisfazione sessuale di coppia.

Per quanto riguarda l'effetto indiretto dello yoga sulla sessualità attraverso l'azione su altre variabili, i risultati riscontrati in questa ricerca sono per la maggior parte a supporto delle ipotesi iniziali.

In primo luogo, lo yoga sembrerebbe agire indirettamente sulla soddisfazione sessuale, sull'eccitazione e sull'orgasmo attraverso la riduzione dello stress. Questo risultato è in accordo con gli articoli presentati nel primo capitolo relativi all'effetto benefico dello yoga nella riduzione dello stress (e.g., Becker, 2000; Brown et al., 2005; Khalsa, 2004) grazie all'azione regolatoria sul sistema nervoso simpatico e sull'asse HPA (Pascoe et al., 2015). Lo yoga infatti riduce i livelli di cortisolo nella saliva (un indicatore del livello di stress dell'organismo), regola la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna (Damodaran et al., 2002; McCaffrey et al., 2005; Michalsen et

al., 2005). Inoltre, la presenza di questo effetto indiretto indica che lo stress è a sua volta in parte responsabile della soddisfazione sessuale, dell'eccitazione e dell'orgasmo come indicato dalla letteratura (del Mar Sánchez-Fuentes et al., 2014).

Allo stesso modo, lo yoga sembra avere un effetto indiretto sulla soddisfazione sessuale, sul desiderio e sull'eccitazione grazie all'effetto sull'umore: infatti, dalle analisi effettuate sembrerebbe che lo yoga sia associato a maggiori livelli di umore positivo che a sua volta sembra essere legato a maggiori livelli di soddisfazione, desiderio ed eccitazione. Inoltre, sembra che lo yoga favorisca il livello di desiderio anche grazie all'associazione con un minor livello di umore negativo. Anche in questo caso, i risultati vanno a supporto della letteratura presentata in precedenza secondo la quale lo yoga favorisce uno stato di benessere (Blanchflower & Oswald, 2004) che a sua volta è uno degli elementi determinanti di una sessualità soddisfacente (Ade-Ridder, 1990; Davison et al., 2009).

I risultati relativi al ruolo dello yoga nell'influenzare la sessualità tramite l'azione sulla *mindfulness* sono quelli che supportano solo in parte le ipotesi iniziali. Infatti, lo yoga sembra avere un effetto indiretto solo sulla soddisfazione sessuale, favorendo la *mindfulness*, e un effetto diretto sull'eccitazione. Questi risultati sono comunque in linea con la letteratura, secondo la quale lo yoga favorisce l'attenzione (Gupta et al., 2006; Telles et al., 2008). Questa pratica infatti, potrebbe non essere legata alla riduzione dell'auto-oggettivazione ma potrebbe comunque aver favorito l'*embodiment* portando ad una maggiore attenzione per le sensazioni corporee e la responsività ad esse (Impett et al., 2006). Come anticipato, infatti, lo yoga è una pratica mente-corpo che enfatizza l'importanza di prestare attenzione alle sensazioni corporee e favorisce la concentrazione sul momento presente (Shiffmann, 2013) e questo fattore potrebbe portare ad una maggiore concentrazione sull'attività sessuale e sul proprio piacere.

6.2 Limiti della ricerca e suggerimenti per studi futuri

Uno dei limiti di questo studio è costituito certamente dal campione selezionato tra persone che praticano già yoga. Questa scelta può portare i risultati ad essere influenzati dall'auto-selezione delle partecipanti: infatti, le persone che decidono spontaneamente di praticare yoga probabilmente hanno già delle caratteristiche che le accomunano e che le differenziano in qualche modo dalle persone che non lo fanno,

quindi i risultati riscontrati potrebbero non essere generalizzabili al resto della popolazione.

Inoltre, avendo diffuso il questionario online a causa della quarantena dovuta al Covid-19 e non fisicamente all'interno dei centri yoga come inizialmente programmato, è stato possibile raggiungere solamente persone con accesso a internet e, in particolare, a Facebook. Anche per questo motivo, le informazioni raccolte sono relative solo a questa parte di popolazione che non è necessariamente rappresentativa della popolazione generale di praticanti yoga.

Sempre relativamente al campione, si è poi scelto di selezionare solamente partecipanti di genere femminile ma sarebbe utile svolgere ulteriori ricerche per indagare se gli effetti sul benessere e, in particolare, sulla sessualità siano presenti anche in un campione maschile. Per farlo, sarebbe però necessario utilizzare strumenti paragonabili per la sessualità maschile e femminile: questo però può risultare difficile visto che gli strumenti maggiormente utilizzati si focalizzano sulla funzionalità sessuale che si differenzia molto per uomini e donne.

Per far fronte a queste problematiche, le ricerche future potrebbero raccogliere informazioni da un insieme di persone selezionate casualmente dalla popolazione in modo da ottenere un campione rappresentativo dalla popolazione generale e far svolgere loro un periodo di pratica yoga costante per un periodo limitato di tempo: in questo modo, confrontando la condizione dei partecipanti prima e dopo il periodo di pratica costante, i risultati riscontrati sarebbe più correttamente attribuibili alla pratica yoga e non a caratteristiche intrinseche di partecipanti appartenenti a gruppi specifici (es. praticanti yoga, donne).

In aggiunta, la presente ricerca ha utilizzato come condizioni di confronto i gruppi di persone che svolgono abitualmente un'altra attività sportiva, persone che svolgono sia un'altra attività che lo yoga e coloro che non praticano attività fisica. Questo contribuisce a sostenere l'idea che i benefici riscontrati legati alla pratica yoga non siano dovuti al semplice fatto di svolgere un'attività fisica ma, allo stesso tempo, sarebbe necessario raccogliere un campione più ampio comprendente una maggiore quantità di attività sportive differenti per poter fare un confronto più accurato: nel campione della presente ricerca le principali attività sportive svolte dalle partecipanti erano camminare abitualmente e andare in palestra.

Per quanto riguarda le variabili relative alla sessualità, in questa sede è stato impossibile indagare tutti gli aspetti che possono incidere su quest'ambito della salute

delle partecipanti. Come esposto ampiamente nel capitolo 2, infatti, la sessualità è una componente della salute e del benessere estremamente complessa dipendente da una moltitudine di fattori biologici, psicologici e sociali, alcuni difficili da controllare all'interno di una ricerca. Per questo motivo, i risultati riscontrati all'interno di questa analisi potrebbero essere in parte o del tutto causati da variabili che non sono state prese in considerazione. Per questo motivo, ricerche future necessiterebbero di un campione molto più ampio in modo da poter indagare maggiormente le variabili intervenienti nella relazione tra yoga e sessualità.

Un ulteriore limite è dovuto al fatto che le scale utilizzate all'interno della ricerca siano state per la maggior parte tradotte dall'inglese a causa dell'assenza di una versione validata in italiano. La traduzione è stata effettuata da due ricercatori indipendenti ma sarebbe auspicabile poter utilizzare in futuro strumenti validati in italiano per indagare adeguatamente le variabili utilizzate in questa ricerca in un campione italiano.

L'utilizzo di un questionario online auto-somministrato, poi, può essere causa di problematiche relative alla comprensione delle domande (come probabilmente è successo per la scala sull'auto-oggettivazione che in questa ricerca non ha mostrato di avere coerenza interna nonostante sia una scala utilizzata in letteratura), ad eventuali difficoltà di gestione del mezzo informatico che può causare errori nelle risposte e a risposte falsate dalla desiderabilità sociale o dal tema delicato della sessualità, che può aver portato le persone a rispondere in maniera differente dalla realtà effettiva.

Relativamente al materiale sullo yoga presente in letteratura, sebbene il numero di studi su questa pratica e sui suoi effetti benefici aumentino sempre di più con il passare degli anni, sembra che la maggior parte delle ricerche sull'argomento presenti grandi limitazioni metodologiche che impediscono di trarre conclusioni su questa tecnica come un metodo accettabile per la promozione della salute o addirittura per la cura di alcuni disturbi (Birdee et al., 2009; Chiesa & Serretti, 2009, Rocha et al., 2012; Tsang, Chang & Cheung, 2008). Alcuni di questi limiti sono stati in parte superati con la presente ricerca, altri invece la riguardano comunque.

Come risulta evidente anche dalla letteratura presentata in questa rassegna, gli studi sullo yoga presentano grandi variazioni per quanto riguarda l'età dei partecipanti, il tipo di yoga praticato, i profili psico-fisici dei partecipanti (es. presenza di disturbi o no) (Ross & Thomas, 2010) e spesso i praticanti esperti di yoga vengono inseriti negli

studi senza tenere conto del livello di partenza (Rocha et al., 2012). In questo modo risulta complesso comprendere per chi e per quale motivo lo yoga possa essere efficace o meno. Nella presente ricerca si è invece deciso di indagare la frequenza settimanale, la durata di ogni sessione, il livello di esperienza e il tipo di tecniche incluse nella pratica per capire se potessero esserci differenze in funzione di queste variabili.

Oltre a questa grande variabilità, un limite a livello metodologico presente molto frequentemente negli studi sullo yoga consiste nella mancanza di una condizione di controllo adeguata: spesso non viene presa in considerazione la possibilità che i benefici ottenuti non siano dovuti allo yoga nello specifico ma piuttosto al fatto di aver svolto attività fisica in generale. Infatti, è ormai risaputo che l'attività fisica sia tra le tecniche non farmacologiche più efficaci nella promozione della salute, come ad esempio per riduzione dello stress e per il miglioramento della salute mentale negli adulti (Eime, Young, Harvey, Charity & Payne, 2013a) e per lo sviluppo di autostima, relazioni sociali positive e riduzione dei sintomi depressivi in bambini e adolescenti (Eime, Young, Harvey, Charity & Payne, 2013b). Non considerare questa opzione porta spesso ad utilizzare come condizione di controllo solo il rilassamento o addirittura nessuna attività (Evans et al., 2011; Javnbakht, Hejazi, & Ghasemi, 2009; Subramanya & Telles, 2009; Yoshihara, Hiramoto, Sudo, & Kubo, 2011) impedendo di stabilire se sia lo yoga ad aver portato benefici o se sia il semplice fatto di fare attività fisica. All'interno di questo studio, come precedentemente detto, si è cercato di ottenere una condizione di controllo adeguata raccogliendo informazioni anche su chi pratica sport e su chi non fa attività fisica ma rimane da individuare un'attività che sia un'adeguata condizione di controllo per il confronto con la pratica yoga.

In aggiunta, i meccanismi che spiegano i benefici riscontrati in seguito alla pratica yoga non sempre sono chiari. Ad esempio, un paio di studi (Long, 1983; Oken et al., 2006) suggeriscono che gli effetti dell'attività fisica (compreso lo yoga) sullo stress possano non essere dovuti direttamente al miglioramento della forma fisica ma piuttosto alla partecipazione in classe e alla socializzazione. Allo stesso modo, viene suggerita la presenza dell'effetto placebo, dell'effetto dell'aspettativa e dell'autoefficacia dei partecipanti (Crow et al., 1999; Oken, 2004), riscontrati sia con attività aerobiche, sia con attività di meditazione (Canter & Ernst, 2003): ad esempio, è stato mostrato come i benefici psicologici di un'attività aerobica siano stati

incrementati semplicemente informando i partecipanti che l'attività stessa fosse stata progettata per migliorare il benessere psicologico (Desharnais et al., 1993).

Inoltre, il fatto che spesso gli studi sulla pratica yoga vengano svolti principalmente in popolazioni orientali già predisposte culturalmente alle pratiche di tipo-mente corpo che coinvolgono anche la spiritualità potrebbe rendere i risultati ottenuti non generalizzabili anche alle popolazioni occidentali (Rocha et al., 2012). La presente ricerca fa però fronte a questo limite: è stata infatti svolta su un campione italiano e le informazioni ottenute costituiscono una base utile per valutare se i benefici riscontrati possano essere generalizzabili anche a popolazioni occidentali.

Risulta quindi evidente la necessità di studi maggiormente rigorosi dal punto di vista metodologico e su larga scala dal punto di vista del campione considerato, che permettano di attribuire allo yoga gli eventuali benefici sui molteplici aspetti relativi al benessere e in particolare sulla sessualità, prendendo in considerazione non solo persone con disturbi fisici e/o psicologici ma anche persone sane il cui benessere può comunque essere migliorato.

CONCLUSIONI

Come ampiamente mostrato sia con la letteratura che grazie alla ricerca svolta sui benefici dello yoga sulla soddisfazione sessuale, risulta evidente quanto questo tipo di pratica sia un potenziale alleato per la promozione del benessere, sia per la sessualità che in generale.

Per quanto riguarda nello specifico il benessere sessuale, si è già trattata la sua importanza per il benessere più generale e si è detto come la soddisfazione sessuale sia un elemento importante per la salute fisica e mentale di giovani e adulti, favorendo una maggiore stabilità relazionale e minori livelli di ansia e depressione. Inoltre, le ricerche mostrano che una maggiore soddisfazione sessuale sia associata anche ad un uso maggiormente coerente di metodi contraccettivi e di protezione dalle malattie sessualmente trasmissibili, oltre che ad una maggiore cura della propria salute portando le persone a mettere in atto più comportamenti preventivi (es. visite ginecologiche).

Queste informazioni evidenziano la necessità di porre maggiore attenzione su questo ambito della salute, soprattutto per le donne che, a causa di questioni culturali, si ritrovano a dover fronteggiare molto più spesso delle barriere da parte della società nel vivere in maniera libera la propria sessualità.

Per far fronte a questa necessità, lo yoga si configura come una risorsa utile e facilmente applicabile anche in contesti che normalmente sono poco inclini a trattare la sessualità: il primo esempio tra tutti è la scuola. In Italia, l'educazione affettiva e sessuale nelle scuole non è ancora obbligatoria e, anzi, viene spesso osteggiata oppure effettuata in maniera scorretta. Questo si verifica nonostante da un'indagine svolta dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute dell'Infanzia e dell'Adolescenza risulti che il tasso di ragazzi e ragazze che hanno avuto rapporti sessuali prima dei 14 anni fosse il 19% nel 2013 e in crescita negli anni successivi. Dei ragazzi intervistati, inoltre solo 29% delle ragazze e il 35% dei ragazzi utilizzava il preservativo regolarmente. Questa problematica dovrebbe essere ovviamente fronteggiata prima di tutto con un'educazione sessuale ed affettiva adeguata e sistematica ma lo yoga potrebbe essere un utile strumento da introdurre nelle scuole sin dai primi anni di istruzione, ad esempio nelle ore dedicate all'attività fisica, con lo scopo di favorire una maggiore consapevolezza del proprio corpo e delle proprie sensazioni corporee: entrambi

elementi fondamentali per un'attività sessuale consapevole e responsabile sia da giovani che, in seguito, da adulti.

Inoltre, al di là dei potenziali benefici sulla sessualità, lo yoga si configura in ogni caso come utile strumento per favorire il benessere generale a livello psicologico dei giovani e degli adulti. Ad esempio, secondo un rapporto dell'OMS sulla salute e il benessere dei giovani svolto nel 2016, gli studenti italiani sono tra i più stressati d'Europa: nello specifico, lo stress colpisce il 72% delle ragazze e il 51% dei ragazzi andando ad influenzare sia le prestazioni scolastiche che le relazioni interpersonali. Anche in questo caso, lo yoga potrebbe configurarsi come una risorsa utile da inserire all'interno della scuola per far fronte agli elevati livelli di stress vissuti dagli studenti, compresi gli universitari e coloro che svolgono un dottorato di ricerca, favorendo una riduzione di questa problematica e portando anche eventualmente ad un miglioramento dell'umore, come suggerito anche dalla presente ricerca.

Nonostante questa pratica probabilmente fornisca il massimo beneficio possibile all'interno dei centri yoga grazie alla presenza di insegnanti qualificati che hanno la possibilità di seguire gli allievi di persona, ha comunque il vantaggio di non richiedere particolari attrezzature e risulta quindi di facile implementazione anche nelle più semplici palestre scolastiche o addirittura in un ambiente domestico con il supporto di materiale e istruzioni fornite da insegnanti formati su questa pratica. Allo stesso modo, potrebbe essere utilizzata in numerose strutture differenti con pratiche selezionate sulla base dei praticanti: potrebbe essere promossa dalle aziende per i dipendenti al fine di ridurre il loro livello di stress oppure pensata per dare la possibilità agli anziani accolti all'interno delle case di riposo di svolgere un'attività fisica dolce e adattabile alla maggior parte delle esigenze.

In conclusione, sono stati presentati solamente alcuni esempi di possibili utilizzi della pratica yoga al fine di promuovere il benessere generale e sessuale delle persone ma risulta tangibile quanto potenziale sia presente dietro questa risorsa, se solo si decidesse di dedicarle maggiore attenzione sia in ambito di ricerca che in ambito di prevenzione e promozione della salute.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Ade-Ridder, L. (1990). Sexuality and marital quality among older married couples. *Family Relationships in Later Life*, 64, 48-67.
2. Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 821-827.
3. Albert, M. S., Jones, K., Savage, C. R., Berkman, L., Seeman, T., Blazer, D., & Rowe, J. W. (1995). Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology and Aging*, 10(4), 578-589.
4. Alleva, J. M., Veldhuis, J., & Martijn, C. (2016). A pilot study investigating whether focusing on body functionality can protect women from the potential negative effects of viewing thin-ideal media images. *Body Image*, 17, 10-13.
5. Althof, S. E., Abdo, C. H., Dean, J., Hackett, G., McCabe, M., McMahon, C. G., Rosen, R. C., Sadowsky, R., Waldinger, M., Becher, E., Broderick, G. A., Buvat, J., Goldstein, I., El-Meliegy, A. I., Giuliano, F., Hellstrom, W. J. G., Incrocci, L., Jannini, E. A., Park, K., Parish, S., Porst, H., Rowland, D., Segraves, R., Sharlip, I., Simonelli, C. & Tan, H.M. (2010). International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9), 2947-2969.
6. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA.
7. Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497-1507.
8. Aurobindo, S. (1992). *The synthesis of yoga*. Lotus Press.
9. Bach, A. K., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 562–608). New York: Guilford Press.
10. Barnes, P. M., Powell-Griner, E., McFann, K., & Nahin, R. L. (2004, June). Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. In *Seminars in integrative medicine* (Vol. 2, No. 2, pp. 54-71). WB Saunders.
11. Bartlik, B., & Goldberg, J. (2000). Female sexual arousal disorder. In S. R. Lieblum & R. C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 85–117). New York: Guilford Press.
12. Beck, J. G., & Bozman, A. W. (1995). Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 24(6), 595-612.
13. Becker, I. (2000). Uses of yoga in psychiatry and medicine. *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, 19, 107-145.
14. Bera, T. K., Gore, M. M., & Oak, J. P. (1998). Recovery from stress in two different postures and in Shavasana-A yogic relaxation posture. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 42, 473-478.

15. Bhandari, R. B., Bālakṛshṇa (Ācārya), Bhandari, C. B., Sharma, G. D., Singh, K., Pandya, P., & Katiyar, V. K. (2012). *Implications of corporate yoga: A review*. INTECH Open Access Publisher.
16. Birdee, G. S., Yeh, G. Y., Wayne, P. M., Phillips, R. S., Davis, R. B., & Gardiner, P. (2009). Clinical applications of yoga for the pediatric population: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 9(4), 212-220.
17. Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Money, sex and happiness: An empirical study. *Scandinavian Journal of Economics*, 106(3), 393-415.
18. Blank, H., & Kuczynski, A. (2007). Nonfiction-VIRGIN: The Untouched History. *New York Times Book Review*, 6.
19. Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., Waugh, R., Napolitano, M. A., Forman, L. M., Appelbaum, M., Doraiswamy, P. M. & Krishnan, K. R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of internal medicine*, 159(19), 2349-2356.
20. Boudette, R. (2006). Yoga in the treatment of disordered eating and body image disturbance. *How can the practice of yoga be helpful in recovery from an eating disorder*, 167-170.
21. Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disorders*, 22, 381–385.
22. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *Readings on the development of children*, 2(1), 37-43.
23. Brotto, L. A., Krychman, M., & Jacobson, P. (2008). Eastern approaches for enhancing women's sexuality: Mindfulness, acupuncture, and yoga (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 5(12), 2741-2748.
24. Brotto, L. A., Mehak, L., & Kit, C. (2009). Yoga and sexual functioning: a review. *Journal of sex & Marital Therapy*, 35(5), 378-390.
25. Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2005). Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: part I—neurophysiologic model. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(1), 189-201.
26. Buczak-Stec, E., König, H. H., & Hajek, A. (2019). The link between sexual satisfaction and subjective well-being: a longitudinal perspective based on the German Ageing Survey. *Quality of Life Research*, 28(11), 3025-3035.
27. Buddhananda, C., & Saraswati, S. (1987). *Moola Bandha: The Master Key*. Bihar School of Yoga.
28. Burri, A., & Spector, T. (2011). Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(9), 2420-2430.
29. Buvat, J., Maggi, M., Gooren, L., Guay, A. T., Kaufman, J., Morgentaler, A., Schulman, C., Tan, H. M., Torres, L. O., Yassin, A., & Zitzmann, M. (2010). Endocrine aspects of male sexual dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1627-1656.

30. Byers, E. S., & Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. *Journal of Sex Research*, 36(2), 180-189.
31. Bystritsky, A., Khalsa, S. S., Cameron, M. E., & Schiffman, J. (2013). Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Pharmacy and Therapeutics*, 38(1), 30-38.
32. Cameron, O. G. (2001). Interoception: the inside story—a model for psychosomatic processes. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 697-710.
33. Canter, P. H., & Ernst, E. (2003). The cumulative effects of Transcendental Meditation on cognitive function—a systematic review of randomised controlled trials. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 115(21-22), 758-766.
34. Carcedo, R. J., Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., & Martínez-Álvarez, J. L. (2020). Association between sexual satisfaction and depression and anxiety in adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 841-858.
35. Caruso, S., Rapisarda, A., & Cianci, S. (2016). Sexuality in menopausal women. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 323-330.
36. Carvalho, J., & Nobre, P. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 754-763.
37. Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
38. Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), 9-19.
39. CDC Vital and health statistics summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey US Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD (2010).
40. Chheda, S. D. (producer), & Khan, A. (director). (2004). Sex and yoga [video/DVD]. Mumbai, India: Let Go Media.
41. Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252.
42. Clarke, T. C., Black, L. I., Stussman, B. J., Barnes, P. M., & Nahin, R. L. (2015). Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National Health Statistics Reports*, (79), 1-16.
43. Claudat, K., & Warren, C. S. (2014). Self-objectification, body self-consciousness during sexual activities, and sexual satisfaction in college women. *Body Image*, 11(4), 509-515.
44. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 10, 1-2.
45. Cook-Cottone, C. (2013). Dosage as a critical variable in yoga therapy research. *International Journal of Yoga Therapy*, 23(2), 11-12.
46. Cook-Cottone, C. (2016). Yoga for the re-embodied self: The therapeutic journey home. *Yoga Therapy Today*, 48, 40-42.

47. Cramer, H., Haller, H., Klose, P., Ward, L., Chung, V. C., & Lauche, R. (2019). The risks and benefits of yoga for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 33(12), 1847-1862.
48. Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2014). Characteristics of randomized controlled trials of yoga: a bibliometric analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 328.
49. Cramer, H., Lauche, R., Anheyer, D., Pilkington, K., de Manincor, M., Dobos, G., & Ward, L. (2018). Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(9), 830-843.
50. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., & Thomas, H. (1999). The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 1999:3(3), 1-96.
51. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148.
52. Damodaran, A., Malathi, A., Patil, N., Shah, N., & Marathe, S. (2002). Therapeutic potential of yoga practices in modifying cardiovascular risk profile in middle aged men and women. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 50(5), 633-640.
53. Danhauer, S. C., Addington, E. L., Cohen, L., Sohl, S. J., Van Puymbroeck, M., Albinati, N. K., & Culos-Reed, S. N. (2019). Yoga for symptom management in oncology: a review of the evidence base and future directions for research. *Cancer*, 125(12), 1979-1989.
54. Da Silva, T. L., Ravindran, L. N., & Ravindran, A. V. (2009). Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 2(1), 6-16.
55. Daubenmier, J. J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 207-219.
56. Davendra, K. T. (2014). Yoga and Health. *Indian Journal of Community Medicine*, 39(2), 68-72.
57. Davis, S. (1990). Men as success objects and women as sex objects: A study of personal advertisements. *Sex Roles*, 23(1-2), 43-50.
58. Davis, D. E., Ho, M. Y., Griffin, B. J., Bell, C., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., De Blaere, C., Worthington, E.L. & Westbrook, C. J. (2015). Forgiving the self and physical and mental health correlates: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 329-335.
59. Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). PSYCHOLOGY: The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690-2697.
60. Davison, J., & Huntington, A. (2010). "Out of sight": Sexuality and women with enduring mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(4), 240-249.
61. DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 125-141.
62. del Mar Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67-75.

63. Department of Health and Human Services (US), CDC/HRSA Advisory Committee on HIV, Viral Hepatitis, and STD Prevention and Treatment. Draft record of the proceedings; 2012 May 8–9; Atlanta.
64. De Rose, A. F., Gallo, F., Bini, P. M., Gattuccio, I., Chiriaco, V., & Terrone, C. (2019). Epidemiology of sexual disorders in general medical practice: an Italian survey. *Urologia Journal*, 86(2), 79-85.
65. Desharnais, R., Jobin, J., Côté, C., Lévesque, L., & Godin, G. (1993). Aerobic exercise and the placebo effect: a controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 55 (2), 149-154.
66. Dhikav, V., Karmarkar, G., Gupta, M., & Anand, K. S. (2007). EJACULATORY DISORDERS: Yoga in Premature Ejaculation: A Comparative Trial with Fluoxetine. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(6), 1726-1732.
67. Dhikav, V., Karmarkar, G., Gupta, R., Verma, M., Gupta, R., Gupta, S., & Anand, K. S. (2010a). Yoga in female sexual functions. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 964-970.
68. Dhikav, V., Karmarkar, G., Verma, M., Gupta, R., Gupta, S., Mittal, D., & Anand, K. (2010b). Yoga in male sexual functioning: a noncomparative pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(10), 3460-3466.
69. Domingues, R. B., & Carmo, C. (2019). Disordered eating behaviours and correlates in yoga practitioners: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-10.
70. Dove, N. L. & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 67-78.
71. Douglass, L. (2009). Yoga as an intervention in the treatment of eating disorders: does it help?. *Eating Disorders*, 17(2), 126-139.
72. Douglass, L. (2010). Thinking through the body: The conceptualization of yoga as therapy for individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 83-96.
73. Douglas Jr, J. M., & Fenton, K. A. (2013). Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, 128 Suppl 1(Suppl 1), 1–4.
74. Dundon, C. M., & Rellini, A. H. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 896-904.
75. Eardley, I., Donatucci, C., Corbin, J., El-Meliegy, A., Hatzimouratidis, K., McVary, K., Munarriz, R., & Lee, S. W. (2010). Pharmacotherapy for erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 524-540.
76. Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013a). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 135-149.
77. Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013b). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and

- adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 98-119.
78. Evans, S., Cousins, L., Tsao, J. C., Subramanian, S., Sternlieb, B., & Zeltzer, L. K. (2011). A randomized controlled trial examining Iyengar yoga for young adults with rheumatoid arthritis: a study protocol. *Trials*, 12(1), 1-16.
 79. Evans, S., Tsao, J. C., Sternlieb, B., & Zeltzer, L. K. (2009). Using the biopsychosocial model to understand the health benefits of yoga. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 6(1), 1-22.
 80. Fakhariad, F., Ghazalian, F., Nikbakht, H., Lotfian, S., & Nikpajouh, A. (2020). The effect of 8 weeks of combined yoga and rehabilitation training on salivary levels of alpha-amylase and cortisol in patients after coronary artery bypass grafting. *Research in Cardiovascular Medicine*, 9(1), 16-22.
 81. Farnam, F., Pakgozar, M., Mirmohamadali, M., & Mahmoodi, M. (2008). Effect of sexual education on sexual health in Iran. *Sex Education*, 8(2), 159-168.
 82. Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.
 83. Field, T. (2011). Yoga clinical research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(1), 1-8.
 84. Filocamo, M. T., Serati, M., Li Marzi, V., Costantini, E., Milanese, M., Pietropaolo, A., Poledro, P., Gentile, B., Maruccia, S., Fornia, S., Lauri, I., Alei, R., Arcangeli, P., Sighinolfi, M. C., Manassero, F., Andretta, E., Palazzetti, A., Bertelli, E., Del Popolo, G., & Villari, D. (2014). The Female Sexual Function Index (FSFI): Linguistic Validation of the Italian Version. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 447-453.
 85. Fisher, L. (2004). Introduction to yoga. *Aust Yoga Life*, 10, 6-7.
 86. Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A., & Weinfurt, K. P. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642-1650.
 87. Forbes, M. K., & Schniering, C. A. (2013). Are sexual problems a form of internalizing psychopathology? A structural equation modeling analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 23-34.
 88. Francoeur, R. T. (1992). Sexuality and spirituality: the relevance of eastern traditions. *Sexual Health Report*, 20(4), 1-8.
 89. Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.

90. Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(1), 269-284.
91. Fryar, C. D., Carroll, M. D., & Ogden, C. L. (2012). Prevalence of overweight, obesity, and extreme obesity among adults: United States, trends 1960–1962 through 2009–2010. *Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics*.
92. Grower, P., & Ward, L. M. (2018). Examining the unique contribution of body appreciation to heterosexual women's sexual agency. *Body image*, *27*, 138-147.
93. Gupta, N., Baldassarre, F. G., & Vrkljan, B. H. (2013). A systematic review of yoga for state anxiety:: Considerations for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *80*(3), 150-170.
94. Gupta, N., Khera, S., Vempati, R. P., Sharma, R., & Bijlani, R. L. (2006). Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, *50*(1), 41-47.
95. Hadi, N., & Hadi, N. (2007). Effects of hatha yoga on well-being in healthy adults in Shiraz, Islamic Republic of Iran. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, *13* (4), 829-837.
96. Häggström-Nordin, E., Hanson, U., & Tydén, T. (2002). Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *Journal of Adolescent Health*, *30*(4), 288-295.
97. Harinath, K., Malhotra, A. S., Pal, K., Prasad, R., Kumar, R., Kain, T. C., Rai, L. & Sawhney, R. C. (2004). Effects of Hatha yoga and Omkar meditation on cardiorespiratory performance, psychologic profile, and melatonin secretion. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, *10*(2), 261-268.
98. Hendriks, T., de Jong, J., & Cramer, H. (2017). The effects of yoga on positive mental health among healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *23*(7), 505-517.
99. Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S., Dodge, B., Ghassemi, A., & Fortenberry, J. D. (2009). Prevalence and characteristics of vibrator use by women in the United States: Results from a nationally representative study. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(7), 1857-1866.
100. Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behavior in the United States: Results from a national probability sample of men and women ages 14–94. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*, 255-265.
101. Hewett, Z. L., Cheema, B. S., Pumpa, K. L., & Smith, C. A. (2015). The effects of Bikram yoga on health: critical review and clinical trial recommendations. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2015*.
102. Hewett, Z. L., Pumpa, K. L., Smith, C. A., Fahey, P. P., & Cheema, B. S. (2018). Effect of a 16-week Bikram yoga program on perceived stress, self-efficacy and health-related quality of life in stressed and sedentary adults: A randomised controlled trial. *Journal of Science and Medicine in Sport*, *21*(4), 352-357.

103. Heywood, W., Lyons, A., Fileborn, B., Hinchliff, S., Minichiello, V., Malta, S., Barrett, C., & Dow, B. (2018). Sexual satisfaction among older Australian heterosexual men and women: Findings from the Sex, Age & Me study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(3), 295-307.
104. Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson Sr, J. K., & Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health, 101*(9), 1643-1654.
105. Hirschman, C., Impett, E. A., & Schooler, D. (2006). Dis/embodied voices: What late-adolescent girls can teach us about objectification and sexuality. *Sexuality Research & Social Policy, 3*(4), 8-20.
106. Hogarth, H., & Ingham, R. (2009). Masturbation among young women and associations with sexual health: An exploratory study. *Journal of Sex Research, 46*(6), 558-567.
107. Hopkins, L. B., Medina, J. L., Baird, S. O., Rosenfield, D., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2016). Heated hatha yoga to target cortisol reactivity to stress and affective eating in women at risk for obesity-related illnesses: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 558-564.
108. Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences, 76*, 18-27.
109. Hudson, W. W. (2013). Index of sexual satisfaction. In *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 545-554). Routledge.
110. Hynie, M., MacDonald, T. K., & Marques, S. (2006). Self-conscious emotions and self-regulation in the promotion of condom use. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(8), 1072-1084.
111. Impett, E. A., Daubenmier, J. J., & Hirschman, A. L. (2006). Minding the body: Yoga, embodiment, and well-being. *Sexuality Research & Social Policy, 3*(4), 39-48.
112. Impett, E. A., Schooler, D., & Tolman, D. L. (2006). To be seen and not heard: Femininity ideology and adolescent girls' sexual health. *Archives of sexual behavior, 35*(2), 129-142.
113. Iyengar, B. K. S. (2001). *Light on yoga: The classic guide to yoga from the world's foremost authority*. Thorsons.
114. Javnbakht, M., Kenari, R. H., & Ghasemi, M. (2009). Effects of yoga on depression and anxiety of women. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*(2), 102-104.
115. Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 119-125.
116. Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D. A., Schwarz, N., & Stone, A. A. (2004). A survey method for characterizing daily life experience: The day reconstruction method. *Science, 306*(5702), 1776-1780.
117. Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology, 117*(3), 292-304.
118. Karimi, A., Dadgar, S., Afiat, M., & Rahimi, N. (2013). The effect of sexual health education on couples' sexual satisfaction. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 15*(42), 23-30.

119. Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 238-248.
120. Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
121. Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 207-222.
122. Khalsa, S. B. S. (2004). Treatment of chronic insomnia with yoga: A preliminary study with sleep-wake diaries. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29(4), 269-278.
123. Khatri, P., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Craighead, W. E., Herman, S., Baldewicz, T., Madden, D. J., Doraiswamy, M., Waugh, R. & Krishnan, K. R. (2001). Effects of exercise training on cognitive functioning among depressed older men and women. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9(1), 43-57.
124. Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932.
125. King, M. G., King, M., Stanley, G., & Burrows, G. D. (1987). *Stress: Theory and practice*. Sydney: Grune & Stratton, Incorporated.
126. Kim, H. N., Ryu, J., Kim, K. S., & Song, S. W. (2013). Effects of yoga on sexual function in women with metabolic syndrome: a randomized controlled trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2741-2751.
127. Kraftsow, G. (1999). *Yoga for wellness: Healing with the timeless teachings of viniyoga*. Penguin.
128. Kreutz, C., Schmidt, M. E., & Steindorf, K. (2019). Effects of physical and mind-body exercise on sleep problems during and after breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1-15.
129. Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. (2017). *Psicologia clinica*. Zanichelli.
130. Krishnamurthy, M. N., & Telles, S. (2007). Assessing depression following two ancient Indian interventions: effects of yoga and ayurveda on older adults in a residential home. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(2), 17-23.
131. Kupersmidt, S., & Barnable, T. (2019). Definition of a yoga breathing (pranayama) protocol that improves lung function. *Holistic Nursing Practice*, 33(4), 197-203.
132. Laan, E., Everaerd, W., & Both, S. (2005). Female sexual arousal. In R. Balon & R. T. Segraves (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions and paraphilias*. Boca Raton, FL: Taylor and Francis Group.
133. Lack, S., Brown, R., & Kinser, P. A. (2020). An integrative review of yoga and mindfulness-based approaches for children and adolescents with asthma. *Journal of Pediatric Nursing*, 52, 76-81.
134. Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E. D., Niclosi, A., & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among

- older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 143-159.
135. Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., & Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58(3), 498-504.
 136. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
 137. Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A. R., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: a meta-analytic approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269-279.
 138. Lee, S. W., Mancuso, C. A., & Charlson, M. E. (2004). Prospective study of new participants in a community-based mind-body training program. *Journal of General Internal Medicine*, 19(7), 760-765.
 139. Le Grange, D., & Eisler, I. (1993). The link between anorexia nervosa and excessive exercise: A review. *European Eating Disorders Review*, 1(2), 100-119.
 140. Li, A. W., & Goldsmith, C. A. W. (2012). The effects of yoga on anxiety and stress. *Alternative Medicine Review*, 17(1), 21-35.
 141. Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
 142. Littleton, H., Breittkopf, C. R., & Berenson, A. (2005). Body image and risky sexual behaviors: An investigation in a tri-ethnic sample. *Body Image*, 2(2), 193-198.
 143. Long, B. C. (1983). Aerobic conditioning and stress reduction: participation or conditioning?. *Human Movement Science*, 2(3), 171-186.
 144. LoPiccolo, J., & Lobitz, W. C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2(2), 163-171.
 145. Madanmohan, Udupa, K., Bhavanani, A. B., Krishnamurthy, N., & Pal, G. K. (2002). Modulation of cold pressor-induced stress by shavasan in normal adult volunteers. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 46(3), 307-312.
 146. Mahlo, L., & Tiggemann, M. (2016). Yoga and positive body image: A test of the Embodiment Model. *Body Image*, 18, 135-142.
 147. Marlowe, C. M., Schneider, S. L., & Nelson, C. E. (1996). Gender and attractiveness biases in hiring decisions: Are more experienced managers less biased?. *Journal of Applied Psychology*, 81(1), 11-21.
 148. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*, Boston (Little, Brown & Company) 1970.
 149. McCaffrey, R., Ruknui, P., Hatthakit, U., & Kasetsoomboon, P. (2005). The effects of yoga on hypertensive persons in Thailand. *Holistic Nursing Practice*, 19(4), 173-180.
 150. Meana, M., Binik, I., Khalifé, S., & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(4), 381-385.

151. Meana, M., & Nunnink, S. E. (2006). Gender differences in the content of cognitive distraction during sex. *Journal of Sex Research*, 43(1), 59-67.
152. Meier, M., Wirz, L., Dickinson, P., & Pruessner, J. C. (2020). Laughter Yoga reduces the cortisol response to acute stress in healthy individuals. *Stress*, (just-accepted), 1-34.
153. Melnik, T., Soares, B. G., & Nasello, A. G. (2008). The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: Systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(11), 2562-2574.
154. Meston, C. M., & Gorzalka, B. B. (1995). The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 651-664.
155. Meston, C. M. (2003). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 39-46.
156. Michalsen, A., Grossman, P., Acil, A., Langhorst, J., Lütke, R., Esch, T., Stefano, G. & Dobos, G. (2005). Rapid stress reduction and anxiolysis among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program. *Medical Science Monitor*, 11(12), CR555-CR561.
157. Miner-Rubino, K., Twenge, J. M., & Fredrickson, B. L. (2002). Trait self-objectification in women: Affective and personality correlates. *Journal of Research in Personality*, 36(2), 147-172.
158. Morokoff, P. J., & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research*, 30(1), 43-53.
159. Moore, N. B., & Davidson Sr, J. K. (1997). Guilt about first intercourse: An antecedent of sexual dissatisfaction among college women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23(1), 29-46.
160. Mulhall, J. P., Incrocci, L., Goldstein, I., & Rosen, R. (Eds.). (2011). *Cancer and sexual health*. Springer Science & Business Media.
161. Nerurkar, A., Yeh, G., Davis, R. B., Birdee, G., & Phillips, R. S. (2011). When conventional medical providers recommend unconventional medicine: results of a national study. *Archives of Internal Medicine*, 171(9), 862-864.
162. Neumark-Sztainer, D., MacLehose, R. F., Watts, A. W., Pacanowski, C. R., & Eisenberg, M. E. (2018). Yoga and body image: Findings from a large population-based study of young adults. *Body Image*, 24, 69-75.
163. Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244-251.
164. Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E., & van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369.
165. Newcombe, S. (2007). Stretching for health and well-being: Yoga and women in Britain, 1960-1980. *Asian Medicine*, 3(1), 37-63.

166. Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 652-661.
167. Noll, S. M., & Fredrickson, B. L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22(4), 623-636.
168. Oken, B. S. (Ed.). (2004). *Complementary Therapies in Neurology: an evidence-based approach*. Parthenon Publishing Group.
169. Oken, B. S., Zajdel, D., Kishiyama, S., Flegal, K., Dehen, C., Haas, M., Kraemer, D. F., Lawrence, J. & Leyva, J. (2006). Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: effects on cognition and quality of life. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(1), 40-47.
170. Parshad, O. (2004). Role of yoga in stress management. *The West Indian Medical Journal*, 53(3), 191-194.
171. Park, C. L., Riley, K. E., Bedesin, E., & Stewart, V. M. (2016). Why practice yoga? Practitioners' motivations for adopting and maintaining yoga practice. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 887-896.
172. Park, C. L., Riley, K. E., & Braun, T. D. (2016). Practitioners' perceptions of yoga's positive and negative effects: Results of a National United States survey. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 20(2), 270-279.
173. Pascoe, M. C., & Bauer, I. E. (2015). A systematic review of randomised control trials on the effects of yoga on stress measures and mood. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 270-282.
174. Pascoe, M. C., Thompson, D. R., & Ski, C. F. (2017). Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 152-168.
175. Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539-549.
176. Peregoy, J. A., Clarke, T. C., Jones, L. I., Stussman, B. J., & Nahin, R. L. (2014). Regional variation in use of complementary health approaches by US adults. *NCHS data brief*, (146), 1.
177. Peplau, L. A. (2003). Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 12(2), 37-40.
178. Pinney, E. M., Gerrard, M., & Denney, N. W. (1987). The Pinney sexual satisfaction inventory. *Journal of Sex Research*, 23(2), 233-251.
179. Prabhavananda, S., & Isherwood, C. (1948). *Patanjali Yoga Sutras: Translated with a New Commentary*. Chennai: Sri Ramakrishna Math, 17-19.
180. Purdon, C., & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 43(2), 154-162.
181. Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 905-916.

182. Quilty, M. T., Saper, R. B., Goldstein, R., & Khalsa, S. B. S. (2013). Yoga in the real world: Perceptions, motivators, barriers, and patterns of use. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(1), 44-49.
183. Rakshith, K. R., Sinha, K., & LA, V. K. (2017). Yogic Intervention in Sexual Dysfunction-A Review. *Journal of Ayurveda and Integrated Medical Sciences (ISSN 2456-3110)*, 2(4), 243-250.
184. Ratarasarn, K., & Kundu, A. (2020). Yoga and Tai Chi: a mind–body approach in managing respiratory symptoms in obstructive lung diseases. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 26(2), 186-192.
185. Reece, M., Herbenick, D., Sanders, S. A., Dodge, B., Ghassemi, A., & Fortenberry, J. D. (2009). Prevalence and characteristics of vibrator use by men in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(7), 1867-1874.
186. Reissing, E. D., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist?: A critical review of the literature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 261-274.
187. Rocha, K. K. F., Ribeiro, A. M., Rocha, K. C. F., Sousa, M. B. C., Albuquerque, F. S., Ribeiro, S., & Silva, R. H. (2012). Improvement in physiological and psychological parameters after 6 months of yoga practice. *Consciousness and Cognition*, 21(2), 843-850.
188. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
189. Rosen, R. C., Leiblum, S. R., & Spector, I. P. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(2), 67-85.
190. Rosen, R. C., Taylor, J. F., Leiblum, S. R., & Bachmann, G. A. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 171-188.
191. Ross, A., Friedmann, E., Bevans, M., & Thomas, S. (2013). National survey of yoga practitioners: mental and physical health benefits. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 313-323.
192. Ross, A., & Thomas, S. (2010). The health benefits of yoga and exercise: a review of comparison studies. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(1), 3-12.
193. Rucci, P., Gherardi, S., Tansella, M., Piccinelli, M., Berardi, D., Bisoffi, G., Corsino, M. A. & Pini, S. (2003). Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3), 171-181.
194. Saraswati, S. S., & Hiti, J. K. (1996). *Asana pranayama mudra bandha*. Bihar, India: Yoga Publications Trust.
195. Satchidananda, S. S. (1990). *The yoga sutras of Patanjali*. London, UK: Ebury Publishing.

196. Sbrocco, T., Weisberg, R. B., Barlow, D. H., & Carter, M. M. (1997). The conceptual relationship between panic disorder and male erectile dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23(3), 212-220.
197. Schiffmann, E. (2013). *Yoga The Spirit And Practice Of Moving Into Stilln*. Simon and Schuster.
198. Schmiedeberg, C., & Schröder, J. (2016). Does sexual satisfaction change with relationship duration?. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 99-107.
199. Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., & Caruthers, A. S. (2005). Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *Journal of Sex Research*, 42(4), 324-334.
200. Scott, V. C., Sandberg, J. G., Harper, J. M., & Miller, R. B. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 376-390.
201. Segraves, R. T., & Balon, R. (2003). Recognizing and reversing sexual side effects of medications. *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*, 377-391.
202. Seiter, N. S., Quirk, K., Hardy, N., Zinbarg, R. E., Goldsmith, J. Z., & Pincus, W. M. (2020). Changes in Commitment and Sexual Satisfaction: Trajectories in Couple Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(3), 296-302.
203. Selvamurthy, W., Sridharan, K., Ray, U. S., Tiwary, R. S., Hegde, K. S., Radhakrishnan, U., & Sinha, K. C. (1998). A new physiological approach to control essential hypertension. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 42, 205-213.
204. Shohani, M., Kazemi, F., Rahmati, S., & Azami, M. (2020). The effect of yoga on the quality of life and fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101087.
205. Sivaramakrishnan, D., Fitzsimons, C., Kelly, P., Ludwig, K., Mutrie, N., Saunders, D. H., & Baker, G. (2019). The effects of yoga compared to active and inactive controls on physical function and health related quality of life in older adults-systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 16-33.
206. Smith, C., Hancock, H., Blake-Mortimer, J., & Eckert, K. (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*, 15(2), 77-83.
207. Smith, J. E., Waldorf, V. A., & Trembath, D. L. (1990). Single white male looking for thin, very attractive... *Sex Roles*, 23(11-12), 675-685.
208. Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27-55.
209. Steer, A., & Tiggemann, M. (2008). The role of self-objectification in women's sexual functioning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(3), 205-225.

210. Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2015). The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 41*(1), 25-38.
211. Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research, 47*(4), 257-268.
212. Subramanya, P., & Telles, S. (2009). Effect of two yoga-based relaxation techniques on memory scores and state anxiety. *BioPsychoSocial Medicine, 3*(1), 3-8.
213. Sullivan, M., Carberry, A., Evans, E. S., Hall, E. E., & Nepocatych, S. (2019). The effects of power and stretch yoga on affect and salivary cortisol in women. *Journal of Health Psychology, 24*(12), 1658-1667.
214. Swanholm, E. N. (2007, November). Risky sexual behavior in students: STD risk, sexual guilt, and condom use. In *135th Annual Meeting of the American Public Health Association*.
215. Swim, J. K., Hyers, L. L., Cohen, L. L., & Ferguson, M. J. (2001). Everyday sexism: Evidence for its incidence, nature, and psychological impact from three daily diary studies. *Journal of Social Issues, 57*(1), 31-53.
216. Taimni, I. K. (2009). *La scienza dello yoga: commento agli yogasutra di Patanjali alla luce del pensiero moderno*. Ubaldini.
217. Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability, 20*(3), 177-183.
218. Telles, S., Raghuraj, P., Arankalle, D., & Naveen, K. V. (2008). Immediate effect of high-frequency yoga breathing on attention. *Indian Journal of Medical Sciences, 62*, 20-22.
219. Tolman, D. L., Impett, E. A., Tracy, A. J., & Michael, A. (2006). Looking good, sounding good: Femininity ideology and adolescent girls' mental health. *Psychology of Women Quarterly, 30*(1), 85-95.
220. Tracy, B. L., & Hart, C. E. (2013). Bikram yoga training and physical fitness in healthy young adults. *The Journal of Strength & Conditioning Research, 27*(3), 822-830.
221. Tsang, H. W., Chan, E. P., & Cheung, W. M. (2008). Effects of mindful and non-mindful exercises on people with depression: a systematic review. *British Journal of Clinical Psychology, 47*(3), 303-322.
222. Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body image, 14*, 118-129.
223. Vandenbosch, L., & Eggermont, S. (2014). The three-step process of self-objectification: Potential implications for adolescents' body consciousness during sexual activity. *Body Image, 11*(1), 77-80.
224. Van Lankveld, J. J., Granot, M., Schultz, W. C. W., Binik, Y. M., Wesselmann, U., Pukall, C. F., Bohm-Starke, N. & Achtrari, C. (2010). Women's sexual pain disorders. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(1), 615-631.

225. Veneziani, C. A., & Voci, A. (2015). The Italian adaptation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22(1), 43-52.
226. Villien, F., Yu, M., Barthélémy, P., & Jammes, Y. (2005). Training to yoga respiration selectively increases respiratory sensation in healthy man. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 146(1), 85-96.
227. Wang, W. L., Chen, K. H., Pan, Y. C., Yang, S. N., & Chan, Y. Y. (2020). The effect of yoga on sleep quality and insomnia in women with sleep problems: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20, 1-19.
228. Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
229. Ward, L. M. (2003). Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research. *Developmental review*, 23(3), 347-388.
230. Watson, D., & Clark, L. A. (1999). The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule-expanded form.
231. Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
232. Wiederman, M. W. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37(1), 60-68.
233. Wight, D., Parkes, A., Strange, V., Allen, E., Bonell, C., & Henderson, M. (2008). The quality of young people's heterosexual relationships: A longitudinal analysis of characteristics shaping subjective experience. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(4), 226-237.
234. Wilson, R. E., Latner, J. D., & Hayashi, K. (2013). More than just body weight: The role of body image in psychological and physical functioning. *Body Image*, 10(4), 644-647.
235. Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Von Der Pahlen, B., Varjonen, M., Algars, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 89-106.
236. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*: Stanford Uni. Press, Calif, 130-135.
237. Woo, J. S., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2011). The role of sex guilt in the relationship between culture and women's sexual desire. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 385-394.
238. World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.
239. World Health Organization. (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators* (No. WHO/RHR/10.12). World Health Organization.
240. Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L. Y., & Covinsky, K. (2001). A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: women who walk. *Archives of Internal Medicine*, 161(14), 1703-1708.

241. Yamamiya, Y., Cash, T. F., & Thompson, J. K. (2006). Sexual experiences among college women: The differential effects of general versus contextual body images on sexuality. *Sex Roles*, 55(5-6), 421-427.
242. Yoshihara, K., Hiramoto, T., Sudo, N., & Kubo, C. (2011). Profile of mood states and stress-related biochemical indices in long-term yoga practitioners. *BioPsychoSocial Medicine*, 5(1), 6.
243. Zimmer, D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13(3), 193-209.
244. Zoogman, S., Goldberg, S. B., Voursora, E., Diamond, M. C., & Miller, L. (2019). Effect of yoga-based interventions for anxiety symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Spirituality in Clinical Practice*, 6(4), 256-278.

SITOGRAFIA

1. <https://www.un.org/en/observances/yoga-day>
2. <http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D>
3. https://www.paidoss.it/public/uploads/attivita/studi_ricerca/mts/Paidoss_Infografica_MTS.pdf
4. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/hbsc/>

RINGRAZIAMENTI

Tengo a ringraziare in primis la professoressa Michela Lenzi per la grande disponibilità e gentilezza dimostrate dal primo all'ultimo momento della progettazione e stesura di questa tesi. Il supporto e la competenza da lei forniti sono stati preziosi per affrontare questa nuova esperienza nel modo migliore possibile e per questo la ringrazio infinitamente.

Ringrazio poi Stefano Andriolo e Lucia Ronconi, per il supporto e la disponibilità mostrati rispettivamente nella creazione del questionario online e nell'analisi dei dati, due passaggi fondamentali per la mia ricerca.

Un ringraziamento speciale a Monica Calvetti, insegnante di Iyengar Yoga a Lugo, e all'Associazione Italiana di Iyengar Yoga che hanno fornito la propria disponibilità e il proprio prezioso contributo alla raccolta delle partecipanti.

Ringrazio poi tutte le donne che hanno deciso di dedicare parte del proprio tempo alla mia ricerca pur non ricevendo nulla in cambio: senza questi contributi non sarebbe stato possibile ottenere questo risultato.

Ringrazio infine la mia famiglia per non aver mai dubitato delle mie capacità e per avermi sempre sostenuto e incoraggiato in ogni mia scelta. In particolare, un grazie speciale a mia madre che è stata di grande aiuto nella condivisione del questionario, oltre ad un supporto emotivo costante in questi anni impegnativi. Grazie per essere da sempre la mia più grande sostenitrice.