



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale (DPG)**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica**

**Tesi di Laurea Magistrale**

***Le donne raccontano l'orgasmo: un'indagine qualitativa su  
alcune componenti soggettive dell'esperienza orgasmica  
femminile***

**Women narrating orgasm: A qualitative investigation into some subjective  
components of the female orgasmic experience**

***Relatrice:***

**Prof.ssa Marta Panzeri**

***Laureanda: Fatima Malara***

***Matricola: 2050541***

**Anno Accademico 2022/2023**

## Indice

<b>Introduzione.....</b>	<b>5</b>
<b>Capitolo 1: L’orgasmo femminile.....</b>	<b>7</b>
1.1. Tentativi di definizione dell’orgasmo femminile .....	7
1.2. Le dimensioni dell’orgasmo femminile.....	9
1.2.1. Anatomia e fisiologia dell’orgasmo femminile.....	9
1.2.2. Biochimica dell’orgasmo: ormoni e neurotrasmettitori coinvolti .....	13
1.2.3. Attivazioni cerebrali legate all’orgasmo.....	14
1.2.4. La dimensione cognitivo-affettiva.....	16
1.3. Tipologie di orgasmo femminile.....	18
1.3.1. Orgasmo “vaginale” e “clitorideo”.....	18
1.3.2. Il punto G.....	22
1.3.3. Orgasmi multipli.....	24
1.3.4. Altre manifestazioni dell’orgasmo femminile.....	27
<b>Capitolo 2: Fattori influenzanti l’esperienza orgasmica femminile.....</b>	<b>28</b>
2.1. Premessa.....	28
2.2. Fattori soggettivi .....	28
2.2.1. I fattori demografici.....	29
2.2.2. Le componenti cognitivo-affettive .....	30
2.2.3. Le variabili psicosessuali.....	32
2.3. Fattori interpersonali.....	33
2.3.1. Variabili legate alla dimensione diadica.....	33
2.3.2. Differenze tra partner stabili e occasionali .....	34
2.4. La cornice sociale e culturale.....	36
2.4.1. L’ <i>orgasm gap</i> e i ruoli di genere .....	36
2.4.2. Oltre l’iper-patologizzazione.....	38
<b>Capitolo 3: La ricerca .....</b>	<b>39</b>
3.1. Introduzione .....	39
3.2. Metodo .....	41
3.2.1. Partecipanti .....	41
3.2.2. Procedura .....	42
3.2.3. Griglia di conduzione dei <i>focus group</i> .....	44

3.2.4.	Analisi dei dati.....	44
<b>Capitolo 4:</b>	<b>Risultati .....</b>	<b>46</b>
4.1.	Categorie individuate .....	46
4.2.	Cognizioni.....	47
4.2.1.	Assenza di pensieri e isolamento mentale .....	48
4.2.2.	Fantasie sessuali .....	48
4.3.	Sensazioni fisiche.....	49
4.3.1.	Senso di rilassamento .....	50
4.3.2.	Tensione muscolare .....	51
4.3.3.	Scarica elettrica.....	52
4.3.4.	Sensazione di calore .....	53
4.3.5.	Sensazione dolorosa .....	53
4.4.	Stati emotivi .....	54
4.4.1.	Stati affettivi positivi .....	54
4.4.2.	Stati affettivi di connessione diadica .....	55
4.5.	Differenze nell'orgasmo tra autoerotismo e sesso diadico .....	56
4.5.1.	Piacevolezza e intensità dell'orgasmo .....	56
4.5.2.	Velocità nel raggiungimento .....	58
4.6.	Fattori che influenzano piacevolezza e intensità dell'orgasmo .....	60
4.6.1.	Tipologia di stimolazione .....	60
4.6.2.	Conoscersi e comunicare .....	62
4.6.3.	Rapporto con partner stabile o occasionale .....	63
4.6.4.	Connessione e intesa sessuale.....	66
4.6.5.	Pensieri negativi .....	67
4.6.6.	Contesto .....	68
4.6.7.	Attenzione da parte del/della partner .....	69
4.6.8.	Livello di eccitazione e desiderio .....	70
4.6.9.	Utilizzo di sex toy.....	70
4.6.10.	Durata della stimolazione precedente.....	71
4.6.11.	Piacere dell'altro/a .....	72
4.6.12.	Stanchezza .....	72
4.6.13.	Legame affettivo.....	73
4.6.14.	Frequenza degli orgasmi.....	73

4.6.15. Fantasie sessuali .....	74
<b>Discussione e conclusioni .....</b>	<b>75</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>83</b>

## Introduzione

L'orgasmo femminile è uno degli aspetti della sessualità che ha ricevuto maggiori attenzioni da parte della letteratura scientifica sulla risposta sessuale umana (Levin, 1981). Sebbene esistano delle legittime difficoltà legate all'elaborazione di una definizione accurata dell'esperienza, essa è stata descritta come una sensazione transitoria di piacere (Meston *et al.*, 2004) e spiccato senso di benessere (Arcos-Romero e Sierra, 2018) che si contraddistingue per la presenza di un insieme di cambiamenti fisiologici, genitali ed extragenitali (Masters e Johnson, 1966). L'esperienza orgasmica soggettiva è anche un processo psicofisiologico multi-determinato che coinvolge fattori biologici, psicologici, sociali e culturali (Levin *et al.*, 1981; Mah e Binik, 2001); tuttavia, gran parte della letteratura sulla sessualità umana si è concentrata sull'analisi delle risposte fisiologiche dell'orgasmo (Mah e Binik, 2005) e molti degli studi che hanno maggiormente indagato i fattori biopsicosociali che influenzano la responsività orgasmica lo hanno fatto prendendo in considerazione gli esiti su capacità e frequenza di raggiungimento (Arcos-Romero e Sierra, 2018), piuttosto che sulla qualità dell'esperienza. Al fine di sopperire a tale mancanza e contrastare le posizioni patologizzanti dell'assenza dell'orgasmo femminile, che scaturiscono anche da una ricerca scientifica che, nel corso della sua evoluzione, ha consistentemente utilizzato la frequenza orgasmica come misura attendibile del piacere sessuale delle donne nella sua interezza, il presente studio si è posto l'obiettivo di indagare, attraverso il metodo qualitativo dei *focus group*, l'esperienza soggettiva dell'orgasmo femminile attraverso 3 dimensioni – sensazioni fisiche, componenti cognitive e stati affettivi ed emotivi – e le variabili, soggettivamente percepite, che ne influenzano intensità e piacevolezza, piuttosto che frequenza. Lo scopo è quello di migliorare la comprensione dell'esperienza orgasmica soggettiva delle donne partendo dalle narrazioni che esse stesse forniscono e abbracciando un'ottica di autodeterminazione del proprio piacere sessuale.

Il primo capitolo della presente trattazione passerà in rassegna la letteratura sulla risposta sessuale umana, al fine di illustrare le conoscenze attuali sulle dimensioni dell'esperienza orgasmica femminile: anatomia, fisiologia, risposte cerebrali e componenti sensoriali, cognitive e affettive. Verranno, inoltre, illustrati i risultati degli studi che hanno indagato le diverse manifestazioni dell'orgasmo femminile, al fine di

tracciare un quadro il più possibile completo relativo alla sua variabilità interindividuale e intra-individuale.

Nel secondo capitolo, invece, verrà valutata l'influenza di variabili soggettive, interpersonali, sociali e culturali sulla responsività orgasmica femminile e sui suoi livelli di intensità e piacevolezza, mantenendo un occhio critico nei confronti sia della frequenza orgasmica come strumento di misura della soddisfazione sessuale sia dell'iperpatologizzazione dell'assenza dell'orgasmo nelle donne.

Il terzo capitolo presenterà la ricerca concettualizzata e condotta in riferimento al filone di studi che negli ultimi anni si sta proponendo l'obiettivo di indagare l'esperienza orgasmica soggettiva femminile ponendo maggiore enfasi sui dati qualitativi ricavabili dai resoconti delle donne che sperimentano l'orgasmo.

Nel quarto capitolo e nella discussione finale verranno presentati i dati emersi dall'analisi dei *focus group* condotti con un campione di 30 donne tra i 20 e i 54 anni; i risultati verranno poi confrontati con quelli della letteratura.

Infine, verranno prese in considerazione le implicazioni cliniche di quanto emerso dai risultati della ricerca, nell'ottica dell'approccio positivo alla sessualità, promosso dalla WAS (World Association for Sexual Health, 2021), finalizzato al raggiungimento del benessere sessuale come diritto imprescindibile dell'individuo.

# Capitolo 1

## L'orgasmo femminile

### 1.1. Tentativi di definizione dell'orgasmo femminile

L'orgasmo femminile è stato ampiamente trattato nella letteratura, attraverso diverse prospettive: filosofiche, fisiologiche, psicologiche, cliniche, sociologiche ed etologiche (Levin, 1992). Tuttavia, risulta ancora complesso darne una definizione univoca, in parte anche a causa della sua natura di fenomeno caratterizzato sia da tratti nomotetici che idiografici (Meston *et al.*, 2004). Secondo Levin (1981), l'orgasmo femminile è l'aspetto della sessualità umana che ha ricevuto maggiore attenzione nel corso dell'evoluzione della letteratura scientifica sulla risposta sessuale, ma la difficoltà nell'elaborazione di una definizione accurata risiederebbe nel cambiamento dello stato di coscienza che si verifica in concomitanza del fenomeno e che rende impossibile, per l'individuo che lo sperimenta, fornirne una descrizione prima del termine dell'orgasmo stesso. Inoltre, un altro ostacolo, che la produzione scientifica stessa ha creato, risiede nel fatto che, sebbene l'orgasmo femminile abbia suscitato l'interesse di diverse discipline che ne hanno approfondito le più svariate sfaccettature, molto spesso l'attenzione è stata orientata verso l'assenza dell'orgasmo, più che verso la sua manifestazione. A questo proposito già Symons (1979) aveva affermato che, sebbene l'orgasmo femminile avesse ispirato interesse e dibattiti, la sua popolarità derivava dalla sua assenza; in effetti, gran parte della ricerca relativa all'argomento si è concentrata sulla responsività orgasmica femminile (Mah e Binik, 2005; per una rassegna si veda Mah e Binik, 2001) – in particolare, sulla presenza o sulla frequenza dell'orgasmo (Arcos-Romero e Sierra, 2018) – e, spesso finanziata dall'industria farmaceutica, sullo studio di soluzioni biochimiche ai “problemi dell'orgasmo” (Moynihan, 2003).

Generalmente, gli studiosi che hanno tentato di fornire una definizione dell'orgasmo femminile lo hanno fatto utilizzando i cambiamenti fisici, di solito muscolari e cardiovascolari, riferiti o osservati, sottolineando che si tratta del culmine o del momento più intenso dell'eccitazione sessuale (Meston *et al.*, 2004). I tentativi effettuati allo scopo di costruire una definizione operativa dell'orgasmo risalgono a più di 20 anni fa. Levin e colleghi (1981) hanno presentato 13 definizioni di differenti autori e successivamente Mah e Binik (2001) hanno tentato lo stesso approccio fornendo il doppio delle definizioni

proposte precedentemente, suddividendole in 3 gruppi, a seconda del punto di vista preso in considerazione: biologico, psicologico o biopsicosociale. Al termine della revisione sono comunque giunti alla conclusione dell'impossibilità di delineare una soddisfacente definizione universale dell'orgasmo che, ancora oggi, risulta essere assente (Arcos-Romero e Sierra, 2020; Paterson *et al.*, 2013; Safron, 2016).

Secondo Levin (2004) nel tentativo di definire l'orgasmo sarebbe necessario domandarsi su quale attore ricada la responsabilità e il diritto della sua definizione: l'individuo che lo sperimenta? Il fisiologo? L'endocrinologo? Il neuroscienziato? Lo psicologo? L'orgasmo è un'esperienza fortemente personale, perciò avrebbe senso chiedere una descrizione di tale esperienza all'individuo che l'ha vissuta, tuttavia, qualora questo individuo non avesse mai sperimentato un orgasmo, come potrebbe distinguerlo da uno stato di eccitazione particolarmente elevato? Storicamente, l'approccio fisiologico allo studio della sessualità umana ha dedicato molta attenzione all'individuazione di una conferma oggettiva, un segno fisiologico che evidenziasse il fatto che l'orgasmo fosse avvenuto. Masters e Johnson (1966), ad esempio, avevano individuato la presenza di contrazioni pelviche come la prova *sine qua non* del verificarsi del fenomeno. Tuttavia, l'identificazione di indicatori oggettivi, sebbene abbia contribuito enormemente alla comprensione dell'orgasmo come risposta fisiologica, non è sufficiente per la definizione dell'orgasmo come esperienza sessuale che richiede, invece, la valutazione delle componenti soggettive dell'esperienza stessa (Mah e Binik, 2001).

Inoltre, altri elementi da tenere in considerazione per la definizione dell'orgasmo dovrebbero essere il rilascio ormonale, l'attivazione cerebrale, aspetti cognitivi e affettivi che conducono a esperienze orgasmiche significativamente differenziabili da molte donne (Butler, 1976; Clifford, 1978; Davidson e Darling, 1989; Hite, 1976), nonché le dimensioni sociali e culturali. Rispetto a quest'ultimo punto è interessante notare che, secondo i resoconti antropologici, nelle culture che si aspettano che le donne godano del rapporto sessuale, come gli uomini, gli orgasmi si verificano, mentre nelle società in cui non vi è questa aspettativa gli orgasmi si verificano con maggiore difficoltà o sono potenzialmente assenti (Levin, 1981). Ad esempio, tra la popolazione dell'isola Mangaia ci si aspetta che le donne godano durante i rapporti sessuali e per tale ragione viene insegnato loro come avere degli orgasmi (Marshall, 1971).



Considerati gli aspetti appena trattati, se da un lato è vero che la valutazione delle componenti soggettive dell'esperienza orgasmica determina una maggiore variabilità di risposte e rende difficoltoso giungere a una definizione universale del fenomeno, dall'altro non è ammissibile considerare esclusivamente i segni fisiologici oggettivi dell'orgasmo che, per la sua natura di processo psicofisiologico multi-determinato, coinvolge fattori biologici, fisiologici e anatomici, fattori psicologici, cognitivi, affettivi e interpersonali, fattori sociali e culturali (Levin *et al.*, 1981; Mah e Binik, 2001): ignorare questi aspetti non solo sarebbe estremamente riduttivo, ma non consentirebbe di giungere a una reale ed estesa comprensione del fenomeno.

Nonostante ciò, per proseguire nella trattazione dell'argomento, può sembrare utile elaborarne una definizione operativa: l'orgasmo femminile può essere descritto come una sensazione transitoria di piacere, la cui intensità risulta essere variabile, caratterizzata dalla presenza di uno stato alterato di coscienza e da contrazioni involontarie e ritmiche della muscolatura pelvica striata circumvaginale (Meston *et al.*, 2004). È accompagnato da un aumento della frequenza respiratoria, cardiaca e della pressione sanguigna (Bancroft, 1989; Masters e Johnson, 1966). Rappresenta un'esperienza di piacere, rilassamento (Hite, 1976) e spiccato senso di benessere (Arcos-Romero e Sierra, 2018) che si contraddistingue per una diminuzione nell'attivazione della corteccia cerebrale, un aumento dell'attivazione dei sistemi dopaminergici cerebrali (Georgiadis *et al.*, 2006), tensione muscolare (Komisaruk *et al.*, 2006) e risposte comportamentali, come vocalizzazioni (Hamilton e Arrowood, 1978).

## **1.2. Le dimensioni dell'orgasmo femminile**

Considerato quanto esposto nel paragrafo precedente circa la necessità di definire l'orgasmo femminile in quanto fenomeno complesso e multi-determinato, un approccio efficace potrebbe essere quello di vagliare e analizzare le singole dimensioni che lo caratterizzano, seppure la sua complessità non consentirà, nello spazio di questa trattazione, di coglierne tutti gli aspetti.

### **1.2.1. Anatomia e fisiologia dell'orgasmo femminile**

Lo studio dell'anatomia e della fisiologia della risposta sessuale umana e, di conseguenza, dell'orgasmo affonda le sue radici agli inizi del '900, ma trova nell'avvento del nazismo

un ostacolo che ne ritarda il progresso fino alla fine degli anni '40 e l'inizio degli anni '50, periodo in cui vengono pubblicati i rapporti Kinsey (Kinsey *et al.*, 1953; Kinsey *et al.*, 1948; cfr. Panzeri, 2013). Tuttavia, le pubblicazioni da parte dello studioso e dei suoi collaboratori non vengono accolte positivamente poiché considerate fonte di scandalo; di conseguenza, sarà necessario attendere fino al 1966, con la pubblicazione dei risultati dello studio condotto da Masters e Johnson (1966), affinché si verifichi un cambiamento nella polarizzazione dell'opinione pubblica. Il lavoro dei 2 studiosi rappresenta una novità non solo perché ha successo nello spostare la trattazione esplicita del tema della sessualità dalla sfera privata a quella pubblica, ma anche perché esso trasferisce l'attenzione, fino a quel momento indirizzata ai resoconti soggettivi dell'esperienza individuale, verso le misurazioni oggettive della risposta sessuale umana, ottenute attraverso osservazioni dirette (cfr. Panzeri, 2013).

Le risposte fisiologiche vennero studiate attraverso riprese video e misurazioni di temperatura corporea, pressione sanguigna, battito cardiaco e sudorazione. Inoltre, venne utilizzato un pene artificiale in materiale plastico, dotato di una telecamera, al fine di valutare le risposte fisiologiche intravaginali. Vennero registrati i cambiamenti che si verificavano a livello corporeo in generale e genitale in particolare e il modello di risposta sessuale che ne derivò può essere definito con l'acronimo EPOR (cfr. Levin, 1981), essendo un modello a quattro fasi che comprende: eccitamento (E), *plateau*, ovvero eccitamento massimo (P), orgasmo (O) e risoluzione (R). Sebbene tale modello di risposta risulti essere simile sia nell'uomo che nella donna, è essenziale sottolineare che già Masters e Johnson (1966) avevano individuato una molteplicità di risposte sessuali femminili, tema che verrà approfondito nei prossimi paragrafi. In questa sede l'attenzione sarà rivolta ai cambiamenti fisiologici genitali ed extra-genitali che si verificano durante la fase dell'orgasmo.

A differenza dell'uomo, la cui sensibilità erogena si concentra principalmente a livello genitale, la donna presenta diversi siti che, se stimolati, concorrono a determinare l'eccitamento sessuale e l'orgasmo, come mammelle, capezzoli, interno delle cosce e perineo (Levin, 2002; Meston *et al.* 2004). Tuttavia, le strutture genitali femminili, come quelle maschili, devono passare dal loro stato basale non eccitato a uno stato attivo, provocato da un maggiore afflusso di sangue (Levin, 2000). I principali siti genitali in cui si genera l'eccitazione e il piacere sessuale comprendono: le piccole labbra, il glande

clitorideo e il complesso clitorideo interno (formato da corpi cavernosi, bulbi clitoridei, noti anche come bulbi vestibolari o vaginali, e *crura* clitoridei), l'uretra, la fascia vescicovaginale di Halban (spazio tra la parete anteriore della vagina e la vescica), l'area delle ghiandole parauretrali, anche definite ghiandole di Skene, e la zona erogena del fornice anteriore (parete anteriore della vagina, conosciuta anche come zona AFE, *anterior fornix erogenous zone*, punto A o secondo punto G), mentre più controverso è il ruolo del collo dell'utero (quando viene spinto contro il peritoneo pelvico) e del muscolo pubococcigeo (Levin, 2002). Sono questi stessi siti genitali a subire delle modificazioni durante l'orgasmo. In particolare, l'utero si contrae, si presenta nella sua massima elevazione e la vagina nella sua massima dilatazione, vi è un allungamento del recesso posteriore, una dilatazione della cervice che viene mantenuta dai 20 ai 30 minuti dopo l'orgasmo e sono presenti delle contrazioni, da 4 a 12 volte, dei muscoli bulbocavernosi, pubococcigei e perianali (Masters e Johnson, 1966; cfr. Panzeri, 2013). Masters e Johnson (1966) hanno misurato un intervallo di 0,8 secondi tra le suddette contrazioni, con una maggiore dilatazione dell'intervallo stesso nel corso del tempo. Da uno studio di Bohlen e collaboratori (1982) è emerso che la durata media dell'orgasmo si aggira intorno ai 35,6 secondi; altri riportano 19,9 secondi (Levin e Wagner, 1985) e 21,9 secondi (Carmichael *et al.*, 1994).

Oltre alle modificazioni a livello genitale, l'attivazione del sistema nervoso autonomo simpatico, innescata dall'orgasmo, determina una serie di reazioni a livello extragenitale (Hite, 1976; Kinsey *et al.* 1948; Masters e Johnson, 1966; cfr. Meston *et al.*, 2004; cfr. Panzeri, 2013): aumento della frequenza respiratoria fino a 40 respiri al minuto; aumento di 30-80 mm di mercurio della pressione sistolica e di 20-40 mm di quella diastolica; aumento della frequenza cardiaca fino a 110-180 battiti al minuto; vasocongestione, con arrossamento cutaneo, a livello epigastrico e su addome, spalle, cosce, natiche e dorso, che raggiunge la massima intensità con l'inizio dell'orgasmo per poi risolversi nel corso dell'orgasmo stesso; sudorazione e sensazione di caldo o freddo eccessivo; brividi; rapida detumescenza dell'areola del capezzolo con corrugazione transitoria; contrazioni del collo, del viso, delle braccia e delle gambe che possono portare a spasmi carpopodali; vocalizzazioni (Hamilton e Arrowood, 1978); aumento della secrezione di prolattina, vasopressina, ossitocina e VIP (*vasoactive intestinal peptide*);

peptide intestinale vasoattivo); innalzamento delle soglie sensoriali e diminuzione nell'attività delle funzioni corticali superiori.

Se l'inizio dell'orgasmo debba essere definito in base al presentarsi di tali modificazioni o se debba invece essere la percezione soggettiva della donna a determinarne il verificarsi è un dilemma che non trova risposta e rimanda alla questione, già affrontata nel primo paragrafo, relativa all'attore su cui ricade la responsabilità della definizione stessa del fenomeno. Tuttavia, qualora si volesse individuare un segno oggettivo dell'orgasmo, tale indicatore dovrebbe corrispondere a un cambiamento provocato esclusivamente dall'orgasmo stesso, il che esclude misure semplici, come i picchi di pressione sanguigna, di frequenza cardiaca e/o respiratoria, perché tali picchi possono verificarsi anche durante la fase di *plateau* (Masters e Johnson, 1966; cfr. Meston *et al.*, 2004). Dagli studi di Masters e Johnson (1966) sono emersi 3 tipi di segni oggettivi: gli indicatori prospettici, segnali di un orgasmo imminente, gli indicatori correnti, che si presentano durante l'orgasmo, e quelli retrospettivi che indicano che l'orgasmo si è verificato. Tra questi, un indicatore prospettico, definito cute sessuale, è stato dichiarato un segno patognomonico dell'orgasmo (cfr. Panzeri, 2013): durante l'eccitazione sessuale le piccole labbra aumentano di dimensioni a causa del maggiore afflusso sanguigno e si verificano vivaci cambiamenti di colore, dal rosa al rosso vivo nelle nullipare e dal rosso vivo a un rosso più scuro nelle pluripare. Dopo l'orgasmo, il colore cambia rapidamente nel giro di 10-15 secondi. Pare che in nessun caso, tra quelli osservati da Masters e Johnson (1966), al cambiamento del colore non è seguito l'orgasmo, a meno che non venisse rimosso lo stimolo sessuale prima che l'orgasmo potesse essere raggiunto e, in tal caso, il colore rosso vivo svaniva rapidamente. I cambiamenti di colore delle labbra sono presumibilmente dovuti al cambiamento dell'emodinamica del tessuto, alla sua vasocongestione e al suo metabolismo (Meston *et al.*, 2004). A questo proposito, nello studio di Wagner e Levin (1978), è stato osservato un aumento dell'ossigenazione tissutale della superficie vaginale durante l'eccitazione sessuale, con un picco raggiunto nella fase di orgasmo; nel 2001 uno studio di Sommers e collaboratori ha confermato questi risultati evidenziando che anche le piccole labbra mostravano un pattern di cambiamento emodinamico simile.

### 1.2.2. Biochimica dell'orgasmo: ormoni e neurotrasmettitori coinvolti

Il ruolo di specifici ormoni nell'esperienza orgasmica è messo in discussione da risultati contrastanti (Mah e Binik, 2001). È stata osservata un'associazione positiva tra il livello di testosterone e di diidrotestosterone e l'orgasmo femminile (Davis, 1998; Fox *et al.*, 1972; Pirke e Kockott, 1982). Tuttavia, la frequenza dell'orgasmo non è stata correlata alle fluttuazioni dei livelli di androgeni durante il ciclo mestruale (Van Goozen *et al.*, 1997), anche se sono stati riportati orgasmi più frequenti appena prima della fase di ovulazione, quando i livelli di estradiolo e testosterone raggiungono un picco (Cutler *et al.*, 1987; Dennerstein *et al.*, 1980; Matteo e Rissman, 1984; Udry e Morris, 1977). Non è però possibile inferire una relazione diretta tra i maggiori livelli plasmatici dei 2 ormoni e la più alta frequenza orgasmica pre-ovulatoria, poiché andrebbero prese in considerazione possibili variabili intervenienti – come le fluttuazioni umorali, il desiderio sessuale, i cui cambiamenti sono riconducibili alle fasi del ciclo mestruale e i livelli di astenia – che potrebbero determinare una relazione spuria (Mah e Binik, 2001).

Oggetto di notevole interesse è il ruolo dell'ossitocina. Secondo Carmichael e collaboratori (1987) una funzione dell'ossitocina potrebbe essere quella di facilitare le contrazioni della muscolatura liscia del tratto riproduttivo delle donne durante l'orgasmo, agevolando il trasporto degli spermatozoi verso la cervice uterina. Tuttavia, il ruolo delle contrazioni nella migrazione spermatica è tuttora controverso nella letteratura (Mahé *et al.*, 2021) È stato riportato che la somministrazione di ossitocina durante la fase follicolare del ciclo mestruale amplifica le contrazioni uterine e aumenta il trasporto di particelle marcate verso le tube di Falloppio (Kunz *et al.*, 2007; Wildt *et al.*, 1998; Zervomanolakis *et al.*, 2007), tuttavia, la relazione tra la produzione di ossitocina durante l'orgasmo, le contrazioni uterine e il trasporto degli spermatozoi è controversa e sono necessari ulteriori studi per comprenderne meglio il ruolo (Mahé *et al.*, 2021).

Oltre alla funzione fisiologica, gli studiosi affermano che l'ossitocina potrebbe influenzare anche gli aspetti psicologici dell'orgasmo, determinando una maggiore soddisfazione sessuale. A questo proposito Anderson-Hunt e Dennerstein (1994) riportano il caso di una donna di 26 anni che dopo l'assunzione tramite mucosa nasale di uno spray all'ossitocina, allo scopo di stimolare la lattogenesi, ha riportato maggiore desiderio sessuale, maggiori contrazioni vaginali e un più elevato grado di piacere al momento dell'orgasmo. Il dato qualitativo di questo caso singolo è stato confermato da

una ricerca di Carmichael e colleghi (1994), i cui risultati hanno mostrato una significativa correlazione positiva tra l'aumento dei livelli di ossitocina e l'intensità dell'esperienza orgasmica, nonché delle contrazioni a essa associate. Anche Meston e Frohlich (2000) hanno confermato una relazione tra la quantità di ossitocina rilasciata e l'intensità dell'orgasmo. Dunque, i cambiamenti psicofisiologici che si verificano durante l'orgasmo corrispondono a cambiamenti nei livelli di ossitocina. Questi ultimi potrebbero avere un certo significato funzionale nel ciclo della risposta sessuale umana: l'ossitocina potrebbe fungere da neuromodulatore, regolando l'attivazione dei neuroni cerebrali responsabili della sensazione cognitiva dell'orgasmo e sensibilizzare quelli associati alle contrazioni dei muscoli striati del pavimento pelvico (Carmichael *et al.*, 1994). Sebbene siano necessarie ulteriori evidenze per stabilire con precisione il ruolo degli ormoni nell'esperienza orgasmica, è evidente che la risposta orgasmica genitale e quella extragenitale endocrina fanno parte di un'azione fisiologica coordinata.

Relativamente all'attività neurotrasmettitoriale legata all'orgasmo, le ricerche hanno esaminato il ruolo dei sistemi colinergico, adrenergico e dopaminergico (cfr. Mah e Binik, 2001). Esistono prove contrastanti sul ruolo inibitorio dei meccanismi colinergici (ad esempio, Jani e Wise, 1988; Wagner e Levin, 1980) e prove più consistenti sul ruolo facilitante del sistema adrenergico periferico (ad esempio, Buffum, 1986; Segraves, 1988) e dei sistemi dopaminergici centrali (ad esempio, Ashton e Rosen, 1998; Shen e Hsu, 1995; Walker *et al.*, 1993). Il sistema serotoninergico centrale può svolgere un ruolo inibitorio (ad esempio, Balon *et al.* 1993; Ellison, 1998; Labbate *et al.*, 1998; Lane, 1997; Segraves, 1988), anche se esistono prove contrastanti (ad esempio, Ashton *et al.* 1997; Meston e Gorzalka, 1992).

### **1.2.3. Attivazioni cerebrali legate all'orgasmo**

Il fatto che l'esperienza orgasmica sia anche una funzione cerebrale è confermato da diversi studi clinici: traumi cerebrali, crisi epilettiche e psicofarmaci possono influenzare fortemente la capacità e l'esperienza orgasmica (Lundberg e Brattberg, 1992; Aloni e Katz, 1999). Inoltre, l'orgasmo induce un profondo cambiamento nello stato mentale: le donne riferiscono che il raggiungimento dell'orgasmo richiede un'azione di concentrazione cosciente (Sholty *et al.*, 1984), ma allo stesso tempo affermano che sperimentarlo comporta l'emergere di stati come il piacere intenso, il rilascio della

tensione, la sensazione di inevitabilità e la perdita del controllo comportamentale cosciente (per una rassegna, si veda Mah e Binik, 2001). Il piacere sessuale è un'esperienza cognitiva basata sull'interrelazione tra la funzione fisiologica e quella del sistema nervoso centrale: un'attività cerebrale specifica stimola risposte fisiologiche nel sistema genitale che a loro volta generano un *feedback* nervoso sensoriale al cervello, i cui neuroni generano il piacere (Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021).

Nonostante queste evidenze, molte delle ricerche sull'orgasmo si sono focalizzate su parametri fisiologici (Georgiadis *et al.*, 2006) e la letteratura sull'*imaging* dell'attività cerebrale regionale durante l'orgasmo è relativamente limitata, probabilmente a causa di diversi fattori riconducibili alle modalità e agli strumenti di indagine, tra cui i problemi tecnici legati alle latenze variabili dell'orgasmo e agli artefatti di movimento (Georgiadis *et al.*, 2006). Tuttavia, il ridotto numero di studi effettuati ha evidenziato una diffusa attivazione cerebrale durante il piacere orgasmico. Il coinvolgimento di specifiche aree cerebrali e dei sistemi neurotrasmettitoriali a esse associate può spiegare alcune componenti dell'orgasmo (Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021). In particolare, durante l'orgasmo femminile è stata segnalata l'attivazione: del cervelletto (Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk, *et al.*, 2010; Komisaruk, Wise, Frangos, Birbano *et al.*, 2011), in linea con la tensione muscolare (Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021); del *nucleus accumbens*, dell'area tegmentale ventrale (Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010; Komisaruk, Wise, Frangos, Birbano *et al.*, 2011) e della *substantia nigra* (Berridge e Kringelbach, 2015), coerentemente con il rilascio di dopamina durante l'orgasmo; della corteccia cingolata anteriore e di quella insulare (Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010; Komisaruk, Wise, Frangos, Birbano *et al.*, 2011) che si attivano anche durante la stimolazione dolorosa. Quest'ultimo punto solleva la questione relativa all'attivazione differenziale di specifiche sottoregioni da parte dell'orgasmo o dell'esperienza dolorifica (Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021). Komisaruk e Rodriguez del Cerro (2021) affermano che non è del tutto chiaro se l'attivazione della corteccia cingolata anteriore e della corteccia insulare sia di tipo inibitorio (la fMRI non è in grado di distinguere le regioni attive eccitatorie da quelle attive inibitorie), il che sarebbe in linea con l'azione analgesica dell'orgasmo, oppure se l'attivazione di queste aree, sia durante l'orgasmo che durante la sensazione dolorifica, sia implicata nelle smorfie facciali caratteristiche di entrambe le esperienze.

È stata anche riportata l'attivazione dell'ippocampo (Hamann *et al.*, 2004; Rupp *et al.*, 2013; Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010), che potrebbe essere correlata alla fantasia erotica comunemente sperimentata durante l'orgasmo (Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021), della corteccia frontale (Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010; Wise, 2014) e dell'amigdala (Hamann *et al.*, 2004; Rupp *et al.*, 2013; Komisaruk *et al.*, 2004; Komisaruk *et al.*, 2010), in linea con l'aumento del tono simpatico autonomo legato alla maggiore frequenza cardiaca e all'aumento della pressione sanguigna (Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021).

Altre attivazioni riscontrate sono quella della regione ipotalamica anteriore mediale (Komisaruk *et al.*, 2004; Wise *et al.*, 2017), coerente con il rilascio di ossitocina (Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021), dell'ipotalamo posteriore (Wise *et al.*, 2017), che stimola l'attività simpatica (Hess, 1957), della sostanza grigia periacquedottale (Komisaruk *et al.*, 2004; Wise *et al.*, 2017), del nucleo del rafe dorsale (Komisaruk *et al.*, 2004; Wise *et al.*, 2017; Zemlan e Behbehani, 1988) e del nucleo cuneiforme (Zemlan e Behbehani, 1988), entrambe attivazioni coerenti con il meccanismo della modulazione discendente, che potrebbe svolgere un ruolo significativo nell'analgesia dell'orgasmo (Basbaum e Fields, 1978; Komisaruk e Rodriguez del Cerro, 2021).

#### **1.2.4. La dimensione cognitivo-affettiva**

Pur avendo contribuito enormemente alla comprensione dell'orgasmo come risposta fisiologica, la prospettiva biologica non consente di afferrare tutti gli aspetti che caratterizzano l'esperienza orgasmica. Tuttavia, di recente, la ricerca sulla psicologia dell'orgasmo è diventata più fitta, sebbene essa rimanga meno sviluppata rispetto a quella biologica (Mah e Binik, 2001). In realtà, già Kinsey e collaboratori (1948) e successivamente Masters e Johnson (1966) avevano offerto delle descrizioni dell'esperienza includendo aspetti soggettivi. In particolare, i primi avevano distinto tra la risposta fisiologica dell'orgasmo e la componente psichica del piacere, mentre i secondi avevano riportato, nei rapporti aneddotici, la descrizione dell'orgasmo come sensazione di arresto, seguita dalla diffusione di calore dalla zona pelvica al resto del corpo, risultati riportati anche da Clifford (1978) e da Hite (1976). Lavori più recenti avvalorano la natura multidimensionale dell'orgasmo, al di là della percezione degli eventi fisiologici (Mah e Binik, 2001). Davidson e Davidson (1980) hanno sviluppato una classificazione in 2



categorie delle dimensioni orgasmiche soggettivamente percepite, distinguendo tra percezioni degli eventi fisiologici (sensazioni muscolari e fisiche) e cambiamenti generali nello stato cognitivo e affettivo (rilascio di tensione, alterazione dello stato di coscienza, del senso del tempo, dello spazio e dell'identità, forti emozioni). Alcuni studi hanno rivelato che, rispetto alla durata misurata delle contrazioni pelviche, la durata soggettiva dell'orgasmo tendeva a essere inferiore: nello studio di Levin e Wagner (1985), la durata media riferita di 12,2 secondi era meno della metà della durata misurata oggettivamente, ovvero 26 secondi; probabilmente ciò riflette i cambiamenti dello stato di coscienza e del senso del tempo che caratterizzano l'orgasmo. Sul versante affettivo, Hite (1976) ha riportato le testimonianze di alcune donne che riferivano l'insorgenza occasionale di "orgasmi emotivi", caratterizzati da un picco emotivo intenso e da sentimenti di vicinanza, desiderio o estasi.

L'esperienza orgasmica è risultata essere influenzata da numerosi fattori soggettivi, interpersonali, sociali e culturali (Fisher, 1973; Hite, 1976; Sholty *et al.*, 1984; per una rassegna si veda Mah e Binik, 2001). Tuttavia, una più approfondita analisi della letteratura che ha indagato tali influenze verrà effettuata nel secondo capitolo di questa trattazione. Il presente paragrafo si propone invece il tentativo di definire l'orgasmo nella sua dimensione cognitivo-affettiva. Al fine di perseguire questo scopo sarà utile riferirsi al modello multidimensionale proposto da Mah e Binik (2001), a sua volta basato sul modello a 3 dimensioni dell'esperienza dolorifica di Melzack e Torgerson (1971). Il modello di Mah e Binik (2001) propone 3 dimensioni: sensoriale, valutativa e affettiva; esse sono implicate in tutte le esperienze orgasmiche, ma queste ultime variano tra loro lungo le 3 dimensioni che, a loro volta, contengono al loro interno diverse componenti. Gli autori hanno condotto uno studio per valutare l'applicabilità del modello all'orgasmo maschile e femminile (Mah e Binik, 2002); a tal fine hanno sviluppato il *McGill-Mah Orgasm Questionnaire*, in cui si chiede agli individui di valutare una serie di aggettivi su una scala da 0 a 5, a seconda di quanto ogni aggettivo descriva le loro esperienze di orgasmo. Le componenti estratte sono state poi collegate a una delle 3 dimensioni.

- . All'interno della dimensione sensoriale rientrano le percezioni derivanti dall'evento fisico: accumulo e rilascio di tensione, percezione di diffusione delle sensazioni, tremori, brividi, formicolii, sensazioni ritmiche (pulsazioni), termiche ecc.

- . La dimensione valutativa si riferisce alle valutazioni dell'esperienza dell'orgasmo, comprese quelle relativamente neutre (ad esempio, l'intensità) e quelle con valenza positiva o negativa (ad esempio, piacere, soddisfazione, dolore).
- . La dimensione affettiva riguarda le emozioni positive e negative provate durante o immediatamente dopo l'orgasmo (per esempio, euforia, intimità, amore).

La distinzione tra la dimensione valutativa e quella affettiva è meno afferrabile di quella tra le dimensioni affettiva/valutativa e la dimensione sensoriale, ma può essere illustrata come segue: la dimensione valutativa risponde alla domanda "Come si sente l'orgasmo?", mentre la dimensione affettiva risponde alla domanda "Come si sente la persona durante l'orgasmo?" (Mah e Binik, 2001).

Risulta deducibile che il modello proposto non solo offre un contributo fondamentale nella comprensione estesa dell'esperienza orgasmica, ma possiede delle importanti implicazioni cliniche, offrendo la possibilità di cogliere aspetti o cambiamenti che si verificano sul piano cognitivo o affettivo e che impattano notevolmente sulla responsività orgasmica, specialmente nelle donne, in cui l'eccezionale complessità della risposta sessuale non può e non deve essere ridotta a valutazioni basate sul rilevare la sola presenza o assenza dell'orgasmo, spesso conducendo a una iper-patologizzazione.

### **1.3. Tipologie di orgasmo femminile**

L'idea che l'orgasmo femminile non rappresenti una risposta univoca risale ai tempi di Freud (1905). Tuttavia, intorno agli anni '60, con lo sviluppo dell'approccio fisiologico allo studio della risposta sessuale umana, inaugurato da Masters e Johnson (1966), si giunse all'ipotesi che la responsività orgasmica femminile rappresentasse una risposta unitaria. Studi più recenti, basati su resoconti soggettivi, stanno però mettendo in dubbio tale convinzione. Sembra perciò utile ricostruire il percorso di indagine della differenziazione delle risposte orgasmiche per comprendere la natura di questi dati contrastanti.

#### **1.3.1. Orgasmo "vaginale" e "clitorideo"**

La prospettiva psicoanalitica aveva fondato la comprensione della sessualità femminile sull'opposizione tra 2 tipologie di orgasmo, quello "vaginale" e quello "clitorideo", considerati rispettivamente come la forma matura e immatura dello sviluppo

sessuale della donna, basato a sua volta sullo sviluppo psicosessuale maschile (Freud, 1905). La pubblicazione dei risultati dello studio di Masters e Johnson (1966) contribuì a sfatare tale mito, poiché non vennero trovati dati che supportassero questa tesi. In contrapposizione, i 2 ricercatori presentarono delle evidenze sulla base delle quali l'orgasmo femminile poteva essere considerato un unico processo fisiologico che tutte le donne potevano sperimentare, in maggiore o minore misura, indipendentemente dalla natura o dal sito di stimolazione che poteva indurlo. Tuttavia, ricerche più recenti hanno messo in dubbio questo risultato: alcuni ricercatori hanno infatti notato che, dal punto di vista soggettivo, le donne sono in grado di fare una distinzione tra differenti tipi di orgasmo. Secondo Glenn e Kaplan (1968) tale distinzione sarebbe attribuibile alla stimolazione di diverse regioni erogene che determinerebbe sensazioni di piacere distinguibili tra loro.

Prima di procedere nella trattazione risulta vantaggioso aprire una parentesi sull'anatomia genitale femminile, in particolare sull'anatomia del clitoride, al fine di comprendere in maniera adeguata come la stimolazione di alcuni siti genitali determini, a sua volta, una stimolazione interna del clitoride e generi piacere. La maggior parte del clitoride è all'interno del corpo, ma ha una piccola protuberanza, chiamata glande del clitoride, visibile dall'esterno e ricca di terminazioni nervose che la rendono altamente sensibile alla stimolazione; essa si trova nella parte anteriore del vestibolo ed è coperta da un cappuccio di pelle noto come prepuzio clitorideo, formato dalle due parti esterne delle piccole labbra (cfr. Panzeri, 2013). Le strutture clitoridee interne, invece, comprendono i corpi cavernosi, i *crura* clitoridei e i bulbi vestibolari (cfr. Pauls, 2015). Il clitoride si ripiega all'interno, circonda parzialmente l'uretra e si appoggia alle pareti vaginali laterali (O'Connell *et al.*, 2005), di conseguenza, durante l'attività sessuale, il contatto con la parete vaginale anteriore intorno all'uretra, il movimento delle piccole labbra e la pressione sulla vagina, causati dalle spinte peniene, possono provocare la vibrazione e la stimolazione del clitoride (Komisaruk, Wise, Frangos, Liu *et al.*, 2011).

Robertiello (1970) afferma che le donne che sperimentano l'orgasmo sia durante la masturbazione che durante il coito riportano sistematicamente delle differenze tra le due esperienze, dato confermato anche da una ricerca condotta da King e collaboratori (2011). In particolare, gli orgasmi ottenuti con la masturbazione vengono descritti come particolarmente intensi, di breve durata, caratterizzati da sensazioni più superficiali e

spesso privi di una sensazione di rilascio soddisfacente. Gli orgasmi coitali, invece, sono stati descritti dalle donne come sensazioni che si verificano più lentamente, senza picchi, di maggiore durata, sperimentati a un livello più interno e accompagnati da un profondo senso di rilascio e di soddisfazione (Robertiello, 1970). Bunzl e Mullen (1974) raccolsero alcune dichiarazioni sulle risposte orgasmiche delle donne allo scopo di scoprire se si verificassero delle distinzioni qualitative delle esperienze. Alle donne venne chiesto di descrivere le loro reazioni fisiche durante l'orgasmo, nel modo più completo possibile: i risultati evidenziarono l'esistenza di 2 *pattern* di risposta miotonica incompatibili, uno che comportava la rigidità del corpo e l'altro il movimento pelvico involontario. Anche Butler (1976) ha riportato che le donne distinguono tra gli spasmi orgasmici indotti attraverso la stimolazione coitale e quelli indotti attraverso la stimolazione clitoridea, descrivendo i primi come più internamente localizzati e più profondi, sebbene non più intensi, rispetto ai secondi. La ricercatrice ha anche evidenziato che, anche se Masters e Johnson (1966) hanno affermato l'esistenza di un'unica fisiologica risposta orgasmica a qualsiasi tipo di stimolazione, in realtà anche solo una stimolazione meno intensa produce risposte differenti, in termini di durata e intensità dell'orgasmo, sia tra diverse donne che nell'esperienza di una singola donna.

Attraverso una serie di interviste Fisher (1973) ha indagato le preferenze, gli atteggiamenti, i comportamenti e le componenti cognitivo-affettive delle risposte sessuali di centinaia di donne, giungendo a una serie di conclusioni relativamente alla risposta orgasmica: le donne sono in grado di distinguere le sensazioni provate dalla stimolazione diretta del canale vaginale rispetto a quelle indotte dalla stimolazione esterna del clitoride, mostrando una forte preferenza per l'uno o per l'altro tipo di orgasmo con una maggioranza di donne orientata verso l'orgasmo ottenuto attraverso la stimolazione esterna del clitoride e le cui sensazioni vengono descritte come estatiche. Solo il 20% delle donne indicava di non aver bisogno di una stimolazione clitoridea aggiuntiva durante il coito e solo il 12% considerava la stimolazione vaginale più importante di quella clitoridea. Anche da altre ricerche risulta una preferenza dell'orgasmo indotto dalla stimolazione del glande clitorideo, percepito come più intenso e appagante rispetto a quello coitale che, tuttavia, sembra essere psicologicamente più soddisfacente (Clifford, 1978; Davidson e Darling, 1989), sebbene tali indagini non abbiano effettuato una distinzione tra l'esperienza orgasmica, derivante dalla stimolazione del glande clitorideo,

in presenza o in assenza del partner o della partner e che potrebbe meglio spiegare le differenze soggettivamente percepite. Hite (1976) ha rilevato che mentre il 95% delle donne riferiva di raggiungere regolarmente l'orgasmo attraverso la stimolazione del clitoride durante la masturbazione, solo il 26% riferiva di avere regolarmente un orgasmo coitale senza stimolazione clitoridea aggiuntiva, il 19% raggiungeva raramente l'orgasmo attraverso il coito e il 24% non lo raggiungeva mai. I risultati dello studio condotto da Herbenick e colleghi (2018) mostrano che, nonostante molte donne riferissero che la stimolazione del glande clitorideo durante il coito non fosse necessaria per il raggiungimento dell'orgasmo, i 3/4 delle donne la preferivano poiché era in grado di aumentare la qualità dell'orgasmo stesso.

Bentler e Peeler (1979) hanno valutato la percezione soggettiva dell'esperienza orgasmica femminile in 2 diverse condizioni, ovvero durante il coito e durante la masturbazione, definita dagli studiosi come qualsiasi forma di stimolazione diretta del clitoride. I risultati del loro studio hanno evidenziato l'esistenza di 2 diversi *pattern* di responsività orgasmica, differenziabili dal punto di vista della percezione soggettiva. Tuttavia, i ricercatori non hanno effettuato una distinzione tra la masturbazione in assenza del partner o della partner e la stimolazione manuale o orale del clitoride da parte del partner o della partner o comunque in sua presenza, oscurando l'importante potenziale differenziazione, già citata precedentemente, tra l'esperienza orgasmica soggettiva in presenza o in assenza del partner o della partner. Allo scopo di compensare tale limite, Newcomb e Bentler (1983) hanno replicato lo studio con donne eterosessuali presentando 3 condizioni: orgasmo coitale; orgasmo ottenuto attraverso l'auto-stimolazione del clitoride, in assenza del partner; orgasmo ottenuto attraverso la stimolazione clitoridea in presenza del partner, ma senza che si verifichi la penetrazione peniena. I risultati hanno mostrato la presenza di 3 diverse dimensioni di responsività orgasmica che, tuttavia, risultavano essere altamente correlate, evidenziando l'esistenza di un fattore comune, che spiegava le correlazioni, che è stato definito "fattore generale di responsività orgasmica" e la cui esistenza è coerente con le evidenze che supportano la natura unitaria della risposta fisiologica dell'orgasmo femminile.

È possibile spiegare l'insieme di questi risultati partendo dal presupposto per cui l'esperienza orgasmica, innescata dalla stimolazione dei genitali, deriva dalla stimolazione del clitoride, che rappresenta la fonte primaria degli input sensoriali legati

al piacere sessuale (Darling *et al.*, 1991; Graber e Kline-Graber, 1979; Hite, 1976; Mah e Binik, 2001; cfr. Lovie e Marashi, 2022; Masters & Johnson, 1966; Mazloomdoost e Pauls, 2015; Mould, 1980); tale stimolazione può avvenire in maniera diretta, sollecitando il glande clitorideo, oppure indirettamente attraverso la stimolazione di aree interne, come l'uretra distale e la vagina che, grazie alle connessioni con il clitoride, costituiscono un gruppo di tessuti responsabile dell'orgasmo femminile (O'Connell *et al.*, 2006). Dunque, anche se l'orgasmo parte dal clitoride, la donna lo percepisce localizzato a livello dell'intero canale vaginale.

Inoltre, come è emerso dalla ricerca di Mah e Binik (2005), qualsiasi legame osservato tra le tipologie di orgasmo e la gratificazione a esse legata può essere meglio spiegato dall'intensità, soggettivamente percepita, delle caratteristiche psicoaffettive dell'esperienza dell'orgasmo. I 2 ricercatori sottolineano che, indipendentemente dal fatto che le sensazioni siano percepite solo nella regione genitopelvica o in tutto il corpo, più forte è l'intensità psico-affettiva dell'esperienza dell'orgasmo, più piacevole e soddisfacente è l'orgasmo. Ipotizzano, dunque, che la distinzione, riportata da molte donne, tra l'orgasmo raggiunto attraverso la masturbazione, con la stimolazione del glande clitorideo, e quello raggiunto durante il coito sia attribuibile a un "effetto confronto", per cui quando alle partecipanti viene chiesto di descrivere gli orgasmi in entrambe le situazioni è possibile che considerino l'orgasmo coitale più desiderabile dell'orgasmo masturbatorio e che le loro valutazioni possono riflettere questo *bias*.

### **1.3.2. Il punto G**

Il dibattito sulla natura dell'orgasmo femminile si è svolto nel corso di quasi due secoli e ha dato adito a controversie, interrogativi, miti e pregiudizi sociali (Colson, 2010), orientando, più recentemente, la sua attenzione sul cosiddetto "punto G": l'ampia speculazione mediatica al riguardo ha rafforzato la concezione dualistica dell'orgasmo femminile, conducendo alla nascita di nuove rappresentazioni errate ed erigendo il punto G a nuovo simbolo della sessualità delle donne. Il punto G è conosciuto da molto tempo, citato nei testi tantrici con il nome di "*kanda*" e nella tradizione taoista come "la perla nera" dell'erotismo (cfr. Colson, 2010), tuttavia, nel mondo occidentale, la sua scoperta è attribuita a un ginecologo berlinese, Ernst Gräfenberg, che, in un articolo del 1950, descrisse una zona situata nella parte anteriore della vagina, vicino all'uretra, e affermò che giocasse un ruolo determinante nel raggiungimento dell'orgasmo vaginale durante il

coito, basandosi su osservazioni dell'anorgasmia in donne che avevano subito un'isterectomia associata a un cambiamento vaginale che riguardava in particolare questa zona. Il punto G sarebbe anche responsabile dell'espulsione di un eiaculato uretrale durante l'orgasmo (Bullough *et al.*, 1984; Darling *et al.*, 1990; Zaviacic *et al.*, 1984). Prove anatomiche provenienti da numerosi studi autoptici hanno dimostrato l'esistenza di ghiandole parauretrali, o ghiandole di Skene, di anatomia variabile, che si pensa siano collegate al punto G e all'eiaculazione femminile (Huffman, 1948; Leiblum e Needle, 2006; Pastor e Chmel, 2017; Pollen e Dreilinger, 1984; Tepper *et al.*, 1984; Wimpissinger *et al.*, 2007; Zaviacic *et al.*, 1984). Queste strutture circondano l'uretra e sono ritenute omologhe della prostata (ad esempio, Sevely e Bennett, 1978; Zaviacic e Whipple, 1993), sebbene Bancroft (1989) abbia notato strutture simili anche intorno all'uretra maschile. Oltre alla presenza di queste ghiandole, è stata documentata la presenza della fosfatasi acida prostatica, una glicoproteina sintetizzata dalla ghiandola prostatica (Pollen e Dreilinger, 1984; Tepper *et al.*, 1984). Queste evidenze forniscono una prova dell'esistenza di ghiandole parauretrali nella donna, tuttavia, il punto G, le ghiandole di Skene e l'eiaculazione femminile non sono necessariamente collegati (Addiego *et al.*, 1981; Bullough *et al.*, 1984; Zaviacic e Whipple, 1993). Esiste attualmente una difficoltà nel definire e localizzare il punto G e tale difficoltà trova una sua origine nell'inadeguatezza scientifica del testo che ne ha sancito l'esistenza: Gräfenberg in realtà non ha mai specificato un punto preciso nel suo articolo del 1950. Studi di laboratorio (Goldberg *et al.*, 1983; Gräfenberg, 1950; Hoch, 1986) non hanno rivelato prove consistenti di alcuna specifica struttura anatomica sulla parete vaginale anteriore, a parte le note ghiandole parauretrali e il tessuto spongioso intorno all'uretra che, dunque, si ritiene siano responsabili delle sensazioni sessualmente piacevoli legate alla stimolazione del cosiddetto punto G (Jannini *et al.*, 2005). Nei resoconti personali circa il 66% delle partecipanti ha riferito di avere un'area eroticamente sensibile localizzata sulla parete vaginale anteriore (ad esempio, Davidson *et al.*, 1989; Hoch, 1986; Perry e Whipple, 1982). La vasocongestione di quest'area e l'orgasmo si verificano con la stimolazione (Addiego *et al.*, 1981; Goldberg *et al.*, 1983), tuttavia l'elevata sensibilità di quello che viene definito il punto G è legata alla sua vicinanza con l'uretra, i *crura* e i bulbi clitoridei (Goldstein *et al.*, 2022; Nicholas *et al.*, 2008) e la fascia vescico-vaginale di Halban che, durante le spinte peniene o la stimolazione manuale, sembra trasmettere l'eccitazione al

clitoride attraverso lo stiramento dei legamenti che si trovano al suo interno (Ingelman-Sundberg, 1997; cfr. Wallen e Lloyd, 2011). Ciò sembrerebbe essere confermato da studi più recenti che utilizzano tecniche ecografiche, evidenziando che la sensibilità di questa specifica zona potrebbe essere spiegata dal fatto che i corpi cavernosi del clitoride possono scendere per appoggiarsi alla parte inferiore della parete vaginale anteriore durante una contrazione riflessa o volontaria dei muscoli elevatori dell'ano (Foldes e Buisson, 2009).

Gli attuali modelli concettuali dell'orgasmo femminile dovrebbero quindi discostarsi dal tradizionale dualismo tra orgasmo vaginale e clitorideo, per orientarsi piuttosto verso il concetto più ampio di un'unica unità anatomico-fisiologica comprendente il clitoride, collegato alla parete anteriore della vagina, e i legamenti al suo interno (Ingelman Sundberg, 1997; Foldes e Buisson, 2009). L'orgasmo femminile, indipendentemente dal suo punto di origine, potrebbe essere determinato dalla partecipazione simultanea di tutte queste strutture.

In ogni caso, vale la pena considerare che la risposta sessuale femminile è estremamente complessa e straordinariamente variegata, per cui l'esperienza orgasmica stessa non può essere localizzata soltanto a livello genitale, né sul piano esclusivamente corporeo. Le donne di uno studio condotto da Sholty e collaboratori (1984) hanno riferito 6 diversi tipi di stimolazione utilizzate per produrre l'orgasmo in più di 3 diversi siti all'interno del corpo e alcune hanno sperimentato cambiamenti nel tempo in vari aspetti delle loro esperienze orgasmiche. I risultati di questo studio si aggiungono alla già ampia evidenza per cui molti fattori concorrono a determinare la risposta orgasmica femminile e nessuna donna sarà mai uguale a un'altra nel suo modo di esprimere gli aspetti della sua sessualità.

### **1.3.3. Orgasmi multipli**

Da quando l'indagine di Kinsey e collaboratori (1953) ha riportato che il 14% delle donne aveva sperimentato orgasmi multipli e il lavoro di Masters e Johnson (1966) ha confermato la possibilità fisiologica degli orgasmi multipli, le indagini scientifiche dedicate specificamente al fenomeno sono state piuttosto scarse (Amberson e Hoon, 1985; Bohlen *et al.*, 1982; Darling *et al.*, 1991; Shtarkshall *et al.*, 2008). Se, come illustrato nei precedenti paragrafi, risulta essere complesso giungere a una definizione del



singolo orgasmo femminile e ancora oggi è acceso il dibattito sul suo dualismo, non deve stupire che attualmente non vi sia consenso relativamente a ciò che dovrebbe costituire un episodio multiorgasmico e che la sua comprensione risulti essere incompleta, tanto che non è chiaro se si tratti o meno di un fenomeno unitario (cfr. Gérard *et al.*, 2021). Nel complesso, l'unico punto di accordo tra le definizioni proposte di orgasmo multiplo sembra essere quello numerico: le donne che riferiscono di avere orgasmi multipli sperimentano più di un orgasmo in successione in una sessione di stimolazione (Hite, 1976; Kinsey *et al.*, 1948; Kinsey *et al.*, 1953; Masters e Johnson, 1966; Sherfey, 1966); aperto all'interpretazione è il significato dell'espressione "in successione". Kinsey e collaboratori (1953) affermano che gli orgasmi multipli possono verificarsi a intervalli di 1 o 2 minuti di distanza l'uno dall'altro o, in alcuni casi, di pochi secondi. Sherfey (1966) non ipotizza un periodo di tempo specifico tra un orgasmo e l'altro, ma suggerisce che a ogni nuovo orgasmo corrisponda una maggiore tensione dei tessuti erettili e, di conseguenza, una maggiore intensità dell'esperienza, un dato riportato anche da Hite (1976) e da Bohlen e colleghi (1978), ma confutato dalla ricerca condotta da Amberson e Hoon (1985). Masters e Johnson (1966), invece, propongono 2 tipi distinti: orgasmo ripetuto e *status orgasmus*. Il primo si riferisce agli orgasmi ripetuti senza il tipico calo post-orgasmico dell'eccitazione al di sotto dei livelli della fase di *plateau*, implicando però delle pause tra le risposte orgasmiche. Il secondo, invece, è descritto come una serie di esperienze orgasmiche estremamente ravvicinate oppure come un singolo episodio orgasmico prolungato con una durata che varia da 20 a più di 60 secondi. Anche Hite (1976) fa una distinzione tra "orgasmo sequenziale" e "orgasmo multiplo". Il primo prevede pause tra le risposte orgasmiche e richiede una stimolazione ripetuta dei genitali ogni pochi minuti, mentre il secondo comporta una stimolazione continua senza pause. In una ricerca recente Haning e collaboratori (2008) hanno specificato dei parametri temporali che, tuttavia, non risultano essere così esaustivi, descrivendo l'orgasmo multiplo come una serie di 2 o più orgasmi che si verificano a un intervallo di distanza di 30 secondi o più, senza che vi sia un calo nella tensione sessuale.

Sebbene i parametri temporali, le circostanze contestuali, come il coinvolgimento del partner o della partner (Darling *et al.*, 1991; Haning *et al.*, 2008) o la tipologia di stimolazione (Amberson e Hoon, 1985; Darling *et al.*, 1991), e le influenze psicosessuali, come l'età di inizio dell'attività sessuale (Bohlen *et al.*, 1982; Darling *et al.*, 1991), il

coinvolgimento in attività sessuali diversificate o le fantasie (Darling *et al.*, 1991; Shtarkshall *et al.*, 2008), siano state indagate nella letteratura, attualmente le informazioni disponibili al riguardo sono piuttosto insoddisfacenti. Tuttavia, una ricerca condotta da Gérard e collaboratori nel 2021 ha fatto luce su alcune lacune informative. In particolare, attraverso la somministrazione di un questionario a 419 donne che tendevano a sperimentare frequentemente l'orgasmo multiplo, gli studiosi hanno rilevato che più della metà delle partecipanti riferiva di provare 2 o più orgasmi in modo continuo, senza alcuna interruzione della stimolazione; tuttavia, le altre partecipanti dello studio riferivano una serie di orgasmi framezzati da pause nella stimolazione di almeno 1 minuto, ma non più di 3 minuti, suggerendo l'esistenza di 2 tipologie di esperienze multiorgasmiche, in linea con le definizioni di orgasmo multiplo e orgasmo sequenziale proposte da Hite (1976). Sebbene i risultati dello studio non consentano di asserire il mantenimento di uno stato di *plateau*, come suggerito da Masters e Johnson (1966), dimostrano l'influenza dei metodi di stimolazione, dell'esperienza di intimità emotiva vissuta in un contesto diadico e della visione del proprio partner eccitato o della propria partner eccitata sul mantenimento di uno stato di eccitazione elevato e sul periodo di latenza tra un orgasmo e quello successivo. La maggior parte delle donne del campione ha riportato livelli di motivazione, disinibizione e interesse sessuali più elevati rispetto alle coetanee, il che è in linea con i risultati precedenti che evidenziano il ruolo degli atteggiamenti sessuali sulla funzione orgasmica (Bancroft *et al.*, 2009; Tavares *et al.*, 2018). Anche le fantasie sessuali giocavano un ruolo rilevante, mentre l'età di inizio dell'attività sessuale non sembrava esercitare un'influenza significativa. Complessivamente, è stata riportata un'ampia gamma di orgasmi: meno del 10% ha sperimentato più di 8 orgasmi di seguito e quasi 1/3 ha riportato un tipico schema di 2 orgasmi.

Sebbene la maggioranza delle donne, all'inizio dell'attività sessuale, non sia in grado di sperimentare orgasmi multipli, tale capacità può essere acquisita e sembra aumentare con l'esperienza (cfr. Panzeri, 2013). In ogni caso, è utile specificare che, sebbene l'orgasmo multiplo sia un fenomeno non così poco comune, contrariamente a quanto credevano Masters e Johnson (1966), i dati evidenziano che solo il 10% delle donne che lo sperimentano vive questa esperienza frequentemente (Clifford, 1978), il che suggerisce che il verificarsi dell'orgasmo multiplo richieda una concentrazione mentale e specifiche condizioni emotive positive (Shtarkshall *et al.*, 2008), dimostrando, ancora una volta, il

coinvolgimento di componenti contestuali, cognitive e affettive nel determinare la responsività orgasmica femminile.

#### **1.3.4. Altre manifestazioni dell'orgasmo femminile**

Per alcune donne la stimolazione genitale non è necessaria per il raggiungimento dell'orgasmo (Whipple *et al.*, 1992) che può essere indotto dalla stimolazione di diversi siti non genitali, come le mammelle o i capezzoli (Masters e Johnson, 1966). Un fenomeno particolarmente interessante è l'orgasmo scatenato esclusivamente da immagini mentali o fantasie, la cui esistenza era già stata riportata da Kinsey e collaboratori (1953) nel 2% delle donne del loro campione e da Hite (1976) nell'1%. Ogden (1981) riportava invece una percentuale più alta: circa il 64% delle partecipanti riferiva la capacità di sperimentare orgasmi senza alcun tipo di stimolazione fisica. Lo studio di Whipple e collaboratori del 1992 ha successivamente dimostrato l'assenza di differenze significative nei correlati fisiologici (cambiamenti nella frequenza cardiaca, nella pressione sistolica, nel diametro pupillare e aumento della soglia dolorifica) tra l'orgasmo indotto dall'immaginazione e quello indotto dalla stimolazione.

Esistono anche segnalazioni di orgasmi indotti attraverso l'ipnosi (Levin, 1992) e orgasmi che si verificano durante il sonno o l'esercizio fisico nelle persone normodotate (Fisher *et al.*, 1983; Kinsey *et al.*, 1953; Wells, 1983; Herbenick *et al.*, 2021). Nella letteratura psichiatrica sono stati descritti rari casi del cosiddetto "orgasmo spontaneo", in cui non è possibile accertare alcuno stimolo sessuale evidente (Polatin e Douglas, 1953). Donne paraplegiche riferiscono il manifestarsi di orgasmi "fantasma" (Money, 1960) e Komisaruk e collaboratori (1997) hanno persino evidenziato la capacità delle strutture corticali di riorganizzare le zone erogene nelle donne che hanno subito lesioni del midollo spinale. L'insieme di questi dati suggerisce il coinvolgimento delle strutture sottocorticali e del sistema limbico e sembra significare che l'orgasmo femminile è in parte un processo riflesso inconscio, sostenuto da un'esperienza affettiva ed emotiva (Colson, 2010).

## Capitolo 2

### Fattori influenzanti l'esperienza orgasmica femminile

#### 2.1. Premessa

Lo studio dei fattori che esercitano un'influenza, diretta o indiretta, sull'orgasmo femminile risulta fondamentale per una più ampia comprensione del fenomeno. L'esperienza orgasmica femminile è stata approfondita nella sua relazione con differenti fattori – soggettivi, interpersonali, sociali e culturali – e il presente capitolo si pone l'obiettivo di passare in rassegna la letteratura scientifica che ha compiuto tale indagine. Tuttavia, prima di procedere nella trattazione, appare utile specificare che molta della letteratura esistente sulla sessualità femminile ha utilizzato la frequenza orgasmica come misura della soddisfazione sessuale e, di conseguenza, verranno riportati anche i risultati prodotti da tale porzione di ricerca scientifica; risulta fondamentale, però, tenere a mente che la sola frequenza orgasmica non può essere considerata una misura idonea della soddisfazione sessuale femminile – definita come la risposta affettiva derivante dalla valutazione soggettiva degli aspetti associati alla relazione sessuale (Sánchez-Fuentes *et al.*, 2015) – poiché diversi studi hanno evidenziato che essa non è determinata necessariamente o esclusivamente dalla presenza dell'orgasmo e molte altre variabili, alcune legate all'orgasmo stesso, come la piacevolezza e l'intensità dell'esperienza, altre inerenti alla relazione diadica, come la qualità dell'interazione con il partner o la partner, sembrano giocare un ruolo determinante (ad esempio, Armstrong *et al.*, 2012; Haavio-Mannila e Kontula, 1997; Kontula e Miettinen, 2016 ).

#### 2.2. Fattori soggettivi

I fattori soggettivi includono variabili riferibili all'individuo, di carattere sia biologico che psicologico. Lo spazio di questo elaborato non sarà sufficiente all'esposizione di tutti i fattori soggettivi associati alla responsività orgasmica, tuttavia, verrà passata in rassegna la letteratura relativa ad alcune variabili che hanno dimostrato esercitare un'influenza particolarmente rilevante sull'esperienza orgasmica femminile.

### 2.2.1. I fattori demografici

Fattori demografici come l'etnia e il livello di istruzione sono stati associati alla frequenza dell'orgasmo femminile durante l'attività sessuale solitaria o diadica: i campioni di donne nere e con livelli di istruzione bassi riportano tassi meno elevati di responsività orgasmica rispetto alle donne bianche o ispaniche e con livelli di istruzione superiori (cfr. Mah e Binik, 2001).

Anche l'orientamento sessuale sembra giocare un ruolo rilevante: in genere, le donne omosessuali tendono a sperimentare l'orgasmo più frequentemente rispetto alle donne bisessuali o eterosessuali (Frederick *et al.*, 2018). Una spiegazione plausibile potrebbe essere legata alla maggiore conoscenza del corpo femminile che consentirebbe alle donne di stimolare le zone erogene delle loro partner in maniera più efficace degli uomini (Garcia *et al.*, 2014). Inoltre, poiché le donne omosessuali sembrerebbero essere meno propense a credere che la penetrazione porti sempre all'orgasmo (Frederick *et al.*, 2018), esse potrebbero concentrarsi maggiormente sulla stimolazione orale o manuale di zone erogene extragenitali e del glande clitorideo della partner, che risulta associata a una maggiore probabilità di raggiungere l'orgasmo (Armstrong *et al.*, 2012; Frederick *et al.*, 2018). Tuttavia, i risultati dello studio condotto da Lentz e Zaikman (2021) non hanno evidenziato alcun ruolo dell'orientamento sessuale sulla frequenza dell'orgasmo all'interno di un contesto relazionale stabile, ma le donne del campione che si consideravano più fluide nel loro orientamento sessuale tendevano ad avere più orgasmi negli incontri sessuali occasionali. Questo dato potrebbe suggerire che le donne omosessuali pongono un'importante enfasi sul piacere sessuale della partner anche durante gli incontri occasionali, a differenza degli uomini eterosessuali che, nell'ambito di tali incontri, non sentono la responsabilità di dover ricambiare la stimolazione (Armstrong *et al.*, 2012; Brown *et al.*, 2018).

Rispetto alla variabile età, le ricerche spesso sostengono che le donne più giovani in generale tendono a ritenersi più soddisfatte dei loro rapporti sessuali rispetto alle donne più anziane (Arcos-Romero e Sierra, 2020; Deeks e McCabe, 2001). Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che la menopausa, che si verifica con l'avanzare dell'età, genera dei cambiamenti ormonali associati a una diminuzione del desiderio e dell'eccitazione che, a sua volta, sembrerebbe determinare una riduzione della soddisfazione sessuale (Genazzani *et al.*, 2007). Inoltre, la popolazione anziana deve tipicamente affrontare tabù

e stereotipi socioculturali sulla sessualità e sanzioni ambientali implicite o esplicite contro l'espressione sessuale (cfr. Mah e Binik, 2001; Schover e Jensen, 1988;). Tuttavia, i tassi di orgasmo più elevati sono stati generalmente osservati con l'età avanzata (cfr. Mah e Binik, 2001); Herbenick e collaboratori (2010) hanno dimostrato che la percentuale di donne, di età compresa tra i 18 e i 24 anni, che aveva sperimentato l'orgasmo durante l'ultimo rapporto sessuale si aggirava intorno al 61%, contro il 65% delle trentenni e il 70% delle quarantenni e cinquantenni. Le donne potrebbero sperimentare un maggior numero di orgasmi con l'avanzare dell'età probabilmente a causa di una maggiore sicurezza e consapevolezza di ciò che procura loro piacere o, ancora, di una maggiore fiducia e intimità nelle relazioni diadiche a lungo termine (Chou e Shih, 2019). Nel complesso, dunque, i cambiamenti fisiologici osservati con l'invecchiamento non si traducono necessariamente in un drastico calo del desiderio e della capacità di raggiungere l'orgasmo: i fattori psicosociali e psicosessuali, come l'assertività sessuale, possono mediare la variabilità della responsività orgasmica nelle donne di età più avanzata (Mah e Binik, 2001).

### **2.2.2. Le componenti cognitivo-affettive**

La letteratura relativa all'influenza dei fattori cognitivo-affettivi sulla risposta orgasmica femminile è piuttosto scarsa (Tavares *et al.*, 2017). Tuttavia, alla luce di quanto esposto nel capitolo precedente, relativamente alla natura dell'orgasmo femminile in quanto fenomeno multi-determinato, appare evidente la posizione determinante che le componenti cognitive e affettive ricoprono nella definizione della responsività orgasmica femminile. Nel presente elaborato si è scelto di concentrarsi, in particolare, su 2 elementi che sembrano ricoprire un ruolo decisivo: i pensieri automatici negativi e l'intelligenza emotiva.

Un primo approccio allo studio delle dimensioni cognitivo-affettive del funzionamento sessuale è stato articolato da Masters e Johnson (1970) attraverso il concetto di *spectatoring*, che si riferisce a uno stato di ipersorveglianza e monitoraggio della propria prestazione sessuale e che determina una distrazione cognitiva e influenza negativamente il coinvolgimento negli aspetti sensoriali inerenti alla situazione sessuale. Strettamente legato al concetto di distrazione cognitiva è quello di pensieri automatici: secondo Beck (1967) i pensieri automatici sono immagini prodotte dagli individui come

risultato di uno schema cognitivo – o di una credenza – attivato in un particolare momento o contesto. Uno studio condotto da Cuntim e Nobre (2011) si è concentrato specificamente sulle difficoltà delle donne nel raggiungimento dell'orgasmo e ha evidenziato come tale difficoltà veniva significativamente predetta da pensieri automatici negativi legati: all'abuso sessuale; al fallimento delle prestazioni sessuali – dato confermato anche dallo studio condotto da Tavares e collaboratori (2017); alla mancanza di motivazione a impegnarsi nell'attività sessuale; al ruolo passivo all'interno dell'interazione sessuale; alla mancanza di cura e affetto da parte del partner o della partner e all'incapacità di soddisfare i bisogni sessuali. I “fallimenti” passati nel raggiungimento dell'orgasmo possono generare, durante l'attività sessuale, pensieri distraenti sulla possibilità che la donna riesca a raggiungere l'orgasmo in quella specifica occasione, impedendole di arrivare allo stato di rilassamento necessario per godere della stimolazione sessuale (Kontula e Miettinen, 2016); in questi casi, secondo McCabe (2009), la donna diventa una spettatrice che esige una risposta fisiologica dal suo corpo. Nobre e Pinto-Gouveia (2008) hanno evidenziato, inoltre, anche il ruolo dei pensieri automatici negativi associati all'aspetto fisico e genitale come predittori di una minore risposta sessuale femminile. Questi dati rafforzano l'idea che l'interferenza dei pensieri automatici negativi nell'elaborazione cognitiva degli stimoli erotici possa svolgere un ruolo importante nello sviluppo delle difficoltà orgasmiche femminili (Tavares *et al.*, 2017).

Per quanto riguarda, invece, il versante affettivo, è opportuno fornire una definizione del costrutto di intelligenza emotiva, elaborato da Salovey e Mayer (1990): esso indica la capacità di monitorare e riconoscere i propri e altrui sentimenti ed emozioni e l'abilità di utilizzarli per orientare il pensiero e il comportamento. Bar-On (1996) ha successivamente ampliato la definizione del costrutto, includendo le capacità adattive di controllare gli impulsi e affrontare gli stimoli stressogeni, nonché l'intelligenza intrapersonale e interpersonale (ad esempio, l'autopercezione e la gestione delle emozioni e l'empatia). La ricerca sull'intelligenza emotiva suggerisce che le persone differiscono nel modo in cui sperimentano le emozioni, nella capacità di discriminare tra emozioni diverse e nella quantità di informazioni emotive che sono in grado di elaborare e utilizzare (Winter e Kuiper, 1997) e tali differenze potrebbero spiegare la variabilità nella responsività orgasmica tra le donne. Difatti, da una ricerca di Burri e collaboratori (2009)

è emerso che alti livelli di intelligenza emotiva contribuiscono alla maggiore frequenza orgasmica sia durante l'attività sessuale autoerotica solitaria che diadica. Al contempo, l'alessitimia, intesa come la difficoltà nell'identificare e comunicare le emozioni, e la ridotta capacità di fantasticare sembrano essere inversamente correlate all'intelligenza emotiva (Parker *et al.*, 2001) e potrebbero perciò esercitare un'influenza negativa sulla responsività orgasmica femminile. Invece, un *locus of control* interno, la capacità di integrare la stimolazione fisica con le fantasie sessuali, la maggiore conoscenza del proprio corpo e delle proprie zone erogene e la capacità di comunicare con il partner o la partner i propri desideri e aspettative, associati all'intelligenza emotiva, potrebbero influenzare positivamente la capacità orgasmica delle donne (Burri *et al.*, 2009).

### **2.2.3. Le variabili psicosessuali**

Molti dei fattori di cui è stata studiata l'influenza sulla responsività orgasmica femminile riguardano il funzionamento e l'adattamento sessuali, gli atteggiamenti nei confronti della sessualità, i comportamenti e le pratiche sessuali e verranno definiti, all'interno di questa trattazione, "fattori psicosessuali".

Gli atteggiamenti positivi nei confronti del sesso, in generale, e della sessualità come aspetto fondamentale del benessere di ciascun individuo, in particolare, sono stati correlati positivamente con livelli più elevati di desiderio e soddisfazione sessuali (Dosch *et al.*, 2015; Haavio-Mannila e Kontula, 1997). Anche il grado di assertività sessuale – intesa come la capacità di comunicare durante i rapporti sessuali al fine di ricevere la stimolazione che si preferisce o mettere in atto le pratiche sessuali desiderate e di esprimere il dissenso quando non si desidera iniziare un'attività sessuale (Hurlbert, 1991) – sembra esercitare un'influenza sulla frequenza orgasmica e sulla soddisfazione sessuale (Haavio-Mannila e Kontula, 1997; Hurlbert, 1991; Lentz e Zaikman, 2021). La minore conoscenza delle tecniche di stimolazione più efficaci, la riluttanza a usarle e/o l'incapacità di comunicarle al partner contribuiscono, invece, alla ridotta frequenza orgasmica durante l'interazione sessuale (McCabe, 2009). Molti studi hanno evidenziato l'importanza di una buona comunicazione (Kontula e Miettinen, 2016): le donne che presentano anorgasmia hanno riferito di provare un disagio significativamente elevato nella comunicazione durante le attività sessuali (Kelly *et al.*, 2004). Inoltre, come evidenziato da Kontula e Miettinen (2016) un aspetto determinante per la capacità



orgasmica femminile è la motivazione sessuale personale: le donne che presentano un'elevata motivazione sessuale, che desiderano avere rapporti sessuali, che comunicano apertamente con il partner o la partner, che prendono iniziative e assumono una posizione attiva nell'ambito dell'attività sessuale hanno maggiori probabilità di provare orgasmi durante il rapporto.

Oltre ai fattori che influenzano la frequenza orgasmica, molte variabili sembrano essere associate a maggiori intensità e piacevolezza dell'esperienza. Levin (2014) ha riportato la novità, la più lunga durata della stimolazione erotica precedente al verificarsi dell'orgasmo, l'uso di fantasie sessuali e il maggiore tempo trascorso tra un orgasmo e l'altro come fattori che aumentano intensità e piacevolezza. Paterson e collaboratori (2014) hanno evidenziato, invece, che maggiori livelli di desiderio e di eccitazione sessuali prima dell'orgasmo costituiscono un fattore predittivo della maggiore piacevolezza dell'esperienza. Arcos-Romero e Sierra (2020), infine, hanno sottolineato una relazione tra la maggiore propensione a intraprendere nuove esperienze sessuali e la maggiore intensità dell'esperienza orgasmica; secondo lo studio condotto dai 2 ricercatori anche l'erotofilia, definita come la tendenza a rispondere in maniera positiva e con manifestazioni affettive agli stimoli sessuali (Arcos-Romero *et al.*, 2018), conduce a una maggiore intensità orgasmica.

### **2.3. Fattori interpersonali**

Diverse variabili legate all'interazione con un partner o una partner sono state associate all'esperienza orgasmica femminile e sembrano influenzarne la frequenza, la piacevolezza e l'intensità (cfr. Mah e Binik, 2001). Inoltre, molti fattori interpersonali sembrano giocare un ruolo nel determinare la soddisfazione sessuale femminile, indipendentemente dal verificarsi dell'orgasmo (Kontula e Miettinen, 2016). La letteratura sulla risposta sessuale umana ha indagato tali variabili e ha tentato di individuare le differenze esistenti nella soddisfazione sessuale e nella responsività orgasmica femminili tra rapporti sessuali con partner stabili o occasionali.

#### **2.3.1. Variabili legate alla dimensione diadica**

Nel corso dell'evoluzione della letteratura scientifica sull'orgasmo, variabili relative al contesto diadico, come la compatibilità sessuale e il coinvolgimento del partner o della

partner, sono state associate a una maggiore frequenza orgasmica e a una più elevata soddisfazione sessuale (cfr. Mah e Binik, 2001; Singh *et al.*, 1998). La qualità della relazione sembrava svolgere un ruolo determinante nella definizione dell'esperienza orgasmica femminile: felicità e stabilità del rapporto diadico erano considerate predittori affidabili della responsività e della qualità orgasmica, nonché della soddisfazione sessuale (Hurlbert, 1991; Singh *et al.*, 1998). Studi più recenti hanno confermato questo dato, evidenziando come una relazione percepita come funzionale da parte delle donne, in cui si dà spazio alle componenti emotive e in cui la sessualità è oggetto di una comunicazione aperta e positiva, sia associata a una maggiore responsività orgasmica (Kontula e Miettinen, 2016). Anche il desiderio sessuale diadico incentrato sul partner o la partner – inteso come l'interesse nei confronti della relazione e delle attività sessuali diadiche (Moyano *et al.*, 2016) – è associato a una maggiore intensità dell'esperienza orgasmica (Prause *et al.*, 2016; Yen Chiang e Chiang, 2016) e da uno studio di Arcos-Romero e Sierra (2020) è emerso che costituisce il miglior predittore dell'intensità dell'esperienza; esso implica un desiderio di intimità e condivisione con il partner o la partner (Spector *et al.*, 1998), il che potrebbe spiegare la sua importanza nella valutazione dell'intensità dell'esperienza orgasmica da parte delle donne all'interno dell'attività sessuale diadica (Arcos-Romero e Sierra, 2020). È interessante osservare che, sebbene l'orgasmo, per molte donne, non sia considerato necessario per il raggiungimento della soddisfazione sessuale (Armstrong *et al.*, 2012; Haavio-Mannila e Kontula, 1997; Kontula e Miettinen, 2016), quest'ultima ha dimostrato di avere un ruolo importante nel determinare sia il raggiungimento dell'orgasmo femminile (Sánchez-Fuentes *et al.*, 2016) sia l'intensità dell'esperienza (Arcos-Romero e Sierra, 2020). Mah e Binik (2001) ipotizzano che un'elevata qualità della relazione diadica migliori sia direttamente che in maniera indiretta la piacevolezza percepita dell'esperienza orgasmica, facilitando una migliore comunicazione con il partner o la partner, riducendo le inibizioni e l'ansia e promuovendo, di conseguenza, un'interazione sessuale ottimale che non solo determina un aumento della soddisfazione sessuale, ma intensifica l'esperienza orgasmica.

### **2.3.2. Differenze tra partner stabili e occasionali**

Sebbene la ricerca sembri suggerire che le donne tendono a sperimentare più orgasmi e/o maggiore soddisfazione sessuale nelle interazioni sessuali con partner stabili, rispetto

a quelle occasionali (Armstrong *et al.*, 2012; Birnie-Porter e Hunt, 2015; Wongsomboon *et al.*, 2020), alcuni studi (ad esempio, Armstrong *et al.*, 2012; Armstrong e Reissing, 2015) hanno evidenziato che non tutte le donne sperimentano una discrepanza nel piacere orgasmico in base alla tipologia di relazione (Armstrong *et al.*, 2012) e una percentuale di donne, che si aggira intorno al 50-80%, intraprende attività sessuali occasionali al fine di ottenere il piacere fisico che ne deriva (Armstrong e Reissing, 2015). Con l'obiettivo di spiegare tale variabilità, Wongsomboon e collaboratori (2020) hanno ipotizzato il ruolo interveniente della sociosessualità, un costrutto che fa riferimento alla disponibilità ad avere rapporti sessuali non impegnati. I risultati dello studio hanno confermato l'ipotesi iniziale, evidenziando l'assenza di un divario tra i contesti sessuali con partner stabili o occasionali nella funzionalità orgasmica e nella soddisfazione sessuale delle donne che hanno ottenuto punteggi elevati di sociosessualità. Tuttavia, sebbene le donne con livelli di sociosessualità inferiori abbiano riportato un divario maggiore tra sesso con partner stabile o occasionale per la funzionalità orgasmica, esse non hanno mostrato una minore soddisfazione sessuale nell'attività sessuale occasionale rispetto alle donne con punteggi di sociosessualità elevati. I ricercatori hanno ipotizzato che la soddisfazione sessuale delle donne con livelli inferiori di sociosessualità possa dipendere meno dall'orgasmo: esse potrebbero essere in grado di trarre maggiore soddisfazione dagli aspetti emotivi delle interazioni sessuali, anche quando queste sono occasionali (Wongsomboon *et al.*, 2020). Questi dati sottolineano, ancora una volta, la variabilità interindividuale dell'esperienza orgasmica femminile ed evidenziano come il raggiungimento dell'orgasmo, per alcune donne, possa avere una rilevanza minore rispetto ad altri aspetti interpersonali dell'interazione sessuale, indipendentemente dalla tipologia di relazione con il partner o la partner sessuale.

Oltre alla sociosessualità, che si configura come un fattore individuale e che, inoltre, sembra essere influenzata dalla motivazione sessuale personale (Meston e Buss, 2007) che, come esposto precedentemente (par. 2.2.3), condiziona a sua volta la frequenza orgasmica, anche altri elementi, legati specificatamente all'interazione diadica, sembrano svolgere il ruolo di fattori intervenienti nel determinare la relazione tra sesso con partner occasionale o stabile e responsività orgasmica e soddisfazione sessuale. Armstrong e collaboratori (2012) hanno svolto un'indagine qualitativa al fine di individuare le determinanti dell'orgasmo e del piacere sessuale e tentare di spiegare perché

tendenzialmente le donne esprimano una preferenza per i partner o le partner stabili rispetto a quelli o quelle occasionali. I risultati dello studio hanno evidenziato che l'orgasmo femminile risulta verificarsi più frequentemente attraverso la stimolazione orale o manuale del glande clitorideo, una pratica più comune nell'attività sessuale con partner stabili, e la frequenza orgasmica e i livelli di piacere sessuale aumentano consistentemente nel passaggio tra il primo incontro e gli incontri successivi, suggerendo che l'apprendimento specifico da parte del partner o della partner, più probabile all'interno di una relazione stabile duratura, svolga un ruolo rilevante. Inoltre, le interviste condotte dai ricercatori sostengono anche il ruolo dell'affetto e della cura: le donne hanno riferito di aver raggiunto più frequentemente l'orgasmo con partner sessuali che mostravano premura e attenzione nei confronti del piacere della compagna, un comportamento che sembra manifestarsi più frequentemente all'interno dei rapporti stabili, rispetto a quelli occasionali (Armstrong *et al.*, 2012). Dunque, è possibile ipotizzare che il legame affettivo influenzi l'esperienza orgasmica e determini un aumento del piacere, tuttavia non è verosimile determinare quanta della differenza nella responsività orgasmica e nella soddisfazione sessuale con partner stabile o occasionale sia spiegabile dal legame affettivo che caratterizza la relazione stabile e quanta variabilità sia, invece, da attribuire ad altri fattori (Armstrong *et al.*, 2012).

## **2.4. La cornice sociale e culturale**

Il piacere sessuale femminile, che include l'esperienza orgasmica ma non è limitato a essa, è intriso di significati sociali (Stelzl e Lafrance, 2021). L'unico modo per comprendere la sessualità femminile è assumere che essa venga costruita all'interno della realtà sociale, piuttosto che esistere indipendentemente da questa (Marecek *et al.*, 2004). All'interno di questa cornice appare, dunque, doveroso rivolgere l'attenzione ai significati, socialmente costruiti, del piacere sessuale e dell'esperienza orgasmica, analizzando le modalità con cui, implicitamente o esplicitamente, comportamenti e atteggiamenti vengono normalizzati e standardizzati.

### **2.4.1. L'*orgasm gap* e i ruoli di genere**

L'espressione *orgasm gap* fa riferimento a una differenza di genere, ampiamente dimostrata nella letteratura sulla risposta sessuale umana (ad esempio, Armstrong *et al.*,

2012; Herbenick *et al.*, 2010), per cui gli uomini tenderebbero a raggiungere l'orgasmo più facilmente e più frequentemente delle donne. I doppi standard sessuali possono limitare l'espressione sessuale femminile e inibire la comunicazione di alcune donne all'interno delle attività sessuali (Herbenick *et al.*, 2019). Inoltre, l'espressione comunicativa e la soddisfazione sessuale delle donne possono essere represses anche dall'esistenza di tabù sociali legati alla masturbazione femminile (Fahs e Frank, 2014) e alla vergogna relativa all'aspetto dei propri genitali (Frischherz, 2015) e dai copioni sessuali basati sul genere (Gagnon, 1990); in particolare, le norme di genere e i copioni sessuali suggeriscono alle donne di prestare meno attenzione ai propri bisogni sessuali e di dare invece priorità a quelli dei partner maschili (Herbenick *et al.*, 2019). L'interiorizzazione di tali stereotipi può costituire una potenziale barriera alla comunicazione, con un impatto negativo sulla salute sessuale delle donne (Maas *et al.*, 2015) che spesso non si sentono in grado di affermare con risolutezza i propri diritti sessuali, come quello di esprimere i propri desideri rispetto alla stimolazione che provoca loro piacere (Armstrong *et al.*, 2014). Difatti, in uno studio di Lentz e Zaikman (2021) l'adesione ai ruoli di genere correlava negativamente con la frequenza dell'orgasmo con un nuovo partner: poiché i ruoli di genere tradizionali impongono agli uomini di essere attivi negli incontri sessuali e alle donne di essere passive (Kiefer *et al.*, 2006), una donna eterosessuale che aderisce a tale ruolo potrebbe essere meno propensa ad affermarsi sessualmente con un nuovo partner, il che è ulteriormente supportato dal fatto che l'assertività sessuale e l'adesione ai ruoli di genere sono correlate negativamente (Lentz e Zaikman, 2021). Tutti questi elementi, inoltre, possono spiegare anche il fatto che molte donne riferiscono di aver finto o simulato l'orgasmo nel corso della loro vita (ad esempio, Muehlenhard e Shippee, 2010). Le ragioni che spingono le donne a fingere l'orgasmo sono molteplici e possono includere il desiderio di compiacere il partner, proteggere i suoi sentimenti ed evitare di ferire il suo senso di competenza sessuale (Goodman *et al.*, 2017), tuttavia, sono tutte legate all'esistenza di un imperativo nel raggiungimento dell'orgasmo femminile che sembra caratterizzare il contesto sociale e culturale occidentale, specialmente nell'ambito degli attuali discorsi eterosessuali egemonici, ma non solo, in cui ci si aspetta che le donne sperimentino l'orgasmo in quanto parte della loro sessualità naturale (Stelzl e LaFrance, 2021).

## 2.4.2. Oltre l'iper-patologizzazione

L'orgasmo femminile da un lato è considerato un importante indicatore dell'*empowerment* e dell'agentività sessuale femminile (Gupta e Cacchioni, 2013), ma, dall'altro lato, è spesso equiparato al piacere sessuale nella sua interezza e determina la pervasività di un imperativo (Stelzl e Lafrance, 2021) che sovente delegittima forme alternative di piacere sessuale (Frith, 2013). L'orgasmo è stato anche considerato una parte normale e naturale della sessualità femminile e quindi di notevole importanza per la salute sessuale (Frith 2013; Gupta & Cacchioni, 2013). Non sorprende che l'assenza dell'orgasmo tenda a venire iper-patologizzata (Stelzl e Lafrance, 2021) e a essere considerata un problema fisiologico da medicalizzare (Wood *et al.*, 2006). L'orgasmo, soprattutto all'interno del rapporto sessuale diadico, ha delle implicazioni nella costruzione identitaria delle donne che viene percepita come carente nel caso in cui l'orgasmo sia assente (Lavie-Ajayi, 2005).

Questi dati evidenziano la necessità di ristrutturare l'imperativo orgasmico al fine di garantire alle donne la possibilità di autodeterminarsi: le donne hanno il diritto di avere delle aspettative relative al raggiungimento dell'orgasmo all'interno delle interazioni sessuali diadiche e l'*orgasm gap* è un'importante questione femminista; tuttavia, un risultato non intenzionale della lotta orientata all'equità sessuale di genere è stato che le donne hanno cominciato a percepire delle pressioni intollerabili nei confronti del raggiungimento dell'orgasmo e non sono state supportate nel processo di liberazione dalle aspettative sociali (Bell e McClelland, 2017). Ancora una volta, le ricerche suggeriscono che le donne definiscono il piacere sessuale in una molteplicità di modi e l'orgasmo spesso non sembra essere centrale in queste definizioni (Goldey *et al.*, 2016). Dare spazio anche all'assenza dell'orgasmo potrebbe supportare la scoperta di altri tipi di piacere, come il piacere dell'intimità emotiva, riportato dalle donne dello studio di Bell e McClelland (2017).

In conclusione, sfidare l'egemonia dell'imperativo orgasmico femminile all'interno delle norme sessuali socialmente e culturalmente condivise è un'ardua sfida odierna, ma potrebbe portare alla ri-concettualizzazione di ciò che può essere considerato sano nell'espressione sessuale femminile e incrementare il benessere sessuale sia delle donne che non sperimentano l'orgasmo che di quelle che lo sperimentano.

## Capitolo 3

### La ricerca

#### 3.1. Introduzione

Nonostante alcuni studi abbiano cercato di indagare l'esperienza orgasmica femminile attraverso la valutazione delle componenti soggettive che la caratterizzano e dei fattori biopsicosociali che la influenzano (ad esempio, Arcos-Romero e Sierra, 2020; Burri *et al.*, 2009; Dawood *et al.*, 2005; Dunn *et al.*, 2005; Kontula e Miettinen, 2016; Lentz e Zaikman, 2021; Leonhardt *et al.*, 2018; Muñoz-García *et al.*, 2022), gran parte della letteratura si è concentrata sull'analisi delle risposte fisiologiche (Mah e Binik, 2005) e molti degli studi che hanno maggiormente indagato le determinanti della responsività orgasmica lo hanno fatto prendendo in considerazione le influenze su capacità orgasmica e frequenza dell'orgasmo (Arcos-Romero e Sierra, 2018), più che sulla qualità dell'esperienza. Tuttavia, come illustrato precedentemente, nella comprensione della risposta orgasmica femminile risulta essenziale la valutazione delle componenti individuali che determinano quella che è possibile definire "esperienza soggettiva dell'orgasmo", descrivibile attraverso diverse dimensioni, come le sensazioni fisiche, l'intimità, l'affettività e gli effetti di gratificazione derivanti dall'orgasmo (Arcos-Romero *et al.*, 2019): essa si riferisce all'autovalutazione dell'orgasmo (Arcos-Romero e Sierra, 2020) e alla percezione psicologica delle sensazioni da esso provocate (Arcos-Romero e Sierra, 2018). L'esperienza orgasmica soggettiva è un indice del piacere sessuale, nonché di una sessualità sana (Kontula e Miettinen, 2016; Leavitt *et al.*, 2021). La sua valutazione è necessaria per la comprensione della soddisfazione sessuale (Lawrance e Byers, 1995; cfr. Muñoz-García *et al.*, 2022) che risulta essere influenzata, a sua volta, da caratteristiche individuali e relazionali (Calvillo *et al.*, 2018; Sánchez-Fuentes *et al.*, 2014). Senza dubbio, una migliore comprensione delle componenti soggettive dell'esperienza orgasmica femminile e dei fattori che ne influenzano intensità e piacevolezza sarebbe un risultato di grande valore nell'ottica dell'approccio positivo alla sessualità promosso dalla WAS (*World Association for Sexual Health*), in cui il piacere sessuale assume una posizione fondamentale nel benessere fisico e psicologico della persona (World Association for Sexual Health, 2021). All'interno di questa cornice

è importante anche tenere a mente che molte donne riferiscono che altre sensazioni (ad esempio, la vicinanza fisica o emotiva al/alla partner durante il rapporto sessuale) sono più importanti dell'orgasmo (Busing *et al.*, 2001); per alcune donne, invece, l'orgasmo è il più importante predittore della soddisfazione sessuale (Kontula, 2009). Tali risultati non dovrebbero stupire: è stata già più volte evidenziata, nel corso di questa trattazione, l'esistenza di un'ampia variabilità nelle esperienze soggettive delle donne relative agli aspetti della loro sessualità. Alla luce di tale variabilità, per evitare di cadere, da un lato, in un'iper-patologizzazione dell'assenza dell'orgasmo e, dall'altro lato, in una sovra-determinazione di quella che dovrebbe essere la soddisfazione sessuale femminile, al fine di abbracciare un'ottica di auto-determinazione del proprio piacere sessuale, risulta fondamentale lasciare che siano le donne a raccontare ciò che caratterizza la propria esperienza orgasmica soggettiva.

Il presente studio si è, di conseguenza, posto l'obiettivo di esplorare, mediante una ricerca qualitativa, l'esperienza soggettiva dell'orgasmo attraverso 3 dimensioni – sensazioni fisiche, componenti cognitive e stati affettivi ed emotivi – e le variabili, soggettivamente percepite, che ne influenzano intensità e piacevolezza. La natura esplorativa di questo studio e la scarsa letteratura esistente sui fattori che influenzano intensità e piacevolezza dell'orgasmo femminile rendono la ricerca qualitativa il metodo più adatto per indagare questo tema e consentire una comprensione più approfondita (Hsieh e Shannon, 2005).

La raccolta dei dati è avvenuta attraverso la conduzione di *focus group*, una tecnica di ricerca che utilizza l'interazione tra un gruppo di persone e la discussione su un argomento proposto dal ricercatore o dalla ricercatrice come fonti dei dati (Morgan, 1996). Sebbene, come ogni tecnica di ricerca, i *focus group* possiedano un limite, che è relativo all'influenza sociale normativa e all'adesione alle aspettative socialmente desiderabili (Morgan, 1997), essi consentono di indagare tematiche complesse e sono sempre più utilizzati nella ricerca sulla sessualità (Byers *et al.*, 2001). Infatti, mentre l'utilizzo di questionari o di interviste è intrinsecamente limitato dalle domande che vengono poste, i *focus group* possono arrivare a fornire dati anche sul modo in cui gli intervistati e le intervistate parlano degli argomenti (Morgan, 1996) e sono fondati sull'auto-apertura dei partecipanti e delle partecipanti che rivelano elementi personali sulla base della loro discrezione e non a seguito di sollecitazioni da parte



dell'intervistatore o dell'intervistatrice, il che li rende una tecnica particolarmente adeguata all'esplorazione di tematiche intime come l'esperienza orgasmica. La scelta della dimensione di ciascun gruppo è stata basata sulla teoria proposta da Morgan (1992) secondo cui i gruppi più piccoli sono più appropriati per la discussione di argomenti emotivamente carichi che generano alti livelli di coinvolgimento, poiché offrono a ciascun e ciascuna partecipante più tempo per esporre le proprie opinioni e narrare le proprie esperienze relativamente ad argomenti in cui tutti e tutte sono molto coinvolti.

Durante la pandemia di COVID-19, a causa delle prescrizioni relative al distanziamento sociale, molti studi hanno utilizzato le piattaforme di videoconferenza per la raccolta dei dati qualitativi (Falter *et al.*, 2022). Nonostante le riunioni a distanza possano sembrare più impersonali e rendere più difficile la creazione di un'atmosfera confidenziale (Hewson *et al.*, 2016), molti ricercatori hanno evidenziato i benefici derivanti dall'utilizzo di piattaforme online per la conduzione dei *focus group*, in termini di maggiore accessibilità (ad esempio, Halliday *et al.*, 2021), vantaggiosa per la presente ricerca alla luce della dislocazione geografica delle partecipanti. In funzione delle motivazioni appena esposte, i *focus group* sono stati condotti sulla piattaforma Zoom (*Zoom Video Communication*). Per ovviare alle possibili limitazioni relazionali dello spazio online, le conduttrici hanno cercato di massimizzare il coinvolgimento delle partecipanti creando un ambiente accogliente e non giudicante, preferendo gruppi di piccole dimensioni, come raccomandato dalle ricerche sui *focus group* online (ad esempio, Lobe, 2017), e adottando uno stile di conduzione più strutturato nella gestione delle dinamiche di gruppo, favorendo un'interazione paritaria, ma promuovendo, al contempo, una discussione meno strutturata, al fine di non esercitare pressioni e lasciare che il gruppo costruisse autonomamente la conversazione (Morgan, 1992).

## **3.2. Metodo**

### **3.2.1. Partecipanti**

Le 30 donne che hanno preso parte alla ricerca erano tutte maggiorenni (età media = 27, gamma = 20-54 anni): 29 di madrelingua e nazionalità italiana e una di nazionalità romena, ma in grado di parlare un italiano fluente; 13 provenienti dal Nord Italia (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Trentino Alto Adige), 11 da Sud Italia e Isole (Puglia, Calabria, Sardegna, Molise) e 5 dal Centro Italia

(Lazio, Marche, Toscana). La tabella 1 riporta le caratteristiche sociodemografiche del campione. Come è possibile notare, il campione non era altamente eterogeneo rispetto alle variabili età e scolarità, con una prevalenza di donne tra i 20 e i 24 anni e con un livello di istruzione particolarmente elevato.

*Tab. 1 – Caratteristiche sociodemografiche delle partecipanti (N=30)*

	N	%
<b>Età</b>		
20 – 24	19	63,3%
25 – 30	5	16,7%
31 – 40	3	10,0%
41 – 50	2	6,7%
51 – 60	1	3,3%
<b>Provenienza</b>		
Nord Italia	13	43,3%
Centro Italia	5	16,7%
Sud Italia e Isole	11	36,7%
Estero	1	3,3%
<b>Scolarità</b>		
Diploma 4 – 5 anni	7	23,3%
Laurea di primo livello	21	70,0%
Laurea di secondo livello	2	6,7%
<b>Orientamento sessuale</b>		
Eterosessuale	9	30,0%
Principalmente eterosessuale	12	40,0%
Bisessuale	6	20,0%
Principalmente omosessuale	1	3,3%
Omosessuale	2	6,7%
<b>Relazioni sessuali nel corso della vita</b>		
Partner sessuale fisso/a	25	83,3%
Partner sessuali occasionali	22	73,3%

### 3.2.2. Procedura

Le donne sono state informate preventivamente dello scopo della ricerca – ovvero, indagare il vissuto soggettivo dell’orgasmo e le variabili che ne influenzano intensità e qualità, senza proporsi alcun obiettivo specificatamente clinico – e sono state reclutate per via telematica, tramite la condivisione di una locandina su social network, chat e siti web. Sulla locandina era presente un link per accedere a un modulo, realizzato tramite Google Moduli, nel quale le partecipanti potevano lasciare i propri dati al fine di essere ricontattate. Il criterio di inclusione era il tempo trascorso dall’ultimo orgasmo: venivano escluse dalla ricerca le donne che non esperivano un orgasmo da più di 1 mese. Tale

criterio di inclusione è stato scelto al fine di garantire che, per le donne che partecipavano alla ricerca, l'ultima esperienza orgasmica esperita fosse abbastanza recente e saliente da consentire loro di descriverne in maniera dettagliata le componenti soggettive, oggetto di indagine dello studio. La partecipazione era su base volontaria e non vi è stata alcuna retribuzione in denaro.

Dopo aver fornito la loro disponibilità a partecipare alla ricerca, attraverso la compilazione del Google Moduli, le partecipanti venivano contattate via e-mail o telefono, a seconda della preferenza espressa; in questa sede veniva chiesto loro di confermare la data di partecipazione al *focus group* e venivano forniti il consenso informato – che spiegava obiettivi e metodologia della ricerca e la confidenzialità della raccolta dati – e un link a un modulo realizzato mediante la piattaforma *Qualtrics*, al fine di raccogliere le informazioni socio-anagrafiche.

I *focus group* sono stati condotti da un'*équipe* formata da 4 operatrici donne per consentire una discussione più fluida tra le partecipanti e non creare forme di disagio. Le operatrici erano state formate per svolgere sia il ruolo di moderatrici, con funzione di conduttrici, che di assistenti. La formazione ha previsto lo studio del manuale relativo all'utilizzo dei *focus group* nella ricerca qualitativa redatto da Albanesi (2004) e la partecipazione a un *focus group* di prova sotto la supervisione di un'operatrice già formata. Sono stati condotti 5 *focus group* e la composizione dei gruppi ha seguito il metodo della segmentazione (Morgan, 1996) con la creazione di gruppi che fossero il più possibile omogenei tra loro rispetto alla variabile età, al fine di facilitare l'interazione tra le partecipanti: 3 gruppi di 6 partecipanti ciascuno (N = 18) di età compresa tra i 20 e i 25 anni; 1 gruppo di 6 partecipanti di età compresa tra i 23 e i 28 anni; 1 gruppo di 6 partecipanti di età compresa tra i 34 e i 54 anni.

Gli incontri, della durata di circa 60 minuti ciascuno, si sono svolti mediante la piattaforma Zoom (*Zoom Video Communication*). Ogni incontro è stato video-registrato: il formato video è stato eliminato immediatamente dopo la fine dell'incontro, mentre la traccia audio è stata conservata e poi trascritta. Le partecipanti erano già state messe al corrente della video-registrazione attraverso il consenso informato, ma all'inizio dell'incontro tale informazione è stata ribadita ed è stato chiesto loro di esprimere nuovamente il consenso alla partecipazione, riaffermando la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento. Inoltre, per garantire la privacy, è stato chiesto loro di inserire come

nome utente, visualizzabile durante la videoconferenza, un codice, generato al momento della compilazione del modulo per la raccolta delle informazioni socio-anagrafiche, attraverso cui non sarebbe stato possibile risalire alla loro identità.

Al termine di ciascun *focus group* e prima di concludere la riunione, la registrazione veniva interrotta, al fine di garantire uno spazio di condivisione per prendersi cura dei vissuti emersi durante l'incontro.

La ricerca ha ottenuto l'approvazione da parte del Comitato Etico della Ricerca Psicologica (Area 17) Dipartimento di Psicologia – Università di Padova (protocollo n. 5156).

### **3.2.3. Griglia di conduzione dei *focus group***

La griglia di conduzione è stata costruita dall'intero gruppo di ricerca, costituito da 4 persone. In linea con quanto sostenuto da Albanesi (2004), le domande selezionate sono state semplici e aperte, al fine di favorire risposte approfondite e stimolare la conversazione. Di seguito le 3 macro-aree di indagine individuate.

- 1) **Descrizione dell'orgasmo:** Oggi siamo qui per parlare dell'orgasmo, la fase del ciclo di risposta sessuale in cui si prova il picco di piacere. Ci potete raccontare cosa provate a livello fisico, quali sono i vostri pensieri, le sensazioni e gli stati d'animo che avete durante un orgasmo?
- 2) **Variabili che influenzano qualità e intensità dell'esperienza orgasmica:** Secondo voi cosa rende l'orgasmo più o meno intenso e/o più o meno piacevole?
- 3) **Differenze nell'esperienza orgasmica tra partner occasionale e partner stabile:** Secondo voi ci sono delle differenze tra un orgasmo raggiunto con un partner o una partner occasionale e uno raggiunto con un partner o una partner stabile? Quali?

### **3.2.4. Analisi dei dati**

L'analisi qualitativa dei dati è stata condotta seguendo il modello di analisi tematica a 6 fasi proposto da Braun e Clark (2006). Le 2 ricercatrici presentano l'analisi tematica come un metodo utilizzato per l'organizzazione e la descrizione dettagliata dei dati attraverso l'identificazione e l'analisi di temi. Un tema è un costrutto che cattura qualcosa di rilevante all'interno dei dati, in relazione alla domanda di ricerca, e rappresenta un

livello di significato attribuito alle esperienze riportate dai partecipanti (Braun e Clark, 2006).

La prevalenza dei temi è stata determinata sulla base del numero di partecipanti che hanno articolato un discorso inerente al tema. L'individuazione dei temi ha seguito un approccio "teorico" (Braun e Clark, 2006): è stata, dunque, guidata dall'interesse analitico delle ricercatrici e da una domanda di ricerca specifica (par. 3.1), al fine di produrre una descrizione meno ampia dei dati, ma un'analisi più dettagliata di alcune specifiche componenti. Per la gestione dei dati è stato utilizzato il software ATLAS.ti23.

In primo luogo è stato necessario trascrivere i *focus group*, un lavoro che ha consentito di iniziare a familiarizzare con i dati, le cui successive letture sono state accompagnate dalla stesura di osservazioni generali. In seguito sono stati generati dei codici grezzi relativi a elementi salienti individuati all'interno delle trascrizioni; l'assegnazione dei codici è stata un processo reiterativo, poiché, proseguendo con l'analisi, si rendeva necessaria la ricodifica dei *focus group* precedentemente analizzati in cui erano stati ignorati elementi potenzialmente rilevanti. I codici assegnati sono stati poi raccolti all'interno di macro-categorie corrispondenti a temi potenziali. Questa parte della codifica è stata effettuata in maniera indipendente da 2 ricercatrici che successivamente si sono confrontate sui temi individuati e hanno esplorato interpretazioni alternative dei dati, discutendo e risolvendo le discrepanze emerse; il confronto è stato necessario anche per ridefinire i temi e assegnare loro delle etichette chiare e precise.

Nel quarto capitolo del presente elaborato verranno illustrati i risultati prodotti dall'analisi.

## Capitolo 4

### Risultati

#### 4.1. Categorie individuate

Attraverso l'analisi tematica sono state individuate 5 macro-categorie (riportate nella tabella 2 con le rispettive sotto-tematiche) corrispondenti a 5 temi salienti nella descrizione dell'esperienza orgasmica soggettiva riferita dalle donne che hanno partecipato ai *focus group*; 4 di queste macro-categorie corrispondono ai 4 argomenti proposti dalle conduttrici e oggetto di discussione degli incontri e della domanda di ricerca (Cognizioni, Sensazioni fisiche, Stati emotivi, Fattori che influenzano piacevolezza e intensità dell'orgasmo), mentre la macro-categoria aggiuntiva (Differenze nell'orgasmo tra autoerotismo e sesso diadico) fa riferimento a un tema che le partecipanti di tutti i *focus group* hanno riportato autonomamente, senza alcuna sollecitazione da parte delle conduttrici, relativo alla differenza nell'esperienza orgasmica soggettiva esperita nell'attività sessuale autoerotica solitaria e quella in diadica. Gli stralci di testo verranno riportati utilizzando dei codici alfanumerici per distinguere le partecipanti (da P1 a P30), al fine di rispettarne l'anonimato.

Tab. 2 – Macro-temi e relative sotto-tematiche (N=30)

	N	%
<b><i>Cognizioni</i></b>		
<i>Assenza di pensieri e isolamento mentale</i>	24	80,0%
<i>Fantasie sessuali</i>	5	16,7%
<b><i>Sensazioni fisiche</i></b>		
<i>Senso di rilassamento</i>	19	63,3%
<i>Tensione muscolare</i>	10	33,3%
<i>Scarica elettrica</i>	9	30,0%
<i>Sensazione di calore</i>	7	23,3%
<i>Sensazione dolorosa</i>	7	23,3%
<b><i>Stati emotivi</i></b>		
<i>Stati affettivi positivi</i>	8	26,7%
<i>Stati affettivi di connessione diadica</i>	7	23,3%

<b>Differenze nell'orgasmo tra autoerotismo e sesso diadico</b>		
<i>Piacevolezza e intensità dell'orgasmo</i>	11	36,7%
<i>Velocità nel raggiungimento</i>	10	33,3%
<b>Fattori che influenzano piacevolezza e intensità dell'orgasmo</b>		
<i>Tipologia di stimolazione</i>	18	60,0%
<i>Conoscersi e comunicare</i>	16	53,3%
<i>Rapporto con partner stabile o occasionale</i>	14	46,7%
<i>Connessione e intesa sessuale</i>	13	43,3%
<i>Pensieri negativi</i>	12	40,0%
<i>Contesto</i>	10	33,3%
<i>Attenzione da parte del/della partner</i>	7	23,3%
<i>Livello di eccitazione e desiderio</i>	7	23,3%
<i>Utilizzo di sex toy</i>	7	23,3%
<i>Durata della stimolazione precedente</i>	6	20,0%
<i>Piacere dell'altro/a</i>	6	20,0%
<i>Stanchezza</i>	5	16,7%
<i>Legame affettivo</i>	4	13,3%
<i>Frequenza degli orgasmi</i>	4	13,3%
<i>Fantasie sessuali</i>	3	10,0%

## 4.2. Cognizioni

La macro-categoria “Cognizioni” fa riferimento alle componenti cognitive dell'orgasmo: non concerne esclusivamente i pensieri delle donne che accompagnavano l'esperienza orgasmica, ma anche l'insieme degli stati di coscienza che la caratterizzavano. Le sotto-tematiche individuate di questa macro-categoria sono solamente 2 poiché le donne che hanno preso parte ai *focus group* hanno riportato un'esperienza considerevolmente omogenea rispetto alla valutazione dello stato cognitivo. Appare significativo, alla luce di quanto appena esposto, che una partecipante abbia specificatamente riportato la percezione dell'esistenza di 2 soli possibili stati cognitivi durante l'orgasmo, caratterizzanti sia l'esperienza auto-erotica che diadica, e corrispondenti alle 2 sotto-tematiche individuate tra tutte le partecipanti dei 5 *focus group*.

P25: *“È sempre: o benessere totale e il cervello si azzera e quindi non penso a niente perché viene così che non me l’aspetto, cioè sale, sale, sale, però poi occlude la mente e quindi non penso a niente oppure è proprio il culmine di una fantasia sessuale”*.

#### **4.2.1. Assenza di pensieri e isolamento mentale**

Alle partecipanti è stato chiesto di riportare i pensieri che accompagnavano l’esperienza orgasmica e l’80% di queste ha riferito una sensazione di assenza di pensieri e svuotamento mentale che sembrava qualificarsi anche come una condizione necessaria affinché si verificasse l’orgasmo.

P21: *“Dal punto di vista dei pensieri, è stato uno spunto interessante perché prima di ora non mi ero mai soffermata sul fatto che non ho pensieri in quel momento, cioè non avevo mai registrato la cosa che la mia mente fosse completamente vuota, appunto, come si diceva anche prima, e che appunto non ho pensieri di nessun tipo proprio”*.

P23: *“A livello mentale, mi sono ritrovata molto nella sensazione di dover liberare molto la mente, di rilassarmi”*.

In alcuni casi la sensazione di assenza di pensieri era accompagnata da uno stato di alterazione di coscienza caratterizzato dalla percezione di isolamento sensoriale dall’ambiente esterno (5 partecipanti) e da un cambiamento nel senso del tempo e dello spazio (3 partecipanti).

P22: *“Mentalmente proprio non lo so, forse perché sono talmente concentrata nel momento che è come se sentissi tutto e niente contemporaneamente a livello mentale, cioè come se tipo intorno a me potrebbe scoppiare una bomba e non me ne accorgo”*.

P26: *“Delle volte è strano, mi capita spesso di proiettarmi tipo, come se fossi sospesa nel vuoto, nell’universo, nello spazio”*.

#### **4.2.2. Fantasie sessuali**

La presenza di fantasie sessuali è stata riferita dal 16,7% delle partecipanti, generalmente durante le attività auto-erotiche, ma per la maggior parte delle donne (4 partecipanti su 5) anche durante un rapporto sessuale con il partner o la partner.



P26: *“Sono immagini abbastanza... sì, fantasie spinte; se son da sola sono fantasie mie o a volte guardo anche qualcosa oppure se sono in coppia sì, fantasie anche lì, ecco insomma. Però è tutto ecco abbastanza... sì, in genere ci sono sempre abbastanza immagini che, anche a livello mentale, si susseguono”.*

Per una partecipante l’impatto delle fantasie sessuali era talmente intenso da esercitare un’influenza anche sulla percezione fisica dell’orgasmo che variava a seconda dello specifico pensiero immaginativo del momento.

P4: *“Non so come funzioni per gli altri, ma io c’ho il mio repertorio, gli scenari di fantasia, di varie cose; ne tiro fuori una in base a quello di cui ho voglia in quel momento e in base a quello che sta succedendo comunque nella mia fantasia, che sia sesso penetrativo, che sia sesso anale, che sia stimolazione esterna, insomma cinquantamila cose, anche la sensazione proprio fisica che provo durante l’orgasmo è molto diversa”.*

### **4.3. Sensazioni fisiche**

La macro-categoria “Sensazioni fisiche” fa riferimento alla dimensione sensoriale dell’esperienza orgasmica. Le partecipanti hanno spesso deciso autonomamente di illustrare le componenti sensoriali riportando una consequenzialità temporale, descrivendo, dunque, le sensazioni che caratterizzavano quanto accadeva prima, durante e dopo l’orgasmo. Nello svolgimento dell’analisi si è scelto di soffermarsi solo sulle sensazioni che caratterizzavano specificatamente il momento dell’orgasmo, tralasciando quanto riferito relativamente a ciò che accadeva prima o dopo, poiché poco attinente alla domanda di ricerca. In alcuni casi, tuttavia, effettuare una distinzione netta tra le sensazioni fisiche che caratterizzavano i momenti precedenti, successivi o contemporanei all’orgasmo è risultato particolarmente complesso anche per le donne che hanno partecipato allo studio. Una possibile strada che si sarebbe potuta percorrere era quella di dare credito a quanto riportato dalla letteratura riguardo alle componenti fisiologiche che caratterizzano l’esperienza orgasmica; tuttavia, poiché lo scopo di questo studio era quello di indagare l’esperienza dell’orgasmo soggettivamente percepita, si è giunte alla conclusione che la percezione delle risposte fisiologiche poteva essere altamente differente dalle risposte fisiologiche oggettive e, di conseguenza, si è scelto di fare affidamento su quanto riportato dalle partecipanti dello studio.

#### 4.3.1. Senso di rilassamento

Il 63,3% delle partecipanti ha riferito un senso di rilassamento e di rilascio, fisico in generale e muscolare in particolare, localizzato anche a livello genitale.

P11: *“E poi sicuramente un senso più che di svuotamento mentale, svuotamento proprio fisico, cioè di rilassatezza”.*

P23: *“C’è un completo rilassamento di tutti i muscoli del corpo e ho la sensazione che anche il mio canale vaginale si restringa e poi si rilassi come tutto il resto del corpo”.*

Per 13 donne il senso di rilassamento seguiva un momento di tensione, di contrazione muscolare e/o una sensazione di scarica elettrica, ma veniva percepito come parte dell’orgasmo e non come conseguenza di quest’ultimo.

P22: *“Proprio il momento prima di arrivare contrazione e calore e poi al momento, invece, da quando inizia l’orgasmo fino a quando finisce una graduale sensazione invece di rilassamento muscolare”.*

Tre donne l’hanno descritta come una sensazione di spossatezza post-orgasmica che impediva il movimento, mentre una partecipante come una condizione di benessere fisico che determinava un senso di attivazione.

P24: *“Arriva un punto quando sento che ok, adesso comincia ad aumentare l’intensità, so che arriverà, e in quel momento penso alla sensazione di piacere che provo in quel momento, fino al rilassamento, a volte così tanto che non mi sento più le gambe, cioè ci sono dei momenti in cui non riesco proprio a muovermi per un paio di secondi, non riesco, non sento più niente”.*

P20: *“Una differenza che io noto a seguito del mio orgasmo è, sempre il senso di rilassatezza, però non proprio, tra virgolette, da collasso; cioè è una rilassatezza ma anche che mi riattiva per fare le cose che devo che devo far dopo”.*

Anche il tempo impiegato perché insorgesse il rilassamento poteva variare: 2 donne lo descrivevano come un rilassamento a insorgenza intermittente e pulsante, 3 donne a insorgenza lenta e graduale.

P15: *“Quando arrivo un po’ all’apice anch’io della contrazione fisica, poi mi rilasso. Però non è un rilassamento subito totale, ma è a volte anche un po’ a scatti diciamo.”*

P19: *“A livello genitale invece io sento, dopo una serie di contrazioni, un rilassamento generale che però arriva in modo molto, molto lento. Tendo a rilassarmi in modo più lento”.*

Sette partecipanti hanno riferito di masturbarsi talvolta al fine di ottenere la sensazione di rilassamento, sottolineando un utilizzo quasi strumentale dell’orgasmo che veniva ricercato come mezzo di regolazione emotiva (ad esempio, per la gestione dello stress), per allentare le tensioni, ridurre il dolore, dormire o per raggiungere lo stato di attivazione da esso indotto.

P20: *“Molte volte lo organizzo proprio per quello, come “ricarica” durante la giornata. Forse è brutto da dire «lo organizzo», però è vero. E anche un’altra sensazione che ho a seguito dell’orgasmo è spesso se magari ho un po’ di stress, mal di testa più che altro, anche proprio quindi dolore a livello di dolore fisico, tendo a vedere che mi si distende molto di più”.*

P26: *“Proprio perché mi porta un relax totale, sono sincera, dei periodi magari anche in realtà molto stressanti, cioè magari un po’ difficili, dove avevo anche difficoltà magari a dormire e io... per andare a dormire... stavo così e dormivo poi, quindi lo usavo anche come, diciamo, cosa terapeutica”.*

#### **4.3.2. Tensione muscolare**

Il 33,3% delle partecipanti ha riportato sensazioni di irrigidimento, pulsazioni, contrazioni e spasmi che sono stati inseriti all’interno del più ampio codice relativo alla tensione muscolare. La localizzazione era variabile: tutte le 10 partecipanti che hanno raccontato quest’esperienza l’hanno descritta come una tensione generale che coinvolgeva il corpo nella sua interezza, ma per 5 donne era particolarmente intensa a livello degli arti, inferiori e/o superiori, e per 2 donne a livello addominale; tra queste, una ha riferito anche la percezione di contrazioni a livello genitale.

P14: *“A livello fisico, cioè una cosa che mi succede spesso sia col partner che durante la masturbazione è una sensazione di contrazione, soprattutto a livello addominale. Lì più che magari gambe, braccia o altro, lì particolarmente”.*

P1: *“Per quanto riguarda sensazioni fisiche, diciamo che spesso e volentieri le mie gambe, insomma, vanno un po’ a puttane, se posso usare parolacce, nel senso che comunque mi è capitato anche di avere un crampo una volta, per esempio, perché le irrigidisco tantissimo e quindi una volta mi è venuto anche un crampo”.*

P17: *“Anche io sento una contrazione addominale e anche a livello proprio vaginale e poi si rilassa”.*

Come accennato nel paragrafo precedente, la tensione muscolare spesso precedeva il senso di rilassamento: 6 partecipanti hanno, difatti, riferito una connessione tra le due sensazioni.

P18: *“Io sento un misto tra il fatto di sentirmi rigida e il fatto di sentirmi rilassata. Cioè inizialmente mi sento molto rigida soprattutto a livello delle gambe. Dopo l’apice dell’orgasmo mi sento molto rilassata”.*

#### **4.3.3. Scarica elettrica**

La sensazione di scarica elettrica (descritta anche come elettricità o energia) è stata riferita dal 30% delle partecipanti. È interessante osservare come la maggior parte di queste (5 donne su 9) aveva un’età compresa tra i 34 e i 46 anni e ha utilizzato l’immagine di energia in movimento per descrivere la percezione fisica generale dell’orgasmo, a differenza delle donne più giovani che, nel complesso, hanno tracciato dei resoconti molto più dettagliati ed espliciti relativamente alle sensazioni fisiche dell’esperienza.

P25: *“La sensazione di quando sta arrivando è come se dell’energia si accendesse dalla parte bassa fino in alto, cioè come si accendono dei semafori e diventa sempre più forte, fino a che esplose”.*

P29: *“Allora per me la sensazione [...] è elettricità, mi veniva in mente, quindi torna con l’energia che nominavano le altre prima. Anche un po’ a ondate, cioè sento salire l’elettricità, anche riscendere, non sempre in un’unica direzione, verso l’orgasmo”.*

#### 4.3.4. Sensazione di calore

La sensazione di calore era un'altra componente fisica abbastanza comune nella descrizione dell'esperienza orgasmica, riferita dal 23,3% delle donne, senza una specifica sulla sua localizzazione.

P2: *“Quando sto per venire sento un fuoco, cioè sento proprio una roba stranissima che non saprei effettivamente descrivere a livello medico, ecco, però forse mi viene proprio questo, questa immagine di questo fuoco che è una vampa, ecco”.*

P22: *“Una cosa particolare però standard del mio orgasmo è la sensazione di calore corporeo, cioè tipo un innalzamento della temperatura, a volte anche con sudorazione, non sempre”.*

#### 4.3.5. Sensazione dolorosa

Il 23,3% delle partecipanti ha riferito una sensazione dolorosa o di fastidio associata talvolta all'orgasmo. In particolare, per 5 donne la percezione del dolore sembrava verificarsi quando l'intensità del piacere orgasmico raggiungeva livelli troppo elevati e per 2 di queste era localizzabile a livello della testa.

P19: *“Ogni tanto capita che magari è talmente forte che la sensazione è quasi di fastidio”.*

P29: *“Non è sempre piacevole in realtà per me, cioè io ho anche degli orgasmi in cui mi viene un mal di testa che non ha pari rispetto a degli altri mal di testa che posso avere e mi succede delle volte in cui mi sforzo un po', non lo so, mi sembra di sforzarmi, è un po' più difficile arrivarci ed è piacevole un nanosecondo e poi affatto. Quindi sì, in generale super piacevole picco, ma delle volte no.”*

Tre partecipanti hanno riportato una sensazione dolorosa associata all'orgasmo durante il periodo premestruale e localizzabile nel basso ventre. L'hanno descritto come un dolore analogo ai crampi mestruali.

P24: *“Se ho un orgasmo un giorno o due giorni prima che mi arrivassero le mestruazioni mi fa così tanto male, come se in quel momento mi devono arrivare le mestruazioni”*.

P19: *“Però è molto più puntuale e, invece di essere diffuso magari su tutto il ventre, è molto più puntuale rispetto a una zona specifica che di solito è un po' o più spostata a sinistra o un po' più spostata a destra. È molto più veloce, cioè non è continuativo come il dolore del ciclo, ma è proprio specifico in quel momento in cui raggiungi l'orgasmo e poi va via”*.

#### **4.4. Stati emotivi**

La macro-categoria “Stati emotivi” fa riferimento alle componenti affettive dell'esperienza orgasmica soggettiva, dunque alle emozioni, positive o negative, sperimentate durante o immediatamente dopo l'orgasmo, come conseguenza del suo verificarsi. Nonostante il 46,7% delle partecipanti abbia accennato al tema, esso non è stato riportato in maniera consistente e le donne hanno dichiarato una difficoltà relativa all'immediatezza, intrinseca all'articolazione orale del discorso, con cui veniva chiesto loro di individuare ed esprimere le componenti affettive dell'esperienza. Tuttavia, è interessante osservare come di questo 46,7% di partecipanti che hanno articolato un discorso sugli stati emotivi che accompagnano l'esperienza orgasmica, il 35,7% aveva un'età compresa tra i 34 e i 46 anni. Inoltre, a differenza delle donne più giovani, all'interno di questo gruppo il tema degli stati emotivi è emerso con maggiore naturalezza ed è stato declinato nelle varie accezioni che verranno illustrate di seguito.

##### **4.4.1. Stati affettivi positivi**

Il 26,7% delle donne ha riportato la presenza di stati affettivi positivi sia durante l'orgasmo che come effetto diretto di quest'ultimo. Le descrizioni sono state eterogenee e le partecipanti hanno scelto di utilizzare parole diverse per descrivere tali sensazioni. In particolare, 3 partecipanti l'hanno descritto come un “senso di benessere”, 2 partecipanti hanno parlato di “gioia”, altre 2 hanno utilizzato il termine “estasi” e una partecipante ha preferito “serenità”.

P28: *“Vivi quel momento, le energie sono tutte lì e poi c’è quella sensazione appunto di benessere e di rilassatezza che, insomma, che ti lascia”.*

P30: *“È come se sei in un altro pianeta, insomma, e, appunto allo stesso tempo, come se i problemi non ci sono più, cioè è un attimo, il tuo momento insomma, di gioia personale”.*

P19: *“A livello emotivo c’è una sensazione di tranquillità, felicità e serenità, forse meglio serenità”.*

P17: *“Io mi sento molto tipo in estasi, quindi la mente mi va totalmente in bianco, anche a livello visivo”.*

#### **4.4.2. Stati affettivi di connessione diadica**

Il riferimento più consistente – in termini di occorrenza del tema – alla presenza di stati affettivi durante l’orgasmo ha riguardato il rapporto diadico e il 23,3% delle partecipanti ha riportato una sensazione di connessione con il partner o la partner. Tra queste, 3 partecipanti hanno affermato che il raggiungimento dell’orgasmo, durante il rapporto sessuale, consentiva loro di percepire la connessione affettiva con l’altra persona in maniera più intensa; una partecipante ha imputato tale percezione alla condivisione di un momento così intimo come l’orgasmo.

P22: *“Anche io sento questa cosa della connessione con il partner, cioè tipo di aver condiviso un momento un po’, non so come dire, viscerale, epico, senza nessun tipo di difesa, nessun tipo di anche verbalizzazione, non lo so proprio come sono io nella mia parte più impulsiva e istintuale”.*

Una partecipante ha descritto la connessione diadica come una sensazione percepibile fisicamente, localizzandola a livello dello stomaco.

P21: *“Dal punto di vista affettivo [...] con un partner forse una sensazione di connessione, magari, soprattutto; però non è affettiva, è sempre fisica. Magari pensare: «Cavoli, sono in questa cosa con un’altra persona», magari dal punto di vista... tipo a livello dello stomaco sento una connessione, magari la bocca dello stomaco un po’ si chiude”.*

La presenza di uno stato di connessione diadica, inoltre, era legata a maggiori intensità e piacevolezza nella percezione soggettiva dell'orgasmo, tema che verrà prevalentemente approfondito nel paragrafo 4.6.5.

#### **4.5. Differenze nell'orgasmo tra autoerotismo e sesso diadico**

Quando alle donne che hanno partecipato alla ricerca è stato chiesto di descrivere l'orgasmo nelle sue dimensioni fisiologica, affettiva e cognitiva, autonomamente hanno scelto di illustrare le differenze che sussistevano tra l'orgasmo raggiunto durante l'attività autoerotica solitaria e quello raggiunto durante un'attività sessuale con un'altra persona. La macro-categoria "Differenze nell'orgasmo tra autoerotismo e sesso diadico" fa riferimento a tale distinzione e comprende argomenti legati all'intensità e/o alla piacevolezza dell'orgasmo, al tempo impiegato per raggiungerlo e alla percezione di quanto fosse facile o difficoltoso il suo raggiungimento.

##### **4.5.1. Piacevolezza e intensità dell'orgasmo**

Il 36,7% delle donne ha riportato una differenza tra l'orgasmo raggiunto durante l'attività autoerotica solitaria e quello raggiunto durante il sesso diadico in termini di piacevolezza e/o intensità dell'esperienza. In particolare, per 2 partecipanti l'orgasmo ottenuto con l'autoerotismo era più piacevole e intenso di quello sperimentato con un partner o una partner, mentre per le restanti 9 valeva il contrario. Le 2 partecipanti che valutavano l'orgasmo autoerotico più piacevole e intenso affermavano che ciò fosse imputabile al fatto che si conoscessero meglio di quanto avrebbe mai potuto conoscerle un partner o una partner e, di conseguenza, sapevano con più accuratezza come potersi procurare piacere. Delle 9 partecipanti che, invece, hanno giudicato l'orgasmo con un partner o una partner come più piacevole e intenso di quello sperimentabile durante l'attività autoerotica solitaria, solo 8 hanno motivato la loro percezione: 3 partecipanti l'hanno attribuita al senso di connessione e al desiderio che sentivano nei confronti del partner o della partner; altre 3 alla stimolazione di un maggior numero di zone erogene e alla presenza di altri elementi che favorivano l'eccitazione durante il rapporto sessuale; una partecipante alla maggiore durata della stimolazione precedente che ritardava il verificarsi dell'orgasmo; un'altra partecipante al fatto che avesse una scarsa conoscenza di sé stessa e di ciò che le procurava maggiore appagamento.



– P11: *“Onestamente, quelli che provo da sola sono non migliori, ma di più. Ma perché so dove andare a toccare, so cosa fare. Magari il partner non subito arriva dove posso arrivare io”.*

– P10: *“Ecco, io invece su questo il caso completamente opposto dovuto a un mio ritardo nella masturbazione e quindi ho sicuramente sperimentato più nel rapporto questo e quindi a livello di intensità e di piacere mi ritrovo sempre più nel rapporto piuttosto che da sola. Cioè e anche penso di dovermi ancora imparare a conoscermi molto bene, ma perché, appunto ci sono arrivata dopo.”*

P4: *“C’è differenza tra avere un orgasmo tramite la masturbazione e insieme al partner e sicuramente, appunto, è un un’intensità diversa. Soprattutto la collego anche molto alla connessione che ho con la persona e questo fa sì che anche provi un’intensità diversa”.*

P9: *“Io penso che per me questa cosa sia legata più che altro alla maggior quantità di stimolazione che ho insieme a qualcuno, cioè nel senso io personalmente, il modo in cui vengo insomma tranquillamente è con la stimolazione clitoridea, in generale mai con le mani, sempre usando tipo dei sex toy, delle cose, in generale sia in coppia che da sola. Da sola c’è però una singola stimolazione, non è che mi metto lì a fare le acrobazie, mentre in coppia magari l’altra persona fa delle altre cose che sono piacevoli e quindi aumentano da quel punto di vista secondo me il piacere, più che altro perché è legato a una doppia stimolazione”.*

P6: *“Mi vengono in mente come fattori che influiscono: secondo me molto l’attesa, nel senso che più è appunto atteso, nel senso di ritardato, più in realtà è intenso e secondo me è questo il perché magari con un partner può essere più intenso rispetto che da soli, perché appunto, abbiamo detto anche prima e sono d’accordo, da soli ci si mette molto meno, in coppia di più perché si hanno più distrazioni, più stimoli, più pensieri e tutto quanto, e però alla fine quando arriva è più intenso e secondo me è appunto per l’attesa che si accumula”.*

Oltre a essere valutato come meno piacevole e intenso, l’orgasmo autoerotico solitario è stato giudicato da 2 partecipanti come un orgasmo più breve; secondo una partecipante esso era caratterizzato dalla presenza di contrazioni meno lunghe e meno intense ed era privo di componenti emotive.

P19: *“Durante la masturbazione [...] è composto da una serie di contrazioni a livello fisico [...] non c'è una componente né emotiva né di pensiero specifica, cioè, nel senso, essendo molto concentrata sulla sensazione fisica, l'unico pensiero che ho è riferito alla sensazione fisica [...] mentre in rapporto con un'altra persona, cioè in coppia, la sensazione dell'orgasmo è sempre una serie di contrazioni, in questo caso però sono tendenzialmente più lunghe e più intense”.*

P23: *“L'orgasmo con la masturbazione, almeno nel mio caso, è molto più breve, molto più concentrato. Invece, durante... sia che sia penetrativo, cioè con penetrazione, che solamente stimolazione clitoridea, è molto più lungo se sono in coppia”.*

#### **4.5.2. Velocità nel raggiungimento**

Oltre a una discrepanza in termini di intensità e piacevolezza dell'orgasmo, il 33,3% delle partecipanti ha riportato una differenza tra l'orgasmo autoerotico solitario e quello ottenuto durante un rapporto diadico relativa al tempo impiegato per raggiungerlo e, di conseguenza, alla percezione di quanto fosse complesso il suo raggiungimento. Solo una donna ha riferito di raggiungere l'orgasmo più velocemente durante il rapporto sessuale con il suo partner, attribuendo questa differenza al senso di sorpresa che derivava dal non sapere cosa avrebbe fatto il partner durante la stimolazione erotica, mentre le restanti 9 donne hanno affermato di raggiungere l'orgasmo in maniera più rapida durante l'attività autoerotica solitaria, sostenendo cause differenti. Tra queste, 8 partecipanti hanno motivato la loro percezione: secondo 7 donne il maggior tempo impiegato durante il rapporto con un partner o una partner era attribuibile alla natura intrinseca dell'interazione diadica, in cui l'attenzione è dedicata anche all'altra persona, a differenza dell'attività autoerotica solitaria in cui l'obiettivo è esclusivamente il proprio piacere e c'è una maggiore consapevolezza su quale tipo di stimolazione si desidera; una partecipante, invece, reputava che la causa del ritardo nel raggiungimento dell'orgasmo con il suo partner fosse riferibile a preoccupazioni non definite che caratterizzavano il rapporto. Appare rilevante sottolineare, tuttavia, che la maggiore velocità nel raggiungimento non determinava una maggiore piacevolezza e 4 donne hanno descritto l'orgasmo ottenuto durante l'attività autoerotica solitaria come “meccanico”, sebbene raggiungibile più rapidamente.

P28: *“Se mi tocco da sola so dove mi sto toccando e se invece ci pensa mio marito, nel mio caso, magari non so che cosa sta per fare e quindi lì c’è la sorpresa, tra virgolette, e quindi quello per me è diverso. [...] Se lo faccio da sola so quello che sto per fare, quindi non c’è la sorpresa, invece in quell’altro caso c’è la sorpresa e quindi magari ci arrivo prima in quell’altro caso”.*

P22: *“Da sola spesso riesco a farlo più velocemente, forse perché ho la sensazione di essere completamente libera e concentrata sulla cosa e quindi non so, faccio al cento per cento quello che so che mi fa arrivare all’orgasmo, cioè propedeutico ad arrivare lì, non a godermi il momento. Assumo la posizione che so che mi piace di più, mi contraggo tanto quanto sembri averne bisogno e quindi poi l’orgasmo arriva più velocemente, ma appunto, come si diceva anche prima, è meccanico, più breve. E invece con un partner magari ci metto il triplo del tempo ad arrivarci, però al momento è molto più intenso. Cioè ci metto più tempo ad arrivarci perché magari sono più presa dalla situazione se c’è un’altra persona, quindi è anche veramente questa questione del concentrarsi proprio solo su quello... si perde per guadagnare altri fattori altrettanto positivi, che però magari, non lo so, arricchiscono in un altro modo l’esperienza ecco. Quindi magari ci arrivo dopo più tempo però molto più intensamente”.*

P4: *“Anch’io devo dire che sono molto d’accordo con la ragazza che ha detto che quando è da sola ci mette pochissimo, perché a me fa molto ridere questa cosa che quando sono da sola non lo so, quattro minuti e via, è fatto. Quando sono col mio fidanzato no, perché mi preoccupa, mi viene l’ansia”.*

Il tempo impiegato per raggiungere l’orgasmo durante il rapporto sessuale diadico o l’autoerotismo sembrava essere influenzato anche da un altro elemento, riportato in maniera consistente dal 30% delle partecipanti e relativo alla percezione dell’orgasmo come “meta da raggiungere”. È interessante osservare che, durante l’attività autoerotica solitaria, pensare all’orgasmo come meta aiutava le donne a concentrarsi e, di conseguenza, a raggiungerlo più facilmente e rapidamente, mentre pensarlo come meta durante un rapporto sessuale diadico determinava una pressione intollerabile e, pertanto, costituiva un impedimento al suo raggiungimento. Ciò accadeva perché la percezione dell’esistenza di un obbligo al raggiungimento dell’orgasmo durante il rapporto con un partner o una partner suscitava stati di ansia, preoccupazioni e pensieri ossessivi.

P10: *“Mi capita a volte di voler magari nel rapporto con l’altra persona raggiungere l’orgasmo e questo mi impedisce di arrivarci puntualmente. Quindi mi devo rilassare, far coinvolgere in altri modi, quindi anche il voler andare lì a me molto spesso non aiuta”*.

P2: *“Non vengo quando penso che si stia stancando troppo e dico «Dio mio, Madonna, è stanca, devo muovermi, devo arrivare». È una meta, appunto. Anch’io ho questa cosa dell’ansia e là proprio è finita”*.

#### **4.6. Fattori che influenzano piacevolezza e intensità dell’orgasmo**

Questa macro-categoria fa riferimento alle variabili soggettive, interpersonali e contestuali che determinavano un aumento o una diminuzione della piacevolezza e/o dell’intensità percepita dell’esperienza orgasmica soggettiva. Appare rilevante notare che, quando alle donne è stato chiesto di descrivere tali variabili, spontaneamente hanno indirizzato i loro discorsi sui fattori che rendevano più facile o, al contrario, più complesso il raggiungimento dell’orgasmo, concentrando in larga misura l’attenzione sulla sua presenza o assenza. Ciò nonostante hanno riportato anche un esteso numero di fattori che influenzavano piacevolezza e intensità, evidenziando, nella maggior parte dei casi, una sovrapposizione tra le due tipologie di variabili: i fattori che influenzavano il manifestarsi dell’orgasmo e i fattori che influenzavano piacevolezza e intensità dell’esperienza spesso coincidevano. In questa sede è stato scelto, tuttavia, di soffermarsi sull’esposizione dei risultati relativi alle determinanti di intensità e/o piacevolezza dell’esperienza orgasmica, in linea con la domanda di ricerca.

##### **4.6.1. Tipologia di stimolazione**

Il 60% delle partecipanti ha affermato che intensità e/o piacevolezza variavano in relazione al tipo di stimolazione che le portava al raggiungimento dell’orgasmo. Le donne hanno fatto dei riferimenti alla stimolazione “clitoridea” – con la quale intendevano la stimolazione esterna del glande del clitoride – e alla stimolazione “vaginale” che alludeva alla stimolazione interna derivante dal coito o dalla penetrazione con le dita o altri oggetti, come i sex toy. In particolare, delle 18 partecipanti che hanno articolato un discorso inerente al tema, 4 hanno riferito la percezione di una distinzione tra l’orgasmo ottenuto attraverso stimolazione “clitoridea” e quello raggiunto attraverso stimolazione

“vaginale”, riportando una preferenza per il primo tipo, in termini di intensità e piacevolezza dell’esperienza. Tra queste, una partecipante ha affermato di preferire generalmente la stimolazione del glande del clitoride, ma ha raccontato un episodio in cui riteneva di aver provato l’orgasmo più intenso mai sperimentato attraverso una stimolazione interna che l’ha portata all’emissione di un eiaculato.

P17: *“Principalmente l’orgasmo che ho è clitorideo. Che sia un rapporto con un uomo o con una donna comunque riesco a venire molto più facilmente se mi stimola lì. Effettivamente con la penetrazione l’orgasmo è diverso. Cioè, è meno elettrico, meno contratto, forse un po’ più mentale, meno intenso”*.

P13: *“Mi è capitato una sola volta di recente di provare un orgasmo vaginale, cosa che prima non avevo mai provato. Diciamo che l’ho trovato molto forte. [...] Ho avuto anche un rilascio di liquido e comunque ho raggiunto anche lo squirting. In quel caso penso che sia stato l’orgasmo più potente che ho avuto”*.

Sei partecipanti hanno riportato, invece, di provare un orgasmo più intenso quando vi erano contemporaneamente una stimolazione del glande clitorideo e una stimolazione interna attraverso penetrazione, specialmente durante il rapporto sessuale con un partner o una partner.

P23: *“Una cosa che mi piace molto è la combinazione - non so se devo entrare così nello specifico - però è la combinazione di penetrazione e clitoride: questa è una cosa che a me piace molto e sono sicura che di lì a pochi secondi... ecco, sensazioni extra”*.

Quattro partecipanti hanno affermato di percepire in generale un’influenza della tipologia di stimolazione su intensità e piacevolezza dell’orgasmo, mentre altre 4 hanno descritto con maggiore dettaglio il tipo di stimolazione che le portava a sperimentare orgasmi più intensi. Tra queste, 3 hanno dichiarato di preferire la stimolazione orale da parte di un partner o una partner e 2 hanno affermato che, in caso di stimolazione manuale, i movimenti circolari sul glande clitorideo rendevano l’orgasmo più piacevole.

P9: *“La stimolazione orale, sicuramente, è quella che mi ha fatto provare gli orgasmi migliori, cioè, nel senso, più intensi e di maggiore qualità”*.

P19: *“L’orgasmo è più forte se i movimenti sono circolatori, niente picchiettare, al massimo dall’alto al basso”.*

Infine, 2 partecipanti percepivano un’influenza delle posizioni sessuali sulla piacevolezza e/o l’intensità dell’orgasmo.

P19: *“Se sono in coppia una delle posizioni migliori è sicuramente a pancia in giù, con la pancia schiacciata sulla superficie, a novanta, e seduta [...] Seduta mi è capitato di avere degli orgasmi molto, molto forti. Seduta con penetrazione e qualcosa anche senza stimolazione clitoridea. Gli orgasmi sono molto forti per me”.*

#### **4.6.2. Conoscersi e comunicare**

La comunicazione con il partner o la partner, che conduceva a una migliore conoscenza reciproca, è stata riportata dal 53,3% delle partecipanti come fattore influenzante piacevolezza e intensità dell’esperienza orgasmica. Quattro partecipanti collocavano l’importanza della comunicazione nella possibilità di fornire riscontri immediati e condividere con il partner o la partner quello che desideravano durante l’atto sessuale, aumentando in tal modo la piacevolezza dell’esperienza e arrivando a sperimentare orgasmi più intensi.

P3: *“Noto che per esempio molto velocizza magari il venire capito o comunque lo rende più intenso anche il semplicemente parlare durante proprio l’atto sessuale, parlare con un’altra persona, ovviamente con riferimento a quello che sta facendo, quello che si vorrebbe fare, questo e quello, proprio durante l’atto. Io vedo che incrementa”*

La comunicazione determinava per 4 partecipanti anche un aumento della fiducia nei confronti del partner o della partner, un fattore che a sua volta conduceva a un maggiore senso di sicurezza e tranquillità e consentiva alle donne di rilasciare le tensioni, aumentando piacevolezza e intensità dell’esperienza.

P13: *“Sicuramente per quanto riguarda l’intensità e il livello di piacere raggiunto, penso che sia ovviamente importantissima la comunicazione, come dicevamo prima, il livello di fiducia del rapporto che hai con l’altra persona. Sicuramente anche la questione*

*del safe space, nel senso di essere in un ambiente che mi fa sentire comunque sicura, un ambiente in cui mi posso sentire libera di esprimermi”.*

Per 3 donne la comunicazione, legata anche alla possibilità di sentire la voce del partner o della partner durante il rapporto sessuale, era associata a un’esperienza più divertente e stimolante che portava a un aumento dell’eccitazione sessuale e, di conseguenza, a orgasmi più piacevoli e intensi.

P16: *“Mi ricollego un attimo al fatto della voce perché mi è capitato di avere una partner che preferiva fare sesso in silenzio e io questa cosa non la tolleravo. Cioè non riuscivo nemmeno ad avere un orgasmo completo, perché è difficile comunque. Era come se si trattasse un po’ l’orgasmo e non venissi del tutto”.*

La comunicazione era considerata da 11 partecipanti un fattore rilevante non solo durante l’atto sessuale, ma all’interno della relazione diadica in generale. Soprattutto per le donne che avevano un rapporto stabile da molto tempo, ma non solo, comunicare, al fine di aumentare la conoscenza reciproca, scoprire nuovi modi per entrare in relazione nell’intimità, riscoprirsi e sperimentare insieme, determinava un aumento della qualità dei rapporti sessuali ed esperienze orgasmiche più intense.

P17: *“È importante la comunicazione, però è anche importante che la comunicazione evolva nel tempo e nel contesto. Perché spesso magari si comunica all’inizio, poi ci si conosce e allora si creano delle aspettative, che in quella posizione tu venga. Però magari in quel momento non è così. È importante che la comunicazione sia flessibile e che anche dopo un anno che stiamo insieme in quel momento magari cambio, ho bisogno di altro e possa sentirmi libera di dirlo e che l’altro lo accetti. Che ci sia flessibilità e cambiamento anche nel come si fa”.*

#### **4.6.3. Rapporto con partner stabile o occasionale**

Prima di procedere con l’esposizione del presente sottotema, appare rilevante evidenziare che il 20% delle donne del campione ha dichiarato di non aver mai sperimentato un orgasmo con un partner o una partner occasionale e, tra queste, una partecipante ha riportato di non aver mai raggiunto un orgasmo durante un’attività

sessuale diadica, indipendentemente dal fatto che il partner o la partner fosse stabile o occasionale.

Il 46,7% delle partecipanti ha riportato di percepire maggiori o minori intensità e/o piacevolezza in relazione al fatto che il raggiungimento dell'orgasmo si verificasse nel contesto dell'attività sessuale con partner stabile o occasionale. In particolare, 8 donne hanno affermato di aver sperimentato orgasmi di intensità e piacevolezza superiori durante un'attività sessuale con partner stabile. Solo 7 partecipanti hanno motivato la loro percezione: per 3 partecipanti la maggiore intensità era attribuibile all'esistenza di un legame affettivo che rendeva l'esperienza più piacevole; 2 partecipanti provavano, all'interno della relazione stabile, un maggiore senso di sicurezza, grazie al quale si sentivano più libere e tendevano ad avere meno pensieri negativi che costituivano la causa della minore piacevolezza dell'esperienza con un partner o una partner occasionale; 2 partecipanti attribuivano, invece, la maggiore piacevolezza dell'orgasmo durante il rapporto sessuale con un partner o una partner stabile alla maggiore conoscenza reciproca che caratterizzava la relazione duratura e che conduceva l'altro o l'altra ad avere maggiore consapevolezza relativamente a come procurare piacere alla compagna, concentrandosi su pratiche sessuali che potevano risultare più piacevoli.

P20: *“Godo molto di più quando c'è un rapporto affettivo [...] perché nel mio caso, quando penso al rapporto, il rapporto deve avere una componente affettiva, per come la vedo io, perché la componente affettiva nel mio caso nasconde anche una parte passionale che ovviamente poi giova a quello che può essere l'orgasmo”.*

P22: *“Devo sentire che in quel momento per l'altra persona non è assolutamente un problema il fatto che magari ci metto mezz'ora; magari l'altra persona sarebbe anche disponibile, non so come dire, è proprio un problema che mi faccio io, erroneamente probabilmente, però è proprio un “non siamo così in confidenza affinché io sia sicura che vada bene stare così tanto tempo dietro a me” [...]. Non lo so, ecco, mi faccio un pochino questo problema, quindi ovviamente non mi sento libera come con un partner più fisso che so insomma gode anche del mio godere, quindi insomma è tutto molto più... crea una condizione di comfort maggiore, di agio.”*

P7: *“Io ho avuto degli orgasmi con partner occasionali, però se parliamo di qualità dell'orgasmo sicuramente relazione batte proprio a mani basse. Ma per una semplice*



*questione proprio di conoscenza del corpo e dell'altra persona e di tutto ciò che ne deriva, proprio come in termini di tempo trascorso insieme”.*

Tre partecipanti hanno riportato, invece, maggiore piacevolezza e intensità dell'esperienza orgasmica all'interno dell'attività sessuale con un partner o una partner occasionale, attribuendo la loro percezione al maggiore senso di tranquillità che derivava dall'assenza di implicazioni relative all'impegno e al coinvolgimento affettivo, caratteristiche di una relazione diadica stabile.

P6: *“Quando sono tornata single dopo un sacco di anni, quindi una relazione che in realtà funzionava, era molto bella e tutto quanto, ho scoperto che in realtà avevo delle esperienze sessuali, soprattutto orgasmiche, molto più piacevoli con partner occasionali, perché non me ne fregava niente e all'altra persona neanche più di tanto, cioè sapevamo che sì, magari ci saremmo rivisti, però non avremmo costruito niente, diciamo. C'erano molte meno cose in ballo, diciamo, molti meno pensieri, così, era più un gioco”.*

Infine, 3 partecipanti hanno riportato la percezione di differenze nell'intensità dell'esperienza orgasmica in relazione al fatto che si verificasse all'interno di un rapporto sessuale con un partner o una partner stabile o occasionale, omettendo, tuttavia, una preferenza assoluta nei confronti dell'una o dell'altra situazione: a patto che si verificassero alcune condizioni l'orgasmo poteva essere più piacevole e/o più intenso in entrambe le tipologie di relazione. In particolare, le variabili intervenienti che determinavano la maggiore piacevolezza e intensità dell'orgasmo all'interno di un rapporto occasionale erano: una buona intesa sessuale, un elevato livello di comunicazione, una maggiore esperienza sessuale, l'attenzione da parte del partner o della partner ai desideri della compagna e un contesto che favoriva l'eccitazione. Invece, all'interno della relazione stabile l'orgasmo veniva percepito come più intenso quando c'era una connessione affettiva e a patto che si verificasse la condizione di base del continuare a sperimentare e divertirsi insieme.

P17: *“Per me è positivo con partner occasionale il fatto che sia una novità. C'è una persona nuova da scoprire davanti a te che non sai chi è, non sai cosa gli piace, cosa le piace ed è un'esplorazione pura. È molto gioco, cioè per me, soprattutto ultimamente, proprio sto sempre più scoprendo la bellezza del giocare insieme, comunicare con una persona che appunto non si conosce chiaramente. Non c'è una differenza così tanto*

*standardizzata e soprattutto io noto tantissimo una differenza, a livello di esperienza: io nei miei primi rapporti occasionali che sono stati tipo sei anni fa/sette anni fa è molto diverso come io mi approcciavo. In quel momento avrei detto: «Ok, preferisco mille volte quello stabile [...], forse comunque un orgasmo è più appagante con una persona che mi conosce». Ora la mia esperienza è cambiata, quindi anche con un partner occasionale setto o aiuto a settare una situazione per cui ci sono tutta una serie di condizioni di comunicazione, di guardarsi, di sentirsi che aiutano il fatto che sia positivo, mentre invece prima magari in qualunque persona non comunicavo. [...] E quindi ecco c'è una differenza secondo me tra sesso occasionale o sesso con una persona stabile, dipendentemente dalla maturazione tua sessuale. E poi ecco c'è una differenza sicuramente importante per me nell'implicazione affettiva, cioè se c'è un'implicazione affettiva e sento l'altro che non solo gode, ma gode, mi guarda, mi vuole, ci uniamo in qualche senso, là l'esperienza è molto più positiva. Ecco quindi c'è un'influenza positiva il fatto di essere più stabile rispetto a meno, però è molto variegato perché ho avuto un'esperienza con una ragazza, ci eravamo conosciute a una festa, siamo finite in bagno a scopare e non ci siamo dette una parola. Ma è stato una roba assurda, bellissima e ci siamo viste e ci siamo soddisfatte. Quindi è stato bellissimo ed era totalmente occasionale”.*

#### **4.6.4. Connessione e intesa sessuale**

Il 43,3% delle partecipanti ha riportato un senso di connessione e di intesa sessuale, all'interno del rapporto diadico, come fattore influenzante la piacevolezza e/o l'intensità dell'orgasmo. Era inteso come qualcosa di differente dal legame affettivo che poteva esistere all'interno della relazione diadica stabile. È stato declinato in due modi: da 7 donne come la percezione di una connessione con l'altra persona, che derivava dalla condivisione di un momento intimo, indipendentemente dal fatto che si trattasse di partner stabili o occasionali; da 6 come la percezione di un'intesa o chimica o complicità sessuale, per la cui definizione risulta particolarmente adatta l'espressione “trovarsi sulla stessa lunghezza d'onda”.

P7: *“Per me l'intensità varia a seconda della connessione che c'è con l'altra persona, che non deve essere connessione d'amore. Non deve essere romantica. Posso anche magari incontrare una persona la sera stessa e vedere che c'è un forte legame.*

*Come se si incastrasse i corpi. Se c'è quello, varia l'intensità. Sento che è un orgasmo bello".*

P30: *"Il fatto che c'è proprio un'intesa, questa scintilla sessuale, cioè come se già ci si conosce, anche se magari è stata la prima volta".*

#### **4.6.5. Pensieri negativi**

Il codice "pensieri negativi" fa riferimento a un insieme di preoccupazioni e pensieri disturbanti percepiti dal 40% delle partecipanti come variabili che influenzavano piacevolezza e/o intensità dell'orgasmo, principalmente all'interno del rapporto sessuale diadico. In particolare, le donne dello studio hanno fatto riferimento a: preoccupazioni estranee all'interazione sessuale inerenti alla vita quotidiana (4 partecipanti); pensieri negativi relativi all'aspetto del proprio corpo e dei propri genitali (una partecipante); stati di ansia e/o tensione generali (6 partecipanti); preoccupazioni relative a sensazioni fisiche spiacevoli (una partecipante); timori relativi alla percezione di star impiegando, o aver impiegato, un tempo eccessivo per il raggiungimento dell'orgasmo (4 partecipanti).

P30: *"Secondo me... per me sì, il desiderio sicuramente incide e anche proprio il mio stato d'animo in quel momento, nel senso, tipo se magari c'è un sacco di pensieri, anche la stanchezza sì, però a volte mi capita che comunque penso, penso troppo a magari le cose insomma della vita e quindi, insomma, penso ad altre cose che... Non è che penso a quelle cose, però sto stressata, diciamo, non riesco completamente a lasciarmi andare".*

P1: *"Io personalmente ho sempre avuto un sacco di disagio verso, diciamo, la forma, l'aspetto [problemi di connessione, riprende il discorso in seguito]. Dicevo appunto semplicemente che probabilmente il mio più grande, insomma, nemico è sempre stato diciamo l'ansia; sia "l'ansia", tra virgolette, di dover appunto raggiungere l'orgasmo, sia l'ansia di appunto espormi. [...] ricordo che l'esperienza orgasmo più intenso, dove appunto ho anche squirtato ecc. ecc. è stata una volta particolare, insomma, non con il mio partner di adesso: era totalmente al buio, cioè era notte e non abbiamo acceso le luci né niente, tapparelle giù, quindi io non vedevo neanche, non l'ho visto, per tutto il rapporto non ho visto niente e forse appunto per quel motivo lì è stata una volta appunto in cui ho goduto di più".*

P15: *“Sicuramente anche fattori psicologici tipo la tensione, lo stress, per me hanno un’influenza altissima”.*

P2: *“A un certo punto ho sentito come se dovessi fare la pipì e questa cosa era... non lo so, è stato veramente uhm... un po’ disdicevole e quindi mi sono un po’ irrigidita e bloccata. Però sentivo una spinta enorme e non sapevo come gestirla e mi sono un attimo allontanata da quel momento”.*

#### **4.6.6. Contesto**

Il 33,3% delle partecipanti ha riportato una relazione tra il contesto in cui si svolgeva l’attività sessuale, autoerotica o diadica, e le caratteristiche di piacevolezza e intensità dell’orgasmo. L’influenza percepita del contesto sull’esperienza orgasmica appariva come una relazione indiretta: le donne hanno riferito, in particolare, un’influenza del contesto sull’eccitazione sessuale che, a sua volta, condizionava la percezione di piacevolezza dell’orgasmo, come verrà illustrato più approfonditamente nel paragrafo 4.6.8. Oltre alle 2 partecipanti che hanno riportato un’influenza generale del contesto, senza specificare quali caratteristiche avessero il peso maggiore sulla percezione dell’esperienza orgasmica, 8 partecipanti hanno aggiunto ulteriori dettagli alle loro narrazioni; in particolare, 3 partecipanti hanno fatto riferimento a contesti inconsueti rispetto a quelli quotidiani (ad esempio, durante le vacanze) come fattori esercitanti un’influenza positiva; 4 partecipanti hanno riportato un’influenza negativa da parte dei contesti in cui vi era un elevato rischio di essere sentite o scoperte, mentre una partecipante ha affermato che questi stessi contesti determinavano un maggiore senso di eccitazione e, di conseguenza, orgasmi più piacevoli; 3 partecipanti hanno parlato di influenza negativa dei contesti in cui vi erano interferenze esterne che fungevano da distrattori (ad esempio, i contesti rumorosi); una partecipante ha fatto riferimento a situazioni spontanee, non programmate, come fattori che esercitavano un’influenza positiva.

P1: *“Mi è capitato che quando non siamo, tra virgolette, in contesti che conosciamo, in contesti di vita quotidiana, quindi, non so, in vacanza, o in giro, da qualche parte, non so, in un hotel, eccetera eccetera, questo devo dire accresce la mia voglia e anche di conseguenza poi il rapporto e ulteriore conseguenza l’orgasmo”.*

P26: *“In ambienti totalmente, se possiamo definirli, forse fuori luogo, sì. Però forse dettati appunto da quella situazione dove... cioè, una situazione dove effettivamente magari ti devi anche sbrigare, non ti puoi far vedere, cioè, nel senso, è quasi appunto una fantasia che diventa realtà, quindi stuzzica ancora di più, diciamo, il desiderio”.*

P3: *“Le interferenze esterne che possono essere se c’è qualcuno intorno, magari nelle altre stanze, piuttosto che, non so, stai usando per vedere un video il telefono e qualcuno ti scrive piuttosto che ti chiama sul momento, interferenze esterne... ah anche semplicemente... c’è questa concezione, magari un po’ diffusa, almeno io l’ho sentita più volte dell’aver qualcuno intorno che può, non so, venire in quel momento, scoprirti, che può invece aumentare l’eccitazione: a me no, per nulla. Cioè la vedo come un’interferenza che peggiora la situazione o comunque l’esperienza sul momento”.*

P26: *“Dipende molto appunto... sicuramente dalle situazioni, ecco: quelle più inaspettate in coppia sono più gratificanti, cioè quelle proprio che dici «Non c’entrava niente questa cosa, ‘mo stavamo facendo tutt’altro» e quindi sì, sono quelle più gratificanti”.*

#### **4.6.7. Attenzione da parte del/della partner**

Il 23,3% delle partecipanti ha riferito che l’attenzione da parte del partner o della partner influenzava positivamente la piacevolezza e l’intensità percepite dell’esperienza orgasmica. Essa è stata descritta come un’azione di cura che derivava dal desiderio di vedere la propria compagna provare piacere all’interno dell’attività sessuale e che portava il partner o la partner a dedicare maggiore attenzione alla donna. Veniva intesa come una capacità di ascolto che non tutti i partner e le partner erano in grado di esercitare e che determinava un aumento della piacevolezza dell’esperienza non solo perché consentiva alle donne di ricevere la stimolazione che desideravano o di cui avevano bisogno, ma anche perché portava a un maggiore senso di sicurezza e garantiva alle donne la possibilità di “lasciarsi andare”.

P5: *“Il fatto della consapevolezza che l’altro ci tiene a te, ci tiene al fatto di farti venire, di farti vivere una bella esperienza, non vuole costringerti a fare nulla e il pensiero è molto nella cura, nell’amore reciproco di vivere un’esperienza che sia bella per tutti”.*

P30: *“Mi è capitato anche di essere con questo ragazzo qui, che aveva proprio una sensibilità anormale. Di solito gli uomini non sono così attenti o soprattutto se è una cosa, diciamo, occasionale. Mi ha fatto proprio sentire speciale, nel senso: «Okay, gliene frega di farmi star bene anche a me, non è solamente lì per sé stesso», diciamo. Quindi, insomma, quando ovviamente ti senti coccolata, ti senti amata, diciamo, anche se è occasionale, però, ecco, dipende secondo me da quello”.*

#### **4.6.8. Livello di eccitazione e desiderio**

Come accennato precedentemente (par. 4.6.6.), eccitazione e desiderio influenzavano la percezione dell'esperienza orgasmica per il 23,3% delle partecipanti: livelli più elevati erano associati a una percezione di maggiore piacevolezza e intensità dell'orgasmo. Le 7 donne che hanno articolato un discorso inerente al tema hanno affermato di essere riuscite, talvolta, a raggiungere l'orgasmo anche quando iniziavano un'attività sessuale in assenza di desiderio o non erano particolarmente coinvolte in termini di livelli di eccitazione, tuttavia, riferivano la percezione di un'esperienza meno intensa.

P10: *“Un'altra cosa che ho notato e che mi è venuta in mente è nel rapporto se nell'iniziare il rapporto c'è più coinvolgimento, più eccitamento proprio prima di iniziarlo, allora lì sono proprio più coinvolta naturalmente e quindi arrivo più facilmente all'orgasmo ed è molto più piacevole”.*

P1: *“Mi è capitato a volte di non essere per niente eccitata, [...] sto studiando così, a un certo punto sono talmente tanto annoiata che posso farmi un tè, oppure boh, mi masturbo, nel senso una decisione proprio randomica, così. [...] In queste volte qui magari sono anche molto... cioè il raggiungimento, insomma, è molto, molto veloce e breve e, tra virgolette, sono orgasmi “di serie b”, nel senso che può essere appunto da tutta la mattina che non so cosa fare e allora faccio quello”.*

#### **4.6.9. Utilizzo di sex toy**

La stimolazione effettuata mediante l'uso di sex toy è stata riportata come fattore che aumentava piacevolezza e/o intensità dell'orgasmo dal 23,3% delle partecipanti. Le donne hanno dichiarato di utilizzarli sia durante l'attività autoerotica che diadica, hanno fatto riferimento sia a vibratori esterni che a toys utilizzabili per la penetrazione e hanno

affermato che, oltre ad aumentare la piacevolezza dell'esperienza, causavano una riduzione del tempo impiegato per il raggiungimento dell'orgasmo.

P19: *“L'orgasmo se utilizzo un sex toy è diverso rispetto a se non viene utilizzato, sia da sola che in coppia, cioè sia nella masturbazione che in un rapporto con un'altra persona, è più intenso se uso un sex toy rispetto a se non lo uso, cioè proprio ci sono più contrazioni, sono più forti e con frequenza più ravvicinata”.*

#### **4.6.10. Durata della stimolazione precedente**

Il 20% delle partecipanti ha riportato la percezione di un'influenza della durata della stimolazione, precedente al raggiungimento dell'orgasmo, su piacevolezza e/o intensità dell'esperienza. In particolare, per 6 donne stimolazioni più lunghe conducevano alla percezione di orgasmi più piacevoli e/o più intensi, mentre per una donna risultavano ugualmente intensi sia gli orgasmi che seguivano una stimolazione di lunga durata sia quelli la cui stimolazione precedente era particolarmente breve.

P9: *“Se c'è stata una stimolazione molto lunga precedente, allora è molto più intenso, dura molto più a lungo e coinvolge tutto il corpo e quindi non so sensazioni di calore, poi rilassamento più intensi e anche a livello emotivo lo percepisco come più forte, no? Se la stimolazione molto breve, è una un piacere molto più localizzato, molto più breve”.*

P29: *“Per me sono più intensi gli orgasmi che arrivano molto, molto in fretta o dopo molto molto tempo; la via di mezzo è un po' più quelli, diciamo, più normali, cioè più medi”.*

Due partecipanti mostravano una consapevolezza della tecnica sessuale dell'*edging* che consiste nel ritardare l'orgasmo, rallentando e prolungando la stimolazione, al fine di raggiungere orgasmi più piacevoli e intensi.

P6: *“Più è appunto atteso, nel senso di ritardato, più in realtà è intenso [...] e secondo me è appunto per l'attesa che si accumula”.*

P23: *“Mi piace anche aspettare, nel senso che, sapendo che a me ci vuole poco, mi piace anche aspettare”.*

#### 4.6.11. Piacere dell'altro/a

Il 20% delle partecipanti ha affermato che osservare o sentire, attraverso le vocalizzazioni, il proprio partner o la propria partner provare piacere, durante l'attività sessuale, condizionava sia la velocità di raggiungimento dell'orgasmo sia la percezione della piacevolezza e/o dell'intensità dell'esperienza, attraverso un'influenza indiretta che, ancora una volta, aveva come fattore intermedio l'aumento dell'eccitazione sessuale.

P17: *“Tanto influisce per me una cosa, mi sto rendendo conto col tempo: il piacere dell'altro. Se vedo che l'altro è molto coinvolto, mi eccito molto di più e quindi l'orgasmo è molto più forte, è molto più facile da raggiungere”.*

Tre partecipanti hanno riportato tale percezione solo nell'ambito di una relazione affettiva e non durante un rapporto sessuale con un partner o una partner occasionale.

P24: *“Se sono in una relazione affettiva e di fiducia è molto importante per me vedere anche l'altra persona che si sente bene e che fa quello che si... cioè, a parte ovviamente le cose che mi piacciono, godo tanto dal vedere il suo piacere anche e in quel momento penso che raggiungo più facilmente l'orgasmo”.*

#### 4.6.12. Stanchezza

Il 16,7% delle partecipanti ha affermato che la stanchezza, esperita a livello fisico e descritta anche come mancanza di energia, aveva un'influenza negativa sull'intensità e/o la piacevolezza dell'orgasmo. È interessante osservare che solo la porzione di campione di età compresa tra i 34 e i 54 anni ha riportato questo dato, il quale non è mai stato nominato, invece, dalle partecipanti di età inferiore.

P25: *“Per quanto riguarda me personalmente la differenza la fa il desiderio, sicuramente, e la stanchezza, però nel senso: se sono stanca fisicamente o la stimolazione è così grande e allora non cambia, ma comunque il tipo di orgasmo è diverso. Cioè è solo in due modi, almeno per quanto riguarda me, io conosco bene il mio corpo, quindi: o è estremamente forte o è estremamente debole. Quelli che «Dai, dai, dai, dai» e tipo il flop, appunto, [...] dura solo un secondo e rosico. Quindi è proprio una questione di... che ero*



*stanca, mi sono impegnata tanto, diciamo, però non c'ho avuto quell'esplosione di energia, ma solo un «Mah», questo”.*

#### **4.6.13. Legame affettivo**

Come è stato già accennato precedentemente nella sezione relativa alla differenza tra rapporto sessuale con partner occasionale o stabile nella percezione dell'orgasmo (par. 4.6.3.), il 13,3% delle partecipanti ha nominato il legame affettivo come variabile che era in grado di influenzare positivamente la piacevolezza e/o l'intensità dell'esperienza. Il legame affettivo veniva inteso come un fattore differente rispetto al già citato senso di connessione (par. 4.6.4.), poiché era riferito al vincolo sentimentale che univa esclusivamente 2 persone che si trovavano all'interno di una relazione stabile. Le motivazioni legate alla sua influenza sull'esperienza orgasmica riguardavano: il maggiore senso di sicurezza e di rilassamento, la percezione di una componente “passionale” all'interno del rapporto sessuale con una persona con cui si ha un legame affettivo e il piacere derivante dal vedere o sentire l'altro o l'altra godere.

*P3: “Noto, per esempio anche con il partner attuale, che appunto sicuramente influisce molto anche sul godimento, sulla sicurezza, il legame sentimentale che c'è verso l'altra persona, che va a inficiare anche nel senso di tenere molto di più al fatto che proprio anche l'altra persona stia godendo oltre a te in quel momento”.*

#### **4.6.14. Frequenza degli orgasmi**

Il 13,3% delle partecipanti ha riferito che la frequenza degli orgasmi, intesa nei termini di tempo trascorso tra un orgasmo e l'altro, influenzava la piacevolezza e/o l'intensità dell'esperienza; in particolare, le donne hanno affermato di provare un'esperienza orgasmica più intensa e/o piacevole nel caso in cui dall'ultimo orgasmo precedentemente esperito fosse trascorso un intervallo di tempo elevato. Per una donna, inoltre, un intervallo di tempo più lungo dall'ultimo orgasmo esperito determinava anche una riduzione del tempo necessario al raggiungimento.

*P28: “E poi dipende: se sono vari e ravvicinati perdono un pochino appunto di energia e se invece è il primo dopo tanto tempo è veramente un'esplosione incredibile.*

*Ci sono anche queste di differenze che ho notato, almeno io, per quanto riguarda me, insomma”.*

P22: *“Sono d’accordo sulla questione che dipende tantissimo da quanto tempo non mi masturbo/non ho un orgasmo, cioè se è un giorno con l’altro ci metto molto di più, sia da sola che col partner. Invece se passa una settimana è molto più veloce”.*

#### **4.6.15. Fantasie sessuali**

Il 10% delle partecipanti ha riferito che la sola presenza di fantasie sessuali, sia durante l’attività autoerotica solitaria che durante i rapporti sessuali diadici, influenzava la piacevolezza dell’esperienza orgasmica.

P4: *“Invece quello che aumenta molto la qualità dell’orgasmo per me - e vale sia quando sono da sola che quando sono col mio partner - come stavo dicendo prima, è anche molto quello a cui sto pensando mentre sto avendo un rapporto, perché io e lui abbiamo, non so se si può dire, se è brutto, però spesso abbiamo rapporti sessuali BDSM, quindi facciamo magari cose anche un po’ particolari, anche che vanno un po’ organizzate e questo crea veramente tanto desiderio psicologico”.*

È interessante osservare che per una donna bisessuale, che si ritrovava coinvolta in una relazione diadica stabile con un’altra donna, l’uso della fantasia sessuale costituiva un modo per soddisfare il desiderio di avere un rapporto sessuale extradiadico con un uomo. La partecipante riteneva, inoltre, che la fantasia stessa determinasse un aumento della piacevolezza dell’orgasmo più di quanto avrebbe potuto fare la sua concretizzazione.

P2: *“Io essendo bisessuale, ultimamente mancandomi un po’ il cazzo, sento che il modo che ho per... vabbè sia usando dei dildi, però anche immaginandomi delle cose a tre, immaginandomi delle cose assurde e là proprio l’immaginazione vola e godo tanto di più! E credo che la mancanza del cazzo delle volte mi faccia godere di più del cazzo in sé”.*

## Discussione e conclusioni

La natura esplorativa dei *focus group* ha consentito la realizzazione dell'obiettivo che questa ricerca si era prefissata: indagare l'esperienza soggettiva dell'orgasmo femminile attraverso 3 dimensioni – sensazioni fisiche, componenti cognitive e stati affettivi ed emotivi – e le variabili, soggettivamente percepite, che ne influenzano intensità e piacevolezza. Delle 3 dimensioni indagate, quella relativa alle cognizioni e quella inerente alle sensazioni fisiche sono emerse con maggiore consistenza e frequenza nel campione di partecipanti di questo studio e le sotto-tematiche individuate (ad esempio, l'isolamento mentale e la tensione muscolare) sono in linea con le componenti sensoriali e cognitivo-valutative riportate dai modelli multidimensionali dell'esperienza orgasmica proposti dalla letteratura precedente (Mah e Binik, 2002). La percezione di isolamento mentale e sensoriale, riportata dalle donne del campione, è coerente con l'innalzamento delle soglie sensoriali e la perdita di interesse nei confronti degli stimoli esterni che si verificano in concomitanza con l'aumento dei livelli di tensione sessuale (cfr. Panzeri, 2013); la sensazione di assenza di pensieri, come condizione che non solo caratterizza l'esperienza orgasmica, ma che è necessaria per il suo verificarsi, riflette, invece, la sospensione delle attività delle funzioni corticali superiori concomitante all'eccitazione sessuale e all'esperienza orgasmica e la necessità di interrompere le attività cognitive per poter raggiungere l'orgasmo (cfr. Panzeri, 2013), come il rimuginio legato ai pensieri automatici negativi, i quali, tra l'altro, sono stati riportati come fattori che indeboliscono l'intensità orgasmica.

La dimensione relativa agli stati affettivi ed emotivi, invece, non è stata riportata in maniera consistente dalle partecipanti dello studio, ad eccezione della porzione di campione di età compresa tra i 34 e i 46 anni. Questo dato potrebbe essere attribuito al fatto che la massima potenzialità sessuale venga raggiunta dalle donne verso i 30-40 anni (cfr. Panzeri, 2013), determinando una maggiore capacità di godere a pieno della sessualità e trarre soddisfazione anche dagli aspetti emotivi sia dell'attività sessuale solitaria – che è stata valutata da queste donne come un'occasione per dedicarsi al proprio benessere personale – sia dell'interazione sessuale diadica con i partner con cui intrattenevano una relazione da più di 15 anni; rispetto a quest'ultimo punto, la maggiore presenza della dimensione affettiva nei discorsi articolati da questa porzione di campione potrebbe anche riflettere la tendenza da parte delle donne di età più avanzata a riportare

maggiore fiducia e intimità nelle relazioni diadiche a lungo termine (Chou e Shih, 2019). Le partecipanti di età inferiore che hanno articolato un discorso inerente al tema l'hanno fatto in riferimento al contesto relazionale diadico, coerentemente con i risultati prodotti da Muñoz-García e collaboratori (2023) che, nella valutazione di un modello multidimensionale dell'esperienza orgasmica soggettiva, hanno trovato punteggi più elevati per le dimensioni relative all'affettività e all'intimità nel contesto delle relazioni sessuali diadiche, rispetto alle attività autoerotiche solitarie.

Le partecipanti della ricerca hanno riferito la percezione di una differenza tra l'orgasmo raggiunto durante l'attività autoerotica solitaria e quello raggiunto durante l'interazione sessuale diadica. Il fatto che tale argomento non fosse oggetto delle domande poste dalle conduttrici, ma sia stato riportato spontaneamente dalle donne di tutti i *focus group* fornisce un'informazione significativa sulla rilevanza che tale distinzione possa avere per le donne che sono coinvolte in entrambi i tipi di attività sessuale. Le partecipanti dello studio hanno articolato discorsi inerenti all'intensità e/o alla piacevolezza dell'orgasmo, al tempo impiegato per raggiungerlo e alla percezione di quanto sia facile o difficoltoso il suo raggiungimento in relazione al tipo di attività sessuale svolta (solitaria o diadica) e hanno giudicato, per la maggior parte, il raggiungimento dell'orgasmo autoerotico più veloce e facile, sebbene più meccanico e meno piacevole, di quello ottenuto durante un'interazione sessuale diadica, in cui la presenza del partner o della partner e il desiderio sperimentato nei suoi confronti giocano un ruolo chiave nel determinare la piacevolezza e/o l'intensità dell'esperienza, in linea con quanto osservato nella letteratura precedente (ad esempio, Prause *et al.*, 2016; Yen Chiang e Chiang, 2016). Le partecipanti che hanno riportato un'esperienza diversa da quella appena esposta hanno affermato che l'orgasmo autoerotico risulta più intenso e piacevole a causa della maggiore conoscenza che esse possono avere del loro corpo rispetto a un partner o una partner e che consente loro di effettuare una stimolazione molto precisa ed efficace per il raggiungimento di un'intensità orgasmica elevata, in linea con i risultati della letteratura che evidenziano come la maggiore conoscenza del proprio corpo e delle proprie zone erogene influenzi positivamente la responsività orgasmica delle donne (Burri *et al.*, 2009). L'unica partecipante ad aver riferito una maggiore velocità nel raggiungimento dell'orgasmo durante un rapporto sessuale diadico ha attribuito la sua esperienza al senso di sorpresa derivante dal non sapere cosa avrebbe fatto il suo partner durante la

stimolazione erotica, il che potrebbe essere coerente con il dato riportato da Levin (2014) secondo cui la novità della stimolazione erotica è associata a una maggiore responsività e intensità orgasmica.

Le donne hanno riportato che la velocità del raggiungimento sembra essere influenzata anche dalla concettualizzazione dell'orgasmo come meta che, durante l'attività autoerotica solitaria, costituisce un ausilio alla concentrazione e determina una maggiore velocità e facilità di raggiungimento, a differenza del contesto sessuale diadico in cui, invece, assume la natura di ostacolo al raggiungimento a causa degli stati di ansia, delle preoccupazioni e dei pensieri ossessivi che scaturiscono dalla percezione dell'esistenza di un imperativo orgasmico, sebbene molte di queste donne – sia eterosessuali che omosessuali o bisessuali – fossero allo stesso tempo consapevoli del fatto che per loro il raggiungimento della soddisfazione sessuale possa avvenire anche senza l'orgasmo. Questo risultato conferma i dati della letteratura che riportano l'esistenza, all'interno del contesto culturale occidentale, di un imperativo al raggiungimento dell'orgasmo che viene considerato parte della sessualità femminile naturale (Stelzl e Lafrance, 2021). Gli stati di ansia che derivano dai pensieri automatici negativi relativi alla preoccupazione di non riuscire a raggiungere l'orgasmo all'interno del contesto diadico, accompagnati, tra l'altro, dalla paura di ferire i sentimenti del partner o della partner e il suo senso di competenza sessuale, sono in linea anche con i risultati prodotti dalla letteratura precedente (ad esempio, McCabe, 2009; Goodman *et al.*, 2017; Kontula e Miettinen, 2016) secondo cui, nei casi in cui subentrino tali pensieri automatici negativi sul senso di fallimento, la donna diventa una spettatrice che esige una risposta fisiologica dal suo corpo, ma non ottiene lo stato di rilassamento necessario per godere della stimolazione erotica e raggiungere l'orgasmo. Le ricerche scientifiche concentrate sulla valutazione della responsività orgasmica nei termini di presenza e frequenza dell'orgasmo (Arcos-Romero e Sierra, 2018) e le narrazioni mediatiche incentrate sulla visione dell'orgasmo femminile come indicatore centrale del piacere sessuale e obiettivo dell'interazione sessuale diadica (Lavie-Ajayi e Joffe, 2009) possono facilmente spiegare sia i risultati appena esposti, sia il fatto che l'imperativo orgasmico sia talmente saliente per le donne di questo campione da spostare la loro attenzione sui fattori che determinano la presenza o l'assenza dell'orgasmo anche quando è stato chiesto loro di esporre i fattori percepiti che influenzano la qualità dell'esperienza.

Tra i fattori influenzanti qualità e piacevolezza dell'orgasmo le partecipanti hanno riportato il ruolo della tipologia di stimolazione, sottolineando una preferenza nei confronti della stimolazione diretta del glande clitorideo, con movimenti circolari, verticali o orizzontali, anche durante il coito o la penetrazione con dita o altri oggetti come i sex toy, coerentemente con quanto riportato dalla ricerca condotta da Herbenick e collaboratori (2018) i cui risultati hanno evidenziato non solo una preferenza per il tipo di movimento, come riportato dalle partecipanti della presente ricerca, ma anche l'influenza sulla qualità dell'orgasmo dell'aggiunta di una stimolazione del glande clitorideo all'attività penetrativa. La preferenza per la stimolazione orale riferita da alcune partecipanti conferma, invece, i dati riportati da Armstrong e collaboratori (2012) nel loro studio sulle determinanti dell'orgasmo e del piacere sessuale. Anche il prolungamento della durata della stimolazione precedente al raggiungimento dell'orgasmo che viene, di conseguenza, ritardato, è stato riportato come fattore determinante un aumento dell'intensità e della piacevolezza dell'esperienza, insieme a un intervallo temporale più lungo dall'ultimo orgasmo esperito, coerentemente con quanto riportato dalla letteratura precedente (ad esempio, Levin, 2014; Paterson *et al.*, 2014).

La presenza di fantasie sessuali, oltre a essere stata riferita come elemento caratterizzante la dimensione cognitiva dell'orgasmo, è stata considerata da alcune donne del campione come un fattore che aumenta la piacevolezza dell'esperienza, sia durante l'attività sessuale solitaria che diadica, in linea con quanto riportato sia da Burri e colleghi (2009) che da Levin (2014) relativamente all'influenza positiva sull'esperienza orgasmica della capacità di integrare la stimolazione fisica con le fantasie sessuali, la quale sembra essere correlata a livelli maggiori di intelligenza emotiva. La letteratura precedente ha evidenziato l'influenza positiva sull'intensità e la piacevolezza dell'esperienza orgasmica esercitata dall'assertività sessuale (Haavio-Mannila e Kontula, 1997; Hurlbert, 1991; Kontula e Miettinen, 2016; Lentz e Zaikman, 2021) e dall'intelligenza emotiva (Burri *et al.*, 2009), entrambe legate a una maggiore capacità di comunicare con il partner o la partner durante i rapporti sessuali al fine di ricevere la stimolazione che si preferisce o mettere in atto le pratiche sessuali desiderate. La comunicazione è stata studiata anche in quanto variabile interpersonale e i risultati prodotti dalla letteratura hanno mostrato come una relazione in cui la sessualità è oggetto di una comunicazione aperta e positiva sia associata a una maggiore responsività orgasmica (Kontula e Miettinen, 2016). Si tratta di

dati che sono stati confermati anche da questa ricerca: le partecipanti hanno, difatti, riportato la comunicazione come fattore influenzante la piacevolezza e l'intensità dell'orgasmo, sottolineando l'importanza sia di fornire riscontri immediati sull'interazione sessuale durante il suo svolgimento, sia di mantenere un buon livello di comunicazione sessuale all'interno della relazione diadica al fine di scoprire nuovi modi per entrare in relazione nell'intimità, riscoprirsi e sperimentare insieme.

Altre variabili interpersonali influenzanti l'esperienza orgasmica femminile emerse nella letteratura precedente, come la compatibilità sessuale, il coinvolgimento del partner o della partner e il desiderio di intimità e condivisione (Arcos-Romero e Sierra, 2020; Prause *et al.*, 2016; Singh *et al.*, 1998; Yen Chiang e Chiang, 2016), sono state riportate anche dalle partecipanti di questo studio. Le variabili interpersonali, insieme a quelle di contesto, inoltre, sembrano giocare un ruolo nella percezione di maggiori o minori intensità e/o piacevolezza in relazione al fatto che il raggiungimento dell'orgasmo si verifichi nel contesto dell'attività sessuale con partner stabile o occasionale. All'interno di un'interazione sessuale diadica la maggiore intensità orgasmica percepita è stata attribuita a elevati livelli di sicurezza, di attenzione e cura da parte del partner o della partner, di conoscenza reciproca, di intesa sessuale e di comunicazione e sperimentazione, variabili che, anche come riportato da Armstrong e collaboratori (2012), caratterizzano con più facilità i rapporti sessuali con partner stabili rispetto a quelli con partner occasionali, il che spiegherebbe la preferenza nei confronti dell'orgasmo sperimentato con un partner o una partner sessuale stabile riportata dalla maggior parte delle donne del campione che hanno articolato un discorso inerente al tema. Tuttavia, è anche necessario specificare che alcune partecipanti hanno attribuito il maggiore senso di piacevolezza dell'orgasmo ottenuto con un partner o una partner stabile al legame affettivo che sperimentano, sottolineando come la loro concettualizzazione del piacere sessuale sia strettamente legata all'esistenza di una connessione affettiva con il partner o la partner.

Un altro elemento degno di nota è relativo all'influenza positiva, riportata consistentemente dal campione della ricerca, esercitata da elevati livelli di eccitazione e desiderio sessuali, in linea con quanto evidenziato dai risultati prodotti da Paterson e collaboratori (2014). È interessante osservare che diverse variabili che nella letteratura precedente (ad esempio, Panzeri e Fontanesi, 2013) sono state riportate come fattori che facilitano o ostacolano il desiderio sessuale e l'eccitazione femminili, come le

vocalizzazioni emesse dal partner o dalla partner mentre sta godendo, una situazione romantica non programmata o inconsueta, la fiducia, le preoccupazioni legate alla quotidianità o alla relazione diadica stessa, le insicurezze rispetto al proprio aspetto fisico e/o genitale, le situazioni in cui c'è il rischio di essere viste o sentite durante l'attività sessuale, sono state riferite dalle partecipanti dello studio come fattori che condizionano la piacevolezza e l'intensità dell'esperienza orgasmica attraverso un'influenza indiretta che ha come fattore intermedio l'aumento o la riduzione dell'eccitazione e del desiderio sessuale.

Oltre a quanto appena esposto, appare rilevante sottolineare che, nonostante le narrazioni delle partecipanti relative all'esperienza orgasmica soggettiva avessero dei temi comuni, molto spesso il modo in cui ogni partecipante trovava delle associazioni tra i differenti temi e attribuiva significati alla propria esperienza era estremamente personale e singolare e tale individualità dovrebbe essere tenuta in considerazione nel processo di articolazione di un discorso intorno all'esperienza orgasmica femminile. Inoltre, le partecipanti hanno spesso sottolineato che, sebbene potessero rispondere alle domande poste dalle conduttrici descrivendo alcune componenti dell'esperienza, ciò che dicevano non poteva essere esteso a tutte le loro esperienze orgasmiche, evidenziando non solo un'enorme variabilità interindividuale, ma anche tra le diverse esperienze di ogni singola donna.

Ovviamente, questa ricerca presenta alcuni limiti. Innanzitutto la dimensione del campione è piuttosto esigua, anche se lo scopo dello studio, poiché di carattere qualitativo, non era quello di generalizzare i dati all'intera popolazione, ma esplorare l'esperienza soggettiva delle donne. Un altro elemento da considerare riguarda le caratteristiche specifiche del campione. Non solo non hanno preso parte allo studio donne di età superiore ai 54 anni, che avrebbero potuto riportare un'esperienza ampiamente differente rispetto alle donne più giovani che, tendenzialmente, hanno un buon mantenimento della vita sessuale, ma le donne di età compresa tra i 30 e i 54 anni costituivano solo il 20% delle partecipanti. Inoltre, il campione era composto esclusivamente da partecipanti bianche e, per la maggior parte (76,7%), con un livello di istruzione universitaria di primo o secondo livello: è necessario perciò considerare la possibilità che il livello di istruzione elevato possa aver contribuito alla caratterizzazione di un campione di partecipanti con atteggiamenti più aperti e meno conservatori nei



confronti dell'espressione sessuale – anche in relazione ai ruoli di genere – e della sessualità. La ricerca futura dovrebbe includere e tenere conto di gruppi ancora più eterogenei in riferimento alle dimensioni dell'orientamento sessuale, dell'età, dell'etnia e dei livelli di istruzione. In terzo luogo, considerando nello specifico la metodologia utilizzata e un argomento di indagine così intimo come l'esperienza orgasmica, bisognerebbe esaminare il rischio che i discorsi articolati abbiano subito l'influenza della desiderabilità sociale. Infine, anche l'utilizzo della piattaforma Zoom (*Zoom Video Communication*) potrebbe aver ostacolato, in parte, la creazione di un ambiente accogliente e di un'atmosfera confidenziale, sebbene al termine degli incontri sia stato lasciato uno spazio per prendersi cura dei vissuti emersi in cui le donne hanno espresso un senso di gratitudine e la percezione che la partecipazione all'incontro avesse avuto una funzione “terapeutica”, in linea con quanto sostenuto da alcuni ricercatori che hanno rintracciato il valore dei focus group anche nella loro capacità di promuovere l'*empowerment* dei partecipanti e delle partecipanti (Magill, 1993).

Alcuni degli elementi riferiti dalle partecipanti dello studio, come le variabili percepite come fattori inibenti il raggiungimento dell'orgasmo, non sono stati riportati nei risultati di questa ricerca perché non rispondono agli obiettivi prefissati, tuttavia, è interessante osservare che molte di queste variabili, come i pensieri automatici negativi e l'ansia, oltre a essere in linea con la letteratura precedente (ad esempio, Kontula e Miettinen, 2016; Tavares *et al.*, 2017), spesso coincidono con i fattori che influenzano piacevolezza e intensità dell'esperienza e alcune donne hanno riferito di riuscire a raggiungere l'orgasmo anche quando sono coinvolte in situazioni sessuali non ottimali, come quelle caratterizzate dalla presenza di preoccupazioni, sebbene abbiano giudicato l'esperienza meno appagante e fonte di frustrazione. In altre parole: la risposta fisiologica dell'orgasmo non trova corrispondenza con l'esperienza orgasmica soggettiva complessiva, comprendente anche componenti valutative relative alla piacevolezza dell'esperienza. Un altro dato a sostegno dell'assenza di tale corrispondenza è rintracciabile nella letteratura che ha riportato l'esistenza di orgasmi anedonici (ad esempio, Wylie e Levin, 2012), esperienze caratterizzate dalle risposte fisiologiche tipiche dell'orgasmo, ma prive dell'esperienza del piacere a esse solitamente associata (Goldstein, 2010). Si tratta, inoltre, di un elemento che è stato riportato anche da una partecipante dello studio, la quale ha riferito che, sebbene sia consapevole del fatto che

stia sperimentando un orgasmo, talvolta non è in grado di provare lo stesso senso di piacere che caratterizza usualmente le sue esperienze orgasmiche.

I dati riportati da questo studio esplorativo trovano delle condizioni di applicabilità nei contesti clinici, poiché sottolineano la necessità di soffermarsi, nel processo di co-costruzione del percorso terapeutico, anche su elementi relativi alla dimensione cognitivo-affettiva dell'esperienza orgasmica, oltre che sul solo manifestarsi o non manifestarsi dell'orgasmo – che potrebbe anche essere presente ma non piacevole e soddisfacente – al fine di garantire il benessere sessuale delle donne. I risultati dello studio, inoltre, trovano uno spazio di applicabilità anche nell'implementazione di programmi di educazione affettiva e sessuale rivolti ad adolescenti: poiché la percezione dell'orgasmo femminile come parte naturale e normale di una sessualità sana deriva da norme sociali e culturali, i programmi educativi orientati alla decostruzione di tali norme potrebbero ristrutturare le aspettative sull'interazione sessuale e aumentare l'esplorazione di forme di piacere alternative, oltre che ridurre l'insieme di preoccupazioni e pensieri negativi delle donne legati al timore di non riuscire a raggiungere l'orgasmo, probabilmente aumentando sia la frequenza di raggiungimento sia la qualità dell'esperienza.

Quello che appare ormai evidente, al termine di questa trattazione, è che per abbracciare l'ottica promossa dalla WAS, in cui il piacere sessuale assume una posizione fondamentale nel benessere fisico e psicologico della persona (World Association for Sexual Health, 2021), è necessario garantire alle donne il diritto di auto-determinarsi, soprattutto nella definizione della propria soddisfazione e del proprio piacere sessuale.

## Bibliografia<sup>1</sup>

Addiego, F., Belzer, E. G. Jr., Comolli, J., Moger, W., Perry, J. D., & Whipple, B. (1981). Female ejaculation: a case study. *Journal of Sex Research*, 17, 13 – 21.

Albanesi C. (2004). I Focus group. Roma: Carocci.

Aloni, R., & Katz, S. (1999) A review of the effect of traumatic brain injury on the human sexual response. *Brain injury*, 13(4), 269 – 280.

Amberson, J. I., & Hoon, P. W. (1985). Hemodynamics of sequential orgasm. *Archives of Sexual Behavior*, 14(4), 351 – 360.

Anderson-Hunt, M., & Dennerstein, L. (1994). Increased female sexual response after oxytocin. *British Medical Journal*, 309, 929.

\*Arcos-Romero, A. I., Granados, R., & Sierra, J. C. (2019). Relationship between orgasm experience and sexual excitation: Validation of the model of the subjective orgasm experience. *International Journal of Impotence Research*, 31, 282 – 287.

Arcos-Romero, A. I., & Sierra, J. C. (2018). Revisión sistemática sobre la experiencia subjetiva del orgasmo. *Revista Internacional de Andrología*, 16(2), 75 – 81.

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

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

Armstrong, E. A., Hamilton, L., Armstrong, E. M., & Seeley, J. L. (2014). Good girls: Gender, social class, and slut discourse on campus. *Social Psychology Quarterly*, 77, 100 – 122.

---

<sup>1</sup> Dei lavori contrassegnati con l'asterisco è stato possibile consultare solo l'abstract.

Armstrong, H. L., & Reissing, E. D. (2015). Women's motivations to have sex in casual and committed relationships with male and female partners. *Archives of Sexual Behavior, 44*, 921 – 934.

Ashton, A. K., Hamer, R., & Rosen, R. C. (1997). Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: a large scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *Journal of Sex and Marital Therapy, 23*, 165 – 175.

\*Ashton, A. K., & Rosen, R. C. (1998). Bupropion as an antidote for serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 112 – 115.

\*Balon, R., Yeragani, V. K., Pohl, R., & Ramesh, C. (1993). Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 54*, 209 – 212.

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

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

\*Bar-On, R. (1996). *The era of the "EQ": Defining and assessing emotional intelligence*. Poster presented at 104th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.

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

\*Beck, A. T. (1967) Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

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

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

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

Birnie-Porter, C., & Hunt, M. (2015). Does relationship status matter for sexual satisfaction? The roles of intimacy and attachment avoidance in sexual satisfaction across five types of ongoing sexual relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24, 174 – 183.

\*Bohlen, J. G., Held, J. P., & Sanderson, M. O. (1978). Contractions of the pelvic diaphragm at orgasm. Paper presented at the National Institute of the American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists, Washington, D.C.

Bohlen, J. G., Held, J. P., Sanderson, M. O., & Ahlgren, A. (1982). The female orgasm: Pelvic contractions. *Archives of Sexual Behavior*, 11(5), 367 – 386.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77 – 110.

Brown, J., Schmidt, J., & Robertson, N. (2018). “We’re like the sex CPR dummies”: Young women’s understandings of (hetero)sexual pleasure in university accommodation. *Feminism & Psychology*, 28(2), 253 – 271.

\*Buffum, J. (1986). Pharmacosexology update: prescription drugs and sexual function. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 97 – 10.

Bullough, B., David, M., Whipple, B., Dixon, J., Allegeier, E. R., & Drury, K. C. (1984). Subjective reports of female orgasmic expulsion of fluid. *Nurse Practitioner*, 9(3), 55 – 59.

Bunzl, M., and Mullen, S. (1974). A self-report investigation of two types of myotonic response during sexual orgasm. *The Journal of Sex Research*, 10(1), 10 – 20.

Burri, A. V., Cherkas, L. M., & Spector, T. D. (2009) Emotional Intelligence and its Association with Orgasmic Frequency in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(7), 1930 – 1937.

\*Busing, S., Hoppe, C., & Liedke, R. (2001). Sexual satisfaction of women: Development and results of a questionnaire. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 68 – 75.

Butler, C. A. (1976). New data about female sexual response. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2, 40 – 46.

\*Byers, P. Y., Zeller, R. A., & Byers, B. D. (2001). Focus group methods. In M. W. Wiederman & B. E. Whitley (Eds.), *Handbook for conducting research on human sexuality* (pp. 173 – 194). Belmont, CA: Wadsworth.

\*Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., & Sierra, J. C. (2018). Systematic review of sexual satisfaction in same-sex couples. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9, 115 – 136.

Carmichael, M. S., Humbert, R., Dixen, J., Palmisano, G., Greenleaf, W., & Davidson, J. M. (1987). Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 64, 27 – 31.

Carmichael, M. S., Warburton, V. L., Dixen, J., & Davidson, J. M. (1994). Relationship among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 59 – 79.

Chou, Y. J., & Shih, C. M. (2019). Acceptance of sexual behavior and orgasm frequency in premenopausal women. *Sexologies*, 28(2), e6 – e10.

Clifford, R. E. (1978). Subjective sexual experience in college women. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 183 – 197.

Colson, M. H. (2010). Female orgasm: Myths, facts and controversies. *Sexologies*, 9, 8 – 14.

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

Cutler, W. B., Garcia, C. R., & McCoy, N. (1987). Perimenopausal sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 225 – 234.

Darling, C. A., Davidson, J. K. Sr., & Conway-Welch, C. (1990). Female ejaculation: perceived origins, the Gräfenberg spot-area, and sexual responsiveness. *Archives of Sexual Behavior*, *19*, 29 – 47.

Darling, C. A., Davidson, J. K., Sr., & Cox, R. P. (1991). Female sexual response and timing of partner orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *17*, 3 – 21.

\*Davidson, J. K., Sr., & Darling, C. A. (1989). Self-perceived differences in the female orgasmic response. *Family Practice Research Journal*, *8*, 75 – 85.

Davidson, J. K. Sr., Darling, C. A., & Conway-Welch, C. (1989). The role of the Gräfenberg spot and female ejaculation in the female orgasmic response: an empirical analysis. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *15*, 102 – 120.

Davidson, J. M., & Davidson, R. J. (1980). *The psychobiology of consciousness*. New York: Plenum Press.

Davis, S. R. (1998). The clinical use of androgens in female sexual disorders. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *24*, 153 – 163.

Dawood, K., Kirk, K. M., Bailey, J. M., Andrews, P. W., & Martin, N. G. (2005). Genetic and environmental influences on the frequency of orgasm in women. *Twin research and human genetics: the official journal of the International Society for Twin Studies*, *8*(1), 27 – 33.

Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *The Journal of Sex Research*, *38*(3), 219 – 225.

\*Dennerstein, L., Burrows, G. D., Wood, C., & Hyman, G. (1980). Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen. *Obstetrics and Gynecology*, *56*, 316 – 322.

Dosch, A., Belayachi, S., & Van der Linden, M. (2015). Implicit and explicit sexual attitudes: How are they related to sexual desire and sexual satisfaction in men and women? *The Journal of Sex Research*, *53*(2), 251 – 264.

Dunn, K. M., Cherkas, L. F., & Spector, T. D. (2005). Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study. *Biology letters*, *1*(3), 260 – 263.

Ellison, J. M. (1998). Antidepressant-induced sexual dysfunction: review, classification, and suggestions for treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 177 – 189.

Emhardt, E., Siegel, J., & Hofman, L. (2016). Anatomic variation and orgasm: Could variations in anatomy explain differences in orgasmic success? *Clinical anatomy (New York, N.Y.)*, 29(5), 665 – 672.

Fahs, B., & Frank, E. (2014). Notes from the back room: Gender, power, and (in)visibility in women's experiences of masturbation. *Journal of Sex Research*, 51, 241 – 252.

Falter, M., Arenas, A. A., Maples, G. W., Smith, C. T., Lamb, L. J., Anderson, M. G., Wafa, N. Z. (2022). Making Room for Zoom in Focus Group Methods: Opportunities and Challenges for Novice Researchers (During and Beyond COVID-19). *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 23(1), Article 21.

\*Fisher, S. (1973). *The female orgasm*. New York: Basic Books.

Fisher, C., Cohen, H. D., Schiavi, R. C., Davis, D., Furman, B., Ward, K., Edwards, A., & Cunningham, J. (1983). Patterns of female sexual arousal during sleep and waking: Vaginal thermo-conductance studies. *Archives of Sexual Behavior*, 12(2), 97 – 122.

Foldes P., Buisson, O. (2009) The Clitoral Complex: A Dynamic Sonographic Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(5), 1223 – 1231.

Fox, C. A., Ismail, A. A., Love, D. N., Kirkham, K. E., & Loraine, J. A. (1972). Studies on the relationship between plasma testosterone levels and human sexual activity. *Journal of Endocrinology*, 52, 51 – 58.

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

Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Trad. it. *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In C. L. Musatti (A cura di), *Opere di Sigmund Freud (1970)*. Torino: Boringhieri, pp. 441 – 546.



\*Frischherz, M. (2015). Affective agency and transformative shame: The voices behind The Great Wall of Vagina. *Women's Studies in Communication*, 38, 251 – 272.

Frith, H. (2013). Labouring on orgasms: Embodiment, efficiency, entitlement and obligations in heterosex. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 15(4), 494 – 510.

\*Gagnon, J. H. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research*, 1, 1 – 43.

Garcia, J. R., Lloyd, E. A., Wallen, K., & Fisher, H. E. (2014). Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of U.S. singles. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2645–2652.

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

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

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

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

Goldberg, D. C., Whipple, B., Fishkin, R. E., Waxman, H., Fink, P. J., & Weisberg, M. (1983). The Gräfenberg spot and female ejaculation: a review of initial hypotheses. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 9, 27 – 37.

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

Goldstein, I. (2010). Orgasmic anhedonia/PDOD overview. Retrieved October 29, 2023, from <https://sexualmed.org/known-issues/orgasmic-anhedonia/>

\*Goldstein, I., Goldstein, S. W., & Komisaruk, B. R. (2022). Should We Call it (G-Spot) a G-Zone?. *Sexual medicine reviews*, *10*(2), 181 – 182.

Goodman, D. L., Gillath, O., & Haj-Mohamadi, P. (2017). Development and validation of the pretending orgasm reasons measure. *Archives of Sexual Behavior*, *46*, 1973 – 1991.

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

Gräfenberg, E. (1950). The role of the urethra in female orgasm. *The International Journal of Sexology*, *3*(14), 5 – 8.

Gupta, K., & Cacchioni, T. (2013). Sexual improvement as if your health depends on it: An analysis of contemporary sex manuals. *Feminism & Psychology*, *23*, 441 – 458.

Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, *26*(4), 399 – 419.

Halliday, M., Mill, D., Johnson, J., & Lee, K. (2021). Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *17*(12), 2145 – 2150.

Hamann, S., Herman, R. A., Nolan, C. L., & Wallen, K. (2004). Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Nature neuroscience*, *7*(4), 411 – 416.

Hamilton, W. J., III, and Arrowood, P. C. (1978). Copulatory vocalizations of chacma baboons (*Papio ursinus*), gibbons (*Hylobates hoolock*), and humans. *Science*, *200*, 1405 – 1409.

Haning, R. V., O'Keefe, S. L., Beard, K. W., Randall, E. J., Kommor, M. J., & Stroebel, S. S. (2008). Empathic sexual responses in heterosexual women and men. *Sexual and Relationship Therapy*, *23*(4), 325 – 344.

Herbenick, D., Fu, T. J., Arter, J., Sanders, S. A., Dodge, B. (2018). Women's Experiences With Genital Touching, Sexual Pleasure, and Orgasm: Results From a U.S. Probability Sample of Women Ages 18 to 94. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(2), 201 – 212.

Herbenick, D., Fu, T., Patterson, C., & Dennis Fortenberry, J. (2021). Exercise Induced Orgasm and Its Association with Sleep Orgasms and Orgasms During Partnered Sex: Findings From a US Probability Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 50(6), 2631 – 2640.

Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). An event-level analysis of the sexual characteristics and composition among adults ages 18 to 59: results from a national probability sample in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 346 – 361.

\*Hess, W. R. (1957). *The Functional Organization of the Diencephalon*. Grune & Stratton. Inc., New York.

\*Hewson, C., Vogel, C., & Laurent, D. (2016). *Internet research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Hite, S. (1976). *The Hite report: A nationwide study of female sexuality*. New York: Dell

Hoch, Z. (1986). Vaginal erotic sensitivity by sexological examination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 65, 767 – 773.

Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277 – 1288.

\*Huffman, J. W. (1948). The detailed anatomy of the parurethral ducts in the adult human female. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55, 86 – 101.

Hurlbert, D. F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17(3), 183 – 190.

Ingelman-Sundberg, A. (1997). The anterior vaginal wall as an organ for the transmission of active forces to the urethra and the clitoris. *International Urogynecology Journal*, 8, 50 – 51.

Jani, N. N., & Wise, T. N. (1988). Antidepressants and inhibited female orgasm: a literature review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 14, 279 – 284.

Jannini, E. A., d'Amati, G., Lenzi, A., Goldstein, I., Meston, C., Davis, S., & Traish, A. (2005). Histology and immunohistochemical studies of female genital tissue. *Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment*. London: Taylor and Francis, 125 – 33.

Kelly, M., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2004). Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 263 – 276.

Kiefer, A. K., Sánchez, D. T., Kalinka, C. J., & Ybarra, O. (2006). How women's nonconscious association of sex with submission relates to their subjective sexual arousability and ability to reach orgasm. *Sex Roles: A Journal of Research*, 55(12), 93 – 94.

King, R., Belsky, J., Mah, K., Binik, Y. (2011). Are There Different Types of Female Orgasm? *Archives of Sexual Behavior*, 40(5), 865 – 875.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). Sexual behavior in the human male. Philadelphia and London. B. Saunders Company, 47.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., Gebhard, P. (1953). Sexual Behavior in the human female. Philadelphia: WB Saunders Company.

\*Komisaruk, B. R., Beyer-Flores, C., and Whipple, B. (2006). *The Science of Orgasm*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press.

Komisaruk, B. R., & Rodriguez del Cerro, M. C. (2021). How does our brain generate sexual pleasure? *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 602 – 611.

Komisaruk, B. R., Gerdes, C. A., Whipple, B. (1997). “Complete” spinal cord injury does not block perceptual responses to genital self-stimulation in women. *Archives of neurology*, 54(12), 1513 – 1520.

Komisaruk, B. R., Whipple, B., Crawford, A., Grimes, S., Liu, W. C., Kalnin, A., & Mosier, K. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain research*, 1024(1 – 2), 77 – 88.

\*Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., & Allen, K. (2010). An fMRI time-course analysis of brain regions activated during self-stimulation to orgasm in women. In Society for Neuroscience Abstracts (Vol. 285, No. 6).

\*Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Birbano, W., & Allen, K. (2011). An fMRI video animation time-course analysis of regions activated during self-stimulation to orgasm in women. Paper presented at the Society for Neuroscience Conference, Washington, DC, U.S.A.

Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Liu, W. C., Allen, K., & Brody, S. (2011). Women’s clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence. *The journal of sexual medicine*, 8(10), 2822 – 2830.

Kontula, O. (2009). *Between Sexual Desire and Reality: The evolution of Sex in Finland*. The Population Research Institute D49/2009. Helsinki: The Family Federation of Finland.

Kontula, O., & Miettinen, A. (2016). Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective neuroscience & psychology*, 6, Article 31624.

Kunz, G., Beil, D., Huppert, P., Leyendecker, G. (2007) Oxytocin – a stimulator of directed sperm transport in humans. *Reproductive Biomedicine Online*, 14, 32 – 39.

Labbate, L. A., Grimes, J., Hines, A., Oleshansky, M. A., & Arana, G. W. (1998). Sexual dysfunction induced by serotonin reuptake antidepressants. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24, 3 – 12.

Lane, R. M. (1997). A critical review of selective serotonin reuptake inhibitor-related sexual dysfunction: incidence, possible aetiology and implications for management. *Journal of Psychopharmacology*, *11*(1), 72 – 82.

Lavie-Ajayi, M. (2005). “Because all real women do”: The construction and deconstruction of “female orgasmic disorder”. *Sexualities, Evolution and Gender*, *7*(1), 57 – 72.

Lavie-Ajayi, M., & Joffe, H. (2009). Social representations of female orgasm. *Journal of health psychology*, *14*(1), 98 – 107.

Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, *2*, 267 – 285.

\*Leavitt, C. E., Leonhardt, N. D., Busby, D., & Clarke, R. W. (2021). When is enough enough? Orgasm’s curvilinear association with relational and sexual satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, *18*, 167 – 178.

Leiblum, S. R., & Needle, R. (2006). Female Ejaculation: Fact or Fiction. *Current Sexual Health Reports*, *3*, 85 – 88.

Lentz, A. M., & Zaikman, Y. (2021) The Big “O”: Sociocultural Influences on Orgasm Frequency and Sexual Satisfaction in Women. *Sexuality & Culture*, *25*, 1096 – 1123.

Leonhardt, N. D., Willoughby, B. J., Busby, D. M., Yorgason, J. B., & Holmes, E. K. (2018). The Significance of the Female Orgasm: A Nationally Representative, Dyadic Study of Newlyweds’ Orgasm Experience. *The journal of sexual medicine*, *15*(8), 1140 – 1148.

Levin, R. J. (1981). The female orgasm – A current appraisal. *Journal of Psychosomatic Research*, *25*(2), 119 – 133.

Levin, R. J. (1992). The mechanisms of human female sexual arousal. *Annual Review of Sexual Research*, *3*, 1 – 48.

\*Levin, R. J. (2000). Normal sexual function. In M., Gelder, N., C., Andreasen, & J., Lopez-Ibor (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 875 – 882). Oxford: Oxford University Press.

Levin, R. J. (2002). The Physiology of Sexual Arousal in the Human Female: A Recreational and Procreational Synthesis. *Archives of Sexual Behavior*, *31*(5), 405 – 411.

Levin, R. J. (2004). An orgasm is... who defines what an orgasm is? *Sexual and Relationship Therapy*, *19*(1), 101 – 107.

Levin, R. J. (2014). The pharmacology of the human female orgasm – Its biological and physiological backgrounds. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *121*, 62 – 70.

Levin, R. J., & Wagner, G. (1985). Orgasm in women in the laboratory: Quantitative studies on duration, intensity, latency, and vaginal blood flow. *Archives of Sexual Behavior*, *14*, 439 – 449.

\*Levin, R. J., Wagner, G., & Ottesen, B. (1981). Simultaneous monitoring of human vaginal haemodynamics by three independent methods during sexual arousal. In Z., Hoch, & H., I., Lief (Eds.), *Sexology* (pp. 114 – 120). Amsterdam: Elsevier.

Lobe, B. (2017). Best practices for synchronous online focus groups. In R., Barbour, & M., David (Eds.), *A new era in focus group research: Challenges, innovation and practice* (pp. 227 – 250). London: Palgrave Macmillan.

Lovie, K., & Marashi, A. (2022). Coital positions and clitoral blood flow: A biomechanical and sonographic analysis. *Sexologies*, *31*, 423 – 429.

Lundberg, P. O., & Brattberg, A. (1992) Sexual dysfunction in selected neurologic disorders: hypothalamo-pituitary disorders, epilepsy, myelopathies, polyneuropathies, and sacral nerve lesions. *Seminars in Neurology*, *12*(2), 115 – 119.

Maas, M. K., Shearer, C. L., Gillen, M. M., & Lefkowitz, E. S. (2015). Sex rules: Emerging adults' perceptions of gender's impact on sexuality. *Sexuality and Culture*, *19*, 617 – 636.

Magill, R. S. (1993). Focus groups, program evaluation, and the poor. *Journal of Sociology and Social Welfare*, *20*, 103 – 114.

Mah, K., & Binik, Y. M. (2001). The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical Psychology Review, 21*, 823 – 856.

Mah, K., & Binik, Y. M. (2002). Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of the orgasm experience across gender and sexual context. *Journal of Sex Research, 39*(2), 104 – 113.

Mah, K., & Binik, Y. M. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*(3), 187 – 200.

Mahé, C., Zlotkowska, A. M., Reynaud, K., Tsikis, G., Mermillod, P., Druart, X., Schoen, J., Saint-Dizier, M. (2021). Sperm migration, selection, survival, and fertilizing ability in the mammalian oviduct. *Biology of Reproduction, 105*(2), 317 – 331.

\*Marecek, J., Crawford, M., & Popp, D. (2004). On the construction of gender, sex, and sexualities. In A. H. Eagly, A. Beall, & R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 192 – 216). The Guilford Press.

\*Marshall, D. S. (1971). Sexual behaviour on Mangaia. In D., Marshall, & R., C., Suggs (Eds.), *Human Sexual Behaviour – Variations in the Ethnographic Spectrum* (pp. 103 – 162). Basic Books: New York.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown.

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

Matteo, S., & Rissman, E. F. (1984). Increased sexual activity during the midcycle portion of the human menstrual cycle. *Hormones and Behavior, 18*, 249 – 255.

Mazloomdoost, D., & Pauls, R. N. (2015). A Comprehensive Review of the Clitoris and Its Role in Female Sexual Function. *Sexual medicine reviews, 3*(4), 245 – 263.

McCabe, M. P. (2009). Anorgasmia in women. *Journal of Family Psychotherapy, 20*, 177 – 197.



Melzack, R., & Torgerson, W. S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 50 – 59.

Meston, C. M., & Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 477 – 507.

Meston, C. M., & Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Archives Of General Psychiatry*, 57(10), 12 – 30.

Meston, C. M., & Gorzalka, B. B. (1992). Psychoactive drugs and human sexual behavior: the role of serotonergic activity. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 1 – 40.

Meston, C. M., Levin, R. J., Sipski, M. L., Hull, E. M., & Heiman, J. R. (2004). Women's Orgasm. *Annual Review of Sex Research*, 15, 173 – 257.

Money, J. (1960). Phantom orgasm in the dreams of paraplegic men and women. *Archives of General Psychiatry*, 3, 373 – 382.

\*Morgan, D. L. (1992). Designing focus group research. In M. A., Stewart, F., Tudiver, M. J., Bass, E. V., Dunn, & P. G., Norton (Eds.), *Tools for primary care research* (pp. 177 – 193). Sage Publications, Inc.

Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129 – 152.

Morgan, D. L. (1997). Focus groups as qualitative research (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Mould, D. E. (1980). Neuromuscular aspects of women's orgasms. *The Journal of Sex Research*, 16, 193 – 201.

Moyano, N., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2016) Sexual desire inventory: Two or three dimensions? *The Journal of Sex Research*, 54, 105 – 116.

\*Moynihan R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 326(7379), 45 – 47.

Muehlenhard, C. L., & Shippee, S. K. (2010). Men's and women's reports of pretending orgasm. *Journal of Sex Research*, 47, 552 – 567.

Muñoz-García, L. E., Gómez-Berrocal, C., & Sierra, J. C. (2023). Evaluating the Subjective Orgasm Experience Through Sexual Context, Gender, and Sexual Orientation. *Archives of sexual behavior*, 52(4), 1479 – 1491.

Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1983). Dimensions of subjective female orgasmic responsiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(4), 862 – 873.

Nicholas, A., Brody, S., De Sutter, P., De Carufel, F. (2008) A Woman's history of vaginal orgasm is discernible from her walk. *Journal of Sexual Medicine*, 5(21), 19 – 24.

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.

O'Connell, H. E., Sanjeevan, K.V., & Hutson, J. M. (2006). Anatomy of the clitoris. *The Journal of Urology*, 174 (4 – Pt 1), 1189 – 1195.

\*Ogden, G. (1981). Perception of touch in easily orgasmic women during peak sexual experiences. Unpublished doctoral dissertation, Institute for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco.

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

Panzeri, M., & Fontanesi, L. (2013). La sessualità femminile: fattori eccitanti e inibenti: uno studio tramite focus group su donne italiane. *Rivista di sessuologia clinica*, 20, 55 – 72.

Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107 – 115.

Pastor, Z., & Chmel, R. (2018). Differential diagnostics of female "sexual" fluids: a narrative review. *International urogynecology journal*, 29(5), 621 – 629.

Paterson, L. Q. P., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2013). Pleasure and pain: The effect of (almost) having an orgasm on genital and nongenital sensitivity. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1531 – 1544.

Paterson, L. Q. P., Jin, E. S., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2014). Gender similarities and differences in sexual arousal, desire, and orgasmic pleasure in the laboratory. *Journal of Sex research, 51*(7), 801 – 813.

Pauls, R. N. (2015). Anatomy of the clitoris and the female sexual response. *Clinical anatomy (New York, N.Y.), 28*(3), 376 – 384.

\*Perry, J. D., & Whipple, B. (1982). Multiple components of the female orgasm. In: B. Graber (Ed.), *Circumvaginal musculature and sexual function* (pp. 101–119). New York: Karger.

Pirke, K. M., & Kockott, G. (1982). Endocrinology of sexual dysfunction. *Clinics in Endocrinology and Metabolism, 11*, 625 – 637.

\*Polatin, P., & Douglas, D. E. (1953). Spontaneous orgasm in a case of schizophrenia. *Psychoanalytic Review, 40*, 17 – 26.

\*Pollen, J. J., & Dreilinger, A. (1984). Immunohistochemical identification of prostatic acid phosphatase and prostate specific antigen in female periurethral glands. *Urology, 23*, 303 – 304.

Prause, N., Kuang, L., Lee, P., & Miller, G. (2016). Clitorally stimulated orgasms are associated with better control of sexual desire, and not associated with depression or anxiety, compared with vaginally stimulated orgasms. *The Journal of Sexual Medicine, 13*, 1676 – 1685.

\*Robertiello, R. C. (1970). The "clitoral vs. vaginal orgasm" controversy and some of its ramifications. *The Journal of Sex Research, 6*, 307 – 311.

Rupp, H. A., James, T. W., Ketterson, E. D., Sengelaub, D. R., Ditzen, B., & Heiman, J. R. (2013). Lower sexual interest in postpartum women: relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin. *Hormones and behavior, 63*(1), 114 – 121.

Safron, A. (2016). What is orgasm? A model of sexual trance and climax via rhythmic entrainment. *Socioaffective Neuroscience & Psychology, 6*(1), 31763.

\*Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185 – 211.

Sánchez-Fuentes, M. M., Salinas, J. M., & Sierra, J. C. (2016). Use of an ecological model to study sexual satisfaction in a heterosexual Spanish sample. *Archives of Sexual Behavior, 45*, 1973 – 1988.

Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*, 67 – 75.

Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., Byers, E. S., & Sierra, J. C. (2015). Validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire in a Spanish sample. *The Journal of Sex Research, 52*, 1028 – 1041.

\*Schover, L. R., & Jensen, S. B. (1988). *Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach*. New York: Guilford.

Segraves, R. T. (1988). Psychiatric drugs and inhibited female orgasm. *Journal of Sex and Marital Therapy, 14*, 202 – 207.

Sevely, J. L., & Bennett, J. W. (1978). Concerning female ejaculation and the female prostate. *The Journal of Sex Research, 14*, 1 – 20.

Shen, W. W., & Hsu, J. H. (1995). Female sexual side effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors: a descriptive clinical study of 33 patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 25*, 239 – 248.

\*Sherfey, M. J. (1966). The evolution and nature of female sexuality in relation to psychoanalytic theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 14*(1), 28 – 128.

Sholty, M. J., Ephross, P. H., Plaut, S. M., Fischman, S. H., Charnas, J. F., & Cody, C. A. (1984). Female orgasmic experience: a subjective study. *Archives of Sexual Behavior, 13*, 155 – 164.

Shtarkshall, R. A., Anonymous, & Feldman, B. S. (2008). A woman with a high capacity for multi-orgasms: A non-clinical case-report study. *Sexual and Relationship Therapy, 23*(3), 259 – 269.

Singh, D., Meyer, W., Zamborano, R. J., & Hurlbert, D. F. (1998). Frequency and timing of coital orgasm in women desirous of becoming pregnant. *Archives of Sexual Behavior, 27*, 15 – 29.

\*Sommers, F., Caspers, H. P., Esders, K., Klotz, T., & Engelman, U. (2001). Measurements of vaginal and minor labial oxygen tension for the evaluation of female sexual function. *Journal of Urology, 165*, 1181 – 1184.

\*Spector, I. P., Carey, M. P., & Steinberg, L. (1998). Sexual desire inventory. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 174 – 176). London: Sage.

Stelzl, M., & Lafrance, M. N. (2021). “Damned if you do, damned if you don’t”: Women’s accounts of feigning sexual pleasure. *Feminism & Psychology, 31*(3), 385 – 403.

\*Symons, D. (1979). *The evolution of human sexuality*. New York: Oxford University Press.

Tavares, I. M., Laan, E. T. M., & Nobre, P. J. (2017). Cognitive-Affective Dimensions of Female Orgasm: The Role of Automatic Thoughts and Affect During Sexual Activity. *The journal of sexual medicine, 14*(6), 818 – 828.

Tavares, I. M., Laan, E. T. M., & Nobre, P. J. (2018). Sexual inhibition is a vulnerability factor for orgasm problems in women. *Journal of Sexual Medicine, 15*(3), 361 – 372.

\*Tepper, S. L., Jagirdar, J., Heath, D., & Geller, S. A. (1984). Homology between the female paraurethral (Skene’s) glands and the prostate. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 108*, 423 – 425.

Udry, J. R., & Morris, N. M. (1977). The distribution of events in the human menstrual cycle. *Journal of Reproduction and Fertility, 51*, 419 – 425.

Van Goozen, S. H., Wiegant, V. M., Endert, E., Helmond, F. A., & Van de Poll, N. E. (1997). Psychoendocrinological assessment of the menstrual cycle: the relationship between hormones, sexuality, and mood. *Archives of Sexual Behavior, 26*, 359 – 382.

Wagner, G., & Levin, R. J. (1980). Effect of atropine and methylatropine on human vaginal blood flow, sexual arousal and climax. *Acta Pharmacologica et Toxicologica*, *46*, 321 – 325.

\*Walker, P. W., Cole, J. O., Gardner, E. A., Hughes, A. R., Johnston, J. A., Batey, S. R., & Lineberry, C. G. (1993). Improvement in fluoxetine-associated sexual dysfunction in patients switched to bupropion. *Journal of Clinical Psychiatry*, *54*, 459 – 465.

Wallen, K., & Lloyd, E. A. (2011). Female sexual arousal: genital anatomy and orgasm in intercourse. *Hormones and behavior*, *59*(5), 780 – 792.

\*Wells, B. L. (1983). Nocturnal orgasms: Females' perception of a "normal" sexual experience. *The Journal of Sex Research*, *22*, 412 – 437.

Whipple, B., Ogden, G., & Komisaruk, B. R. (1992). Physiological correlates of imagery-induced orgasm in women. *Archives of Sexual Behavior*, *21*, 121 – 133.

Wildt, L., Kissler, S., Licht, P., & Becker, W. (1998). Sperm transport in the human female genital tract and its modulation by oxytocin as assessed by hysterosalpingoscintigraphy, hysteronography, electrohysteronography and Doppler sonography. *Human Reproduction Update*, *4*, 655 – 666.

Wimpissinger, F., Stifter, K., Grin, W., & Stackl, W. (2007). The female prostate revisited: perineal ultrasound and biochemical studies of female ejaculate. *The journal of sexual medicine*, *4*(5), 1388 – 1393.

Winter, K. A., & Kuiper, N. A. (1997). Individual differences in the experience of emotions. *Clinical psychology review*, *17*(7), 791 – 821.

\*Wise, N. (2014). Genital Stimulation, imagery, and orgasm in women: An fMRI Analysis (Doctoral dissertation, Rutgers University-Graduate School-Newark).

Wise, N. J., Frangos, E., & Komisaruk, B. R. (2017). Brain activity unique to orgasm in women: An fMRI analysis. *The journal of sexual medicine*, *14*(11), 1380 – 1391.

Wongsomboon, V., Burlison, M. H., & Webster, G. D. (2020). Women's Orgasm and Sexual Satisfaction in Committed Sex and Casual Sex: Relationship Between

Sociosexuality and Sexual Outcomes in Different Sexual Contexts. *Journal of sex research*, 57(3), 285 – 295.

Wood, J. M., Koch, P. B., & Mansfield, P. K. (2006). Women's sexual desire: A feminist critique. *The Journal of Sex Research*, 43(3), 236 – 244.

World Association for Sexual Health. (2021). Declaration on Sexual Pleasure. Retrieved October 5, 2023, from <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/WAS-DECLARATION-ON-SEXUAL-PLEASURE-2021-.pdf>

Wylie, K., & Levin, R. J. (2013). A self-treated case of female Pleasure Dissociative Orgasmic Disorder (PDOD). *Sexual and Relationship Therapy*, 28(3), 294 – 298.

Yen Chiang, A., & Chiang, W. Y. (2016). Behold, I am Coming Soon! A study on the conceptualization of sexual orgasm in 27 languages. *Metaphor and Symbol*, 31, 131 – 147.

Zaviacic, M., & Whipple, B. (1993). Update on the female prostate and the phenomenon of female ejaculation. *The Journal of Sex Research*, 30, 148 – 151.

Zaviacic, M., Jakubovsky, J., Polak, S., Zaviacicova, Z., Holoman, I. K., Blazekova, J., & Gregor, P. (1984). The fluid of female urethral expulsions analysed by histochemical electron-microscopic and other methods. *Histochemical Journal*, 16, 445 – 447.

Zemlan, F. P., & Behbehani, M. M. (1988). Nucleus cuneiformis and pain modulation: anatomy and behavioral pharmacology. *Brain research*, 453(1 – 2), 89 – 102.

Zervomanolakis, I., Ott, H. W., Hadziomerovic, D., Mattle, V., Seeber, B. E., Virgolini, I., Heute, D., Kissler, S., Leyendecker, G., & Wildt, L. (2007). Physiology of upward transport in the human female genital tract. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1101, 1 – 20.