


Sessualità maschile e terza età



Sommario

Sessualità maschile e terza età di R. Rossi*, E. Dalia*	2
Fattori che incidono sulla sessualità maschile nella terza età	3
L'emissione del liquido pre-eiaculatorio dalle ghiandole di Cowper .	4
Nell'uomo non esiste niente di rapportabile alla menopausa	6
Proposte per una consulenza sessuale nella terza età	11
Gli uomini che hanno una disfunzione erettile.....	12
Conclusioni	14
Bibliografia	16

Sessualità maschile e terza età di R. Rossi*, E. Dalia*

*Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

**Istituto di Sessuologia Clinica di Roma

Negli ultimi dieci anni il miglioramento della qualità della vita degli anziani dei paesi industrializzati, ha condotto ad una maggiore interesse scientifico verso la sessualità nella terza età, in quanto parte integrante della salute psico-fisica dell'individuo. Recenti ricerche (Dello Buono et al., 1998; Bortz et al., 1999; Boyle, 1999), dimostrano che con l'età si hanno modificazioni fisiologiche, ma la sessualità nell'accezione fisica e psichica rimane anche se con diversa intensità ed espressività.

Ciò ha senza dubbio contribuito a sradicare molte delle false credenze che conducevano a considerare la sessualità in tarda età come disdicevole e condannabile, ma ancora oggi molte persone anziane hanno difficoltà ad affrontare con successo i naturali cambiamenti associati all'invecchiamento e molto spesso non riescono a far emergere il proprio disturbo e a reperire centri in cui poter discutere le proprie problematiche con dei professionisti (Muraro, et al., 1999).

Lo scopo di questo articolo è di offrire una sintetica rassegna delle attuali conoscenze sulla sessualità maschile nella terza età, considerando quelli che sono i principali fattori che influenzano l'espressione sessuale e le principali ricerche empiriche condotte in quest'ambito.

In questo lavoro il termine terza età è stato utilizzato per indicare un lungo periodo di vita il cui inizio lo si può convenzionalmente fissare a 65 anni (Rifelli, 1998).

Fattori che incidono sulla sessualità maschile nella terza età

"Nello studio della sessualità nella persona che invecchia, le possibili modificazioni anatomiche, endocrinologiche, neurologiche, assumono significato solo quando vengono integrate nella comprensione degli aspetti psicologici, sociali e culturali" (Cesa-Bianchi, Vecchi, 1998 p.167). I naturali cambiamenti nella fisiologia maschile rappresentano solo la prima tappa necessaria per comprendere la sessualità nella terza età, perché l'essere umano è in relazione non solo con il proprio corpo, ma anche con gli altri e con il mondo. Fattori fisiologici. La maggior parte degli autori sembrano riconoscere che da un punto di vista anatomo-fisiologico le modificazioni nella situazione di base e nelle fasi di risposta sessuale caratterizzano diversamente il rapporto, ma non lo impediscono (Pepe et al, 1992; Valdina, 1994; Capodiecì, 1996; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998; Rifelli, 1998; Duffy, 1998).

Con l'avanzare degli anni negli uomini si assiste ad una diminuzione della produzione ormonale, con una graduale regressione degli organi androgeni-dipendenti quali lo scroto, il pene, i peli, i tessuti muscolari, i testicoli. Ma tali cambiamenti sono molto lenti e non hanno un immediato effetto sull'attività sessuale. Per esempio l'eventuale diminuzione del tasso di testosterone, non condiziona la potenza virile di un uomo che è invece associata a fattori psicologici o a modifiche del sistema nervoso centrale. L'anziano mantiene sia la capacità di avere un rapporto che quella di procreare. Per quanto riguarda i cambiamenti nella risposta sessuale maschile con il

trascorrere degli anni l'uomo impiega più tempo per raggiungere l'erezione che spesso è meno completa ed efficiente. Avendo questa precisa consapevolezza e prevedendo questi naturali ritardi nel tempo di reazione, l'atto sessuale può procedere nel suo diverso iter (diverso da quello dei giovani) e concludersi felicemente senza panico (Capodiecì, 1996; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998). L'innalzamento e la congestione dei testicoli possono essere scarsi o del tutto assenti, anche la vasocongestione dello scroto è trascurabile (Valdina, 1994). Una volta raggiunto questo elevato livello di tensione sessuale: l'erezione potrà essere efficace come negli anni precedenti e protratta per più tempo senza che intervenga la sensazione irrefrenabile dell'eiaculazione, tanto da potere concedere alla partner maggiore tempo e gradienti supplementari di piacere (Pentimone e Del Corso, 1994; Valdina, 1994; Capodiecì, 1996).

L'emissione del liquido pre-eiaculatorio dalle ghiandole di Cowper

L'emissione del liquido pre-eiaculatorio dalle ghiandole di Cowper è scarso o del tutto assente (Pepe et al., 1992; Valdina, 1994; Capodiecì, 1996). L'orgasmo è raggiunto in un periodo più breve di tempo e la fase di sensazione di inevitabilità eiaculatoria può anche mancare (Valdina, 1994; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998; Bartlik e Goldstein, 2001). Quando ciò accade è dovuto o a un difetto di produzione di testosterone, o perché il soggetto è riuscito ad esercitare un diniego dell'eiaculazione (Valdina, 1994; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998). L'eiaculazione si presenta con un minor numero di contrazioni e un ridotto volume del liquido seminale, essa inoltre è meno energica (Pepe et al., 1992; Valdina, 1994; Schiavi e Rehman, 1995; Capodiecì, 1996; Duffy, 1998; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998; Leiblum e Segraves, 2000; Bartlik e Goldstein, 2001) ma ciò non modifica necessariamente l'intensità delle sensazioni organiche

(Valdina, 1994). Dopo l'eiaculazione, l'anziano perde l'erezione con estrema rapidità e la fase di refrattarietà, cioè la capacità di avere una seconda eiaculazione dopo un primo rapporto, si allunga notevolmente fino a raggiungere in certi casi anche tempi quantificabili in giornate (Pepe et al., 1992; Macchione e Tamietti, 1993; Valdina, 1994; Schiavi e Rehman, 1995; Capodiecì, 1996; Duffy, 1998; Bartlik e Goldstein, 2001).

Con l'avanzare degli anni, alcuni uomini sperimentano cambiamenti (riduzione) nella sensibilità peniena (Schiavi e Rehman, 1995; Rowland, 1998; Bartlik e Goldstein, 2001) e una ridotta frequenza di erezioni notturne (Schiavi & Schreiner-Engel, 1988; Pepe et al, 1992). Un altro frequente cambiamento è l'aumento della quantità e della latenza dei potenziali somatosensoriali evocati dall'area dei genitali (Benelmans et al, 1999). Questi cambiamenti sensoriali potrebbero influenzare la funzione sessuale interferendo con i meccanismi che mediano l'erezione e l'eiaculazione e provocando una diminuzione delle sensazioni di piacere (Schiavi, 1999). La forza e la frequenza del desiderio sessuale si riduce con gli anni. Quando non si verifica una riduzione parallela nell'interesse del partner, compaiono incomprensioni, delusioni, e "ritirate sessuali". È per questa ragione che già nel 1977 Master e Johnson, sottolineavano che gli anziani e le loro partner dovrebbero essere consapevoli di tali cambiamenti perché ciò eviterebbe l'insorgenza di disfunzioni sessuali psicologiche che possono essere evitate.

Le modificazioni descritte variano molto da persona a persona, e pertanto la valutazione della capacità sessuale deve essere fatta, considerando la storia passata del soggetto e non facendo un

confronto con degli standard generalizzati. Molti autori si sono chiesti se esiste l'andropausa, cioè se anche l'uomo sperimenta un periodo della vita che sia fisicamente o psicologicamente comparabile con la menopausa femminile. D'Ottavio e Simonelli (1990) affermano che il termine andropausa conduce ad una confusione semantica e biologica. Confusione semantica in primo luogo perché mentre il termine menopausa significa la fine delle mestruazioni, andropausa, la fine dell'uomo. Per cui è un termine improprio e invalidante, coniato per una sintomatologia sfumata e polimorfa, probabilmente correlabile con molti altri fattori. Una malattia che forse non esiste, ma che proprio per questo sembra comportare vere e proprie epidemie sulla base del disagio che diventa ben presto nemico occulto immateriale e imprevedibile. Confusione biologica in quanto, in realtà la parola andropausa è un abuso dal punto di vista medico. Le modificazioni indotte dall'età sul funzionamento dell'apparato genitale maschile sono sfumate e solo lentamente progressive.

Nell'uomo non esiste niente di rapportabile alla menopausa

Nell'uomo non esiste niente di rapportabile alla menopausa, perché la produzione del testosterone presenta un declino lento e graduale e non repentino, inoltre vi sono molte differenze tra un uomo ed un altro, per cui alcuni anziani presentano livelli di testosterone simili a quelli che avevano in gioventù (Capodice, 1996). La capacità riproduttiva acquisita con la pubertà, scompare nella donna con la menopausa, mentre è mantenuta, anche se attenuata, nell'uomo anziano (Trotta, 1993). Altri autori (Schow et al., 1997) sostengono che nell'uomo non esiste l'andropausa come evento fisiologico analogo alla menopausa femminile, inteso cioè, come la completa cessazione della funzione riproduttiva. Ma aggiungono che molti sintomi che

sono associati alla menopausa compaiono nell'uomo anziano, anche se l'incidenza, la gravità e l'età di esordio sono più variabili.

Quindi nell'accezione più generale del termine, esiste una menopausa maschile e può essere definita come un graduale declino della funzione gonadale, che è correlato all'età e che può avere un ruolo nei cambiamenti della funzione sessuale. Più di recente, Schiavi (1999) ha concluso che il testosterone biodisponibile non è correlato alla funzione erettile, ma può essere correlato ad un declino della libido. Infatti, la somministrazione di testosterone sembra accrescere il desiderio sessuale di uomini anziani ipogonadali (Bartlik e Goldstein, 2001). Fattori psicologici. L'attività sessuale nella terza età è influenzata dai fattori psicologici che contribuiscono all'emergere di problemi sessuali anche nei giovani, e che sono radicati nella natura dell'individuo e delle relazioni interpersonali (Schiavi; Rehman, 1995). Di particolare importanza sono gli effetti deleteri della non conoscenza e delle scorrette aspettative sulla funzione sessuale nel corso dell'invecchiamento (Master e Johnson, 1977; Valdina, 1994; Capodiecì, 1996; Leiblum e Segraves, 2000). È molto importante che le persone anziane siano a conoscenza delle naturali variazioni nella loro funzione sessuale, perché la non conoscenza di tali cambiamenti può portare a interpretazioni errate di ciò che sta accadendo. Ansia da prestazione e il timore di fallimenti sono molto spesso alla base di difficoltà erettile.

La relazione di reciproco rinforzo tra ansia anticipatoria e inibizione della funzione erettile è comunemente associata a una notevole auto-critica che è deleteria per il piacere e l'eccitamento sessuale (Schiavi e Rehman, 1995; Duffy, 1998). Da un punto di vista

psicologico il fattore che maggiormente incide sulla sessualità è il proprio passato. La terza età rappresenta la componente ultima della vicenda umana, quindi non può prescindere dagli equilibri o disequilibri che hanno caratterizzato la sessualità nelle epoche precedenti. Mentre in passato ha dominato una tendenza repressiva e colpevolizzante che sosteneva che un precoce inizio dell'attività sessuale, cioè prima del matrimonio, e una frequenza eccessiva avrebbero condotto ad una precoce cessazione di tale attività. Oggi è stato dimostrato il contrario, cioè quanto maggiore è l'abitudine al rapporto tanto più facilmente esso si protae anche nella terza età (Rifelli, 1998) Anche il modo in cui le persone anziane reagiscono alle malattie, che sono molto frequenti nella terza età, può avere gravi ripercussioni sull'attività sessuale. Duffy (1998) per esempio, sostiene che molto spesso gli anziani reagiscono alla malattia con rabbia diretta contro il destino, se stesso, o il proprio partner, e ciò interferisce con la sessualità, in quanto il partner sano non riesce a stabilire un rapporto con una persona tesa ed aggressiva.

In alcuni casi gli anziani malati provano risentimento per la salute degli altri, o per il fatto che la vita continui anche senza di loro. Quando il disturbo è stato causato da uno stile di vita non salutare, è il partner sano a provare rabbia nei confronti del paziente. Ciò è molto frequente nei casi di disturbi provocati da abuso di alcool o fumo. Il senso di colpa per una relazione extraconiugale è molto spesso alla base di disturbi sessuali per molte persone anziane. Un lutto recente può determinare disturbi sessuali per ragioni diverse in rapporto alla persona scomparsa o al legame affettivo esistente. L'elaborazione del lutto nelle persone anziane richiede inoltre, tempi più lunghi (Capodiecì, 1996). A ciò si aggiunge la difficoltà che gli anziani sperimentano nell'attivazione di nuove relazioni che non sono favorite dal contesto familiare e sociale. Molto spesso anziani vedovi possono sentirsi in colpa per aver instaurato una nuova relazione e

aver quindi tradito la memoria del proprio partner. Le difficoltà sociofamiliari e le patologie fisiche tipiche dell'età geriatrica favoriscono l'emergere di disturbi psichici, per esempio, l'anziano che non riesce più a incidere sulle situazioni familiari a causa delle sue difficoltà cognitive prova un forte senso di disfunzione erettile e di dipendenza che molto spesso comporta un disturbo d'ansia, con sintomi quali senso di panico, sudorazione eccessiva, angoscia per il futuro (Schiavi e Rehman, 1995).

Nella terza età si assiste frequentemente ad una scissione tra mente e corpo, con una conseguente focalizzazione dell'attenzione sulle funzioni somatiche, che in alcuni casi può arrivare ad ipocondria, cioè ad un'eccessiva e patologica preoccupazione per le proprie condizioni di salute. Alla base di questa eccessiva preoccupazione c'è molto spesso la perdita d'interesse per il mondo esterno, un dispiacere in campo affettivo o la ridotta attività (Capodieci, 1996). Uno dei disturbi più comuni tra le persone anziane è la depressione, che molto spesso non viene riconosciuta perché si manifesta con sintomi molto diversi. Oltre a tristezza e malinconia, altri sintomi depressivi sono: nervosismo, ansia, facile irritabilità, perdita di appetito, sonno irregolare, incapacità di prendere decisioni, senso di colpa e di inutilità, riduzione del desiderio sessuale e rallentamento verbale e psico-motorio (Capodieci, 1996; Duffy, 1998). Tali disturbi psichici e in particolare la depressione comportano gravi problemi sessuali nell'anziano, e molto spesso l'uso di farmaci (antidepressivi) può causare disfunzioni sessuali, creando un circolo vizioso. Vi sono persone che in questi casi rifiutano di curarsi (Duffy, 1998).

Fattori socio-culturali. Anche i fattori socio culturali svolgono un ruolo determinante sul comportamento sessuale. Processi di socializzazione influenzano notevolmente la sessualità delle persone, il loro ruolo sessuale all'interno di un gruppo, come anche le norme

e i valori del gruppo ai quali aderiscono (Deacon, et al., 1995). Anche se i ruoli sessuali sono cambiati e abbiamo assistito sin dagli anni '60 ad una maggior libertà nell'espressione sessuale, continuano ad esistere vari stereotipi sulle persone anziane che le descrivono come non attraenti, incapaci di raggiungere piacere sessuale e soprattutto non interessate al sesso. Molto spesso gli anziani interiorizzano tali stereotipi e vivono la sessualità come riprovevole da un punto di vista morale e sociale. In molti casi queste motivazioni spingono la coppia a non esporre i propri problemi sessuali al medico di famiglia o allo specialista (Pepe et al., 1992; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998).

Quando sia radicato che gli anziani non ricorrano all'attività sessuale o che per lo meno non ne necessitano è testimoniato dal fatto che le stesse organizzazioni o strutture sociali che si sono sviluppate a tutela degli anziani non hanno predisposto spazi che favoriscano le relazioni sociali intese in senso lato, né hanno adeguatamente riconosciuto le necessità sessuali o relazionali che indirettamente o direttamente possono favorire le relazioni sociali e quindi l'attività sessuale dei loro clienti (Pepe et al, 1992; Capodieci, 1996; Duffy, 1998; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998). I differenti ruoli sociali che l'uomo e la donna hanno avuto si riflette sulla loro sessualità. Gli uomini anziani hanno più probabilità rispetto alle donne di sposarsi e di risposarsi in caso di divorzio o di morte del partner. Ruoli convenzionali enfatizzano l'iniziativa, la prestazione, nel lavoro e nelle relazioni sociali. Dopo il pensionamento e le naturali variazioni fisiologiche che accompagnano l'invecchiamento gli uomini possono sperimentare una perdita di autostima (Deacon et al., 1995; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998).

Proposte per una consulenza sessuale nella terza età

Come è stato precedentemente evidenziato uno dei problemi maggiormente diffusi tra le persone anziane è la disfunzione erettile. Quando questo problema è persistente (non situazionale), gli anziani dovrebbero essere inviati ad un urologo, per una visita medica (Koeneman, et al, 1997). L'iter diagnostico prevede un'anamnesi e valutazione fisica, e l'esecuzione di test di laboratorio, quali un completo esame emocromocitometrico, analisi delle urine, test della funzione renale, profilo lipidico ed esami ormonali (Miller, 2000). Nel setting urologico sono disponibili vari esami per valutare la funzione erettile, quali un monitoraggio della funzione peniena durante la notte, e l'iniezioni intracavernose di sostanze vasoattive.

I trattamenti disponibili per questo tipo di problemi sono molteplici: farmaci orali quali il sildenafil (Viagra); iniezioni intracavernose di sostanze vasoattive (quali la Prostaglandina E1, la Papaverina e la Fentolamina); vacuum devices; protesi peniene; terapia sessuale. L'introduzione di efficaci sostanze vasoattive, orali per il trattamento di disfunzioni erettile ha avuto un grande impatto sul trattamento di uomini in terza età (Goldstein et al, 1998). Il Sildenafil, un inibitore della guanosina monofosfato ciclica, aumenta la risposta erettile alla stimolazione sessuale. Un'indagine ha riportato che il 69% di uomini con problemi erettile di moderata gravità e di eziologia diversa ha risposto all'uso di questo farmaco con un ritorno della funzione. Le iniezioni intracavernose di sostanze vasoattive nelle persone anziane sono efficaci a patto che ai pazienti vengano date opportune istruzioni e incoraggiamenti, perchè sono frequenti i casi di pazienti che abbandonano questo tipo di intervento. I vacuum

devices, utilizzati soprattutto negli Stati Uniti, sono dispositivi cilindrici che creano una pressione negativa intorno al pene per cui c'è un richiamo di sangue nel tessuto erettile e vengono utilizzati con i pazienti che hanno problemi meno gravi. Per i casi più difficili si ricorre all'impianto di protesi peniene (Bartlik e Goldstein, 2001).

Gli uomini che hanno una disfunzione erettile

Gli uomini che hanno una disfunzione erettile, molto spesso si sentono dei falliti, e il loro livello di autostima si riduce notevolmente. A questi sentimenti si aggiunge spesso il disappunto e la rabbia della partner. Per evitare che la situazione precipiti è opportuno che rivolgersi ad un medico e, se la coppia è disposta a sottoporsi ad una terapia sessuale, è opportuno inviarla da professionisti nel campo. Spesso la terapia sessuale è utile per aiutare la coppia ad adattarsi ai vari trattamenti medici che possono essere prescritti per la disfunzione erettile. Per esempio il partner può opporsi al trattamento prescritto, sia esso una pillola, un'iniezione, un vacuum device, perché è "troppo meccanico o troppo spaventoso", "non è naturale" o "è troppo lungo", ma in realtà molto spesso vi sono alla base di questa opposizione, altri motivi, più o meno consci, quali per esempio il timore di essere lasciati per una persona più giovane (Bartlik e Goldstein, 2001). Una terapia sessuale o una consulenza associata al trattamento urologico può migliorarne i risultati.

Vi sono pazienti che interrompono i trattamenti perché scoprono che riacquistare la capacità di raggiungere una solida erezione non è la soluzione a tutti i loro problemi. Molto spesso infatti, gli individui in relazioni disfunzionali tendono a minimizzare i problemi relazionali e a porre l'accento sul disturbo sessuale come causa centrale dei loro problemi (Segraves & Segraves, 1998), poi però scoprono che

ristabilire la funzione sessuale non risolve le loro difficoltà interpersonali. È evidente che in questi casi la terapia sessuale rappresenta l'intervento chiave. La rapida soluzione della disfunzione sessuale in uno dei partner, creerà dei problemi se l'altro partner non vuole recuperare la relazione sessuale, da qui la necessità di condurre una terapia di coppia (Leiblum e Segraves, 2000). Bartlik e Goldstein (2001) sostengono che nel corso della terapia sessuale, possono essere forniti, utili suggerimenti agli anziani con disfunzione erettile.- Fare sesso al mattino, quando è più probabile avere un'erezione.

Evitare rapporti, quando il partner maschile è arrabbiato o stressato.- Eseguire stimolazioni, manuali o orali, prima e durante il rapporto.- Spendere più tempo per attività sessuali che vanno oltre il loro usuale repertorio, per esempio può essere utile per entrambi i partner raggiungere l'orgasmo attraverso nuove tecniche.- Incoraggiare il partner a sperimentare piacere sessuale, anche in seguito ad un fallimento erettile. Tale incoraggiamento è utile per ridurre la frustrazione del partner e l'ansia da prestazione. - Fare a turno nel dare e ricevere piacere.È importante sottolineare che interventi di consulenza sessuale possono essere molto utili anche a quelle persone anziane che hanno difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti fisici connessi all'età, anche a causa dei pregiudizi esistenti. Per esempio, la maggior parte degli anziani crede fermamente che tutte le espressioni sessuali conducano ad una penetrazione vaginale.

Allo stesso modo, per molti uomini l'idea che la loro relazione interpersonale possa influenzare la capacità di raggiungere un'erezione è un concetto estraneo. Informare questi pazienti sui naturali processi che accompagnano l'invecchiamento può essere

molto utile. Molti pazienti non forniscono volontariamente informazioni sulla loro vita sessuale, ma sono disposti a rispondere alle domande del professionista. È opportuno per i professionisti: iniziare con domande aperte e successivamente ricavare ulteriori informazioni da domande dirette per stabilire dei dettagli del problema; utilizzare un linguaggio che sia familiare e quindi facilmente comprensibile dal paziente; intervistare quando è possibile entrambi i partner e fare un'attenta anamnesi delle malattie e dei farmaci utilizzati. Dopo aver ottenuto le informazioni necessarie, il clinico formulerà il problema, evidenziandone le componenti principali, quindi presenterà tale formulazione alla coppia, accertandosi che venga compresa e accettata.

Conclusioni

Le modificazioni nella fisiologia sessuale riscontrabili in età avanzata possono influire sul comportamento sessuale e favorire l'insorgenza di alcuni disturbi. Il più piccolo segno di una deficienza funzionale, una qualsiasi difficoltà sociale o relazionale vengono rapidamente sfruttati dagli anziani per giustificare una "ritirata sessuale" che se da una parte è temuta, dall'altra è anche desiderata poiché comporta un progressivo disimpegno che permette di evitare ogni competizione, ogni forma di insuccesso, ogni forma di frustrazione.

La funzione sessuale nella terza età può liberarsi da esigenze biologiche pressanti e può acquisire il ruolo di un vero e proprio lusso funzionale che l'individuo potrà permettersi a seconda della sua disposizione psicologica. La persona infatti può svalorizzare il proprio corpo, considerandolo non meritevole di un interessamento affettivo, oppure può viverlo come qualcosa che ha trasformato ed adattato durante gli anni per farne veramente una parte di sé (Cesa-

Bianchi, Vecchi, 1998). Rifelli (1998) sostiene che gli anziani avranno molte difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti che caratterizzano la terza età se ci si ostina a voler collocarli nella dimensione adulta, considerandoli dotati di salute sessuale solo se mantengono un'attività sessuale immutata rispetto agli anni precedenti. Secondo l'autore esiste una caratteristica specifica della terza età, l'interiorizzazione, cioè spostare l'attenzione dal mondo esterno a quello interno, che può aiutarli ad elaborare positivamente l'età che avanza, in quanto li fa essere meno condizionati dai ruoli, dalle aspettative e dalle interazioni sociali.

Da un punto di vista affettivo gli anziani manifestano un maggior bisogno di contatto e tenerezza. Nel rapporto di coppia, a meno che non vi siano antiche conflittualità, sono più disponibili e tolleranti. L'identità sessuale, si fa più flessibile e consente alle componenti di mascolinità e femminilità che la strutturano un'espressione non condizionata dalla rigidità imposta dai ruoli sociali. Le naturali variazioni nella fisiologia sessuale, non rappresentano un declino, ma forniscono la possibilità di rapporti più pacati e prolungati che associandosi alle caratteristiche cognitivo-affettive, si traducono in una intimità dove all'efficienza si sostituisce la dolcezza.

La possibilità del coito vaginale o il raggiungimento dell'orgasmo, la frequenza e l'intensità del rapporto hanno un'importanza relativa rispetto al bisogno di vicinanza, alla necessità di sentirsi desiderati e apprezzati, ai valori relazionali che lo scambio sessuale comporta. Tutte queste caratteristiche consentono di non rassegnarsi passivamente all'età che avanza, ma affrontarla ed elaborarla, per utilizzare al meglio le capacità disponibili e le ricchezze esperenziali

accumulate negli anni, scegliendo l'impegno di un vivere ancora attivo o il disimpegno di un vivere contemplativo. Quindi i risultati attualmente raggiunti dalla ricerca scientifica sono incoraggianti e in futuro sarà possibile migliorare la qualità della vita degli anziani operando a livello psicologico, medico e sociale sia nella prevenzione che nell'intervento riabilitativo.

Bibliografia

Avis, N. E. PhD (2000) "Sexual function and aging in men and women: community and population-based studies". *The Journal of Gender-Specific Medicine* 3(2):37-41.

Bartlik, B., M.D., Goldstein, M. Z., M.D. (2001) "Men's sexual health after midlife". *Practical Geriatrics*, 52(3):291-306.

Bortz, W. M. 2nd, Wallace DH, Wiley D. (1999). "Sexual function in 1,202 aging males: differentiating aspects". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 54(5):M237-41.

Boyle, P. (1999). "Epidemiology of erectile dysfunction. In C. C. Carson, R. S. Kirby, & I. Goldstein (Eds.), *Textbook of erectile dysfunction* (pp.15-24). Oxford: Isis.

Capodiecì, S. (1994) "La dimensione della sessualità nella terza età". *Rivista di Sessuologia Clinica*, 1:66-86.

Capodiecì, S., (1996). *L'età dei sentimenti. Amore e sessualità dopo i 60 anni*. Roma, Città Nuova Editrice.

Cesa-Bianchi, M.; Vecchi, T. (1998). *Elementi di Psicogerontologia*. Franco Angeli

Chiaia, E., (1992). *Eva e la mela matura*. Torino, Boringhieri.

De Leo D., Capodici S. (1990). *La vita sessuale nella terza età*. Milano, Mursia Editore.

Deacon, S., Minichiello, V., Plummer, D. (1995). "Sexuality and The Older People: Revisiting The Assumptions". *Educational Gerontology*, 21: 497-513.

Dello-Buono, M; Zaghi, P. C; Padoani, W; Scocco, P; Urciuoli, O.; Pauro, P.; De-Leo, D. (1998). "Sexual feelings and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106-year-olds". *Archives-of-Gerontolog -and Geriatrics*, 6: 155-162.

D'Ottavio, G., Simonelli, C., (1990). *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Duffy, L. M. MS, RN, C, ANP, GNP (1998) "Lovers, loners, and lifers: sexuality and the older adult". *Geriatrics* 53(1): S66-S69.

Hajjar, R. R., Kaiser F. E., Morley, J. E. (1997). "Outcomes of long term testosterone replacement in older hypogonadal males: A retrospective analysis". *Journal of Clinic Endocrinol Metab.* 82: 3793-3796.

Healthy sexuality and vital aging. (1999). Washington, DC: American Association for Retired Persons.

Jacobs, R. H. (1994). "His and her aging:differences, difficulties, dilemmas, delights". *Journal of geriatric psychiatry*, :113-128.

Kaiser, F. E. MD (1996) "Sexuality in the elderly". *Urologic Clinics of North America*,23(1): 99-109.

Kennedy, G. J., Haque, M. and Zarankow, B. (1997) "Human sexuality in late life". *International Journal of the Mental Health*, 26 (1):35-46.

Koeneman, K. S., MD, Mulhall, J. P. MD, Goldstein, I., MD (1997) "Sexual health for the man at midlife: in-office workup". *Geriatrics* 52(9): 76-86.

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

Lee, J. A. (1991). *Gay Midlife and Maturity*. Binghampton, NY: Harrington Park Press.

Leiblum S. R., Segraves R.T. (2000) *Sex therapy with aging adults*. (a cura di) Leiblum S. R. Rosen R. C. *Principles and practice of sex therapy* . New York: Guilford Press .

Lendorf, A., Juncker, L., Rosenkilde, P. (1994). "Frequency of erectile dysfunction in a Danish subpopulation". *Nordisk Sexologi*, 12: 118-124.

Luketich, G. F. (1991). "Sex and the elderly: What Do Nurses Know?". *Educational Gerontology*, 17: 573-580.

Macchione, C., Tamietti, E. (1993) "Sexual behavior in the elderly". *Archivio Italiano di Urologia Andrologia* LXV: 533-538.

Marsiglio, W., & Donnelly, D. (1991). "Sexual relations in later life: A national survey of married persons". *Journal of Gerontology*, 46: 338-344.

Master, W. & Johnson, V. (1997). "Sex after 65". *Reflections*, 12: 31-43.

Menninger, W. W., MD (1999) "Adaptational challenges and coping in late life". *Bulletin of the Menninger Clinic* 63(2), Suppl.A: A4-A15.

Michaels, S., Laumann, E., & Gagnon, J. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

Miller, T. A. (2000). "Diagnostic evaluation of erectile dysfunction". *American Family Physician*, 61: 95-104, 109-110.

Morales A., Johnston, B., Heaton, J.P., ed altri (1997). "Testosterone supplementation for hypogonadal impotence: Assessment of biochemical measures and therapeutic outcomes". *Journal of Urology*, 157: 849-854.

Morley, J. E. MB, BCh, and Perry III, H. M., MD (1999) "Androgen deficiency in aging male". *Medical Clinics of North America* 83(5): 1279-1289.

Mueller, I. W., (1997) "Common questions about sex and sexuality in elders". *American Journal of Nursing*, 97(7): 61-64.

Mulligan, T., & Moss, C. R. (1991). "Sexuality and aging in male veterans: A cross-sectional study of interest, ability and activity". *Archives of Sexual Behavior*, 20:17-25.

Muraro, G. B., Orciani, R., Pierangeli, T. (1999). "La disfunzione erettile nell'anziano. La percezione professionale del problema". *Giornale Italiano di Andrologia*, 6:182-184.

Pentimone, F., Del Corso, L. (1994) "La disfunzione erettile maschile nella terza età". *Minerva Medica*. 85(5): 261-264.

Pepe, F., Pepe, P., Scifo, M., Garozzo, G., Chirico, E. e Mauro, S. (1992). "La Sessualità nel Maschio Senescente". *Minerva Ginecologica*, 44:525-531.

Rifelli, G. (1998). *Psicologia e Psicopatologia della sessualità*. Bologna, Il Mulino

Rowland, D. L. (1998). "Penile sensitivity in men: A composite of recent findings". *Urology*, 52:1101-1105.

Schiavi, R. C., & Schreiner-Engel, P. (1988). "Nocturnal penile tumescence in healthy aging men". *Journal of Gerontology*, 43, M146-M150.

Schiavi, R. C. M.D., Schreiner-Engel, P. Ph.D., J. Mandeli, Ph.D., H. Schanzer, M.D., and E. Cohen, M.D., (1990) "Healthy aging and male sexual function" *American Journal of Psychiatry* 147 (6): 766-771.

Schiavi, R. C., Mandeli, J. and Schreiner-Engel, P. (1994) "Sexual satisfaction in healthy aging men". *Journal of Sex and Marital Therapy*. 20(1): 3-13.

Schiavi, R. C. MD, Rehman, J., MD (1995)"Sexuality and aging" *Urologic Clinics of North America* 22(4): 711-725.

Schiavi, R. C. (1999). *Aging and male sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schow, D. A., MD, Redmon, B. MD, Pryor, J L. MD (1997) "Male menopause. How to define it, how to treat it". *Postgraduate Medicine*, 101(3):62-74.

Segraves, R T; Segraves, K. B. (1995) *Human sexuality and aging*". *Journal-of-Sex-Education-and-Therapy*, 21(2): 88-102.

Simonelli C., Petruccelli F., Vizzari V. (1997). *Sessualità e terzo millennio. Studi e ricerche in sessuologia clinica*. Volume I. Milano, Franco Angeli Editore.

The Merck Manual of Geriatrics, Third Edition, Mark H. Beers, M.D., and Robert Berkow, M.D. (Editors), 2000, Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

Trotta, D., (1993). Andropausa e precocità eiaculatoria, Atti del Congresso di Sessuologia 1993, Modena, Edizioni Internazionali.

Turner, B. F. & Troll, L. E. (1994). Women Growing Older: Psychological Perspectives. Thousand Oaks, CA: Sage.

Valdina, P., (1994). Il sesso degli anziani. Roma. Edizioni dell'Università Popolare.

Wiley, D. Bortz II, W. M. (1996)"Sexuality and aging - usual and successful". Journal of Gerontology 51A (3):