



Studio di Psicoterapia e Medicina Psicosomatica del Dott. Sergio Angileri

§

Nella nostra organizzazione clinica PSICOTERAPIA MEDICINA PSICOSOMATICA a **Palermo**, i disturbi sessuali psicogeni vengono trattati in accordo con la metodologia del gruppo degli specialisti medici e psicologi ([vedi le informazioni](#)).

Più in particolare il paziente, sia maschio che femmina, sarà in prima istanza accolto ed ascoltato dallo psicoterapeuta. Sulla base della valutazione psicodiagnostica del disturbo sessuale, sarà subito dopo visto dalla ginecologa e/o dalla specialista endocrinologa (nel caso della donna) o dall'andrologo e dalla specialista endocrinologa (nel caso dell'uomo).

La diagnosi sarà quindi psicosomatica. In seguito ad essa, il paziente sarà informato sulle modalità di terapia adatte a lui o a lei. I protocolli di intervento terapeutico sono specializzati per ogni tipo di disturbo e vengono stabiliti e personalizzati persona per persona, caso per caso e non sono mai esattamente uguali uno per tutti.

La terapia dei disturbi sessuali psicogeni per la maggior parte delle volte richiede innanzi tutto una modalità tecnica comportamentale. Alcune volte e quando è possibile, richiede la terapia applicata alla coppia. La prescrizione farmacologica in alcuni casi si rende necessaria.

La parte psicologica della terapia sarà effettuata dallo psicoterapeuta. Alcune volte si potrà stabilire con il paziente se lo psicoterapeuta sarà maschio o femmina. In alcuni casi la terapia viene svolta da una coppia di psicoterapeuti.

Segue adesso un lavoro sull'applicazione della psicoterapia integrata, nel trattamento delle disfunzioni sessuali.



LA PSICOTERAPIA INTEGRATA

NEL TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI SESSUALI

Stefano Sanzovo

I disturbi sessuali secondo il DSM IV

Il DSM IV divide i Disturbi Sessuali in quattro categorie: le disfunzioni sessuali, le parafilie, i disturbi dell'identità di genere e i disturbi sessuali non altrimenti specificati. Scopo di questo articolo è focalizzare la nostra attenzione sulle disfunzioni sessuali, tralasciando gli altri disturbi, per analizzarne le caratteristiche, ma soprattutto discutere degli approcci terapeutici, soffermandoci su una metodica in particolare.

Le disfunzioni sessuali

La disfunzione sessuale può essere definita come un'anomalia del processo che sottende il ciclo di risposta sessuale o un dolore associato al rapporto sessuale. Il DSM IV divide il ciclo di risposta sessuale in quattro fasi: desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione. Il desiderio consiste in fantasie sull'attività sessuale e nel desiderio di praticare tale attività. L'eccitazione è una sensazione soggettiva di piacere sessuale accompagnata da concomitanti modificazioni fisiologiche che nell'uomo sono la tumescenza del pene e l'erezione e nella donna sono la vasocongestione pelvica, la lubrificazione e la dilatazione della vagina. L'orgasmo rappresenta un picco di piacere sessuale con allentamento della tensione e contrazioni ritmiche sia dei muscoli perineali che degli organi riproduttivi. La risoluzione è la sensazione di rilassamento muscolare e di benessere generale. I disturbi della risposta sessuale possono verificarsi in una o più di queste fasi. Si devono distinguere disfunzioni permanenti, se presenti fin dall'inizio dell'attività sessuale, e acquisite, se si sviluppano solo dopo un periodo di funzionamento normale. Si differenzieranno inoltre disfunzioni generalizzate e situazionali, queste ultime limitate solo a certi tipi di stimolazione, ambiente, partner. Per indicare i fattori eziologici associati si possono usare due sottotipi: disfunzione dovuta a fattori psicologici, quando si ritiene che questi abbiano un ruolo preminente nell'insorgenza, nella gravità, nell'esacerbazione o nel mantenimento del disturbo; disfunzione dovuta a fattori combinati, quando si ritiene che anche una condizione medica generale o l'uso di sostanze contribuiscano ma non siano sufficienti a giustificare il disturbo. Le disfunzioni sessuali si dividono in disturbi del desiderio sessuale, disturbi dell'eccitazione sessuale, disturbi dell'orgasmo e disturbi da dolore sessuale, a loro volta divisi in sottotipi. Il disturbo da desiderio ipoattivo implica fantasie sessuali e desiderio di attività sessuale persistentemente o ricorrentemente carenti, con notevole disagio o difficoltà interpersonali da parte del paziente. L'avversione sessuale è l'evitamento attivo del contatto genitale con un partner. Il disturbo dell'eccitazione sessuale femminile è la persistente o ricorrente incapacità di raggiungere o di mantenere un'adeguata risposta di eccitazione sessuale con lubrificazione e tumescenza durante il rapporto. L'equivalente maschile è l'impossibilità di raggiungere o mantenere un'erezione adeguata fino al completamento dell'attività sessuale. Il disturbo dell'orgasmo è il suo ritardo, o la sua assenza, dopo una fase di eccitazione normale. Le donne mostrano un'ampia variabilità nel tipo e nell'intensità della stimolazione che induce l'orgasmo. Per quanto riguarda l'uomo questo non coincide con la mancanza di eiaculazione. Non è facile fare una simile diagnosi. Bisogna tenere conto dell'età del soggetto, dell'esperienza, delle stimolazioni ricevute. L'eiaculazione viene definita precoce a seguito di minima stimolazione sessuale e prima che il soggetto la desideri. La dispareunia è il ricorrente o persistente dolore genitale associato al rapporto sessuale in un maschio o in una femmina. Il vaginismo è uno spasmo involontario della muscolatura del terzo esterno della vagina che influisce con il rapporto sessuale. Entrambi non sono dovuti ad una condizione medica.

La psicoterapia delle disfunzioni sessuali

Nella terapia psicoanalitica si risale dai sintomi alla loro origine, cercando di eliminare la causa della malattia. Posto il paziente in determinate condizioni, si facilita l'emergenza dell'inconscio con l'associazione libera. Lo sviluppo del transfert e della nevrosi di transfert riproduce nella situazione analitica la nevrosi infantile, la cui elaborazione, attraverso le interpretazioni del terapeuta, porta ad una elucidazione risanatrice (Pavan e Angelozzi 1980). Per Freud

il sintomo nevrotico costituisce l'espressione camuffata di impulsi sessuali, rappresentando così in realtà l'attività sessuale del paziente. Le inibizioni proteggono dall'angoscia limitando le possibilità dell'Io ma causando dolori fisici e morali. I disturbi sessuali rappresentano i baluardi delle difese che rinunciano ad un piacere sentito come angosciato. Ma lo stesso Freud ricorda che questi disturbi possono rivestire un carattere transitorio, legato ad una situazione contingente o reattivo ad un problema relazionale; e ipotizza per questi la possibilità dell'uso di terapie che, pur utilizzando una prospettiva analitica, non seguano la tecnica in senso stretto. E già Ferenczi, riportando i vantaggi terapeutici in talune forme di impotenza, sottolinea i vantaggi di una semplice tranquillizzazione o di una analisi superficiale ad impronta catartica per "spezzare la punta al sintomo" che semplifica il disturbo complessivo, chiarendo parzialmente e superando i problemi connessi. Ma le tecniche psicoanalitiche di trattamento di tali disturbi sono state spesso accusate di una lunghezza eccessiva, di una sproporzione rispetto al frequente aspetto monosintomatico e alla conseguente scarsa motivazione del paziente (Pavan e Angelozzi 1980). Il trattamento delle disfunzioni sessuali è stato rivoluzionato dalla pubblicazione di Human Sexual Inadequacy (Master e Johnson, 1970). Il ginecologo William Masters e la sociologa Virginia Johnson sviluppano e descrivono un repertorio di strategie di trattamento, essenzialmente comportamentali, che includono informazione ed educazione sessuale, incoraggiamento della comunicazione tra i partner e ricorso a tecniche specifiche come esercizi di focalizzazione sensoriale. L'utilizzazione in caso di impotenza maschile di una sostituta della partner, la surrogate wife, procura ai due terapeuti molti detrattori che li accusarono di immoralità, collegamenti con il mondo della prostituzione e connivenza col reato di adulterio. Molte critiche vengono anche dal mondo della psicoanalisi, con un'eccezione, quella di Helen Kaplan che, anche se non accetta in toto le metodiche dei due ricercatori, le colloca all'interno di un nuovo modo di affrontare il trattamento delle disfunzioni. Nascono le nuove terapie sessuali (Kaplan 1976) punto di incontro di molteplici influenze teoriche, dalla psicoanalisi alla medicina psicosomatica, dalla terapia comportamentale a quella di gruppo. Rispetto a Master e Johnson viene recuperato il ruolo dello psicoterapeuta e quindi si crea un nuovo consenso rispetto a queste tecniche, non ben articolate, con il convincimento che alcune terapie comportamentali potessero risolvere il sintomo ed altre dinamiche potessero eliminare le cause. Ma esistono veramente psicoterapie sintomatiche e psicoterapie causali? Il recupero di una disfunzione sessuale può riguardare solo il sintomo o anche il sentire, il pensare e l'agire della coppia che lo subisce? Si fanno strada in tempi recenti psicoterapie che riescano a rispondere a vari quesiti, che attingano da varie teorie, e che vengono definite integrate.

La psicoterapia integrata

Uno dei primi a coniare Psicoanalisi e terapie sessuologiche, ampliando la prospettiva proposta dalla Kaplan, fu Abraham (1979), che ebbe come collaboratore Pasini, sviluppante un metodo d'approccio che ha avuto fortuna in Italia anche per merito di un altro sessuologo, Rifelli. Questa terapia delle disfunzioni sessuali si avvale dei suggerimenti di scuole diverse psicoanalitiche, cognitivo-comportamentali e sistemico-relazionali, ma utilizza strumenti e mezzi definiti e specifici che costituiscono nell'insieme una tecnica omogenea e autonoma (Rifelli 1995). La natura dell'intervento è essenzialmente psicoterapeutica: c'è l'uso privilegiato delle mansioni ma v'è anche la loro integrazione con strumenti e mezzi derivati anche da altre tecniche, in un insieme strutturato che tenga conto delle pluralità dei fattori psichici che sostengono le varie disfunzioni sessuali. Una volta esclusa la componente organica del disturbo, cosa fondamentale e preliminare di ogni terapia sessuale, predomina il quadro d'ansia. E il riconoscimento col successivo tentativo di controllo della disfunzione non aiuta, anzi peggiora il sintomo. Il soggetto vive in un dualismo che lo rende consapevole di quanto sta avvenendo senza tuttavia consentirgli di intervenire per modificare il suo agire: quando si accinge a realizzare una nuova esperienza sessuale si mette alla prova, si guarda e si controlla come se volesse verificare e insieme impedire, in quell'altro sé, l'eventuale ripetersi del comportamento disfunzionante. Ma il più delle volte non possiede strumenti di integrazione che gli consentano di agire efficacemente: può cercare di non pensarci, di stare tranquillo, di convincersi che quella è la volta in cui ci riuscirà, ma tutti i suoi tentativi diventano inutili. Non solo, ma non di rado il paziente e il partner controllando ossessivamente la risposta sessuale da attori di un gioco piacevole diventano spettatori di se stessi aumentando il livello di tensione emotiva sfavorevole. E il dualismo vissuto dai pazienti sottolinea il significato del disturbo sessuale: un modo di essere che solo un osservatore esterno può suddividere in manifestazioni diverse a seconda dell'apparato fisico, psichico o relazionale che si prende in considerazione. Considerare il disturbo sessuale una modalità esistenziale riconferma la persona intesa nella sua globalità e annulla la differenziazione tra sintomo e causa. Non si tratta infatti semplicemente di recuperare il sintomo o eliminarne le cause, ma di consentire una modalità esistenziale soddisfacente per il paziente. La possibilità di ottenere un'erezione tramite l'iniezione intracavernosa di un vasodilatatore è una terapia sintomatica: annulla il sintomo indipendentemente dai fattori psichici sottostante. Ma è una guarigione transitoria, che può talvolta addirittura provocare una dipendenza dalla sostanza. Per questo una terapia sessuale non può non coinvolgere la dimensione intrapsichica, comportamentale e relazionale dei pazienti (Rifelli 1995). L'obiettivo della terapia quindi non deve essere la mera risoluzione del sintomo, ma l'assunzione di una capacità integrativa che consenta l'attuazione soddisfacente del comportamento compromesso. Per fare questo è richiesta la globale, attiva partecipazione del paziente. Vengono coinvolte anche le sue dimensioni intrapsichiche, comportamentali e relazionali fondamentali per capire i motivi del presentarsi del

disturbo e attuare strategie per evitare che si ripresenti. Le strategie dovranno avvalersi inizialmente e fondamentalmente di attuare un rapporto di osservazione fra il soggetto e se stesso e/o fra il soggetto e il partner. Bisognerà cercare di circoscrivere le aree di interesse terapeutico e cioè quell'insieme di pensieri, fantasie, emozioni e comportamenti che sono coinvolti nel sintomo e che vanno analizzati e compresi al fine di ottenerne il cambiamento. Anche il paziente dovrà distinguere ciò che è importante da ciò che non interessa riuscendo a concentrare e ad orientare opportunamente le sue risorse. La terapia può essere singola o di coppia, ma siccome la disfunzione sessuale manifesta il suo disturbo nella relazione con il partner, è nella psicoterapia di coppia che ottiene i massimi risultati, operando sulla relazione. La relazione che la coppia propone è intervento terapeutico non solo perché si agisce sull'attività sessuale, ma anche perché si deve lavorare sulle modalità di interazione che la coppia ha strutturato (Rifelli 1990).

Bibliografia

Abraham G. e Porto R. Psicoanalisi e terapie sessuologiche. Feltrinelli, Milano, 1979.

DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, International Version with ICD 10 codes, American Psychiatric Association, Washington D.C., 1995. Tr. it. DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 1996.

Ferenczi S. Interpretazione analitica e trattamento dell'impotenza psicosessuale nell'uomo. Fondamenti di psicoanalisi, Guaraldi, Firenze, 1973.

Freud S. La sessualità nella eziologia delle nevrosi. Opere 2, Boringhieri, Torino, 1968.

Freud S. Tre saggi sulla teoria sessuale. Opere 4, Boringhieri, Torino, 1970.

Kaplan H. S. Nuove terapie sessuali. Bompiani, Milano, 1976.

Masters W.H. & Johnson V.E. Patologia e terapia del rapporto coniugale. Feltrinelli, Milano, 1970.

Pavan L., Angelozzi A. Psicoterapia psicoanalitica nei disturbi sessuali. Rassegna di Studi psichiatrici 1980, LXIX, 6, pp. 1181 - 1198.

Rifelli G., Moro P. Impotenza sessuale maschile, femminile e di coppia. Clueb, Bologna, 1990.

Rifelli G., Moro P. Consulenza e terapia delle disfunzioni sessuali. Clueb, Bologna, 1995.

Rifelli G. Psicologia e psicopatologia della sessualità. Il Mulino, Bologna, 1998.

Fonte: <http://www.psicoterapie.org/22.htm>



Torna a: http://www.psicoterapia-palermo.it/psicomed/disturbi_sessuali_sicilia.htm