

LE DISFUNZIONI SESSUALI

Filippo Petruccelli

Riassunto. Una disfunzione è un disturbo che interferisce con la normale funzione di un sistema, dove per sistema si intende anche il corpo e la psiche. In questo caso si parla di disfunzione a livello sessuale e dell'approccio della psicoterapia strategica a questo argomento.

Parole chiave. Psicoterapia, disfunzioni, sessualità.

Summary. Dysfunction is a trouble that interfere with a normal function of a system. System is a body and psyche. This article presented a case of sexual dysfunction and the approach of strategic psychotherapy.

Key words. Psychotherapy, disfunction, sexuality.

1. Introduzione

Gli studi sull'innamoramento e i rapporti di coppia hanno creato negli anni la convinzione che "la passione finisce col tempo". In realtà il lavoro clinico ha messo in luce come con gli anni molte coppie riutilizzino la passione iniziale per creare un nuovo tipo di rapporto, più maturo e consolidato. Proprio la capacità di attuare questa "maturazione" porta a differenziare tra coppie funzionali e non funzionali. Le prime a differenza delle seconde riescono ad elaborare gli avvenimenti del ciclo familiare (la nascita dei figli, la terza età), ricostruendo il loro rapporto di volta in volta e creando un nuovo tipo di amore in ogni passaggio. Dal punto di vista clinico un aspetto positivo e rappresentante la "sanità" della coppia risulta, per molti autori, la capacità di mettersi in gioco e riorganizzarsi a seconda delle necessità (Andolfi, 1987).

Quello che va sottolineato è che non esiste la coppia modello o la coppia perfetta, poiché i passaggi e le "crisi" sono momenti fisiologici del sistema necessari per la crescita di un rapporto (Andolfi, 1988).

Lo studio sulle coppie e sulla loro evoluzione ha portato a risultati interessanti. Quello che si è verificato è che ogni partner si crea una propria mappa mentale, chiamata *mapping*, delle situazioni di coppia che vive. La mappa nasce nel partner prima della formazione della coppia, e precisamente dall'idea di ognuno di quello che "dovrebbe" essere la coppia, creando una aspettativa ideale. Questa è possibile riscontrarla anche solo osservando una coppia che discute vivacemente, quando uno dei due membri afferma "io credevo che tu...". I problemi veri della coppia nascono, spesso, proprio da queste aspettative non espresse o eccessivamente utopistiche alle quali ci si aspetta che il partner si adegui "per amore". In realtà queste fantasie non sono necessarie alla coppia ma solo al partner che le crea, il quale vive nella speranza di incontrare la persona "perfetta" che possa essere a suo completo servizio, ignorando che ogni essere umano ha dei limiti e dei risvolti imprevedibili. La cosa interessante è che di queste profonde incomprensioni molte volte i partner non sono consapevoli (Minuchin *et al.*, 1982). Proprio per questo da molti autori (Cigoli, 1988) la coppia viene definita una triade, perché le regole interne ed esterne alla stessa, in ogni sfera della relazione (sesso, famiglia, ecc.) e le aspettative vicendevoli sono una componente del rapporto stesso, come una terza persona. Queste regole ed aspettative nascono anche dal modello genitoriale, che si cerca di imitare o allontanare a seconda se recepito positivo o negativo, ma che comunque è impresso nelle menti. Infatti l'idea di coppia di ognuno nasce da come si è sviluppata l'affettività in casa, dal tipo di relazione che si è sempre visto o fantasticato nella propria famiglia di origine. È come se la coppia prima di formarsi sia già caratterizzata da ostacoli determinati da miti, credenze personali, malintesi, dialoghi impossibili, che finiscono per ucciderla e, nei casi più gravi, includendo in questa "battaglia" i figli (Madanes, 2000).

Inoltre la coppia riveste un ruolo fondamentale anche dal punto di vista sociale. L'unione di due soggetti, la nascita dei figli, la creazione quindi di una microsocietà, determinano degli impegni sociali che non possono escludere la coppia dal macrosistema nel quale è inserito (Peluso, 1988).

L'intreccio relazionale è quindi vario e profondo e la funzionalità dell'unione di due persone dipende da molti fattori soggettivi.

· Docente di Psicologia dello Sviluppo, Università degli Studi di Cassino.

2. Approcci teorici al sistema - coppia

Dal punto di vista dello studio della coppia e della famiglia gli anni '50 sono stati il periodo di svolta, con il passaggio da una visione individualista ad una visione sistemica. In quegli anni si evidenziò, infatti, che le teorie individualistiche della personalità non potevano essere applicate alle patologie che si riscontravano nelle famiglie perché con queste non si riusciva a cogliere il legame tra quello che veniva definito il “paziente designato” e il resto del sistema familiare (Jackson, 1978). Inoltre questo tipo di teorie ignorava il contesto dove si svolgevano le azioni individuali, mentre la nuova ricerca familiare concentrò l'attenzione sui fattori interpersonali, l'attenzione al presente, lo studio delle risposte degli individui (Selvini Palazzoli, 1988).

Il punto di partenza di questa nuova prospettiva furono sicuramente gli studi sulla comunicazione del gruppo di Palo Alto, nonostante negli anni successivi ci siano state critiche e revisioni a questo modello. Questo approccio poneva l'attenzione sullo studio dei processi comunicativi ritenendo che una comunicazione buona ed ordinata favorisca la ricchezza e la salute mentale all'interno di una famiglia. Al contrario una comunicazione confusa e caratterizzata da messaggi ambigui e contraddittori genera una forma di disadattamento e, nei casi più gravi, una patologia mentale del sistema. Il sistema veniva concepito come un insieme di fattori interagenti e legati da una vicendevole dipendenza per cui la modifica di uno comportava necessariamente il cambiamento negli altri (Ricci Bitti *et al.*, 1985).

Ad oggi il sistema coppia non è più visto come qualcosa di statico ma come un elemento in continuo sviluppo ed evoluzione, regolato da negoziazioni, mosse e contromosse dei singoli membri mirate ad un equilibrio funzionale e soddisfacente per i propri bisogni. Questi movimenti sono unici per ogni coppia, perché ogni componente della coppia è unico nella sua soggettività (Nardone, 1998).

Questi cambiamenti hanno anche modificato il settore clinico e della patologia: alla visione del paziente definito vittima del sistema e sacrificato per l'unità dello stesso, si è passati a concepire il sintomo e chi lo manifesta come una ricerca di equilibrio dell'intero sistema. Proprio per questo il sintomo viene definito come una mossa strategica nella continua partita del gioco dei partner.

Nel corso degli anni e degli studi molti autori si sono concentrati sulla classificazione delle coppie e delle loro relazioni (Epstein *et al.*, 1986; Ravich, 1977; Jackson, 1978). L'obiettivo di queste classificazioni era sempre di tipo descrittivo, un aiuto da utilizzare con la consapevolezza che ogni coppia e ogni loro esperienza è una realtà a sé e diversa da tutte le altre.

Da queste premesse De Giacomo e collaboratori (1988) hanno differenziato degli stili relazioni osservati clinicamente nelle coppie.

Gli stili relazionali osservati in questo studio sono i seguenti:

- l'impossibilità del rapporto: situazione sviluppatasi dalla non chiarezza iniziale dei partners sulle loro aspettative, sicuramente in questa situazione diverse;
- rapporto solo come condivisione, con una pacifica convivenza ma poca intimità, caratterizzato dall'ansia creata dall'insoddisfazione dei partners;
- rapporti basati sull'appartenenza dei partners a mondi diversi e distinti, in cui uno o entrambi si ritirano, cedono all'altro, entrano nell'altro ma non creano un “mondo unico” tra loro;
- rapporto basato su una sfida estrema ed eterna tra i membri anche se paradossalmente caratterizzato da una buona intesa sessuale, poiché il sesso è vissuto come elemento di riappacificazione;
- rapporto basato sull'accettazione delle regole della coppia senza avere intimità emotiva;
- rapporto basato sull'accettazione totale e, di conseguenza, sull'annullamento della personalità dei membri stessi.

L'area della sessualità, intesa nella sua accezione più ampia, viene concepita come elemento chiave della relazione di coppia poiché proprio attraverso la corporeità si manifesta il proprio malessere verso l'altro e l'intenzione di un cambiamento. Oltre ad essere un punto di partenza per il lavoro terapeutico di coppia, la sessualità indica anche elementi importanti nella relazione tra l'individuo e i suoi sistemi di riferimento. Infatti, parlare della sessualità comporta necessariamente la valutazione dell'impatto sociale e dell'evoluzione di questo tema. Il ruolo sociale e l'impatto della corporeità a livello sociale influenza i ruoli sessuali, le norme e i divieti e l'identità personale (Pasini, 1988).

Molti autori (Whitaker *et al.*, 1989) ritengono che tutta la famiglia sia inclusa in un modo o nell'altro nella vita sessuale, poiché questa, sempre nella sua accezione più ampia, include il toccarsi, il parlarsi intimamente, il litigare, il riconciliarsi, il dividersi in sottogruppi.

In realtà, riguardo questo argomento, risulta necessario fare una distinzione tra la visione delle problematiche sessuali da parte dell'uomo e da parte della donna. Gli uomini, a qualsiasi età, ricercano sempre nei problemi sessuali cause mediche e risultano più propensi a cure farmacologiche e terapie chirurgiche, le donne tendono a concentrarsi più su cause psicologiche, educative o riferite alla relazione stessa. Possiamo comprendere come già questo punto di partenza comporti degli ostacoli quando la coppia cerca da sola di risolvere le proprie problematiche intime (Loriedo, 2002).

A questo riguardo risulta altrettanto utile proporre la classificazione di Peluso (1989) dei disturbi della sessualità, utilizzabile sempre e comunque come spunto didattico e descrittivo e non come rigido etichettamento clinico.

L'autore differenzia le coppie in undici gruppi:

- Coppie con soddisfacente vita sessuale ma con problemi non definibili: hanno una buona intesa sessuale ma comunque percepiscono un senso di ansia e nervosismo nello stare insieme.
- Coppie con problemi di desiderio sessuale.
- Coppie che hanno desiderio sessuale ma che percepiscono problemi nella fase di eccitazione.
- Coppie che hanno desiderio sessuale ma che presentano problemi nella fase orgasmica.
- Coppie con problemi di identità sessuale: hanno problemi di identità di genere, sia maschile che femminile, problemi di identità personale, che credevano di compensare e risolvere nel rapporto di coppia, problemi di parafilia e fobie sessuali.
- Coppie con stanchezza sessuale: coppie che hanno una buona relazione, solitamente di vecchia data, e che hanno perso la passione nel loro rapporto.
- Coppie con una relazione bianca: sia sposati che non, non riescono ad avere rapporti sessuali per problemi vari dell'uno o dell'altro, escludendo casi legati ad inesperienza, una mancanza di volontà da uno dei due partner o una scelta consapevole di questo "stile di vita sessuale".
- Coppie con problemi di intimità: dove nel rapporto sessuale insoddisfazione e piacere sono ciclici, la relazione è vissuta con distacco e i partner cercano all'esterno della coppia lo "svago".
- Coppie asexuate: il sesso è utilizzato come campo di battaglia per il loro scontro relazionale.
- Coppie con problemi di alleanza: con problemi di sintonia non solo nella vita sessuale ma anche in ogni altro campo della loro esistenza di coppia.
- Coppie con problemi medici: con diagnosi organica del problema sessuale.

In questa classificazione va fatta, poi, una ulteriore suddivisione del problema sessuale a seconda se il sintomo è primario o secondario, se è presente in uno o entrambi i partner, se si manifesta anche in altre situazioni oltre la coppia e in quale fase della coppia si è manifestato.

La presa in considerazione di tutti questi elementi permette la comprensione del problema in tutte le sue sfaccettature. Una seria anamnesi medica, infatti, permette di dare una precisa diagnosi del problema, il quale, come abbiamo riscontrato, può essere molto complesso e riferirsi a diversi campi della medicina. Il lavoro di collaborazione tra le varie figure professionali è, ad oggi, la scelta vincente nella risoluzione dei problemi sessuali.

Come accennato in precedenza, pur potendo prendere spunto da queste suddivisioni, dal punto di vista clinico e terapeutico le ipotesi dello psicoterapeuta devono essere viste dallo stesso non come realtà oggettiva ma come una possibile chiave di lettura poiché il rapporto di coppia è determinato da relazioni, giochi e transazioni. Con lo stesso presupposto, le coppie non devono essere etichettate o concepite come cartelle cliniche ma considerate nella loro unicità dovuta al proprio stile e alla propria personalità.

Il contesto terapeutico deve essere concepito come un luogo di incontro e di elaborazione di nuove scelte esistenziali (Boscolo *et al.*, 1988). È proprio questa varietà di scelte e l'apertura verso nuovi modi di "vivere e vedere" che da molti autori viene definita come spinta al cambiamento (Andolfi, 1987). Imparare, per il paziente, a leggere il passato, il presente e il futuro con metodi alternativi permette di porre le basi per la risoluzione terapeutica. Allo stesso modo per il clinico, lavorare su delle basi definite associate a ipotesi create anche dalla lettura "alternativa" alla realtà crea un buon rapporto con la coppia che permetterà la fuoriuscita e lo sviluppo delle loro risorse e delle capacità.

L'obiettivo della terapia di coppia da molti viene visto come la capacità di sviluppare un senso di appartenenza nel rapporto, garantendo comunque la propria libertà personale (Whitaker *et al.*, 1989).

3. Le disfunzioni sessuali

Non esiste uno schema accettato universalmente per classificare le disfunzioni sessuali. Nel corso degli anni si sono susseguite diverse suddivisioni con caratteristiche differenti che si sono sviluppate e migliorate nel corso degli anni. Basti pensare al termine di "frigidity", prima ampiamente utilizzato per indicare disfunzioni sessuali nella donna. Nel corso del tempo ci si è resi conto di come questo termine venisse utilizzato in maniera generica e dispregiativa, indicando spesso, con lo stesso, una mancanza di calore emotivo. Ad oggi il termine viene evitato ed è stato eliminato anche dalle classificazioni dei problemi sessuali.

Quello che non va dimenticato quando si parla di disfunzioni sessuali è il soddisfacimento sessuale, inteso come la misura in cui una persona è soddisfatta della propria relazione sessuale (Watzlawick, 1997). Infatti il fatto che un soggetto sia insoddisfatto o meno di una relazione sessuale non dipende solo dalla presenza o dall'assenza di un disturbo ma anche da altri fattori della relazione, sia sessuali che non sessuali, molte volte causa del problema stesso (Perlman *et al.*, 1982). Ecco perché molte coppie tollerano le disfunzioni sessuali quando sono felici nel loro rapporto di coppia.

Infine va sempre preso in considerazione il fattore della specificità individuale, che per temi come la sessualità diventa ancora più importante. Gli interessi, i desideri, i tempi nel rapporto sessuale sono fortemente soggettivi e non è possibile indicare uno standard uguale per tutti. Il disturbo nasce e si sviluppa quando viene percepito dal soggetto come un disagio ma, a volte, viene creato per una accettazione di quelle che possono essere definite "leggende sessuali" o "opinioni comuni" (basti pensare alle "leggende" sui tempi dei rapporti sessuali) (Rampin, 2002).

Partendo da queste premesse è possibile indicare tra i problemi sessuali delle donne: la carenza del desiderio sessuale e le disfunzioni dell'orgasmo; la carenza dell'eccitazione sessuale, disturbo caratterizzato dalla mancanza di risposte fisiologiche nella fase dello stimolo sessuale; il vaginismo, che caratterizza un rapporto sessuale impossibile o fortemente doloroso a causa di uno spasmo che contrae i muscoli circostanti l'entrata della vagina; la dispareunia, cioè dolori durante il rapporto sessuale; la fobia sessuale, più o meno specifica, la quale inibisce l'eccitazione ma non necessariamente impedisce il resto dell'attività sessuale.

I problemi sessuali degli uomini possono essere suddivisi in: carenza dell'interesse sessuale; disfunzione dell'erezione; eiaculazione precoce; eiaculazione ritardata; fobie sessuali (Madanes, 2000).

In molti casi sono molteplici i fattori che determinano il problema sessuale. Inoltre alcuni eventi non sono necessariamente la causa del problema ma contribuiscono ad esso. In generale le cause delle disfunzioni sessuali possono essere suddivise in cause psicologiche, quelle che ci interessano maggiormente e che verranno trattate successivamente, e cause fisiche, quest'ultime suddivise in malattie fisiologiche, operazioni e assunzioni di farmaci o stupefacenti.

Rispetto alle cause psicologiche possiamo distinguere tre gruppi di fattori.

I fattori di predisposizione includono le prime esperienze del soggetto che hanno inevitabilmente influenzato le sue esperienze future e che conoscendole, possono aiutare il paziente a dare un significato alle difficoltà esistenti nel presente. Tra questi possiamo menzionare una educazione repressiva, rapporti familiari disturbati, una informazione sessuale inadeguata, esperienze sessuali precoci e traumatiche. Sembra paradossale ai nostri tempi, ma sono molti gli individui che si rivolgono ad uno specialista per problemi sessuali in realtà derivanti da una scarsa conoscenza della tematica e degli apparati sessuali maschili e femminili.

Con fattori precipitanti si indicano avvenimenti improvvisi associati all'origine della disfunzione. Tra questi la nascita di un figlio, che può determinare in una donna la perdita secondaria del desiderio sessuale; un contrasto nel rapporto di coppia, poiché il rapporto sessuale è lo specchio dell'andamento della coppia e problemi nella relazione non possono non influenzare l'intesa sessuale; l'infedeltà, poiché la scoperta causa spesso perdita del desiderio nella donna e disfunzione erettile nell'uomo per tutto quello che è collegato alla perdita di fiducia e al sentimento di inadeguatezza che segue l'evento; aspettative irragionevoli determinate da credenze popolari; invecchiamento; depressione e ansia.

I fattori di mantenimento sono elementi che spiegano il persistere del problema. Tra questi: l'ansia da prestazione, definita come ossessione di dimostrare una adeguata prestazione sessuale, particolarmente presente negli uomini e che non aiuta affatto la risoluzione di un problema sessuale; la scarsa comunicazione tra i partner; una carenza dell'immagine di sé, conseguente alla presenza di un disturbo sessuale, la quale peggiora e alimenta ulteriormente il problema.

In realtà una suddivisione così netta e differenziata è alquanto utopistica. A livello della pratica clinica è difficile dimostrare con certezza la pertinenza di alcune cause, soprattutto di quelle che si sono manifestate anni prima. Inoltre a volte è possibile non riuscire a comprendere la causa di un problema anche dopo una valutazione accurata. Un uso funzionale è quello di tipo descrittivo, citato precedentemente.

4. L'approccio strategico ai problemi sessuali

Secondo l'approccio strategico la conoscenza delle cause di una disfunzione sessuale può essere utile per comprendere se ci sono degli ostacoli da prendere in considerazione nella terapia. Per esempio, difficoltà sessuali determinate da scarsa conoscenza della tematica determineranno una fase iniziale della psicoterapia dedicata ad una maggiore conoscenza della sessualità organica, senza la quale non sarebbe possibile andare avanti. Come accennato già in altri capitoli, l'importanza dell'aspetto casuale in questo approccio finisce qui. Quello che interessa è andare avanti e porre le basi per la risoluzione rapida del problema.

Gli esercizi assegnati a casa, in pratica le prescrizioni, alla base della psicoterapia strategica costituiscono per una coppia la struttura comportamentale su cui è fondata la terapia sessuale. In realtà le prescrizioni sono apparentemente molto semplici ma complesso è, invece, per il terapeuta risolvere le difficoltà che incontrano le coppie nel praticarle.

Il programma di prescrizioni sessuali è caratterizzato da scopi specifici:

- Creare delle tappe strutturali e graduali sulle quali la coppia può ricostruire la propria relazione sessuale.
- Aiutare la coppia ed il terapeuta stesso a scoprire i fattori specifici che determinano la disfunzione sessuale. Infatti le prescrizioni mettono in luce gli "ostacoli" dinamici ed interattivi della coppia a livello sessuale, pratico ed emotivo e attraverso la presa in considerazione di questi il terapeuta evidenzia ai *partners* le loro difficoltà, aiutandoli a comprenderle meglio per risolvere la loro problematica.
- Fornire alla coppia tecniche specifiche per affrontare le loro difficoltà nella pratica.

Questo sostegno comportamentale si differenzia naturalmente a seconda delle coppie. Anche se ad oggi sussistono manuali e descrizioni dettagliate il terapeuta deve creare un programma specifico per ogni relazione, che si adatti alle sue ipotesi e, allo stesso tempo, alle caratteristiche della coppia.

Possiamo fare qualche esempio di queste prescrizioni alla base della psicoterapia strategica (Peluso, 1988).

A. e V. sono una coppia che si reca dallo psicoterapeuta per carenza di desiderio sessuale di entrambi e incompatibilità nelle poche iniziative sessuali agite. Durante la seconda seduta, seguente ad un'anamnesi accurata del loro rapporto, il terapeuta propone una prescrizione basata su esercizi sessuali.

Terapeuta: "Se volete io vi posso suggerire un esercizio, chiamiamolo esperimento, un gioco, se siete disponibili a seguirmi alla lettera, senza chiedermi come mai vi propongo queste cose. Si tratta di giochi semplici".

A.: "Da fare con mia moglie?"

Terapeuta: "Sì, a casa, quando volete, in una situazione di tranquillità".

A.: "Non lo so, ci devo pensare. Temo che sia più sconvolgente, temo che avrei dei tabù. Non lo so. Mi prende un attimo alla sprovvista".

Terapeuta: "Se vuole glielo spiego, così ci potrà pensare".

A.: "Sì".

Terapeuta: "Si tratta di fare questo: uno rimane vestito e l'altro si mette nudo. Si fa un massaggio, un massaggio su tutto il corpo, senza dimenticare l'alluce o il retro del ginocchio, e poi ci si sofferma sui genitali senza nessun tipo di obiettivo che non sia quello di permettere al massaggiatore di provare delle sensazioni che possono essere fastidio, rabbia, desiderio, piacere. Ma non bisogna andare al di là di questo, mezz'ora per uno, anche perché poi uno si stanca. Il tutto in una situazione di vero relax, dove se il massaggiato vuole può dare indicazioni al massaggiatore ma non per ottenere eccitazione sessuale, cioè non con questo obiettivo, ma con l'obiettivo di sentire le parti del proprio corpo. Poi si fa il contrario. Io comincerei che lei massaggia e sua moglie è la massaggiata, il massaggiante è vestito e non viene coinvolto minimamente in nessuna attività. La finalità è solo quella di provare delle sensazioni. Il massaggiato può dire solo 'spingi di più, spingi più piano, mi dà fastidio, mi piace'... però deve essere molto rilassato, deve stare lì come in uno stato alterato di coscienza".

A. e V.: "Sì, abbiamo capito".

Terapeuta: "Per riscoprire un po' la corporeità, visto che è corporeo questo maledetto amore".

A.: "Sì, si ho capito perfettamente. Io questo non le nasconde che l'avevo pensato. Questo è il nostro secondo incontro, quindi uno pensa un pochino di più dopo aver parlato con un'altra persona. Io avevo pensato a fare questo, infatti io ho detto a mia moglie che dovevamo divertirci di più, io credo che stiamo passando un lungo momento in cui tutti e due siamo presi da altre cose, meno che da quello. Quello è diventato un lavoro, è diventato un 'bisogna farlo perché sennò mia moglie sta male oppure fa male anche a me'".

Da questa parte della seduta, oltre alla prescrizione "dell'esercizio sessuale", si evidenzia la risposta del signor A.. Il paziente ha colto un lato di stasi del suo rapporto di coppia: la perdita di spontaneità e di divertimento nella sessualità con la moglie. La prescrizione, oltre agli obiettivi prima menzionati, permetterà alla coppia di "provare" nuove situazioni, di "rompere la routine", un effetto primario sicuramente positivo per il loro rapporto.

Riportiamo, a proposito, una parte della seduta successiva.

V.: "Per me i compiti sono andati bene. Io ho fatto un po' di fatica a rilassarmi, perché io non mi rilasso mai in generale, sono sempre all'erta. La sensazione è un po' come quando uno sta sulla spiaggia con l'acqua che ti bagna. Bello! Più a pancia sotto forse perché io sono abituata a dormire così, è la posizione in cui mi rilasso di più. Soprattutto era piacevole sulla schiena e sul collo".

Terapeuta: "Hai modificato qualcosa che non andava bene o no?"

V.: "No, mi andava tutto bene. Non ci sono stati momenti di sgradevolezza".

Terapeuta: "E a A. come è andata?"

A.: "Mi sono rilassato parecchio, è stato rilassante anche perché avevo fatto prima a lei quindi un pochino, non so come dire, mi ha fatto piacere fermarmi e rilassarmi. E' stata proprio una bella esperienza. Ti stanchi da un punto di vista fisico nel senso che mi era venuto un sonno, poi ha squillato il telefono e la concentrazione è un po' finita".

Terapeuta: "Le tue sensazioni, se riesci a definirle".

A.: "Coccolato, sì coccolato".

L'esercizio da' lo spunto per parlare delle loro abitudini quando si trovano a casa insieme. Si evidenzia come molte volte sia difficile trovare un momento per stare insieme solo per coccolarsi, poiché durante il giorno lavorano entrambi e la sera ognuno si occupa delle proprie cose. In realtà la signora vorrebbe stare di più insieme, addormentarsi abbracciati e parlare ma non ha avuto possibilità fino ad ora di esplicitarlo. La coppia esprime l'interesse e la sorpresa di aver scoperto reciprocamente i propri corpi senza arrivare all'atto sessuale.

Interessante è prendere in considerazione un'altra situazione di coppia.

M. e F. arrivano dallo psicoterapeuta per la difficoltà della signora a raggiungere l'orgasmo durante i loro rapporti sessuali. F. racconta di aver più volte, in passato, simulato l'orgasmo per compiacere il marito. Le difficoltà di F. nel raggiungere l'orgasmo, appaiono, dopo una accurata indagine anamnestiche, legate a forti tabù sessuali. Alla coppia nella seconda seduta veniva chiesto di sperimentarsi in una prescrizione: al marito veniva chiesto di toccare il clitoride della moglie allo scopo di farle raggiungere l'orgasmo. Nella seduta successiva:

Terapeuta: "Come è andata?"

M.: "Avevamo iniziato come aveva detto lei e in effetti noi stavamo iniziando, stavamo iniziando a fare come ha detto lei, nel toccarsi, diciamo nello sfiorarsi così da non essere, soprattutto io non essere così aggressivo, diciamo

impulsivo. Abbiamo scoperto che toccandola nella sua parte intima c'era un punto in alto che se lo toccavo le piaceva particolarmente. Però l'abbiamo scoperto così, perché è stata quella sera che ci siamo messi come ha detto lei...

Terapeuta: "per lei signora come è andato?"

F.: "Come dice lui".

Terapeuta: "Che esperienza è stata?"

F.: "Molto piacevole".

M. e F. continuano la seduta raccontando nei particolari la loro esperienza della prescrizione. I due sono riusciti ad arrivare all'orgasmo sia separatamente che insieme, con grande soddisfazione di entrambi. La coppia esprime il compiacimento per la scoperta di una forma di sessualità basata sulla masturbazione personale e reciproca, anche la signora fatica ancora a parlare direttamente perché influenzata dai suoi tabù sulla sessualità. Ma già tanto, a livello pratico, è stato attuato solo alla terza seduta.

Alla fine di questo incontro il terapeuta propone una nuova prescrizione: nella prossima settimana la signora, durante il rapporto sessuale, deve posizionarsi sopra il marito. L'obiettivo è far conoscere alla coppia la possibilità di sperimentarsi in nuove posizioni e la scoperta della sessualità anche come creatività, l'elemento forse che mancava al loro rapporto di coppia.

A volte, però, le coppie ritornano nella seduta successiva alla prescrizione senza aver attuato gli "esercizi". L'analisi di questa difficoltà permette un'indagine ancora più accurata della situazione-coppia ed un ampliamento del campo d'indagine terapeutico.

Facciamo un esempio:

L. e R. sono una coppia che si presenta per problemi nel loro rapporto, soprattutto a livello sessuale. La signora presenta dei problemi collegati alla "violenza psicologica" subita dall'ex marito. Il terapeuta suggerisce loro degli esercizi per conoscersi meglio, per accedere ai piaceri dell'altro e per potersi appagare reciprocamente. Nello specifico propone massaggi e pratiche per aumentare il desiderio dell'altro senza arrivare ad un rapporto sessuale completo. Nella seduta successiva la coppia afferma di non aver eseguito le prescrizioni evidenziando il disagio nell'affrontare alcune modalità di approccio sessuale.

Terapeuta: "Che cosa è successo?"

L.: "Non abbiamo fatto quella cosa".

Terapeuta: "Fa parte di questa terapia capire come mai non è successo questo, ci possono essere mille motivi, mancanza di tempo, mancanza di interesse, mancanza di voglia, uno ci prova e poi dopo abbandona tutto, ci avete provato?"

R.: "Io ho provato ma lui è dubbioso".

Terapeuta: "E' dubbioso di che?"

R.: "A me è sembrato dubbioso, sbaglio?"

L.: "Cioè mi fa ridere quasi la cosa".

Terapeuta: "Lo può fare ridendo. Farlo ridendo può essere una cosa buona, bella, interessante. Ne avete parlato?"

L.: "No, diciamo che questa settimana è stata una delle peggiori. Quando un ritorna e arrivi la sera stanco."

Terapeuta: "Io sono molto interessato a quello che non si riesce a fare più che a quello che si riesce a fare, perché una volta che uno lo fa non sono poi molto interessato. Sono invece molto interessato quando una cosa del genere non si fa".

L.: "Cioè, io non ci ho neanche provato, è questa la verità. Non c'è stato nulla tra noi. La situazione è statica, apatica, senza impulsi".

Terapeuta: "Ma qui non c'è bisogno di un impulso per fare questi esercizi. Parte dell'esercizio è stato eseguito perché non avete fatto l'amore. Comunque non è un esercizio che va fatto al momento dell'ispirazione se no che prescrizione è".

L.: "Ma a me sembrava una cosa forzata".

Terapeuta: "Ma voi siete qua...voi non siete qua perché la vostra spontaneità vi porta da qualche parte di positivo. Di spontaneo nel periodo che si va dal sessuologo non c'è niente".

Nel corso della seduta vengono messi in luce alcuni aspetti del rapporto di coppia, che sicuramente influenzano anche la loro vita sessuale. Si evidenzia la difficoltà di stare insieme la sera dopo una giornata stressante, la richiesta di attenzioni del figlio piccolo che toglie tempo a loro per vivere la loro coppia, la necessità di stare insieme da "soli" per un po' di tempo, magari per una breve vacanza. Questi sono tutti elementi collegati, non è possibile prenderne in considerazione uno prescindendo gli altri.

Un aspetto importante dell'approccio strategico alle terapie sessuali è la concezione del disagio sessuale di tipo psicologico come difficoltà della coppia e non del singolo membro. È impensabile, secondo questo modello, credere che, per esempio, una eiaculazione precoce o un problema di eccitazione femminile siano determinati da un solo partner. È la coppia, con le sue dinamiche, interazioni ed aspettative che crea o aumenta o peggiora un problema., soprattutto di natura sessuale. Senza concepire questi assunti non è possibile comprendere le prescrizioni sessuali caratterizzanti l'approccio strategico.

Anche la complessa natura delle relazioni che si instaurano a livello clinico tra coppia e psicoterapeuta rappresentano un fattore determinante nel successo della terapia. Esporre i propri problemi sessuali ad uno sconosciuto non è cosa facile. Se a questo si associa la consapevolezza che raccontare una difficoltà significa ammettere un fallimento si comprende perché molte coppie all'inizio di una psicoterapia si sentono vulnerabili. In questo contesto la fiducia e il clima di rispetto che si crea con il terapeuta determinano una influenza importante per il futuro intervento (Nardone, 1998).

Come affermato precedentemente ogni coppia è a sé ma comunque vi sono dei modi e dei metodi generali con i quali il terapeuta può migliorare la qualità della relazione di coppia. Tra questi: la comprensione empatica, con la quale il terapeuta non si occupa solamente di capire i problemi della coppia ma tenta di creare anche verbalmente un "rapporto" con la stessa; la presenza di calore ed umanità che nasce dall'utilizzo da parte del terapeuta di toni amichevoli e commenti della vita di coppia anche diversi dalla tematica strettamente sessuale; la fiducia in terapeuta; il rispetto verso la coppia, creato dal terapeuta trattando i *partners* come adulti responsabili con idee valide rispetto al proprio problema; l'incoraggiamento e il sostegno durante la terapia sessuale; il proporre la speranza di successo per mantenere un atteggiamento fiducioso nella coppia riguardo la capacità di superare le proprie difficoltà (Madanes, 2000).

Bibliografia

- Andolfi, M., Angelo, C., 1987, *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Torino, Boringhieri.
- Andolfi, M., et al., (a cura di), 1988, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Boscolo, L., Cecchin, G., 1988, "Il problema della diagnosi dal punto di vista sistemico", *Psicobiettivo*, 3: 19-30.
- De Giacomo, P., 1988, *Sistemi finiti e interazioni infinite*, Milano, Franco Angeli.
- Epstein, N., et al., 1986, "Il modello McMaster del funzionamento familiare: un approccio alla famiglia normale", in Walsh, F. (a cura di), *Stili di funzionamento familiare*, Milano, Franco Angeli.
- Hawton, K., 1987, *Guida pratica alla terapia sessuale*, Roma, Astrolabio.
- Jackson, D., 1978, "Lo studio della famiglia", in Watzlawick, P., Weakland, J. (a cura di), *La prospettiva relazionale*, Roma, Astrolabio.
- Loriedo C., Nardone G., Watzlawick P., Zeig J. K., 2002, *Strategie e stratagemmi della Psicoterapia*, Milano, Franco Angeli.
- Madanes C., 2000, *Amore, sesso e violenza: strategie per il cambiamento*, Milano, Ponte alle Grazie.
- Minuchin, S., Fishman, H., 1982, *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio.
- Nardone, G., 1998, *Psicosoluzioni*, Milano, Rizzoli.
- Pasini, W., et al., 1988, *L'immaginario sessuale*, Milano, Raffaello Cortina editore.
- Peluso, A., 1988, "L'approccio sistemico relazionale in sessuologia clinica. Introduzione ai giochi relazionali della coppia con problemi di sessualità", *Rivista di Scienze Sessuologiche*, 1: 73-82.
- Peluso, A., 1989, "Lo spirito di ricerca in sessuologia clinica. Dalla sex therapy all'ipotesi dei giochi relazionali peculiari", *Rivista di Scienze Sessuologiche*, 4: 111-128.
- Perlman, S. D., Abramson, P. R., 1982, "Sexual satisfaction among married and cohabiting individuals", *Journal of Psychosomatic Research*, 23: 141-147.
- Rampin M., Nardone G., 2002, *Terapie apparentemente magiche*, Milano, Mc Graw-Hill.
- Ricci Bitti, P., 1985, "Indicatori non verbali nella interazione di coppia", in Cipolli, C., Silvestri, A. (a cura di), *Comunicazione e sistemi*, Milano, Franco Angeli.
- Selvini Palazzoli, M., et al., 1988, *I giochi psicotici della famiglia*, Milano, Raffaello Cortina editore.
- Watzlawick P., Nardone G. (a cura di), 1997, *Terapia breve strategica*, Milano, Raffaello Cortina editore.
- Whitaker, C., Bumbery, W., 1989, *Danzando con la famiglia*, Roma, Astrolabio.