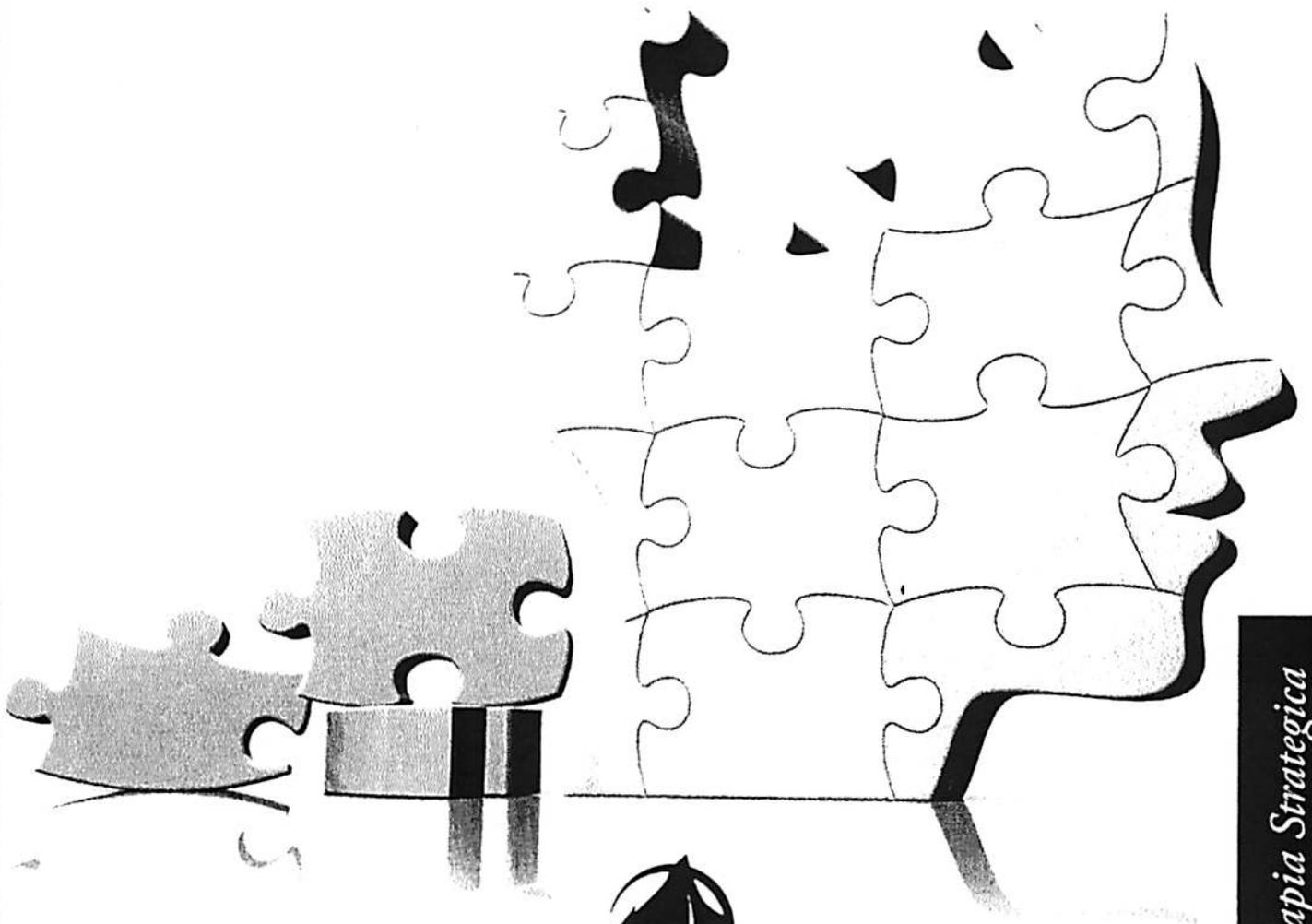


Anna Carderi,
Filippo Petruccelli,
Valeria Verrastro

TERAPIA SESSUALE IN IPNOSI



Psicoterapia Strategica

Anna Carderi, Filippo Petruccelli e Valeria Verrastro

TERAPIA SESSUALE *IN IPNOSI*

Collana di Psicoterapia Strategica
diretta da Filippo Petruccelli



Alpes Italia srl - Via Cipro 77 - 00136 Roma
tel./fax 06-39738315 - e-mail: info@alpesitalia.it - www.alpesitalia.it

© Copyright Alpes Italia srl
Via Cipro, 77 – 00136 ROMA
tel./fax 06-39738315

I Edizione, 2013

Anna Carderi, psicologo, psicoterapeuta e consulente sessuologo, membro e socio Fondatore dell'Ass.AI (*Associazione Andrologi Italiani*) e dell'AIDASS (*Associazione Italiana per il Diritto alla Salute Sessuale*).

Filippo Petruccelli, psicologo e psicoterapeuta, professore associato di psicologia dello sviluppo e dell'educazione presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, è presidente della Società Italiana di Psicoterapia Strategica.

Valeria Verrastro, psicologo e psicoterapeuta, ricercatore di psicologia dello sviluppo e dell'educazione presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale è condirettore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapie Brevi ad Approccio Startegico dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie.

INDICE GENERALE

Introduzione	V
--------------------	---

PARTE PRIMA PATOGNOMICA DELLA SESSUALITÀ

1. La sessualità e le sue difficoltà	3
2. Alterazione del ciclo di risposta sessuale	5
2.1. Disturbi del Desiderio Sessuale	8
2.2. Disturbi dell'Eccitazione Sessuale	12
2.3. Disturbi dell'Orgasmo Femminile	16
2.4. Disturbi dell'Orgasmo Maschile	18
2.5. Disturbi da Dolore Sessuale coitale e non coitale	21
3. Problemi non sessuali che possono alterare il ciclo della risposta sessuale	27

PARTE SECONDA TERAPIA SESSUALE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI SESSUALI

4. Le terapie sessuologiche	31
4.1. La sessuologia clinica e l'approccio integrato	35
4.2. La terapia sessuale e il trattamento delle disfunzioni sessuali ..	38
4.3. Il trattamento strategico nelle disfunzioni sessuali	49
4.4. <i>Continuum</i> tra terapia sessuale e terapia strategica	59

PARTE TERZA IPNOSI E SESSUALITÀ

5. Stati alterati di coscienza	67
6. Ipnosi: principi generali	69
6.1 Ipnosi e pratica clinica	72
6.2 Fenomenologia dello stato ipnotico	73

Terapia sessuale in ipnosi

6.3 Milton H. Erickson	75
6.4 I linguaggi ipnotici	79
7. L'utilizzo dell'ipnosi nel trattamento delle disfunzioni sessuali	87
7.1 L'ipnosi nella terapia sessuale: le tecniche ipnotiche	91
7.2 Ipnosi e disfunzioni sessuali: applicazioni	113
8. Caso clinico	129
Conclusioni	149
Bibliografia	155

Introduzione

Quando si indaga nel campo della terapia sessuale, ben poco si trova circa l'impiego dell'ipnosi come valido approccio alle diverse problematiche sessuali.

Eppure, da Masters e Johnson in poi, la maggior parte delle tecniche manuali si basano proprio sui fenomeni ipnotici dell'autosuggestione e simili.

Per di più, una componente rilevante nell'insorgere del disturbo sessuale e del lavoro che il sessuologo è chiamato a ristrutturare e/o decondizionare riguarda proprio i fenomeni dell'autosuggestione, dell'autocolloquio negativo e delle immagini disfattiste autoindotte.

Sono, infatti, le distorte percezioni e le erronee valutazioni cognitive che ne derivano a rendere impossibile il cambiamento, rinforzando il ciclo di sofferenza in un crescendo che raggiunge l'acme nel processo identificato da Araoz come autoipnosi negativa (AIN).

Ogni paziente sessuologico ha i propri mostri, i propri fantasmi.

Ossessioni, paure, condizionamenti, senso di inadeguatezza, aspettative e altro ancora rappresentano il filtro attraverso cui egli matura la propria personale visione della sessualità.

Nel trattamento dei disturbi sessuali l'uso dell'ipnosi consente alla persona di agire proprio su questo filtro, fornendole degli strumenti utili per fronteggiare i propri mostri in modo da renderli meno potenti e ingombranti.

Diversi Autori (Erickson, 1967; Fromm, Shor, 1979; Granone, 1989; Petruccelli, Cantafio, 1997) riportano come l'uso dell'ipnosi permetta il realizzarsi di cambiamenti somatici e psichici complessi e consenta modificazioni *genito-urinarie* che riguardano la motilità, la sensibilità e la regolazione di automatismi funzionali, con possibilità di impiego nella cura della disfunzione erettile, del vaginismo, dei disturbi eiaculatori e altro ancora.

Il valore della tecnica ipnotica consiste nell'aggirare le resistenze della persona consentendo un'azione diretta su quelle difficoltà su cui altrimenti sarebbe difficile lavorare.

Inoltre, induce stati di dissociazione e sviluppa mezzi esplorativi fornendo informazioni vitali, sovente inaccessibili nello stato di veglia al paziente e al terapeuta.

L'ipnosi consente di operare in modo trasversale alla coscienza in modo da "impiantare" direttamente nel subconscio della persona incipit terapeutici, ristrutturazioni e quant' altro possa sciogliere vecchi imprinting patologici bypassando eventuali reazioni difensive, facilitando così l'elaborazione del materiale emerso (Erickson, 1980).

La scelta dell'uso dell'ipnosi nell'intervento sessuologico può essere suggerita da diversi fattori:

Una specifica *richiesta* del paziente.

Il *fallimento* di precedenti trattamenti psicoterapici.

La *necessità* di incidere trasversalmente su vissuti o sintomatologie sessuologiche che il paziente non riesce a superare nel corso della terapia condotta nello stato di veglia in modo da "scavalcare" resistenze che impediscono il proseguimento della terapia stessa e avviare una rielaborazione e ristrutturazione del loro significato.

Come *mezzo sintomatico* rapidamente contenitivo di situazioni acute di scompenso emotivo (attacchi di ansia, ansia liberamente flottante ad effetto scompaginante, attacchi di panico).

Come ogni forma di psicoterapia, l'indicazione clinica all'ipnosi si riconduce anche alla capacità di un soggetto di sperimentare trance e successivamente di utilizzarla in modo terapeuticamente valido e senza danno (nel caso specifico la possibilità che la trance come fatto regressivo possa slatentizzare e scompensare stati dissociativi misconosciuti borderline, personalità schizoidi e schizotipiche, sindromi schizoaffettive).

Premesso ciò, in questo lavoro, partendo dalle reazioni fisiche e psicologiche che contraddistinguono la risposta sessuale umana, vengono analizzate le tematiche legate al trattamento delle disfunzioni sessuali proprie delle terapie sessuali e *in ipnosi*.

I singoli capitoli della prima e seconda parte della trattazione, oltre a fornire elementi di base utili per un primo approccio alle disfunzioni sessuali, forniscono le nozioni teoriche per meglio comprendere il valore che la terapia sessuale assume rispetto al trattamento.

Attraverso una breve rassegna storico-teorica, vengono delineati i contributi che i diversi Autori hanno apportato al trattamento delle disfunzioni sessuali

e le maggiori posizioni teoriche con particolare riferimento alla terapia strategica.

Tutto ciò rappresenta una sorta di cappello che introduce il lettore alla parte più importate, l'ultima del lavoro qui presentato e dedicata all'uso dell'ipnosi nel trattamento dei disturbi sessuali.

Una sorta di antologia contributiva dove il tema dell'ipnosi e della sessualità viene affrontato in termini puramente operativi.

Pascal, il più grande dei persuasori della storia diceva a proposito del linguaggio “*Chi si persuade da solo, si persuade prima e meglio*”, così, la possibilità di utilizzare le tecniche ipnotiche nel trattamento dei disturbi sessuali consente al paziente di apprendere ed esercitarsi al piacere sessuale, interrompendo progressi circoli viziosi.

La terapia sessuale *in* ipnosi rappresenta quindi, lo strumento a nostra disposizione per intervenire efficacemente nel trattamento dei disturbi sessuali.

Vengono proposte una serie di tecniche, strategie e induzioni di base disturbo-specifiche.

Il valore aggiunto consiste nel fatto che non vengono presentate esclusivamente le induzioni descritte da Daniel L. Araoz ma numerose altre, che si adattano in modo *ad hoc* alla problematica sessuale.

Parliamo di induzioni *ad hoc* sia dirette, che si basano sull'ascoltare le tante sensazioni che il sesso porta con sé (il piacere del corpo visto, toccato, annusato) sia indirette, che usano simboli e metafore, che rimandano al soggetto un senso di tranquillità e di autoefficacia ponendosi in contrasto con l'ansia e il senso di insicurezza che accompagnano i disturbi sessuali.

Una classe di strumenti utili per l'esplorazione, l'approfondimento e il trattamento del disturbo sessuale in ipnosi e schematizzate secondo una sequenza riproducibile.

Il tutto è arricchito dalla discussione di un caso clinico che ne esplica l'utilizzo e l'importanza di costruire metafore e induzioni congrue col sintomo.

Non solo, il caso mostra come le diverse tecniche ipnotiche presentate possano essere modificate e integrate fra loro in modo da costruire una induzione *ad hoc* a partire dal sistema rappresentazionale, percettivo, di pensiero e relazionale della persona stessa (Del Castello, 2000).

Terapia sessuale in ipnosi

In sintesi, possiamo affermare che, in un settore come quello degli interventi sulle disfunzioni sessuali, l'ipnosi si inserisce a forbice tra la terapia psicoanalitica, che focalizza la sua attenzione sui possibili fattori di rischio relativi ad eventuali traumi psichici, quella comportamentale e la terapia sessuale vera e propria, orientata alla risoluzione del sintomo e che, solo marginalmente, è interessata alle cause sottostanti i disturbi sessuali.

PARTE PRIMA
PATOGNOMICA DELLA SESSUALITÀ

CAPITOLO PRIMO

LA SESSUALITÀ E LE SUE DIFFICOLTÀ

*Il significato e l'unione tra l'uomo e la donna non sono da ricercarsi
nella continuazione della specie, o nelle sue conseguenze sociali,
ma nella personalità, nella sua lotta per la completezza e
la pienezza della vita e nella sua brama di eternità.
Berdjaev*

L'attività sessuale umana è un evento psicosomatico unitario.

Il suo funzionamento è strettamente ancorato all'integrità dei circuiti psico-affettivi-relazionali e dei circuiti somatici, biofisiologici e alla loro reciproca interazione.

Per contro un'anomalia in uno dei circuiti provocherà una disfunzione sessuale (Fenelli e Lorenzini, 1991).

Quando gli aspetti disfunzionali esulano dagli aspetti biofisiologici diventano innumerevoli i fattori psicorelazionali che concorrono all'eziologia delle disfunzioni sessuali o che possono contribuire al persistere e all'aggravarsi del disturbo:

- Pregiudizi su base religiosa: l'impatto della religione sulla nostra cultura ha, infatti, prodotto diverse convinzioni, che travisano e deformano la rappresentazione mentale che ne abbiamo.

Ne consegue l'idea che il sesso, come esclusivamente finalizzato al piacere, sia amorale, peccaminoso e sporco e che l'auto avvilimento e l'astinenza sono elogiabili, desiderabili ed indice di valore morale (Confort, 1979).

- Una educazione rigida e la continua frustrazione nell'infanzia degli interessi sessuali, possono dar luogo a condotte sessuali sublimite o re-
presse che possono estrinsecarsi con una sintomatologia psicopatologica (Allen, 1969).
- I messaggi pubblicitari, ribadendo come le aree genitali siano parti del corpo da pulire, disinfettare e deodorare, sottolineano in modo implicito

Terapia sessuale in ipnosi

che i genitali sono “sporchi”, licitando un atteggiamento negativo e di eccessiva pulizia (Détto, 2001).

- Leggende metropolitane riferite alle dimensioni del proprio organo sessuale che minano il soggettivo concetto di virilità e mettono in discussione le proprie capacità sessuali e relazionali.
- Gli stereotipi culturali ancorati alle aspettative genere-specifiche, agli aspetti ideologici alle tradizioni dominanti e capaci di influenzare le modalità in cui i due sessi si relazionano.
- Errate consapevolezze sul proprio corpo, disinformazione, fattori di inesperienza legati all'età, contraddizioni di ruolo (Morali-Daninos, 1968; Bossi *et al.*, 2000) possono influenzare i comportamenti dei singoli e rivestire un ruolo fondamentale nella patogenesi dei disturbi sessuali.

CAPITOLO SECONDO

ALTERAZIONE DEL CICLO DI RISPOSTA SESSUALE

A partire dal 1954, nella *Washington University School of Medicine*, Williams H. Masters (ginecologo) e Virginia E. Johnson (psicologa), effettuarono diversi studi circa le fasi di risposta sessuale, fornendo alla ricerca sulla sessualità umana un grande contributo.

Furono loro a suddividere la risposta sessuale in quattro fasi (eccitazione, plateau, orgasmo e risoluzione) e a far risalire l'eziologia del disturbo alle fasi dell'eccitazione o dell'orgasmo.

Rispetto al modello bifasico di Masters e Johnson, la Kaplan nella seconda edizione di "The illustrated manual of sex therapy", presenta un'importante innovazione: il concetto trifasico della risposta sessuale. Esso consta di una prima fase definita fase del desiderio, seguita dalla fase di eccitazione e dalla fase dell'orgasmo.

Il *ciclo di risposta sessuale* è definibile come l'insieme dei fenomeni fisici e psichici che avvengono nel corpo umano in seguito ad uno stimolo erotico. Arbitrariamente può essere suddiviso in più fasi: desiderio, eccitazione e plateau, orgasmo e risoluzione.

Diversi stimoli mentali o sensoriali causano nell'uomo e nella donna *desiderio sessuale*.

L'**eccitazione** provoca nell'uomo l'erezione del pene e nella donna l'aumento della lubrificazione vaginale e dall'erezione del clitoride (**Tabella 2.I**).

In entrambi si verifica un appesantimento del respiro e un aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna.

La fase di **plateau**, secondo Masters e Johnson (1987), definisce uno stato di eccitamento che si intensifica fino a raggiungere il suo *acme* nell'orgasmo (**Tabella 2.II**).

Tabella 2.I – *Fase del ciclo di risposta sessuale: eccitazione.*

Maschi	Femmine
Erezione del pene Ingrossamento della pelle dello scroto Ingrossamento dei testicoli Eventuale erezione dei capezzoli	Lubrificazione vaginale Erezione del glande e del clitoride Ingrossamento e separazione delle grandi e piccole labbra Innalzamento dell'utero Modificazioni delle pareti vaginali Ingrossamento del seno Erezione dei capezzoli

Tabella 2.II – *Fase del ciclo di risposta sessuale: plateau.*

Maschi	Femmine
Il pene viene riempito e dilatato dal sangue fino ai suoi massimi livelli assumendo un colore rosso più scuro I testicoli si innalzano aderendo al perineo	La terza parte della parete vaginale si ingrossa L'utero si ingrossa Il corpo del clitoride si rimpicciolisce, il glande si innalza

Durante l'orgasmo, nella donna si ha un aumento della tensione mentre nell'uomo avviene l'ejaculazione (**Tabella 2.III**) che è seguita da un immediato calo del desiderio e dal ritorno del pene nello stato flaccido. In quest'ultimo, al contrario della donna (Saso, 2002), segue la fase di *refrattarietà* in cui egli è indolente a qualunque stimolo sessuale.

Tabella 2.III – *Fase del ciclo di risposta sessuale: orgasmo.*

Maschi	Femmine
Chiusura dello sfintere della vescica urinaria Contrazioni ritmiche dei condotti seminali dell'uretra e della prostata che portano all'ejaculazione di sperma in 3-7 getti a intervalli regolari di 0,8 sec.	Aumento di tensione Possibili contrazioni della terza parte esterna della vagina Possibili contrazioni della muscolatura perineale Contrazioni dell'utero Momenti di apnea, gemiti

Da un punto di vista dello stato di coscienza, nelle prime due fasi e nell'ultima fase, lo stato di coscienza resta integro e ciò permette alla relazione di svolgersi in presenza di attenzione reciproca mentre nella fase di massima espressione del piacere, l'orgasmo, lo stato di coscienza subisce un lieve annessamento (3-15 sec) che determina una "disattenzione fisiologica" verso tutto ciò che riguarda l'altro da sé.

Un'anomalia che sottende una o più fasi del ciclo della risposta sessuale dà luogo a una o più disfunzioni sessuali fase/specifica.

Conseguentemente avremo Disturbi del Desiderio Sessuale (Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo, Disturbo da Avversione Sessuale), Disturbi dell'Eccitazione Sessuale (Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile, Disturbo Maschile dell'Erezione) e Disturbi dell'Orgasmo (Disturbo dell'Orgasmo Femminile, Disturbo dell'Orgasmo Maschile, Eiaculazione Precoce), Disturbi da Dolore Sessuale (Dispareunia, Vaginismo).

Il DSM-IV, nel fare diagnosi di disfunzione sessuale, pone l'accento sull'importanza clinica del disturbo, la cui gravità deve determinare marcato distress o difficoltà interpersonali.

Le disfunzioni sessuali possono essere imputabili a problemi di natura organica, a conflitti intrapsichici, a difficoltà interpersonali oppure a un insieme di queste cause.

Tutte le disfunzioni sessuali possono essere classificate in primarie/secondarie e assolute/situazionali.

Un disturbo sessuale si considera primario quando il problema si manifesta sin dai primi tentativi di rapporto sessuale, secondario quando subentra dopo un periodo di buon funzionamento sessuale.

L'inibizione primaria è una condizione rara associabile ad una storia di asessualità che si estende a tutta la vita del soggetto.

Può essere assoluta (o generalizzata) se si estende all'intera possibilità di concepire e programmare un comportamento volto alla realizzazione di un atto sessuale, o situazionale quando limitata a uno/una partner. In questo secondo caso non deve essere considerata una patologia della sessualità ma una patologia di coppia.

2.1. Disturbi del Desiderio Sessuale

Non vi può essere sessualità senza desiderio.

È infatti l'insorgere del desiderio che, licitando nell'uomo l'erezione e nella donna la lubrificazione e la tumescenza, predispone entrambi all'attività sessuale.

Il desiderio è sollecitato od ostacolato dall'alta percentuale di raggiungere o meno il piacere o l'idea che se ne ha. In definitiva, una memoria "sessuale" positiva ancorata alla soddisfazione di un bisogno è il maggior incentivo al desiderio sessuale e all'attività sessuale stessa.

Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo

La caratteristica essenziale è la scarsità o l'assenza di desiderio sessuale e di fantasie sessuali.

I soggetti non provano più attrazione per il proprio partner e cercano di evitare quanto possibile l'atto sessuale. Sono scarsamente motivati al rapporto sessuale e altamente frustrati all'idea di averne uno. Rifuggono l'attività sessuale inventando le scuse più disparate, simulando mal di testa e indisposizioni varie o mettendo in atto comportamenti di copertura e fuga che li sottraggono all'attività sessuale.

La scarsità del desiderio sessuale può essere la disfunzione primaria oppure la conseguenza del disagio emotivo indotto dai disturbi dell'eccitazione o dell'orgasmo. Alcuni soggetti con scarso desiderio sessuale mantengono la capacità di adeguata eccitazione sessuale e orgasmo in risposta alla stimolazione sessuale (America Psychiatric Association, 1994).

Il *Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction* riporta come criterio fondamentale per la diagnosi del disturbo, quello del personal distress, cioè il sentimento soggettivo di malessere, sofferenza ovvero di disagio (Basson *et al.*, 2000).

La perdita del desiderio può essere globale, mancando l'interesse erotico in tutte le situazioni, e può mascherare sottostanti alterazioni psicopatologiche (ansia, depressione, fobie, anoressia mentale) o altri disturbi sessuali (parafilie).

Il disturbo può essere indotto anche da numerose patologie mediche (malattie che comportano alterazioni ormonali, malattie testicolari primarie, malattie sistemiche che secondariamente compromettono la funzione testicolare), dall'assunzione di farmaci (abuso di alcool, bloccanti-adrenergici come il propranololo, bloccanti-adrenergici come le phenoxybenzamine), antipertensivi centrali (metildopa, reserpina, idralazina, idroclorotiazide, clortiazide, clonidina, spironolattone), antiandrogeni, antipsicotici (fenotiazine alifatiche, piperaziniche, piperidiniche), antidepressivi (TCA, IMAO, SSRI), litio, antistaminici e anticolinergici, barbiturici, benzodiazepine (clordiazepossido, clorazepam, diazepam, flurazepam, lorazepam, oxazepam), allucinogeni (LSD, cannabis), narcotici (eroina, morfina, codeina, metadone), glucocorticoidi, progestinici, estrogeni nell'uomo, ciproterone acetato, medroxyprogesterone, contraccettivi orali, metronidazolo, clofibrate, cimetidina, diethylpropion, fentermina HCl, fenfluramina, metoclopramide, ecc. (Kaplan, 1983).

L'inibizione del desiderio è fonte di grande sofferenza per la coppia e può essere motivo di grave patologia relazionale.

Questo disturbo è più frequente nell'uomo, ma può essere presente anche nella donna.

Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo Maschile (DDSIM)

Il DSM-IV-TR definisce il DDSIM come la deficienza o assenza di fantasie sessuali e desiderio per l'attività sessuale. Inoltre, per fare diagnosi di DDSIM, il sintomo deve essere percepito dal paziente come fonte di sofferenza, stress o problemi relazionali. Infatti, una riduzione della libido non sempre è vissuta e riferita come problematica.

I fattori che più frequentemente si associano e/o possono causare DDSIM sono di tipo individuale, relazionale, intrapsichico e organico.

Convinzioni religiose, disturbi dell'identità di genere o di scelta dell'oggetto sessuale, fobie sessuali, timore di perdere il controllo, paura della gravidanza, sindrome del vedovo, preoccupazione per l'invecchiamento, stress e affaticamento sono tutti fattori individuali capaci di influenzare il decorso della pato-

logia, interferire con i trattamenti o esacerbare i sintomi della condizione patologica da DDSIM.

I fattori relazionali dovuti alla presenza di disturbi sessuali (HSDD, anorgasmia etc.) o scarse abilità sessuali del partner, soluzioni passivo-aggressive degli squilibri di potere, possono agire riducendo la convinzione di efficacia sessuale e di autostima del maschio, favorendo la comparsa del disturbo.

Tra i fattori intrapsichici, la presenza di frequenti litigi all'interno della coppia e tensioni familiari, associati a sentimenti d'ostilità, di risentimento o rabbia possono contribuire alla riduzione della libido nel maschio.

Altra fonte di DDSIM è rintracciabile in problemi legati all'attività lavorativa (impegni pressanti o scarsa gratificazione con relativa astenia psichica o frustrazione).

Nell'indagine eziologica oltre che dei problemi relazionali e intrapsichici va tenuto conto di un *milieu* di fattori organici che possono inficiare l'espressione del desiderio sessuale come le patologie endocrine (Carani *et al.*, 2005) e croniche sistemiche (Meuleman *et al.*, 2005).

Inoltre, diverse categorie di farmaci sono state associate alla presenza di un DDSIM. Tra questi, gli antidepressivi serotoninergici, e in particolare gli inibitori del riassorbimento della serotonina (SSRI).

È utile ricordare che il DDSIM può essere un corollario di altre disfunzioni sessuali, quale ad esempio la disfunzione erettile (DE) e i problemi eiaculatori (Meuleman *et al.*, 2005).

Disordine da desiderio sessuale ipoattivo (HSDD) femminile

È caratterizzato da un persistente o ricorrente deficit (o assenza) di fantasie, pensieri, desideri, a sfondo erotico sessuale (individuali o di coppia), con incapacità di rispondere a stimoli sessuali adeguati, che diventa causa di stress o disagio personale, *personal distress* (Basson *et al.*, 2000).

All'interno di una relazione di coppia stabile, nella donna la motivazione al rapporto sessuale spesso è di natura più affettiva che fisica. Conseguentemente se ella sente venire meno la vicinanza emotiva, l'impegno, l'amore, l'affetto, l'intimità e l'accettazione, tenderà fattivamente a essere più refrattaria a qua-

lunque attività sessuale. Questo rende l'eventuale "terapia" per i HSDD molto più problematica se non inserita in un percorso personale e di coppia.

Problemi psicologici quali la depressione e le fobie o l'esposizione prolungata a situazioni di stress possono alterare la risposta del desiderio determinandone la caduta.

Importanti nell'insorgenza del HSDD sono i fattori individuali, connessi a stili educativi negativi, condizionamenti culturali, religiosi e relazionali come la presenza di disfunzioni sessuali nel partner, l'inadeguata stimolazione e/o insufficiente contesto emozionale e/o sessuale (Simonelli *et al.*, 2006).

Alterazioni del desiderio possono dipendere da squilibri ormonali quali la carenza di estrogeni; tale fenomeno può verificarsi soprattutto durante il puerperio o la menopausa o può dipendere da alterazioni metaboliche dovute a disturbi alimentari come l'anoressia, oppure essere di origine biologica.

Altra causa è rintracciabile nell'uso di alcune droghe, alcol o farmaci.

Disturbo da Avversione Sessuale

La caratteristica fondamentale di tale disturbo è l'avversione e l'attivo evitamento del contatto sessuale genitale (Bossi *et al.*, 2000).

Può essere persistente o ricorrente.

Il soggetto riferisce ansia, timore o disgusto quando si trova di fronte ai genitali, alla prospettiva di un contatto genitale o di un rapporto sessuale (Cassano *et al.*, 2002).

L'avversione genito-sessuale può essere focalizzata, per esempio alle secrezioni genitali, alla penetrazione vaginale o diffusa all'intero rosario sessuale, inclusi baci e titilli vari.

L'intensità della reazione del soggetto esposto allo stimolo avversivo può variare da un'ansia moderata al panico vero e proprio con ansia estrema, sentimenti di terrore, sensazione di svenimento, nausea, palpitazioni, vertigini e difficoltà di respirazione.

Le relazioni interpersonali possono essere gravemente compromesse.

I soggetti possono evitare i contesti sessuali o i potenziali partner sessuali con strategie di fuga (andando a dormire presto, viaggiando, trascurando

l'aspetto della propria persona, usando sostanze e dedicandosi in modo eccessivo ad attività lavorative, sociali, o alla famiglia) (*American Psychiatric Association*, 1994).

Nei casi più gravi, al fine di rifuggire occasioni che possono mettere a repentaglio le condotte di evitamento e copertura, la persona può votarsi alla castità e all'isolamento sociale (Cassano *et al.*, 2002).

Nell'anamnesi di questi pazienti spesso si ritrovano casi di violenze sessuali e psicologiche, rapporti sessuali vissuti come traumatici e apportatori di dolore, sensi di colpa e di vergogna (Cassano *et al.*, 2002), istanze culturali e religiose in tema di sessualità, mutilazioni genitali, disturbo nella percezione dell'immagine corporea.

2.2. Disturbi dell'Eccitazione Sessuale

Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile

La caratteristica fondamentale del disturbo è una persistente o ricorrente incapacità di raggiungere o di mantenere, fino al completamento dell'attività sessuale, un'adeguata risposta di eccitazione sessuale con lubrificazione e tumescenza (Basson *et al.*, 2000). Tali disturbi possono essere distinti in persistenti o ricorrenti, in parziali o completi a seconda della frequenza di comparsa o della gravità.

Seppur limitati, vi sono dati che indicano come il disturbo è spesso accompagnato da Disturbi del Desiderio Sessuale (Ipoattivo e da Avversione Sessuale) e dal Disturbo dell'Orgasmo Femminile. Sono donne con una scarsa o nulla sensazione soggettiva di eccitamento sessuale.

La nuova definizione dei disordini della fase di eccitamento femminile (*FSAD*) associa il disturbo ad una persistente o ricorrente incapacità di ottenere o mantenere, fino al completamento dell'attività sessuale, un adeguato eccitamento sessuale, con marcato distress o disagio interpersonale (Basson *et al.*, 2001).

Ciò si può manifestare come mancanza di eccitamento mentale o di lubrificazione genitale evolvendo in rapporti sessuali dolorosi, evitamento sessuale e turbe delle relazioni coniugali o sessuali (*American Psychiatric Association*, 1994).

Quindi, se vincoliamo la lubrificazione a indice di eccitazione, potremmo trovarci di fronte a donne che esperiscono tre diversi vissuti sessuali:

- lo stimolo è esperito come frustrante ovvero fastidioso e non comporta modificazioni genitali;
- lo stimolo non è percepito come eccitante ma le modificazioni genitali avvengono senza essere percepite;
- lo stimolo è eccitante ma le modificazioni genitali non avvengono.

Dal punto di vista psicologico, il senso di inadeguatezza, la bassa autostima, la tendenza all'introversione sociale e alla depressione sono tra le cause d'insorgenza del disturbo.

Altre possono risiedere in una scarsa conoscenza del proprio corpo, dovuta a un atteggiamento rigido rispetto al piacere femminile e alle sue dimostrazioni esterne come l'autoerotismo, che si esplica come una scissione tra mente e corpo, determinando un'assenza della dimensione psichica della sessualità (Simonelli, 2006).

Nelle donne molto giovani la causa può essere talvolta ricondotta a inesperienza del partner o ad un tempo insufficiente dedicato ai preliminari.

Tra le altre cause psicologiche che possono determinare tali disturbi vi sono i conflitti profondi o problemi nel rapporto di coppia.

Disfunzione erettile

Con tale termine s'intende una "persistente e ricorrente incapacità di ottenere o mantenere una erezione peniena adeguata per il completamento della attività sessuale".

Meccanismo erettile:

- 1) iperafflusso di sangue
- 2) riempimento spazi cavernosi
- 3) dilatazione spazi cavernosi
- 4) conseguente schiacciamento delle vene
- 5) blocco venoso
- 6) rigidità

Il totale o parziale deficit erettile tocca, più di ogni altra disfunzione sessuale maschile, il nucleo centrale dell'identità virile.

Il membro è talmente parte della personalità maschile che, in caso di disturbi o momentanee *defaillance*, molti uomini vanno in crisi.

I fattori psicologici, possono avere un ruolo preminente nell'insorgenza, nella gravità, nell'esacerbazione o nel mantenimento della disfunzione.

Particolari stimoli di tipo psicogeno (perdita di sicurezza, ansia legata al rapporto sessuale, paura dell'insuccesso, il giudizio, eccessivo coinvolgimento emotivo) possono inibire l'erezione.

Spesso, attraverso un meccanismo inibitorio del tipo "profezia che si autodetermina", si consolida il meccanismo inibitorio dell'erezione: a lungo andare gli insuccessi in fiacciscono il desiderio sessuale, per cui il soggetto da una parte perde la stima nelle proprie capacità erettili ed evita i rapporti sessuali e dall'altra vive ogni rapporto come una prova (Masters e Johnson, 1970; Masters *et al.*, 1987).

In altri casi, possono essersi sviluppati degli schemi cognitivi di tipo sessuofobico, in seguito a un'educazione di tipo repressivo e iper-religiosa, che ha portato a vivere gli avvenimenti sessuali personali (pratiche masturbatorie, polluzioni notturne, coiti interrotti, fantasie orgiastiche, ecc.) con senso di colpa.

L'associazione tra sesso e colpa si accompagna a ignoranza, a pregiudizi e tabù, a una educazione repressiva e moralistica (Kaplan, 1981).

I pregiudizi più importanti riguardano la dimensione del pene, il numero massimo di eiaculazioni possibili, lo stimolo sessuale perenne, prolungato. Tipiche sono anche le convinzioni che responsabilizzano l'uomo come fautore dell'orgasmo femminile (Simonelli *et al.*, 1996).

In tutte queste evenienze compare un senso d'insicurezza, che sollecita l'individuo a verificare le proprie capacità con continui tentativi di rapporto miranti a stabilire l'autostima. Poiché tali rapporti si accompagnano al timore d'insuccesso, l'eccessiva carica emotiva della situazione concretizza il timore stesso e lo fonda innescando il meccanismo disfunzionale della profezia che si autodetermina spesso l'impotenza (Volterra, 2002). Quanto più forti sono i timori dell'insuccesso tanto più facilmente si realizzeranno.

Spesso la paura dell'insuccesso è legata ad altri timori come quello di essere abbandonato o di non essere amato, come conseguenza di prestazioni sessuali non adeguate (Petruccelli, 1996). Paura che si manifesta alcune volte in quegli uomini che considerano l'atto sessuale come una prestazione sulla quale la partner esprimerà il proprio giudizio (Kaplan, 1981).

Le risposte di impotenza possono altresì essere determinate dalla richiesta di prestazioni sessuali che il soggetto sente come troppo esigenti, dall'incapacità di abbandonarsi, dalla ridotta sensazione di eccitazione e piacere sessuale.

Sull'erezione influiscono anche la mancanza o l'eccessivo coinvolgimento emotivo o eccessiva familiarità.

Secondo Weiss ed English (1949) le cause di questo disturbo sono:

- Il timore di disapprovazione, punizioni, critiche, derisione, danno fisico (malattia, indebolimento), gravidanza della partner, ecc.;
- L'ostilità verso la compagna e il sesso opposto, di solito per proiezione inconscia di odio verso la madre; l'invidia del ruolo sociale del partner con conseguente rifiuto di renderlo felice; il timore di fargli male a causa di fantasie sadiche concernenti il rapporto sessuale;
- I conflitti erotici per situazione edipica, l'innamoramento inconscio di altra donna (madre o sorella), l'omosessualità latente, il narcisismo, ecc.

L'atto sessuale può essere ostacolato da complessi meccanismi psicodinamici. Ciascuna fase, infatti, può essere turbata da ansie e paure inconsce e l'ostacolo può andare da una semplice inibizione fino a una vera e propria ostilità nei confronti dell'altro sesso (Bergler, 1946). Alle volte la vagina è vista come un organo castrante, la cui immagine incute terrore e può determinare impotenza. La propria ansia di castrazione può altresì essere riversata sulla partner attraverso il timore di ferirla o rovinarla, soprattutto se vergine.

Altri soggetti nutrono il timore d'indebolirsi, di contrarre malattie veneree, o di essere causa di gravidanze indesiderate, rievocando così lo spettro di paure e di minacce subite nell'età infantile. Il sintomo erettile può essere considerato anche come un mezzo per dare sfogo all'aggressività repressa, «un mezzo – scrive Harley – per ferire la moglie-madre che non riesce a ottenere la risposta desiderata, cioè l'erezione» (Harrison *et al.*, 1979).

Altre volte, soprattutto in uomini dalle molte avventure sentimentali e che non hanno contratto legami durevoli, l'improvvisa impotenza con una nuova partner può essere il risultato inconscio di vendetta contro colei che rappresenta tutte le donne che non l'hanno mai amato, e soprattutto la madre che l'ha trattato male.

Altri uomini immaturi falliscono con la persona amata e invece non mostrano difficoltà con prostitute, le quali rappresentano solo un oggetto di piacere all'interno di un contratto di reciproco sfruttamento.

Spesso, infine, è il soggetto ansioso a manifestare impotenza, poiché vive nel timore di non essere attraente, di avere un'erezione inadeguata, di essere meno virile degli altri uomini, di nascondere un'omosessualità latente.

In circa il 30% dei casi il disturbo dell'erezione è stato preceduto da vari anni di eiaculazione precoce, che ha connotato il rapporto sessuale in modo negativo, con conseguente blocco del desiderio e ansia nel rapporto.

Le altre condizioni cliniche che possono compromettere l'erezione sono: cause meccaniche (anormalità congenite del pene, danni da trauma, chirurgia demolitiva del bacino: prostatectomia e cistectomia radicali), danni ai nervi che mediano il riflesso d'erezione (sclerosi multipla, danni al midollo spinale, danni ai motoneuroni), cause vascolari con compromissione emodinamica dell'erezione (arteriosclerosi dei piccoli vasi penieni, priapismo dovuto a trauma o ad anemia, anormale drenaggio dei corpi cavernosi), cause endocrine da compromissione ormonale (deficienza di testosterone, iperprolattinemia), da diabete (gli esatti meccanismi sono sconosciuti, forse esiste una compromissione vascolare e neurologica) e infine da farmaci (antipertensivi, alcool, narcotici, bloccanti-adrenergici, TCA, SSRI e neurolettici) (Volterra, 2002).

2.3. Disturbi dell'Orgasmo

Disturbo dell'Orgasmo Femminile

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è la difficoltà, l'impossibilità o un frequente ritardo nel raggiungimento dell'orgasmo, dopo un'adeguata fase di eccitazione sessuale (APA, 1996).

La donna soffre di disfunzione orgasmica primaria se non ha mai sperimentato un orgasmo, al contrario, se il disturbo si è sviluppato dopo un periodo di “normalità orgasmica”, la disfunzione è secondaria.

La disfunzione orgasmica può essere assoluta o situazionale.

Se è assoluta, la donna non è in grado di raggiungere l'orgasmo né coitale, né clitorideo in nessuna circostanza; se è situazionale, può raggiungere l'orgasmo ma soltanto in circostanze particolari.

La nuova classificazione dei disordini della fase orgasmica femminile riporta, come caratteristica del disturbo, una persistente o ricorrente difficoltà, ritardo o assenza di orgasmo successivo a una sufficiente stimolazione sessuale e all'eccitamento, con conseguente distress e disagio interpersonale (Basson, 2001). La nuova definizione prende finalmente in considerazione il fatto che, in quelle situazioni nelle quali l'assenza di orgasmo non viene vissuto dalla donna come una mancanza e non preclude una soddisfazione personale, non si può decretare la presenza di una disfunzione.

In assenza di patologie organiche, in molti casi questo problema è legato alla difficoltà di abbandono da parte della donna, che tende invece a mantenere un costante controllo su quanto sta avvenendo, sulle proprie reazioni emotive, sulle sensazioni che avverte, e così via, impedendo di abbandonarsi al flusso delle sensazioni. Se l'autocontrollo è molto marcato, l'impossibilità di provare piacere è presente anche durante le pratiche autoerotiche e frequentemente si accompagna all'inibizione dell'immaginario erotico.

Altri fattori possono dare origine a questa condizione sono: l'ambivalenza verso la relazione di coppia, la paura di essere abbandonata o di affermare la propria indipendenza, un senso di colpa nei confronti della sessualità, l'ostilità nei confronti del partner o trascuratezza da parte del partner, la nascita di un figlio, le paure e i pregiudizi. Tutte queste condizioni possono svolgere un ruolo fondamentale nel determinare il “supercontrollo” involontario del riflesso orgasmico.

Secondo la Kaplan (1983) l'orgasmo femminile può essere situato lungo un continuum in cui troviamo: donne che raggiungono l'orgasmo grazie a fantasie sessuali e comunque anche al di fuori del contatto fisico dell'area clitori-

dea, donne che necessitano di stimolazione clitoridea durante l'atto sessuale, donne totalmente incapaci di provare orgasmo in qualsiasi situazione.

In queste ultime, l'incapacità di provare l'orgasmo può essere fatta risalire ad una generica incompetenza sessuale, al timore di un sentimento di completezza ritenuto colpevole, a paure e a pregiudizi, e, in alcuni casi, a motivazioni connesse ad avvenimenti specifici quali la nascita di un figlio o l'uso di metodiche contraccettive.

Alle volte, invece, tale disturbo si sposa e collude col sintomo sessuale del proprio partner; a tal proposito, non è raro osservare donne "frigide", sposate con uomini affetti da eiaculazione precoce o di scarsa virilità, o con uomini di solito remissivi e fedeli, scelti "su misura". In questi casi l'anorgasmia può essere letta come l'espressione di una nevrosi a due, in cui ognuno contribuisce al mantenimento del disturbo *come unico modo per cementare l'unione e la relazione affettiva presente.*

Il Disturbo può compromettere l'immagine corporea, l'autostima o la soddisfazione nelle relazioni.

Una donna su quattro lo raggiunge durante il coito. Il 14,5% non ci arriva mai (Bossi et al., 2000).

2.4 Disturbo dell'orgasmo maschile

Fra i disturbi dell'orgasmo maschile si possono distinguere l'eiaculazione precoce (se l'atto è abbreviato), l'eiaculazione ritardata (quando il tempo necessario è allungato), l'assenza di eiaculazione (se l'atto non avviene al termine del coito), l'eiaculazione senjuncta (se dissociato dalle altre componenti, l'atto si verifica a distanza del termine del coito), ed infine l'eiaculazione anorgastica (se il piacere parossistico è assente).

Eiaculazione ritardata

È un'inibizione del riflesso eiaculatorio (Kaplan, 1974) tale che un paziente, pur mantenendo un'intatta capacità erettile e un desiderio sessuale integro,

non è in grado di eiaculare nel coito o durante altre attività sessuali, nonostante una stimolazione lunga e adeguata.

Chi soffre di questo disturbo può impiegare oltre un'ora a raggiungere l'orgasmo (Montorsi *et al.*, 2002).

Il disturbo è poco frequente, per questo è difficile trovare riferimenti letterari. Sembra prevalentemente un disturbo di natura psichica, anche se le droghe psicolettiche, gli antidepressivi, i barbiturici, possono influenzare il riflesso eiaculatorio.

Possibili concause a livello psicologico possono essere, la paura del concepimento e delle responsabilità o conflitti più superficiali come l'ansia da prestazione. Attraverso quest'ultima il soggetto si trova ad affrontare il rapporto sessuale con la paura di non essere all'altezza, di non riuscire a soddisfare la partner.

L'incidenza dell'eiaculazione ritardata è notevolmente inferiore rispetto alle percentuali relative all'impotenza e all'eiaculazione precoce, e pare essere più frequente fra i soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo e fra coloro che hanno avuto un'educazione sessuale severa. Per Abraham (1967), infatti, l'eiaculazione ritardata esprime uno stato ansioso legato alla perdita dello sperma, alla paura inconscia di smarrire una parte di sé, o alla paura della morte. La tendenza poi a ritenere il seme, in origine di tipo sadico-ale, ostacola il raggiungimento dell'orgasmo.

Secondo Bergler (1946) questo disturbo è un vero sintomo di conversione ed esprime impulsi di "ritenzione" e di "rifiuto di dare", masochistici e sadici.

Diverse condizioni cliniche oltre l'età avanzata, possono essere causa di eiaculazione ritardata, ad esempio farmaci (sedativi, neurolettici, bloccanti gangliari, antidepressivi, bloccanti alfa adrenergici, ecc.), malattie neurologiche (tumori, sclerosi multipla, parkinsonismo, traumi, diabete, alcolismo, uremia, ecc.).

Eiaculazione precoce

È la più comune delle disfunzioni sessuali maschili.

È di difficile definizione poiché il criterio di caratterizzazione non può tener conto né dell'aspetto temporale (per esempio meno di due minuti), né del nu-

mero di spinte coitali, né tanto meno del raggiungimento del piacere da parte del partner.

La definizione che meglio descrive tale disfunzione è quella della Kaplan (1974). Secondo l'autrice, essa è caratterizzata dal fatto che l'eiaculazione si verifica prima che la persona lo desideri a causa di una resistente e persistente assenza di un controllo volontario di questa e dell'orgasmo durante l'attività sessuale.

L'elemento fondamentale di questa condizione non è in relazione al tempo ma si basa sull'assenza di controllo volontario sul riflesso eiaculatorio.

Le cause psicogene possono originare da ignoranza informativa, riluttanza inconscia a una buona sessualità, ansia, incapacità di comunicare, difese percettive e intellettuali contro le sensazioni erotiche, può essere una risposta a rapporti sessuali noiosi, routinari o frettolosi. Anche un'esperienza sessuale negativa può svolgere un ruolo significativo nell'economia psichica del soggetto e condizionarne l'evoluzione futura.

L'eiaculazione precoce, durante l'adolescenza, può essere il prodotto di coiti affrettati in condizione di stress (coito interrotto, rapporti in auto, etc.), dell'ansia associata ai primi rapporti sessuali e quindi all'inesperienza, che spesso fa sì che il ragazzo non percepisca da subito le sue sensazioni preorgasmiche. L'ansia, alla base di questo meccanismo, è connessa a differenti fattori patogeni: elementi conflittuali risalenti all'infanzia, ostilità verso la donna, paura del rifiuto.

L'abbreviamento dell'atto sessuale, inoltre, può essere espressione di vendetta, vergogna o disapprovazione. In questi soggetti, in genere, l'allontanamento delle cause che hanno determinato il disturbo, comporta la sua risoluzione automatica.

L'eiaculazione precoce si verifica spesso in individui con sessualità precoce che si sono masturbati nell'adolescenza, i cui bisogni sessuali sono rimasti invariati negli anni e che presentano una iperestesia genitale.

In genere, questi soggetti hanno un'intensa immaginazione che anticipa, precede e sostituisce la realtà. Ciò comporta che l'eccitazione è legata al vissuto immaginativo che ne accresce l'intensità piuttosto che l'esperienza concreta.

Ne consegue che, per difendersi da questo eccesso eccitativo, la persona si distrae andando a inficiare sul controllo volontario dell'eiaculazione.

Può, altresì, comparire un'ansia legata all'atto sessuale in sé e all'insorgenza di conflitti infantili, rievocanti minacce e timori collegati alla masturbazione e all'idea della perdita di sostanze vitali (Volterra, 2002).

Secondo Stone, alcuni casi di eiaculazione precoce o ritardata possono avere le loro radici nella riattivazione di conflitti di natura erotico - orale, concernenti l'alimentazione infantile.

Altri hanno, invece, origine dallo spostamento della proibizione della masturbazione in quella del rapporto sessuale.

Questi ultimi disturbi, connessi a un ritardo della maturazione psicosessuale, hanno in genere una prognosi migliore rispetto a quelli di origine pre-genitale.

In alcuni soggetti l'eiaculazione precoce viene considerata positivamente come espressione di temperamento eccessivamente caldo e non come una disfunzione, cosicché soltanto le eventuali proteste e l'insoddisfazione del partner conducono queste persone a ricercare una cura (Volterra 2002). Anche in questo caso vige la regola del personal distress.

Tra le diverse cause organiche si riscontrano diabete, malattie neurologiche degenerative che interessano i segmenti midollari lombosacrali, interventi chirurgici (simpaticectomia lombare, chirurgia dell'aorta addominale, rizotomie), uretrite, prostatite, trauma uretrale, uso di farmaci antiadrenergici (rauwolfia, guanidina, metildopa).

2.5. Disturbi da Dolore Sessuale coitale e non coitale

Dispareunia

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è un dolore a livello degli organi genitali durante l'attività sessuale, tipicamente durante il coito, ma anche prima o dopo di esso (Bossi, *et al.*, 2000). L'intensità del dolore può variare notevolmente da persona a persona, da situazione a situazione.

Il disturbo colpisce entrambi i sessi, anche se, rispetto all'uomo, nelle donne l'incidenza della dispareunia è maggiore.

Nella donna la dispareunia, distinta in dolore durante la penetrazione, durante l'atto sessuale e in concomitanza dell'orgasmo, può essere imputata a numerose condizioni cliniche ginecologiche o urologiche (patologie labiali, infezioni, traumi, rigidità imeneale, problemi clitoridei, lesioni, infezioni, vaginismo, inadeguata lubrificazione, vulvovaginiti, cisti e infezioni a carico delle ghiandole di Bartolini, uretriti, cistiti, malformazioni vaginali, patologie ovariche, malattie infiammatorie pelviche, endometriosi, cicatrici chirurgiche, retroversione uterina, congestione pelvica, dispareunia parapelvica, complicazioni dell'IMD, contrazioni uterine, spasmi addominali, angina da sforzo) (Cassano *et al.*, 2002).

Qualora non si riscontrino cause organiche o farmacologiche, le possibili cause psicologiche sono rintracciabili in una storia di violenza o di abusi sessuali subiti in età infantile (Volterra, 2002), conflitti sessuali inconsci e pregiudizi (Cassano *et al.*, 2002).

Una costante sembra essere l'ostilità, che non riuscendo a esprimersi direttamente verso il partner, viene introiettata e trova sbocco nella somatizzazione dolorosa (Pasini, 1974).

Stati ansiosi derivanti da diverse condizioni quali paura della gravidanza, del sesso maschile, avversione per il partner o presenza di una forte conflittualità relazionale, sensi di colpa, paura di lasciarsi andare, masochismo e disturbi dell'immagine corporea (Poudat e Jarrouse, 1986), possono provocare alterazioni nella lubrificazione e innalzare il tono muscolare vaginale.

Nell'uomo il dolore può verificarsi durante l'erezione, in concomitanza della penetrazione o durante l'eiaculazione. Le cause frequentemente sono urologiche.

Le condizioni cliniche associate a dispareunia riguardano malformazioni peniene: fimosi, parafimosi, balaniti, traumi precedenti, malattia di Peyronie, incordatura, cancro del pene; lesioni dermatologiche cutanee: herpes, scabbia, eczema, abrasioni traumatiche, tromboflebiti, uretriti (non specifiche, gonococciche, traumatiche, etc.) e altre patologie uretrali, da sostanze chimiche,

prostatiti (batteriche, congestizie), infiammazione delle vescicole seminali, epididimiti, ernia inguinale, spasmo cremasterico, dolore testicolare (orchiti, tumori, traumi, etc.) (Cassano *et al.*, 2002).

Al pari di altre disfunzioni sessuali, può avere come causa diverse patologie psichiche maggiori quali depressione, schizofrenia, disturbi ossessivi, etc.

Perché si possa parlare di dispareunia nella donna, questo disturbo non deve essere attribuibile esclusivamente a vaginismo o a mancanza di lubrificazione.

Vaginismo

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è la frequente o costante contrazione involontaria della muscolatura del terzo esterno della vagina, spasmo che precede la penetrazione con il pene, ma in alcuni casi anche con dita e durante la visita ginecologica.

La contrazione muscolare può rendere impossibile la penetrazione.

Lamont (1978) distingue cinque diversi gradi di vaginismo:

- *Grado I*: è caratterizzato da una modesta iperattività del muscolo elevatore dell'ano che non inficia la possibilità di penetrazione.

Lo spasmo dell'elevatore dell'ano scompare con la rassicurazione della paziente;

- *Grado II*: lo spasmo dell'elevatore dell'ano persiste durante l'esplorazione ginecologica;
- *Grado III*: lo spasmo dell'elevatore dell'ano e la tensione muscolare delle natiche si verifica ad ogni tentativo di esplorazione ginecologica;
- *Grado IV*: allo spasmo dell'elevatore dell'ano si associano inarcamento del dorso, contrazione degli arti, reazione neurovegetativa, contrazione, difesa;
- *Grado V*: la sintomatologia dei gradi precedenti è accompagnata da reattività neurovegetativa estrema che impedisce l'esame ginecologico.

Piscicelli distingue tra:

- *Vaginismo superficiale* dovuto alla contrazione dei muscoli bulbo-cavernosi, è un sintomo da conversione che deriva di solito da situazioni con-

fluttuali con la gestione del piacere. Spesso sono donne che hanno sofferto di sindromi abbandoniche o sono state testimoni di gravi litigi tra i genitori.

- *Vaginismo profondo* dove a operare sono i muscoli che compongono l'elevatore dell'ano. Si ipotizza che si origini da conflitti psicosomatici risalenti alla fase dell'organizzazione anale.

Il disturbo può, quindi, limitare lo sviluppo di relazioni sessuali e compromettere le relazioni in corso.

Le risposte sessuali (desiderio, eccitazione, orgasmo) possono essere mantenute se la penetrazione non viene tentata o prevista.

Il disturbo si riscontra più spesso in donne giovani, di ceto medio-alto e con un elevato grado d'istruzione, con atteggiamenti negativi nei confronti del sesso e in donne con una storia di abuso o traumi sessuali (*American Psychiatric Association*, 1996) o interventi chirurgici nella zona pelvica. Dietro il vaginismo spesso si celano conflitti sessuali, il più delle volte inconsci, legati a sensi di colpa come nella dispareunia.

Il vaginismo è una reazione condizionata dall'associazione di dolore e di paura ai tentativi o anche alla sola fantasia della penetrazione. Oltre allo spasmo primario, le pazienti manifestano solitamente anche fobia del coito e della penetrazione vaginale. Questa riluttanza fobica rende i tentativi di coito frustranti e dolorosi. La fobia della penetrazione spesso è una reazione secondaria al vaginismo primario ma talvolta precede il vaginismo che può essere associato, anche se non necessariamente, ad un'inibizione sessuale generale o all'inibizione orgasmica. Anche una qualunque patologia degli organi pelvici, che renda contemporaneamente dolorosi la penetrazione o l'atto sessuale o che abbia in passato causato dolore, può predisporre all'insorgenza del vaginismo (Cassano *et al.*, 2002).

Spesso in queste donne si riscontrano scarsa educazione sessuale, tabù associati a ipervalutazione della verginità, pensieri negativi sul coito e sull'intimità, esperienze sessuali precoci negative o storie di abuso, paura dell'intimità e del coito legati alla paura di perdere il controllo nel concedersi a un'altra persona.

Friedman descrive tre tipi di donne:

1. La bella addormentata nel bosco, colei che instaura relazioni di tipo fraterno, spesso si tratta di coppie giovani dipendenti anche economicamente dai genitori con cui convivono anche dopo il matrimonio; entrambi vergini.
2. Brunilde la più aggressiva delle walkirie che sfida l'altro sesso e non si lascia possedere da un altro uomo perché ha idealizzato il padre. In primo piano c'è la paura di perdere il controllo della situazione. Ostentano spesso un atteggiamento mascolino, hanno successo e gratificazione nel lavoro, disprezzano la femminilità.
3. L'ape regina, invece, considera l'uomo esclusivamente in funzione della riproduzione e si duole del sintomo perché ostacola la realizzazione della maternità. Il partner non viene tenuto in considerazione come anche la sessualità di cui hanno una visione negativa.

Esiste anche nell'uomo un dolore eiaculatorio da spasmo muscolare, analogo al vaginismo della donna. Più spesso è di origine psicogena, intercorrente con periodi di compromissione della normale attività sessuale (Cassano *et al.*, 2002).

In entrambe le patologie (vaginismo e dispareunia) il dolore interferisce con le tre fasi della risposta sessuale: desiderio, eccitazione, orgasmo.

CAPITOLO TERZO

PROBLEMI NON SESSUALI CHE POSSONO ALTERARE IL CICLO DI RISPOSTA SESSUALE

La depressione può comportare un calo del desiderio sessuale e alcuni farmaci antidepressivi possono causare un calo del desiderio, la difficoltà o l'impossibilità di raggiungere l'orgasmo.

La presenza di un rapporto non sereno e di non accettazione nei confronti del proprio corpo può comportare Disturbi sessuali come nel caso dei Disturbi alimentari.

Lo stress può generare problemi a livello del desiderio, della capacità di abbandono, della capacità di provare l'orgasmo anche con possibile dolore.

La presenza di elevati livelli di ansia può inibire il desiderio sessuale e non permette all'individuo di lasciarsi andare nell'ambito della relazione sessuale.

Problemi di coppia (ad esempio la mancanza di attrazione verso il coniuge, le scarse abilità sessuali del partner o le differenze circa il grado di vicinanza ottimale reciproca) specialmente se caratterizzati da tensione, astio, aggressività espressa in modo diretto o indiretto, possono incidere sull'intimità della coppia stessa e, quindi, anche a livello della vita sessuale.

Convinzioni religiose di tipo repressivo, quali l'idea che tutte le forme di comportamento sessuale siano permesse solo all'interno del matrimonio e in funzione della riproduzione, che l'astinenza e la castità siano elogiabili, desiderabili ed indici di valore morale, alimentano la convinzione secondo cui il sesso finalizzato a se stesso e al raggiungimento del piacere è peccato e ne determinano una problematizzazione.

Problemi ginecologici quali infezioni, irritazioni e altri disturbi ginecologici possono creare dolore durante il coito; il dolore, a sua volta, può portare all'irrigidimento muscolare e con ciò all'incremento del dolore stesso. Il dolore così accresciuto, infine, può portare all'inibizione del desiderio sessuale, una via alternativa che permette al soggetto di non sottoporsi ad altro dolore.

Terapia sessuale in ipnosi

Molte patologie mediche (tumori, carcinoidi intestinali metastatici, alcune malattie endocrine, insufficienza renale cronica, cirrosi epatica, diabete, sclerosi a placche, lesioni del midollo spinale, traumi cerebrali, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, malattie debilitanti o causa di dolore cronico, diabete mellito) possono generare disturbi sessuali a differenti livelli, innanzitutto sul versante del desiderio sessuale.

Alcool, stupefacenti e farmaci (antipertensivi, antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, antinfiammatori steroidei) possono avere effetti tossici sulla funzione sessuale.

Sebbene questo sia vero, alcuni autori evidenziano che spesso le droghe si utilizzano proprio con l'intento di correggere problemi sessuali, alleviare il disagio e la frustrazione connessi all'inadeguatezza sessuale e per migliorare le prestazioni sessuali stesse (Maroli *et al.* 2000; La Pera, 2000; Santunione *et al.*, 2002; La Pera *et al.*, 2003; La Pera *et al.*, 2006; La Pera *et al.*, 2007; La Pera, Carderi 2008).

PARTE SECONDA
TERAPIA SESSUALE E
TRATTAMENTO DEI DISTURBI SESSUALI

CAPITOLO QUARTO

LE TERAPIE SESSUOLOGICHE

*“È compito del terapeuta arricchire il paziente,
aiutarlo a espandere l'apertura del suo Io e a
infondergli orgoglio
nella capacità di affrontare le situazioni e di
padroneggiarle
(Fromm, 1981)*

Nel secondo dopoguerra si è assistito a un rapido e diffuso sviluppo delle terapie sessuali (terapie mansionali integrate), che, a differenza dei trattamenti psicoterapeutici finalizzati ad una ristrutturazione della personalità del soggetto, si focalizzano sulla risoluzione del sintomo sessuale (Fenelli, Lorenzini, 1999).

Le terapie sessuali hanno indubbiamente cambiato, innovandolo, il trattamento delle disfunzioni sessuali imponendosi a un modello terapeutico vecchio come quello psicoanalitico che considera tali disturbi come manifestazioni di grave psicopatologia.

La moderna terapia sessuale rintraccia in problemi più semplici e più immediati, come ad esempio la paura di essere respinti dal partner o di una prestazione sessuale scadente, le cause dei disturbi sessuali.

Durante le sedute vengono prescritti i compiti e viene interpretato il materiale psicodinamico e transazionale solo se si ritiene che abbia influenza diretta sul funzionamento sessuale del paziente. L'intervento rimane comunque al servizio degli obiettivi primari come il miglioramento dell'attività sessuale e la scomparsa del sintomo. Un passaggio concettuale, questo, che ha rivoluzionato il modo di approcciarsi al paziente sessuologico.

Una rivoluzione terapeutica che parte dalla pubblicazione, nel 1940, del “rapporto Kinsey” in cui l'omonimo Autore riporta una serie di dati sul comportamento sessuale maschile (Kinsey e Pomeroy, 1948) e femminile (Kinsey e Pomeroy, 1953) focalizzandosi sulla varietà e la frequenza dell'attività sessuale e tralasciando l'aspetto fisiologico e psicologico della risposta sessuale.

Da qui in poi, numerosi Autori si differenzieranno nel loro approccio terapeutico dai tradizionali sistemi psicoterapeutici.

All'interno delle terapie sessuologiche, i due modelli di riferimento sono rappresentati rispettivamente da Masters e Johnson e dalla Kaplan.

Nel 1950, Masters e Johnson effettuarono diversi studi scientifici sulla fisiologia sessuale in seguito raccolti nel libro *Human Sexual Response* (1966).

Successivamente, nel 1970, pubblicarono *Human Sexual Inadequacy* sulla relazione tra fisiologia sessuale e varie disfunzioni sessuali.

Gli Autori considerano la patologia sessuale come relazione e trattano tutte le disfunzioni in coppia.

Solitamente al sistema-paziente si presenta una coppia di terapeuti.

Le tecniche che vengono usate si inseriscono in un trattamento intensivo che ha luogo per due settimane consecutive, lontano da casa.

Punto d'arrivo di queste tecniche è ristabilire una buona comunicazione sensoriale attraverso una serie di compiti progressivi (astinenza coitale, focalizzazione sensoriale, conoscenza del corpo dell'altro attraverso carezze non genitali, carezze reciproche genitali). Quando la coppia è in grado, attraverso questi esercizi, di raggiungere il piacere erotico, viene istruita circa tecniche sessuali specifiche per il suo particolare disturbo sessuale (ad es. "tecnica della compressione" nel caso dell'eiaculazione precoce).

Helen Kaplan, nota psichiatra, sulla scia dei lavori di William Master e Virginia Johnson (1966; 1970) nel 1976 pubblica il testo "Nuove terapie sessuali".

Fin dal suo apparire, il libro viene considerato rivoluzionario.

In esso, viene introdotto per la prima volta il concetto di desiderio sessuale, mancante nello schema del ciclo di risposta sessuale di Masters e Johnson, e promosso il modello trifasico che successivamente rappresentò la base per la classificazione delle disfunzioni sessuali femminili del DSM.

Il merito dell'Autrice è quello di aver inserito la terapia mansionale all'interno di una realtà di tipo concettuale. Ella, non si limita a descrivere le diverse disfunzioni sessuali maschili e femminili e le cause biologiche e psicologiche che ne sono alla base ma espone dettagliatamente i principi e i procedimenti delle terapie più indicate per le differenti disfunzioni sessuali.

L'assunto di base è che la possibilità di far agire un successo, attraverso l'insieme delle prescrizioni che il cliente mette in atto, avvia l'individuo verso il cambiamento.

Tale assunto è strettamente interconnesso con l'ipotesi che le disfunzioni sessuali sono una manifestazione psicosomatica che in quanto tale compare nel momento in cui le difese psichiche non riescono a proteggere l'individuo dal flusso delle emozioni.

Costrutto psicosomatico questo, che viene sostenuto dai lavori sullo stress di Hans Selye (1976), il quale afferma che l'intollerabilità di una situazione provoca una reazione di disturbo che porta ad un disequilibrio in grado di modificare lo stato di salute dell'organismo stesso.

Il metodo usato dall'Autrice concentra l'attenzione sul sintomo sessuale e sul raggiungimento di un migliore funzionamento di questa sfera, combinando teorie psicoanalitiche e compiti sessuali che la coppia esegue a casa, con sedute psicoterapeutiche nello studio medico.

La Kaplan, nella sua teorizzazione, assume un punto di vista strettamente multifattoriale secondo cui le disfunzioni sessuali non sono riconducibili a un'unica causa ma a un numero diverso di fattori che agiscono su numerosi piani: biologico, endocrino, morboso, farmacologico, culturale e del ciclo vitale.

Essi però, in virtù dell'origine psicosomatica del disagio sessuale, vengono inevitabilmente interrelazionati a cause d'ordine più squisitamente psicologico.

In particolare, i disturbi sessuali, possono originare da una vasta gamma di cause quali quelle immediate (comportamento sessuale inefficace, ansia sessuale, difese percettive e intellettuali, incapacità di comunicare), intrapsichiche, diadiche ed apprese.

Secondo tale schema i sintomi sessuali possono essere indicatori di un conflitto all'interno del sistema coniugale, che origina da emozioni distruttive come: ostilità, incompatibilità, paura del rifiuto e dell'abbandono e difficoltà comunicative.

Molti problemi di coppia possono, altresì, dipendere dalla cattiva informazione sulla sessualità o da conflitti psicologici nei riguardi di quest'ultima, che possono dar luogo ad un'attività sessuale superficiale, mediocre, insensibile e

inadeguata di tipo meccanica e orientata esclusivamente verso l'orgasmo, trascurando così l'erotismo corporeo.

Conseguentemente, poiché sono le dinamiche disfunzionali che si instaurano nel sistema coppia a contribuire all'emergere del disturbo sessuale, è proprio agendo sul e con il sistema coppia che la terapia acquisisce il massimo della sua efficacia.

Gli aspetti cui si dà più rilievo riguardano, lo spostamento dell'interesse dalla finalità orgasmica allo scambio di sensazioni piacevoli e il sollecitare una discussione aperta sulla sessualità.

Di fatto la “*condivisione*” mansionale ed emotiva che si stabilisce, permette ai partecipanti di rinforzarsi reciprocamente nella messa in atto di soluzioni che tengano conto delle proprie e altrui esigenze, promuovendo così una buona adesione al trattamento (compliance).

La conoscenza di quali siano le dinamiche intervenenti nel sistema coppia è considerata dall'Autore come un processo essenziale dell'attività di screening, che consente di capire quale sia la terapia mansionale più idonea al caso, promuovendo così l'efficacia del trattamento e quindi la risoluzione di alcuni disturbi sessuali.

È questa flessibilità prescritzionale che differenzia il modello della Kaplan da quello standard di Masters e Johnson più rigido e routinario.

La terapia mansionale della Kaplan, si basa su un insieme di prescrizioni *ad hoc* che vengono presentate al cliente, sia singolarmente che in coppia, e attraverso le quali si avvia una sequenza di esercizi tesi ad eliminare il problema presentato.

Tale processo avviene all'interno di una matrice terapeutica, che va ad intervenire sul sistema di significati dell'individuo stesso, aumentandone la propria efficacia.

L'utilizzo delle prescrizioni, all'interno di un lavoro teso alla modificazione dei costrutti dell'individuo, ha l'obiettivo di poter meglio sostenere ed integrare i cambiamenti della vita sessuale dello stesso e come tale va considerato psicoterapia.

In seguito, nel 1978, Mc Govern, Kirkpatrick e Lo Piccolo diedero origine ai primi gruppi di terapia sessuologica. Tali gruppi erano stati costituiti per ri-

durre i costi terapeutici e fornire alle coppie un supporto emotivo.

Obiettivo principale di queste terapie sessuologiche è l'eliminazione delle disfunzioni soprattutto attraverso i compiti sessuali, ponendo attenzione più che all'individuo al funzionamento della coppia.

Oggi l'approccio psicosomatico della Kaplan è stato integrato con quello somatopsichico (Simonelli, 2007). Quest'ultimo concetto amplia l'impostazione dell'Autore e prende in considerazione anche tutte le ripercussioni psicologiche che possono associarsi a un sintomo sessuale con eziologia organica.

L'obiettivo principale del trattamento resta comunque quello di aiutare il paziente a capire il significato profondo del suo disturbo e quali sono i vantaggi secondari, ma solamente dopo aver indagato la storia sessuale della persona si può cominciare a lavorare con le mansioni sessuali.

4.1 La sessuologia clinica e l'approccio integrato

Oggi, nel trattamento dei disturbi sessuali, si predilige un approccio integrato che prenda in esame le diverse interazioni biologiche, psicologiche e sociali, che potenzialmente concorrono all'instaurarsi della disfunzione.

Un approccio che colloca la dimensione mente-corpo al centro del proprio paradigma.

In linea con tale binomio, l'intervento clinico consente di sistematizzare, rispettando un'impostazione somatopsichica e psicosomatica, oltre a quelle disfunzionali, anche le molteplici espressioni della sessualità e, principalmente, le interconnessioni fra psiche e corpo che, se disturbate, possono determinare le disfunzioni.

L'attività sessuale umana, infatti, è un evento psicosomatico unitario che presuppone, secondo i criteri di normalità, l'integrità dei circuiti psico-affettivi-relazionali da un lato, e dei circuiti somatici biofisiologici dall'altro, e la loro reciproca interazione.

Di fatto, qualsiasi evento lesivo o interruzione funzionale in uno dei circuiti può provocare una disfunzione sessuale (Fenelli e Lorenzini, 1991).

L'essenza dell'approccio integrato si basa sulle differenti modalità di intervento proprie di operatori di diversa specializzazione, in cui la terapia sessuale deve modellarsi "come un abito cucito su misura" alle esigenze dei diversi pazienti.

L'intervento dà massima attenzione al lavoro di rete tra i diversi specialisti, all'analisi della domanda di intervento e all'analisi del contesto in cui inserire il programma stesso per arrivare ad una conoscenza preliminare delle esigenze, delle richieste e delle peculiarità dell'utenza, focalizzandosi su un approccio flessibile orientato ad integrare gli aspetti informativo-esperienziali con quelli emotivi.

In questo modo, a livello informativo-esperienziale, si favorisce nell'utenza lo sviluppo delle conoscenze riguardanti l'anatomia e la fisiologia degli organi sessuali del nostro e dell'altro sesso, con l'obiettivo di far acquisire consapevolezza nei riguardi di funzioni importanti e delicate, di migliorare la comunicazione col nostro corpo e con quello degli altri.

Tale conoscenza è inserita nell'analisi dei bisogni dei destinatari soprattutto a livello emotivo, con l'obiettivo di permettere l'espressione delle motivazioni e delle aspettative, evidenziando le problematiche di maggior rilievo inerenti al tema dell'affettività e della sessualità.

In definitiva, il messaggio che emerge è che il disturbo sessuale, a prescindere dal fatto che abbia un'eziologia organica o funzionale, è una patologia invalidante in quanto crea delle difficoltà a livello tanto personale quanto relazionale.

Un modello che, prendendo in considerazione tutte le dimensioni che influenzano la sessualità, incorpora gli assiomi inerenti la definizione di salute sessuale e di sessualità esplicitati dall'OMS.

Di fatto, lo sviluppo sessuale dell'individuo, dalla fase embrionale alla maturità sessuale, si evolve attraverso processi dinamici e numerose influenze riguardanti un patrimonio estremamente eterogeneo. Nell'ambito di un'analisi sessuologica completa, dunque, si deve tenere conto non solo della funzione genitale, ma anche della "storia" personale, dell'esperienza e dei vissuti caratterizzanti l'individuo (Persico *et al.*, 1999).

Il trattamento dei disturbi sessuali prevede un approccio che affianchi al lavoro basato sull'esplorazione inconscia, un approccio di tipo mansionale che prenda in considerazione anche il corpo.

La terapia delle disfunzioni sessuali non può dunque prescindere dalla “*considerazione del naturale rapporto dialettico tra mente-corpo, individuo e sistema*” (Simionelli, Fabrizi, 1997).

Obiettivo principale della terapia sessuologica è l’eliminazione delle disfunzioni soprattutto attraverso i compiti sessuali, ponendo attenzione più che all’individuo al funzionamento della coppia.

La terapia individuale è più flessibile, l’attenzione è rivolta all’introspezione e il focus è centrato sul sintomo sessuale.

Si affrontano i problemi legati all’ansia da prestazione ma anche quelli riguardanti i conflitti infantili intrafamiliari, la presenza di paure inconsce relative al successo e la fobia dell’intimità.

In ambito terapeutico vengono discussi e concordati gli obiettivi da raggiungere e sollecitate le risorse del paziente.

Nella terapia individuale, inoltre, acquista molto spazio il modello di “*coppia interna*” (Fulcheri).

La terapia sessuale, lungi dal voler stimolare sensazioni genitali, consente di far acquisire alla persona la capacità di raggiungere un controllo consapevole di ciò che sente.

Nella pratica clinica, gli esercizi sono un valido strumento che consente alla persona di porsi nelle condizioni di ricevere dal proprio corpo una serie di informazioni su di sé e di sperimentare vissuti emozionali capaci di indurre cambiamenti importanti nel proprio modo di essere.

Lo scopo principale degli esercizi è fare emergere tutte le potenzialità, anche le più recondite, per una crescita personale e la realizzazione di sé. . L’aumento della consapevolezza corporea riduce lo stress, favorisce una maggiore vitalità e mobilità, valorizza la libertà d’espressione.

Nel trattamento dei disturbi sessuali è difficile e fuorviante stabilire un’unica modalità di intervento.

L’approccio integrato prevede la costruzione di un tipo di setting in cui è possibile introdurre elementi che appartengono a differenti discipline e condurre un lavoro di equipe costituito da figure professionali diverse ma capaci di parlare un linguaggio comune.

Questo modello esula dal rigido protocollo con sequenze d'intervento pre-stabilite e offre nuove possibilità terapeutiche: farmaci, consulenza sex, interventi psicoterapeutici a orientamento psicodinamico, cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale.

Mansioni, tecniche di rilassamento, cioè un intervento efficace che si adatta alle esigenze della persona più che ai principi di un determinato modello (Fulcheri).

4.2 La terapia sessuale e il trattamento delle disfunzioni sessuali

Più di qualunque altra disfunzione, quella sessuale è un disagio che influenza in vario modo la vita del soggetto che presenta tale problematica.

Essa agisce negativamente sulle relazioni sociali e sulla qualità della vita in generale, provocando spesso depressione, ansia e perdita dell'autostima (Hafez, 2005; Lombardo, 2004; Levine, 2000; Rhoden, 2003; Sehgal, 2003; Steggal 2002; Zhang 2002; Sadovsky 2000).

Il sintomo sessuale può mettere in crisi diverse aree della vita di un individuo:

- *Identità personale*: il paziente dichiara di non sentirsi più un vero/a uomo/donna;
- *Autostima*: il paziente dichiara di non valere come persona.
La condizione maschile, ad esempio, tende a organizzare la propria autostima sulla risposta erettiva, vissuta come sintomo di virilità, e sulla performance vissuta come conferma (Padrini, 2001);
- *Coppia*: il paziente sente o pensa di non avere il rispetto del partner, ne teme l'ira, i rimproveri, ha timore di perderlo;
- *Famiglia di origine*: il paziente teme che possa essere stata informata del problema;

Inadeguatezza sociale: il paziente ha paura che gli altri possano sapere.

È vero che il sintomo sessuale può andare ad influenzare questi diversi

aspetti ma è anche vero il contrario, ossia che tali aree riguardanti le relazioni, la vita affettiva, unite ai fattori biologici e agli stili di vita sono in grado di influenzare la risposta sessuale (Carderi, 2010).

Una risposta sessuale adeguata non può prescindere dall'integrazione delle strutture organiche, psicologiche, relazionali e ambientali. L'equilibrio delle parti presuppone e facilita la capacità di abbandonarsi alle proprie emozioni, sentimenti, immagini e fantasie senza esserne dominati, mantenendo il senso di realtà (Mucchielli, 1961).

Nel vaginismo, ad esempio, poiché la penetrazione nella donna si riduce ai soli significati di aggressività e violenza, si innescano meccanismi di difesa tali da trasformare la vagina in una "*fortezza*" (Rifelli, Moro, 1990).

Gli studi epidemiologici hanno confermato la presenza di vari fattori psicosociali coinvolti nei disturbi sessuali quali: gli stati depressivi, una bassa autostima, l'ansia e lo stress (Aydin, 2001).

Conseguentemente la natura psicosomatica/somatopsichica del disturbo - in cui interagiscono, a più livelli, fattori organici, psichici e relazionali, sia nella manifestazione clinica sia nell'eziopatogenesi - dovrebbe orientare gli esperti e il paziente verso un trattamento integrato, che prende in considerazione l'eziologia multicausale e focalizza l'attenzione sulla coppia in modo da porre al centro dell'intervento il binomio individuo-sistema.

Un intervento strettamente medico e farmacologico, se pur appropriato, rischia di sottovalutare proprio tutti gli aspetti psicorelazionali fin qui menzionati e che sottendono in egual modo ai disturbi sessuali (Bodie, 2003) di natura organica, psicogena o mista.

Ma come e su cosa interviene la terapia sessuale?

L'utilità della terapia sessuale subentra ogni qualvolta le difficoltà sessuali possono essere attribuite alla presenza di ansia, la quale al momento del rapporto viene condizionata per una varietà di motivi:

- Preoccupazioni circa le proprie prestazioni sessuali.

Per quanto riguarda la disfunzione erettile, ad esempio, il timore dell'insuccesso insorto a seguito di occasionali cadute dell'erezione che sono

state notate e drammatizzate (Petruccelli, 1996), induce nei successivi rapporti preoccupazioni circa un eventuale fallimento;

- Preoccupazione per le dimensioni del proprio pene;
- Rifiuto del ruolo femminile;
- Atteggiamenti negativi verso il sesso e il piacere;
- Paura dell'intimità;
- Paura di perdere il controllo;
- Aggressività e ostilità verso la partner;
- Incapacità di abbandonarsi alle proprie sensazioni corporee, per condizionamenti di tipo sessuofobico, per eccessiva intellettualizzazione;
- Mancanza di coinvolgimento e/o novità;
- Stress in generale;
- Pregiudizi su base religiosa;

Le convinzioni e i tabù su base religiosa hanno prodotto una cultura sessuale intrisa di nozioni negative tali da influenzare lo stesso comportamento sessuale. Una cultura sessuofobica che associa il sesso alla colpa, al vizio, alla perversione o alla mera finalità riproduttiva (Confort, 1979), defraudandolo del suo significato più valoriale di comunicazione, scambio e unione interpersonale;

- Atteggiamento negativo:
i messaggi pubblicitari, ribadendo come le aree genitali sono parti del corpo da pulire, disinfettare e deodorare, sottolineano in modo implicito che i genitali sono “sporchi”, licitando a livello inconscio un atteggiamento negativo verso la sessualità;
- Desiderio di fare bella figura.
il desiderio di fare bella figura associato al “dover dimostrare” le proprie capacità virili, responsabilizza la persona della soddisfazione sessuale del partner incrinando il senso di sicurezza e determinando ansia da prestazione, angoscia di non essere all'altezza ovvero panico di non sentirsi sufficientemente preparati (Baldaro Verde *et al.*, 1993).

Tale reazione di ansia e di stress, indotta dal sistema ortosimpatico, può inibire la risposta eccitatoria.

Uno stimolo sessuale esterno o interno, ancorato a ricordi spiacevoli di passati insuccessi, timori e immagini disfattiste, attiva a livello inconscio una serie di auto colloqui negativi ansiogeni che se prolungati nel tempo riducono il desiderio sessuale inducendo una risposta sessuale disturbata (Araoz, 1984).

La presenza di pensieri ansiogeni impedisce l'attenzione verso le sensazioni indotte dalle stimolazioni esterne e blocca l'elaborazione di fantasie sessuali eccitanti, facendo quindi venire a mancare importanti componenti di attivazione in grado di far scattare nella corteccia limbica l'interruttore innescante il desiderio.

L'ansia e la distrazione si accompagnano a un terzo fattore: l'errata focalizzazione sul compito. Ed è su di esso che la tecnica sessuale va ad intervenire.

Gli studi hanno dimostrato che:

- Nei soggetti funzionali il focus attentivo si concentra sugli stimoli erotici, aumentando l'attivazione automatica e quindi l'eccitazione, acuendo l'attenzione sugli stimoli erotici in un circolo virtuoso che si auto sostiene in modo positivo.
- Nei soggetti disfunzionali si instaura un circolo vizioso che si auto sostiene in modo negativo. Il focus attentivo, in seguito a conseguenze negative, a schemi cognitivi sessuofobici o caratterizzati da scarsa sicurezza personale, va a concentrarsi sulle conseguenze pubbliche di una non adeguata prestazione sessuale e ciò produce un ulteriore focalizzazione su questi stimoli distraenti, portando ad uno scadimento della risposta sessuale di eccitazione.

Il circolo vizioso si mantiene per vari motivi:

1. Ogni insuccesso rende più solide le aspettative negative attraverso un meccanismo inibitorio del tipo "profezia che si autodetermina";
2. La reazione di ansia si condiziona alla situazione sessuale;
3. La disfunzione si sviluppa come soluzione a un dilemma esistenziale, una strategia meno distruttiva per far fronte a una situazione difficile (Althof, 2000).

Qui entriamo nell'ambito della funzionalità del sintomo. Un esempio su tutti, nella DE spesso la collusione tra partner che alimenta la disfun-

zione, può riguardare la paura condivisa del tradimento. Il sintomo in questo caso protegge entrambi da questa eventualità vissuta come psicologicamente insostenibile.

Le distorte percezioni e le erronee valutazioni cognitive che ne derivano, rendono impossibile il cambiamento e rinforzano il ciclo di sofferenza in un crescendo che raggiunge l'acme nel processo identificato da Araoz come autoipnosi negativa (AIN).

L'AIN consiste di tre elementi ipnotici che concorrono ad alimentare i problemi sessuali di origine psicogena, quali:

1. Il pensiero acritico quale attivazione negativa dei processi inconsci;
2. Le immagini negative attive;
3. Le suggestioni postipnotiche sotto forma di auto asserzioni negative derivate dal pensiero acritico e dalle immagini negative.

L'obiettivo principale della terapia sessuale consiste nella rimozione delle problematiche immediate e più superficiali che ostacolano una soddisfacente espressione sessuale (Fenelli, Lorenzini, 1999). Rientrano tra questi fattori, ad esempio, l'ansia derivante dalla previsione di una prestazione inefficace, la paura di essere rifiutati o la difficoltà a controllare le proprie emozioni (Fenelli, Lorenzini, 1999).

L'attenzione della terapia sessuale concentrandosi sul *qui ed ora* si focalizza preferenzialmente sul come funziona la dinamica disfunzionale e sul come la si può spezzare facilitando così il cambiamento del soggetto e della coppia (Nardone, Watzlawick, 1990).

La terapia sessuale, focalizzandosi principalmente sul sintomo, prevede il ricorso a prescrizioni miranti a ridurre o modificare il comportamento disadattivo; le varie tecniche e strategie terapeutiche sono utilizzate con lo scopo di limitare l'ansia, coinvolgere partner poco collaborativi e affrontare le resistenze al cambiamento (Rifelli, 1996).

L'intervento consiste nel promuovere la capacità di risolvere problemi, attuando uno spostamento del punto di osservazione del soggetto. Partendo dalla sua rigida posizione percettiva originaria, che si esplicita attraverso il sintomo, lo si conduce ad abbracciare una prospettiva più elastica e flessibile con

varie possibilità percettive. L'acquisizione di tale capacità gli consentirà di affrontare in modo adeguato i nuovi problemi e di risolverli in modo efficace (Gulotta, 1997; Petruccelli, Cantafio, 1997).

In quest'ottica, il trattamento ai disturbi sessuali prevede di procedere dalla pratica alla teoria.

Le mosse del terapeuta consistono nella prescrizione di esperienze che il paziente deve svolgere al di fuori della seduta; questi "compiti" hanno come scopo quello di fargli raggiungere obiettivi concreti che gli rimandino la possibilità di un cambiamento positivo e del ristabilirsi di un buon funzionamento sessuale.

Per ottenere ciò occorrono prescrizioni dirette o indirette di comportamento, paradossi e ristrutturazioni che, rompendo la dinamica che mantiene la situazione problematica, facciano compiere un salto a livello logico, indispensabile all'apertura di nuove vie di cambiamento, con conseguente crescita personale e nuovo equilibrio psicologico (Watzlawick, *et al.*, 1974).

Il metodo usato dalla Kaplan concentra l'efficacia della terapia sessuale sul connubio tra terapia mansionale e psicoterapia.

Ogni trattamento si snoda su un continuum integrato di tipo comportamentale e relazionale. L'obiettivo della terapia sessuale integrata è quello di modificare le cause immediate – ansia da prestazione, inadeguata consapevolezza delle proprie sensazioni sessuali, l'autosservazione ossessiva, immagini mentali negative – e profonde – conflitti latenti nella coppia, senso di colpa, ansie e resistenze, transfert verso il coniuge di aspetti negativi di se - dei sintomi sessuali. Quindi, oltre al corollario mansionale, la terapia sessuale si incentra pure su una psicoterapia di cura pre-sessuale atta ad aiutare i pazienti a superare eventuali blocchi psicologici.

È infatti, attraverso l'esperienza che il paziente fa in prima persona, che si mettono in moto le risorse che egli ha a sua disposizione raggiungendo così un maggior grado di consapevolezza.

Quindi, far sperimentare le strategie e le tecniche consente alla persona e alla coppia di passare dalla rappresentazione all'osservazione del comportamento e alla sua successiva consapevole modificazione.

Fare esperienza di sé, attraverso le mansioni, pone l'individuo e la coppia di fronte a celati sentimenti di insicurezza, colpa, ansia, difese a cui si deve la sintomatologia e che sono all'origine delle resistenze.

Conseguentemente, la Kaplan ci invita a fare una distinzione e ad essere accorti in questo, tra la resistenza alla terapia sessuale e resistenza all'esito del trattamento.

I motivi sottostanti la resistenza al metodo proprio della terapia sessuale potrebbero risiedere nel fatto che si invita la coppia a fare esperienze da sempre evitate perché scatenanti ansia, collera, frustrazione e/o sensi di colpa. Oppure, potrebbero stare, come ben evidenziato da Déttore (2001), nell'obiezione che l'atto sessuale in questo modo manca di spontaneità.

Per quanto concerne l'esito del trattamento, va tenuto conto del fatto che, sebbene, il miglioramento dovrebbe essere accolto dalla coppia con gioia e soddisfazione, la previsione del successo sessuale può suscitare, per diverse motivazioni inconscie, reazioni emotive negative e licitare resistenze varie.

In un partner insicuro, ad esempio, il miglioramento sessuale dell'altro può risvegliare vissuti di abbandono e di perdita che innescano dinamiche che inconsciamente ostacolano il progresso della terapia.

Inoltre, la focalizzazione e comprensione dei propri bisogni sessuali, resa possibile grazie all'aiuto terapeutico, può portare gli individui a spezzare un circolo di dinamiche preesistenti, dunque in un certo senso minare la stabilità della coppia. Tipico caso in cui il funzionamento del sintomo concorre al mantenimento di un equilibrio di coppia è quello delle coppie collusive.

La dinamica collusiva rintracciabile, ad esempio, nelle coppie con matrimonio bianco, assume le caratteristiche della simmetria segreta che facilita il mantenimento del matrimonio bianco nel tempo.

In genere, il partner risulta essere poco interessato alla sessualità, senza mettere in discussione il sintomo del partner; spesso è portatore egli stesso di una difficoltà sessuale. Evitare la sessualità risponde, secondo tale ottica, a esigenze difensive contro l'emergere di parti scisse e perverse che avrebbero un impatto dirompente sul senso di continuità e sicurezza (Norse, Zavattini, 1997).

Ancora, nella disfunzione erettile spesso la collusione tra partner può riguardare la paura condivisa del tradimento.

Il sintomo, in questo caso, protegge entrambi da questa eventualità vissuta come psicologicamente insostenibile (Simonelli, 2006).

Spesso la risoluzione di una problematica sessuale può generare ansia, depressione o conflitti e ciò accade quando i sintomi hanno una finalità difensiva.

Se il ripristino della funzionalità sessuale è vissuto come potenziale minaccia all'equilibrio della coppia possono allora verificarsi veri e propri sabotaggi al trattamento e alla funzionalità da parte del partner "sano". Esempi ne sono il calo del desiderio e il disinteresse sessuale, carenza di calore e di supporto, mascherato atteggiamento di critica, pressante richiesta di rapporti sessuali, non collaborazione nell'espletamento delle mansioni.

Lungi dall'essere deleterie e fallimentari, le resistenze possono essere funzionalmente usate sia per poter lavorare su conflitti e dinamiche che operano a livello più profondo sia per far assumere ai due partner la responsabilità della propria gratificazione sessuale. Le resistenze gettano luce e rivelano quali siano le dinamiche intervenienti nel sistema coppia e consentono di capire quale sia la terapia mansionale più idonea al caso, promuovendo così l'efficacia del trattamento e quindi la risoluzione di alcuni disturbi sessuali.

Di fatto, la "condivisione" mansionale ed emotiva che si stabilisce, permette ai partecipanti di rinforzarsi reciprocamente nella messa in atto di soluzioni che tengano conto delle proprie e altrui esigenze, promuovendo così una buona adesione al trattamento (compliance).

Secondo tale modello terapeutico non è necessario che il paziente raggiunga la consapevolezza delle cause che in passato hanno determinato il suo disturbo.

Importante invece, è analizzare le relazioni attuali che il paziente instaura tentando di modificarne il comportamento disfunzionale.

Indispensabile è l'indagine sui fattori predisponenti, precipitanti, di mantenimento e contestuali.

Nel rispetto di ciò, l'attenzione del terapeuta si dovrebbe focalizzare su alcuni elementi essenziali:

- Come si manifesta il problema e quale fase del ciclo di risposta sessuale

Terapia sessuale in ipnosi

coinvolge;

- Come è stato l'ultimo rapporto;
- Primario/secondario - generalizzato/situazionale;
- Cronologia del sintomo;
- Esistono nessi con altri fatti della vita;
- Reazioni emotive;
- Comunicazione tra la coppia sul problema;
- Immaginario erotico personale e di coppia;
- Chi pone la domanda di intervento e perché in quel momento;
- Che cosa pensa il partner del problema;
- Uso di sostanze (droghe e farmaci);
- Malattie fisiche o psichiatriche.

Altre aree degne di indagine sono:

- Storia della relazione affettiva attuale;
- Storia di vita personale;
- Relazioni sessuoaffettive precedenti;
- Rapporto con la sessualità e il piacere;
- Sessualità della coppia;
- Concomitanza di altri disturbi della sessualità in entrambi i componenti della coppia;
- Analisi dei fattori di personalità.

Gli elementi fondamentali e generali della terapia sessuale riguardano:

- Anamnesi e diagnosi accurate;
- Buona relazione terapeuta-paziente;
- Valutazione del sintomo nel significato corporeo e intrapsichico;
- Costruzione di ipotesi terapeutiche congruenti con gli elementi raccolti;
- Mansioni sessuali;
- Aiutare a comprendere i nessi tra la risposta sessuale e gli stati emotivi;
- L'analisi della domanda di coppia e delle dinamiche di potere di coppia;
- Creazione di un clima di collaborazione;
- Identificare e gestire il transfert e controtransfert;
- Verifica dell'intervento e follow-up.

Questa forma di terapia considera la disfunzione sessuale come un problema della coppia e quindi prevede, dove è possibile, la partecipazione al trattamento da parte di entrambi i partner.

La variabilità delle strategie terapeutiche consente un'adeguata personalizzazione del trattamento, che viene adattato con flessibilità al singolo individuo ed allo specifico problema che manifesta. Tuttavia sono rilevabili dei passaggi terapeutici più standardizzati:

- Viene proposto alla coppia di intraprendere una procedura di focalizzazione sensoriale I e II, in cui in un primo momento (focalizzazione sensoriale I) i partner sono sollecitati ad intraprendere una graduale interazione reciproca, accarezzando a turno il corpo nudo dell'altro, ad esclusione dei genitali. Successivamente, quando questo tipo di contatto fisico non è più associato a sentimenti di ansia, viene inclusa anche la zona genitale.

Al fine di promuovere nei partner l'esperienza del piacere sessuale, evitando l'emergere di preoccupazioni legate alla prestazione, è richiesto che tutta la procedura sia realizzata escludendo la penetrazione che è assolutamente vietata (Dèttore, 2004).

Ciò consente alla coppia di apprendere delle nuove modalità con cui poter avere un rapporto sessuale (Dèttore, 2004); ne sono un esempio la *manovra di ponte* e di *Semans*, il petting e i preliminari.

Lo scopo di queste procedure è combattere la paura dell'insuccesso, legata alla difficoltà sessuale.

- Sono inclusi interventi di modifica e rielaborazione non solo del comportamento sessuale ma anche delle idee, emozioni, aspettative legate ad esso, al fine di interrompere il circolo vizioso disadattivo che occupa un ruolo centrale nel mantenimento del disturbo.

Ad esempio, nel caso di una disfunzione erettile si usa la tecnica della "compressione", attraverso la quale la donna impara a comprimere il pene dell'uomo nel momento culminante dell'erezione affinché questa decada; poi ricomincia la stimolazione fino ad ottenere un'ulteriore erezione. In tal modo, l'uomo può sperimentare che la perdita di un'ere-

zione non preclude il raggiungimento di un'erezione successiva.

- L'intervento presuppone un'analisi dell'impiego delle fantasie sessuali e, eventualmente, interventi di ristrutturazione delle convinzioni erronee a esse legate e di addestramento alla loro produzione e utilizzo (Dèttore, 2004);
- È importante anche l'analisi delle resistenze che i partner manifestano nel corso del processo terapeutico; le tecniche utilizzate a questo scopo dipenderanno dalla preparazione e dall'orientamento dello specifico terapeuta.

Althof suggerisce di affiancare al trattamento medico una psicoterapia, o terapia sessuale aggiungo io, nei casi in cui:

- Il disturbo sessuale dura da tutta una vita;
- Esiste una bassa confidenza e un'incapacità a parlare col partner delle proprie ansie sessuali;
- Conflitti psicologici che si aggiungono a fattori medici;
- Una storia precedente di trattamento medico per un periodo prolungato senza risultati significativi.

Gli obiettivi rientrano in due cluster, quello della conoscenza e quello della competenza.

Rientrano nella categoria della *conoscenza* le informazioni inerenti la psicofisiologia della sessualità umana, maschile e femminile. Sono proprio della *competenza*, intesa come il saper fare, le capacità tecniche e le competenze sessuali.

Da qui una riflessione sulla crescente tendenza alla “medicalizzazione” che, comportando una maggior focalizzazione sulle cause biologiche delle disfunzioni sessuali, ha portato a vedere la terapia sessuale come ancillare rispetto a quella medica, a scapito di una sinergia professionale basata sull'integrazione degli strumenti e delle competenze che consentono di ottimizzare il trattamento e i suoi effetti.

Un modello biomedico restrittivo, questo, poiché non considera che anche nel caso di disfunzioni di origine organica (diabete, disordini neurologici, patologie sistemiche, deficienza di estrogeni o androgeni, etc.) la terapia sessuale è utile per alleviare le ansie, lo stress, le preoccupazioni sottostanti ed eliminare

eventuali fattori che concorrono a mantenere il disturbo come ansia da prestazione, sensi di colpa, anticipazione del fallimento, miti sessuali. Fattori questi su cui la sola terapia medico-farmacologica va a cozzare.

Nonostante i successi della farmacoterapia non va dimenticato che, ove è possibile, il paziente deve riacquistare un certo controllo sulla propria funzione sessuale, basandosi su abilità e strategie autogestite e senza dover necessariamente dipendere da sostanze o materiali esogeni.

Infine, riporto che lo stesso Rosen, che pure è stato uno dei principali sperimentatori e sostenitori dell'efficacia del sildenafil, rimarca come tale farmaco a volte riveli altre disfunzioni sessuali o come la risoluzione della disfunzione erettile metta in luce difficoltà di coppia o dell'altro partner.

Quindi, ben lungi da rendere la terapia sessuale obsoleta od inutile abbiamo messo in luce il ruolo e l'importanza degli interventi psicologici in campo sessuale in generale, e nel trattamento dei disturbi dell'erezione in particolare, dove l'associazione di psicoterapia e farmaci può rivelarsi come nel caso di molti altri disturbi non a carattere sessuale, la formula vincente (Hawton, 1992).

4.3 Il trattamento strategico nelle disfunzioni sessuali

La terapia strategica si fonda sul contributo innovativo di Milton Erickson.

Egli considera il cambiamento come un processo interpersonale, intriso del suo significato di ristrutturazione dell'esperienza, del comportamento e degli scopi del soggetto stesso, attuabile recuperando e attivando le risorse già presenti nel paziente.

“Il suo compito è di progettare un intervento che incida nella situazione sociale del paziente” (Madanes, 1981) e di far emergere ciò che il paziente già possiede.

Pertanto, gli si farà sperimentare qualcosa di concreto, di modo che, da questa esperienza possa trarre la percezione concreta e reale che è possibile mettere in atto ciò che credeva impossibile.

Per arrivare a far sì che il paziente viva la concreta esperienza di cambiamento si ricorre a stratagemmi comportamentali e a una comunicazione per-

suasiva, fondata sull'ipnosi ericksoniana e sulla moderna retorica (Rampin, Nardone, 2002).

È qui che la Terapia Strategica rivela la sua affinità con la terapia sessuale dove la prescrizione mansionale è utilizzata come rimedio per arrivare alla remissione del sintomo risparmiando tempo.

La pianificazione di strategie e prescrizioni *ad hoc* richiede *in primis* l'attenta analisi di aspetti riguardanti le posizioni che il paziente assume, al *come* percepisce il mondo e le ripercussioni che questo ha a livello interpersonale.

A tal fine assumono importanza aspetti come:

- Le regole implicite ed esplicite della comunicazione, che governano l'interazione individuo-sistema;
- Le modalità di funzionamento del disturbo all'interno di questo sistema relazionale;
- Le tentate soluzioni messe in atto dal soggetto nel tentativo di risolvere il disturbo e di ottenere una modificazione della situazione.

Il materiale raccolto guiderà, quindi, il terapeuta nella messa in atto di tutta una serie di strategie. Strategie che sono adattabili al caso, che sono utili nella scelta delle prescrizioni da dare al paziente; tutto ciò al fine di raggiungere obiettivi concreti e fattibili, atti a “*modificare gli antecedenti immediati del sintomo sessuale*” (Kaplan, 1979), ed eliminare il problema presentato dallo stesso avviandolo verso la risoluzione del disturbo (Petruccelli, 1997; Nardone, Rampin, 2005) “*e curare le ansie primitive più remote soltanto se insorgono resistenze nel corso del trattamento*” (Kaplan, 1979).

Le strategie e le prescrizioni di comportamento riguardano (Petruccelli, 2007):

- Creare delle tappe strutturate e graduali sulle quali la persona/coppia può ricostruire la propria relazione sessuale;
- Aiutare il sistema terapeuta-persona-coppia a scoprire i fattori specifici che determinano la disfunzione sessuale;
- Mettere in luce le resistenze dinamiche, interattive e collusive della persona/coppia a livello sessuale, pratico ed emotivo;
- Fornire alla persona/coppia tecniche specifiche elaborate *ad hoc* per affrontare le difficoltà nella pratica.

L'assunto della prescrizione è di far usare al paziente i propri strumenti e le proprie capacità abituali in modo diverso e costruttivo.

Erickson sosteneva che “se un paziente con un arto amputato può sviluppare un dolore fantasma, allora può anche sviluppare un piacere fantasma” (Del Castello *et al.*, 1987).

Le “*prescrizioni di comportamento*” consentono al paziente di sperimentare azioni di vita concrete che interrompono il meccanismo di azione, retroazione e tentate soluzioni che mantiene il problema.

Esse si dividono in tre tipologie:

– Prescrizioni dirette: sono compiti specifici con precise indicazioni comportamentali, strutturali, temporali e di frequenza.

Si usano in caso di pazienti collaborativi e poco resistenti ai cambiamenti;

– Prescrizioni indirette: utilizzano lo spostamento del sintomo focalizzando l'attenzione del paziente su altro, il compito, in modo da ridurre l'intensità del disturbo.

Un “benefico imbroglio” che neutralizza la manifestazione del sintomo;

– Prescrizioni paradossali: si fa eseguire al paziente volontariamente ciò che è involontario.

Il paradosso ha la capacità di scardinare i circoli viziosi e ricorrenti di “tentate soluzioni” perseverate dal paziente.

Secondo Nardone e Rampin (2005), ottenere questo tipo di risposte in tempi brevi comporta per il terapeuta dover abbandonare l'impostazione classica, secondo la quale è possibile procedere alla terapia solo dopo aver fatto una diagnosi.

Per ovviare a tale limitazione il terapeuta strategico ha a sua disposizione una serie di elementi diagnostici basati sulle lenti con cui la persona percepisce il mondo.

Zeig (Del Castello, 1987) propone alcuni criteri diagnostici che riguardano lo stile percettivo, quello di pensiero e quello relazionale.

I primi tre criteri riguardanti lo stile percettivo sono:

– *Interno/esterno*: è il modo in cui la persona presta attenzione.

Chi è orientato internamente parla dei propri sentimenti; chi è orientato

esternamente ha delle caratteristiche più visive ed è maggiormente in sintonia col mondo esterno.

Lo stile interno è rintracciabile nei depressi e negli ossessivi, quello esterno nei paranoici.

Se una donna con dispareunia ha uno stile interno, la sua esperienza del dolore sarà molto più grande.

- *Focalizzato/diffuso*: alcune persone possono concentrarsi su una cosa sola o spostare l'attenzione su più cose per volta.

Nel caso di una coppia avere due stili di attenzione complementari può divenire un problema: “Lei non si accorge mai di me!”, “Lui non mi guarda neppure!”

Sessualmente chi soffre di disturbo del desiderio probabilmente ha un'attenzione diffusa. Queste persone non ottengono sufficienti stimoli poiché riducono gli input ambientali. Attraverso l'ipnosi si può enfatizzare la loro vita interiore e incrementare la quantità delle loro fantasie.

- *Preferenza sensoriale*: riguarda il canale sensoriale (uditivo, visivo, cenestesico) che la persona usa in modo preferenziale per mettersi in contatto col mondo.

Due sono le categorie che riguardano lo stile di pensiero:

- *Lineare/a mosaico*: la persona lineare pensa per sequenza, mentre quella a mosaico pensa in maniera divergente.
- *Enfatizzatore/minimizzatore*: si può enfatizzare o minimizzare qualunque senso, visivo, uditivo e cenestesico. Sapere ciò, ad esempio, consente di anticipare il risultato delle mansioni e di somministrarle secondo un criterio soggettivo e non protocollare.

Come sperimenterà l'enfatizzatore la focalizzazione sensoriale? Probabilmente enfatizzando il tatto sobbalzerà!

Inoltre, fornisce informazioni stile-disturbo sessuale specifico. Così, l'eiaculatore precoce enfatizza la stimolazione e l'impotente la sminuisce.

Infine, cinque sono i criteri dello stile relazionale:

- *Struttura familiare*: è importante sapere se la persona è primogenita, ultimogenita se è un figlio di mezzo o un figlio unico. Lo stile relazionale dipende molto dalla posizione figliare.

I maggiori sono più responsabili e maturi, più timidi e intelligenti, lottano per raggiungere uno status. Si prendono cura degli altri.

I figli intermedi tendono a essere più artistici e amichevoli, sono meno conformisti.

I minori hanno invece le caratteristiche di entrambi.

- *Urbano/rurale*: chi è vissuto nella sua infanzia in un contesto urbano ha un orientamento temporale maggiormente rivolto al presente, al qui e ora. Vigge la regola del tutto e subito.

Chi è invece vissuto in campagna è maggiormente orientato al futuro.

- *Prendere/dare*: chi prende assorbe energia, ha bisogno che si presti attenzione e si partecipi a quanto dice. Chi dà, mette fuori energia.

A livello sessuale chi soffre di disturbo dell'orgasmo ha uno stile relazionale focalizzato sul *dare* piacere all'altro.

- *Intra/extrapunitivo*: alcuni rivolgono le proprie critiche verso l'esterno, altri verso l'interno.

Chi è intrapunitivo vivrà le prescrizioni come troppo difficili e complicate, sminuendo se stesso, chi è extrapunitivo tenderà a sminuirne la valenza terapeutica. Risultato, entrambi non adempiranno alle mansioni.

Utile in questo caso è la tecnica di “mettere all'angolo”. Si illustrano al paziente entrambi gli stili relazionali, in questo modo per lui diventa difficile aderire a entrambi gli stili.

- *Collaborativo/indipendente*: se si dà una prescrizione al paziente collaborativo si avrà il controllo del sintomo, mentre col paziente indipendente si otterrà un effetto paradossale per cui egli farà esattamente il contrario.
- *One up/one down*: nella relazione complementare la persona one up controlla e definisce la relazione e la persona one down accetta. Nella relazione simmetrica tra eguali si scatena il conflitto.

Questi stili vanno usati per entrare in empatia, guidare la terapia e definire le strategie.

Altro strumento operativo per orientarsi nella terapia è il costrutto di “*tentate soluzioni*”.

La ricerca delle tentate soluzioni è un “*riduttore di complessità*” che permette di focalizzare l'attenzione su ciò che viene fatto dal paziente, dai suoi familiari

o dai suoi curanti e che, anziché risolvere il problema, lo alimenta trasformandolo in una vera e propria patologia (Watzlawick e Nardone, 1997).

Un altro elemento che permette di ottenere rapidi cambiamenti nell'esperienza e nel comportamento del paziente con disfunzione sessuale è il “*dialogo strategico*”, esso consta di una serie a cascata di domande strutturate e di altre manovre di tipo retorico e psicolinguistico, che consentono fin dalla prima seduta di far sperimentare al paziente un nuovo modo di vedere la propria realtà (Nardone, 2004).

Se ben condotto, il dialogo strategico, consente di aggirare completamente le resistenze al cambiamento e di provocare l'esperienza emozionale correttiva che porterà al cambiamento.

Senza entrare troppo nel dettaglio, le tecniche comunicative che rendono il dialogo strategico uno strumento efficace per il cambiamento sono: le domande ad illusione d'alternativa, le parafrasi, le immagini evocative, il riassumere per ridefinire.

Queste tecniche della comunicazione strategica sono il principale veicolo del cambiamento, in quanto aggirano i sistemi rappresentazionali della persona, facendo sì che essa costruisca, senza averne consapevolezza immediata, percezioni, azioni e cognizioni alternative costituenti la risoluzione del problema.

La capacità di problem solving e quella lessicale rappresentano l'humus dell'approccio strategico; il connubio tra problem solving strategico e linguaggio strategico non solo innesca il cambiamento ma lo rende fattibile.

È possibile suddividere questa fase della “trasformazione” in tre momenti diversi:

- Momento “*dell'assimilazione*” o acquisizione dei dati e formazione di schemi tramite la stimolazione dei dati stessi. Un eccesso di momenti di assimilazione porta al “*conformismo*”;
- Momento “*dell'accomodamento*” o acquisizione ed adeguamento dei dati alla struttura cognitiva. Un eccesso di momenti di accomodamento, che prevalgono sull'assimilazione, porta al pregiudizio o “*dogmatismo*”;
- Momento “*dell'equilibratura*”; fase ultima nell'evoluzione della struttura cognitiva, nella quale c'è una continua assimilazione e accomodamento

della struttura stessa (meccanismo di autoregolazione della struttura cognitiva).

Secondo Petruccelli e Cantafio (1997), per operare una ridefinizione della situazione e una modificazione delle percezioni che costringono il soggetto alle risposte disfunzionali è importante ottenere notizie, informazioni sul passato e sulla “storia clinica” del soggetto stesso.

Questi particolari della vita del paziente vengono utilizzati per mettere a punto l'intervento più adatto alla risoluzione del sintomo sessuale e non per approfondire o portare alla coscienza i legami tra passato e presente.

Inoltre, 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 (Petruccelli, 2007).

Altro 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 e aspettative che crea o aumenta o peggiora un problema, soprattutto se 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 per il successo della terapia.

In questo contesto la fiducia e il clima di rispetto che si crea con il terapeuta, aiuteranno la coppia ad esporre i propri problemi sessuali e a far sentire i propri membri meno vulnerabili (Nardone, 1998).

Come affermato in precedenza 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 e con la 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 e 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 nel 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).

La terapia strategica breve prevede un modello pragmatico che si pone i seguenti obiettivi:

- Mantenere centrata la risoluzione dei problemi nel “qui ed ora”;
- Evitare classificazioni nosologiche (Schutty e Sheras, 1991);
- Proporre significati alternativi alle situazioni problematiche piuttosto che correggere o rettificare i significati stessi (Duncan e Solovey, 1989).

Il cambiamento, secondo l’approccio strategico, è la diretta conseguenza di sequenze comunicative interattive (strategie d’intervento, manovre comunicazionali a vasto raggio) che, prescindendo dalla ricerca di un particolare contenuto esplicativo dei problemi del paziente (Held, 1986), consentono di riattribuire alle situazioni problematiche una varietà di significati, ristrutturando vecchie e disfunzionali convinzioni, atteggiamenti soggettivi legati alla situazione critica del paziente.

Tra i primi obiettivi che il terapeuta stratega si pone, vi è quello di creare un’alleanza di grande complicità, il *rapporto*.

Per far questo, però, bisogna non solo saper selezionare gli adeguati strategemi di intervento, ma anche sapersi sintonizzare sulle modalità percettive

ed emotive del paziente, mediante l'utilizzo di una comunicazione suggestiva che sfrutti a pieno le potenzialità evocative del linguaggio analogico.

Lo scopo è quello di riuscire ad influenzare e dirigere il paziente o, meglio, le sue azioni utilizzando per questo il suo stesso linguaggio verbale e non verbale, il *ricalco*.

Così la persona inizia a sentirsi capita e compresa nella sua "unicità".

Questo renderà più facile aggirare la resistenza al cambiamento che il paziente presenterà.

Nel far ciò, il terapeuta strategico, alla stregua di M. H. Erickson, attraverso una *ridefinizione cognitiva* della realtà del cliente, *amplia le prospettive di veduta del problema* o della realtà, *legge il contesto* che lo circonda, elabora una *tecnica specifica per ogni utente* (Milton Model), *aggira la resistenza al cambiamento* mediante l'utilizzo di tecniche mirate e entra nel suo *modello* di concezione del mondo per poterlo riorganizzare in maniera creativa, interrompendo il "sistema disfunzionale" del paziente.

L'obiettivo generale consiste nel far sviluppare al soggetto quelle capacità che gli consentono di affrontare al meglio il problema sessuale, intervenendo al fine di provocare una crescita personale attraverso la modificazione o l'arricchimento delle competenze sessuali, relazionali e sociali.

La persona, nell'apprendere una nuova tecnica, impara ad usarla per migliorarsi non solo nell'ambito sessuale ma anche in altri settori della propria vita.

In definitiva, il trattamento strategico di tipo sessuologico va oltre la semplice messa in opera di tecniche di modificazione comportamentale e mansionali. Esso consente di migliorare il funzionamento sessuale attraverso l'apprendimento di nuovi atteggiamenti, sostitutivi di quelli patologici.

Le strategie d'intervento sono diverse tra loro e includono le risorse del soggetto.

Le strategie scelte considerano il paziente sessuologico all'interno del suo sistema di riferimento, il contesto sociale in cui vive (miti, tabù, educazione, amicizie, famiglia) e le sue aspettative interne ed esterne.

Per intervenire sulla persona e interrompere il suo sistema disfunzionale il terapeuta deve valutare la persona nel *sistema* d'appartenenza e quindi capire

quale ruolo gioca, come si trova inserito, come reagisce alle richieste, implicite od esplicite, delle persone di riferimento.

Nel sistema coppia, ad esempio, una patologia nella comunicazione, caratterizzata da messaggi ambigui o incongruenti inviati dal partner o da atteggiamenti di svalutazione o richiestivi relativamente alla prestazione sessuale, può innescare, mantenere o esacerbare il sintomo sessuale stesso.

In egual modo è indispensabile sapere che cosa il paziente pensa di se stesso.

Ad esempio, il non sentirsi in grado di risolvere un problema potrebbe creare delle difficoltà reali, cosicchè, la messa in atto del pensiero negativo andrà a determinare l'instaurarsi del cosiddetto meccanismo della *profezia che si autodetermina* (P. Watzlawick, 1981; G. Nardone, 1998).

Le sensazioni che l'utente prova non sono le uniche possibili ma sono quelle che si ritengono, al momento, le più valide. Per ottenere il risultato deve possedere il permesso di riuscire e il permesso va costruito e contrattato con lui.

Molte volte l'utente non riesce a risolvere la sua problematica perché cerca la soluzione proprio all'interno di quelle dinamiche di pensiero, ormai prese a modello, da cui il problema stesso è sorto.

Per modificare la situazione e cambiare questi presupposti il paziente deve strutturare una propria esperienza che lo faccia credere nelle proprie possibilità.

Un'utile tecnica è quella della *ristrutturazione* o *reframing*.

La ristrutturazione cognitiva individuale o del sistema-coppia e l'utilizzo dell'ipnosi per il rafforzamento della motivazione e dell'autostima, sono due strumenti utili per aiutare la persona disorientata o bloccata nella sua sessualità.

La ristrutturazione, soprattutto in ambito sessuologico, è un processo di costruzione del significato, dei comportamenti, del senso, dove le storie degli eventi emergono e sono trasformate.

Con il paziente sessuologico si lavora per ridefinire in positivo, usando in maniera positiva quello che l'altro porta in negativo.

Il fine è quello di restituire all'utente il vissuto e la sensazione di potercela fare.

Il terapeuta modifica la struttura concettuale ed emozionale di una situazione, ottenendo un'alterazione del significato che alla stessa è attribuita.

Vissuta in maniera diversa la situazione cessa di essere un problema.

In alcuni casi per mettere in atto una ristrutturazione si utilizzano storie, metafore, paradossi, manovre che sorprendono e conducono ad un cambiamento nel sistema percettivo-reattivo del paziente (Nardone G., Watzlawick P., 1990; Nardone 1991).

L'obiettivo specifico della psicoterapia strategica è dare fiducia, mentre l'obiettivo generale è fare in modo che l'altro si aiuti da solo.

4.4 *Continuum* tra terapia sessuale e terapia strategica

La Kaplan (1979) ha definito la terapia sessuale come un metodo di trattamento unico, differente sia dal modello psicanalitico sia da quello comportamentale.

Questa unicità consiste in:

- Interventi comportamentalistici;
- Aiuto offerto al paziente per raggiungere la consapevolezza dei modelli e delle cause;
- Livelli multicausali.

Nelle tecniche terapeutiche fondanti la terapia sessuale e nei principi fondamentali della terapia sessuale da Master e Johnson in poi e tuttora largamente usate, si riscontrano numerose analogie con i principi e le tecniche della terapia strategica.

Tre sono i principali aspetti che accomunano la terapia sessuale alla terapia strategica:

1. L'obiettivo iniziale è di modificare la causa immediata del sintomo;
2. Gli scopi possono limitarsi alla sola scomparsa del sintomo;
3. L'impiego combinato di esperienze prescritte e psicoterapia.

A fronte di quanto sopra esposto possiamo affermare che i principi che muovono la terapia sessuale e quella strategica hanno innumerevoli comunanze:

- Entrambe si snodano su un continuum integrato di tipo comportamentale e relazionale;

- L’obiettivo è quello di modificare le cause immediate dei sintomi;
- L’assunto di base è che la possibilità di far agire un successo, attraverso l’insieme delle prescrizioni che il cliente mette in atto, avvia l’individuo verso il cambiamento.
- Entrambi i modelli basano la terapia su un insieme di prescrizioni *ad hoc*, che vengono presentate al cliente e attraverso le quali si avvia una sequenza di esercizi tesi ad eliminare il problema presentato. Tale processo avviene all’interno di una matrice terapeutica, che va ad intervenire sul sistema di significati dell’individuo stesso, aumentandone la propria efficacia.

Inoltre i compiti sessuali presentano numerosi elementi strategici.

Vediamoli nel dettaglio.

Prescrizioni di comportamento

Le “prescrizioni di comportamento” consentono al paziente di sperimentare azioni di vita concrete che interrompono il meccanismo di azione, retroazione e tentate soluzioni che mantengono il problema.

L’assunto di base è che, nelle condizioni adeguate e con appropriati esercizi, il comportamento può essere forgiato lentamente nel tempo.

Quindi, “*il sistema-cliente può essere cambiato con i fatti?*” (Weeks e Treat, 1998).

La modalità di intervento terapeutico dell’approccio strategico consiste, alla stregua di quello sessuale, in prescrizioni e strategie (ne sono un esempio l’apprendere dall’esperienza e la rottura di un circolo vizioso).

Altresì, entrambi gli approcci si focalizzano sull’elemento problematico interessandosi solo in un secondo tempo alla comprensione del sistema di significato del cliente.

In entrambe le terapie le esperienze sono considerate fattore vitale e agente modificatore essenziale del procedimento terapeutico.

L’uso ragionato di queste esperienze terapeutiche amplifica enormemente i poteri della psicoterapia (Kaplan, 1980).

Queste esperienze evocano, infatti, tutta una serie di elementi psicodinamici e di conflitti intrapsichici inconsci che diverranno l’oggetto dell’intervento psicoterapeutico.

Le reazioni del paziente a queste prescrizioni chiarificano ulteriormente le dinamiche della difficoltà, i conflitti sottostanti e le eventuali resistenze, forniscono i dati per correggere e rompere tali dinamiche e il materiale per un intervento psicoterapeutico *ad hoc*.

La persona, attraverso l'esecuzione delle prescrizioni, sviluppa un senso di controllo e acquisisce nuovi pensieri e immagini adattative sia in termini di autocolloquio positivo sia di azioni adattative.

Le mansioni sessuali, al pari delle esperienze strategiche, ad esempio, consentono alla persona di acquisire reazioni appropriate nuove eliminando quelle associazioni distruttive tra sessualità, senso di colpa e paura (Kaplan, 1976).

Le esperienze sessuali positive servono a fugare le paure coercitive e l'anticipazione dell'insuccesso che impediscono una sana espressione sessuale.

Creare delle esperienze di successo promuove, infatti, un maggior senso di competenza, di capacità, di speranza e uno spirito di cooperazione tale da contrastare il senso di impotenza del soggetto (Weeks e Treat, 1998).

Inoltre, la prescrizione sessuale/mansionale, come quella strategica, è utilizzata come rimedio per arrivare alla remissione del sintomo risparmiando tempo e aggirando inutili resistenze.

I compiti sessuali, come quelli strategici, sono gli ingredienti fondamentali della terapia.

Elementi strutturali

In entrambe le terapie elementi strutturali quali il tempo, la durata, la frequenza e il luogo, hanno un valore principe poiché comunicano eventuali resistenze, la natura dell'impegno nei confronti del processo terapeutico e l'autoresponsabilità verso il cambiamento.

Entrambi i trattamenti richiedono che il lavoro prescrizione debba essere eseguito in una particolare ora del giorno, priva di interferenze e per una durata stabilita.

Viene stabilito inoltre, quante volte durante il giorno/settimana il paziente debba dedicarsi al compito assegnato.

Altro elemento comune è il luogo.

Il principio sottostante è che per cambiare delle vecchie abitudini si devono strutturare delle nuove associazioni (Weeks e Treat, 1998).

Accento sul processo

Durante le primissime sedute di terapia sessuale si chiede al paziente o alla coppia una descrizione dettagliata del sintomo e dell'ultimo rapporto sessuale.

Nel far ciò, si invita la persona o la coppia a non dare nulla per scontato e ad avviare al laconico "... *va tutto male* ..." o "... *non funziona*" cercando di suscitare una discussione particolareggiata che chiarifichi ciò che realmente succede e si prova prima, durante e dopo il coito.

Ciò, oltre ad aiutare il terapeuta, assume un valore terapeutico facilitando tra i membri della coppia un'autentica comunicazione (Kaplan, 1976) e aiutandoli a fare chiarezza sugli aspetti affettivi e relazionali dell'esperienza fatta.

Da un punto di vista strettamente strategico, l'*accento sul processo* conduce ad una descrizione del problema in termini di contenuto e consente alla persona di riformulare il problema in termini di processo.

Lo scopo è di identificare in quale fase si è verificato il problema, inducendo la ricostruzione del processo sia per ottenere dettagli utili ai fini terapeutici sia per insegnare al paziente l'importanza di ragionare per ricavare la propria diagnosi del problema (Schein, 2000).

Spesso i pazienti non sanno stabilire alcun tipo di relazione tra avvenimenti stressanti o conflittuali, sociali o psicorelazionali e la loro problematica sessuale.

Prescrizione del sintomo

La *dereflessione*, consigliata in particolare per i disturbi psicogeni della sessualità, consiste nel "divieto del coito" e si propone di modificare l'atteggiamento errato del paziente.

Quella che a un occhio inesperto può apparire come una richiesta coercitiva fatta da un terapeuta sadico, altro è che la *prescrizione del sintomo* di stampo strategico.

Prescrivere al paziente ciò che egli sta già mettendo in atto gli restituisce una dimensione attiva del problema (Haley, 1985).

Uso del paradosso

Per la terapia aspecifica viene proposta anche l'*intenzione paradossa*.

Essa consiste nell' «educare i pazienti a volere proprio ciò che temono» e viene distinta in tre fasi:

1. Fase della chiarificazione-rassicurazione;
2. Fase delle istruzioni comportamentali;
3. Fase della presa di posizione ironica verso la propria paura.

Weeks e Treat (1998) riportano come i compiti paradossali, proprio perché sembrano contrari al senso comune, producono dei passi in avanti nel processo di cambiamento comportamentale.

In ambito strategico l'*uso del paradosso* consiste in azioni e comunicazioni paradossali, illogiche e imprevedute, che producono il salto del livello logico indispensabile al cambiamento, modificando una rigida e compulsiva situazione percettivo-reattiva. Attraverso l'exasperazione e l'amplificazione delle lamentele e delle fissazioni del paziente lo si conduce verso la rassicurazione del terapeuta stesso.

Utilizzo della resistenza

Quando le esperienze sessuali assegnate a casa non vengono eseguite o falliscono regolarmente, per far fronte alle resistenze L'Abate (1975) suggerisce un programma strutturato sull'analisi del significato del cambiamento e su come questo possa impedire il cambiamento stesso.

Altra strategia è quella delle conseguenze negative del cambiamento di Weeks e L'Abate (1982). Si tratta di chiedere al cliente di descrivere quale tipo di conseguenze negative risulterebbero attuando determinati cambiamenti.

Il terapeuta, quindi, pone ogni cambiamento che il paziente ritiene positivo in luce negativa. L'obiettivo è quello di spingere la persona verso il cambiamento mettendo in luce i pericoli e persino l'impossibilità del cambiamento stesso.

L'utilizzo della resistenza in ambito strategico consiste nel prescrivere paradossalmente la resistenza per farne decadere la funzione.

Così facendo diventa adempimento e la sua funzione prioritaria viene annullata (Nardone e Watzlawick, 1990; Nardone, 1991; Erickson e Rossi, 1979; Haley, 1976).

Esitamento di forme negative e riorientamento in positivo

Weeks e Treat evidenziano come, in ambito terapeutico, il paziente vada comunque elogiato per l'impegno e la responsabilità dimostrati, sia se l'esecuzione del compito ha avuto esito positivo che in caso contrario.

Nell'operato strategico, gratificare il paziente evitando di colpevolizzarlo o criticarlo consente di riorientare in chiave positiva le esperienze esposte (Nardone e Watzlawick, 1990; Nardone, 1991; Haley, 1976).

L'utilizzo di affermazioni negative nei confronti del comportamento o delle idee del paziente tende a colpevolizzarlo e a promuovere reazioni di irrigidimento e rifiuto.

Per questo è più produttivo gratificare la persona e usare la gratificazione per dare delle ingiunzioni atte a modificare tale comportamento facilitando la risoluzione del problema.

Per quanto riguarda la terapia specifica, l'obiettivo diventa il dare un "senso alla sofferenza" aiutando il paziente ad assumere atteggiamenti adeguati al fine di realizzare i propri valori e significati.

PARTE TERZA
IPNOSI E SESSUALITÀ

CAPITOLO QUINTO

STATI ALTERATI DI COSCIENZA

“L'uomo è come pensa in cuor proprio”

“Possiamo definire la coscienza come la consapevolezza di sé e dell'ambiente e come un modo di essere al corrente di se stessi e del mondo”

(Maremmani et al; 2000).

Per contro, lo stato alterato di coscienza è caratterizzato da un'alterazione qualitativa dello stato di coscienza e del modo in cui normalmente funziona.

Una modificazione che comporta: riduzione del campo di coscienza, perdita della spontaneità psichica, ottundimento della volontà, riduzione della capacità critica e di autodominio.

Le alterazioni dello stato di coscienza sono riscontrabili in un'ampia gamma di disturbi psichiatrici e in misura variabile in rapporto a specifici quadri di stato e di decorso.

Alcune variazioni dello stato di coscienza sono però un fenomeno normale, sia per quanto riguarda le alternanze veglia/sonno - sognante sia per quanto riguarda le modificazioni temporanee indotte da stimoli, esterni o interni, di particolare intensità o significato.

Nell'accezione di “normalità”, l'alterazione dello stato di coscienza comprende banali situazioni quotidiane come il sonno ed i sogni (compresi quelli diurni), la deprivazione di sonno e l'insonnia prolungata, il digiuno protratto, l'ipoglicemia, la monotonia di un inverno artico o di una ingessatura totale del corpo e situazioni più particolari, come gli incubi, gli effetti indotti dalle droghe fino ad arrivare a stati quali l'ipnosi e la trance, la meditazione e gli stati di trance dei medium, il camminare sui carboni ardenti, la danza estatica come la tarantolata, le visioni ESP e gli stati di estasi (Maremmani *et al*, 2000).

Il passaggio da uno stato di coscienza ordinaria della realtà ad uno stato di coscienza alterato, comporta la destrutturazione e la destabilizzazione di alcuni dei sottosistemi psicologici fondamentali che costituiscono lo stato ordinario,

Terapia sessuale in ipnosi

con una dispercezione temporo-spazio-sensoriale da parte degli organi di senso (Maremmani *et al*, 2000).

Stati alterati di coscienza si ritrovano in molte religioni sotto forma di esperienze estatiche.

Alcune di queste esperienze possono assumere caratteristiche di intenzionalità come avviene nello sciamanesimo o nel Samadhi (stato estatico tipico dello Yoga).

Tra gli stati alterati di coscienza meritano un cenno particolare l'ipnosi e la trance.

Lo stato alterato di coscienza tipico dell'ipnosi consente alla persona di entrare in contatto con gli strati più profondi della sua coscienza, ristabilendo una continuità fra coscienza razionale ed intuitiva, in modo da ristrutturare attraverso induzioni *ad hoc* vecchi imprinting disfunzionali.

CAPITOLO SESTO

IPNOSI: PRINCIPI GENERALI

L'ipnosi è uno di quegli strumenti terapeutici capaci di suscitare nella persona vissuti ambivalenti di stupore/incredulità e fascinazione/attrazione.

E come dargli torto! Il richiamo, oserei dire quasi ancestrale, è forte.

La storia dell'ipnosi inizia insieme all'uomo ed è strettamente connessa con i racconti religiosi, magici e mitologici dell'umanità; faceva parte dell'insegnamento iniziatico dei culti, delle pratiche esoteriche e mistiche, orientali e occidentali, e in qualche modo ci appartiene.

Di più, al pari dei lapsus e degli atti mancati, è insita nella nostra natura ed è costruita sui comportamenti di ogni giorno (Del Castello, *et al.*, 1987).

È un fenomeno fisiologico.

Mi spiego meglio.

Spesso accade, come quando ad esempio stiamo guidando su un tratto di strada conosciuto, che entriamo in uno stato di trance vigile per cui ci accorgiamo di aver percorso tratti di strada senza rendercene coscientemente conto.

Ancora, si verifica ad esempio durante la lettura di un libro, la risoluzione di un problema assillante, l'ascolto della nostra musica preferita, la visione di un film coinvolgente, uno shock o uno stato di profonda confusione.

Il fatto di essere troppo presi, preoccupati, annoiati o rilassati può determinare il depotenziamento delle strutture coscienti e farci perdere momentaneamente il contatto con l'ambiente esterno.

Che cos'è l'ipnosi?

Possiamo definire l'ipnosi come uno stato di intenso rilassamento caratterizzato da un profondo e progressivo distacco psicologico dalle cose esterne, senza una vera perdita delle realtà fisiche, che consente di facilitare nella persona il contatto con le proprie risorse e potenziarle in modo che possa trovare nuove soluzioni a vecchi problemi e raggiungere così gli obiettivi prefissati.

La suggestione ipnotica può facilitare l'utilizzazione di capacità e potenzialità insite nella persona di cui però ella non ha consapevolezza.

L'ipnosi induce uno stato di funzionamento alterato di coscienza, la trance, che si colloca tra la veglia e il sonno.

È un particolare stato psicofisiologico caratterizzato da un abnorme restringimento della coscienza e accompagnato da modificazioni neurovegetative e del tono muscolare.

Tale stato consente una variazione del funzionamento ordinario dei due emisferi, rovesciandolo; l'egemonia dell'emisfero sinistro, sede del pensiero logico e concreto, viene soverchiata dall'emisfero destro, sede del pensiero immaginativo, creativo ed emozionale.

Il soggetto in ipnosi, inoltre, regredisce a livelli arcaici di funzionamento mentale e di comportamento, caratterizzato da fenomeni di ideoplasia controllata cosicchè, ciò che la mente immagina si trasforma in una realtà soggettiva ed obiettiva.

Ed è proprio il fenomeno dell'ideoplasia che differenzia l'ipnosi dalla semplice suggestione o dallo stato emozionale (Granone, 1990).

Lucas (1985) fornisce nove proposte di definizione di ipnosi, di cui alcune evidenziano in modo differenziato il rapporto esistente tra induttore e ipnotizzato:

- Stato di suggestionabilità indotto da un soggetto che riveste una posizione autoritaria o di prestigio;
- Fenomeno regressivo in cui l'inconscio è reso accessibile in senso psicoanalitico;
- Intensa relazione interpersonale in cui si determina un alterato stato di coscienza;
- Fenomeno caratterizzato da un gioco di ruoli in cui il soggetto si comporta esattamente come ritiene che l'ipnotista desideri;
- Forma di dissociazione che si determina in un soggetto in seguito alla speciale relazione che intercorre tra lo stesso e l'ipnotista;
- Stato di concentrazione attentiva, recettiva e focalizzata in cui il soggetto è in grado di rispondere a determinate suggestioni con dispercezioni e ricordi (trattato psichiatrico).

Per Jeffrey K. Zeig (Del Castello, *et al.*,1987) l'ipnosi è un modello di comunicazione influente, operante attraverso l'aspetto ingiuntivo e, in quanto comando, consente di ottenere il massimo effetto sull'ascoltatore.

La "trance" ipnotica viene indotta secondo vari procedimenti; il più comune consiste nell'invitare il paziente a fissare un oggetto molto vicino e successivamente nel suggerirgli verbalmente uno stato di grande stanchezza.

Lo stato ipnotico può raggiungere otto diversi livelli di profondità, che possono dipendere dall'induzione e dalla diversa suggestionabilità del paziente.

Il primo livello della scala è caratterizzato da torpore che raggiungendo il suo acme dà luogo a momentanei fenomeni catalettici di breve durata (secondo grado); approfondendosi ulteriormente lo stato ipnotico giunge ad una condizione di sonno leggero con catalessia di più lunga durata (terzo grado).

Ad una fase successiva di sonno più profondo (quarto grado), l'attenzione dell'ipnotizzato è concentrata sull'ipnotizzatore e, qualora gli venga fornita la suggestione, egli ricorderà solo ciò che è intercorso con l'ipnotizzatore.

Al quinto grado si ottiene la contrattura suggestiva e di norma anche analgesia suggestiva e discreta amnesia.

L'obbedienza automatica viene ottenuta allo stadio ulteriore (sesto grado), l'amnesia è più profonda ma non assoluta.

Allucinabilità positiva, sonnambulismo ed amnesia completa spontanea si osservano al settimo grado di approfondimento della trance, mentre l'allucinabilità negativa durante la trance e in postipnosi si ottiene solamente all'ottava fase.

Ciascuno degli otto livelli di profondità (Granone, 1989), presenta una sintomatologia caratterizzata dai sintomi dei gradi precedenti e ne comporta dei nuovi.

Il primo sintomo significativo è l'inerzia psicomotoria, con volto inespressivo, sguardo fisso e vuoto e rarità di ammiccamento palpebrale.

Il secondo sintomo è la passività sia motoria sia psichica. Il soggetto non parla e non si muove, parla con voce sommessa e monotona solo dietro sollecitazioni intense oppure compie movimenti lenti, pesanti e in forma automatica.

Terzo sintomo importante è l'aumentata suggestionabilità.

La *conditio sine qua non* cioè si verificatis è lo stabilirsi di una relazione interpersonale, il *rapport*, tra ipnotista e ipnotizzato che avvia e mantiene lo stato che, a sua volta, sostiene e influenza il rapporto medesimo.

6.1 Ipnosi e pratica clinica

Caratterizzandosi l'ipnosi come una relazione a due, l'induzione e l'impiego efficace dello stato ipnotico dipende dall'atteggiamento emotivo e dalle motivazioni sia del paziente (al cambiamento terapeutico) sia dell'ipnotista stesso (Fontana, 2002).

L'ipnosi consente di avviare un processo di addestramento, volto a realizzare e a utilizzare a vantaggio la propria fenomenologia ipnotica (Erickson, 1967). Addestramento che è direttamente proporzionale sia all'atteggiamento emotivo e alle resistenze del soggetto stesso sia alla capacità dell'ipnotista di aiutarlo tecnicamente in ciò, indirizzando questo processo a funzionare come una sorta di "persuasione autocoercitiva", a livello completamente o parzialmente inconscio, al fine di una sua maggiore responsabilizzazione e motivazione.

La resistenza all'ipnosi può realizzarsi in modi diversi.

Se questa è debole, il paziente ha difficoltà ad accedere e/o utilizzare in quel momento, pur perdurando lo stato ipnotico, le complesse fenomenologie dello stato di trance ipnotica o stato-dipendenti capaci di avviare i cambiamenti terapeutici (Hilgard, 1977; Benson, 1983 Fontana, 2002).

Quando la resistenza è forte, l'ipnosi può non avviarsi, interrompersi bruscamente riportando il soggetto allo stato di veglia (risveglio) o scadere in uno stato di sonno profondo fisiologico caratterizzato dalla perdita del "rapport" con l'ipnotista.

Inoltre, la suggestione verbale diretta – la più esposta alla consapevolezza, quindi al controllo della critica cosciente del soggetto – può essere di ostacolo alla suggestione, per paura o, paradossalmente, per eccesso di desiderio della sua realizzazione. In tale situazione, il soggetto non sa attendere (ed è compito dell'ipnotista addestrarlo a ciò) l'attivarsi dello stato ipnotico (Fontana, 2002).

6.2 Fenomenologia dello stato ipnotico

Scopo di ogni tecnica ipnotica è quello di promuovere in un soggetto la fenomenologia propria dello stato ipnotico, definibile come ideoplasia controllata, che consente di trasformare in una realtà subiettiva ed obiettiva ciò che la mente immagina.

Esperienza, quella ideoplastica, indotta dall'imporsi di un'idea o da una rappresentazione mentale etero o auto indotta (monoideismo) su altre idee o rappresentazioni mentali antagoniste.

Il monoideismo ideoplastico è quella particolare situazione psicologica prodotta dalla forza plastica di un'idea che, in determinate circostanze, trasforma la suggestione da pensata in vissuta (Granone, 1989; Erickson, 1967; 1980; Mishkin *et al.*, 1984). Così la rappresentazione mentale di movimento o di sensazione può dare luogo all'esperienza di quel movimento o di quella sensazione: quella del sognare produce il sogno e le connesse esperienze allucinatorie (visive, uditive, olfattive, cenestesiche), quelle della distorsione temporale, delle modificazioni mnesiche e cenestesiche producono le corrispondenti modificazioni dell'esperienza stessa.

Un esempio di ideoplasia è il fenomeno ipnotico della rivivificazione, situazione in cui il soggetto in ipnosi rivive nell'esperienza passata le esperienze ideico-emotivo-sensorie che l'hanno caratterizzata.

Inoltre, tanto più una suggestione è carica di contenuto affettivo tanto più risulta efficace nell'inibire le funzioni corticali dell'emisfero dominante (Erickson e Rossi, 1980) (emisfero sinistro nel destrimane, emisfero destro nel mancino) e nello sviluppare l'esperienza ideoplastica.

La suggestione può essere espressa verbalmente e/o non verbalmente ed essere diretta, cioè rivolta alla parte cosciente del paziente o indiretta e quindi rivolta direttamente alla sua parte inconscia.

Di fatto, la suggestione è sempre una comunicazione mista (verbale e non verbale, diretta e non diretta insieme).

La suggestione verbale e *diretta* è la più esposta alla consapevolezza, quindi al controllo della critica cosciente del soggetto. È direttiva, quindi di tipo imperativo

e viene indotta attraverso la destrutturazione dello stato di coscienza di veglia con modalità prevalentemente impositive, aggressive, emotivamente violente.

Ne sono un esempio le fissazioni dello sguardo, la fascinazione, le modificazioni posturali particolari del corpo connesse con notevoli aspetti tensiogeni, le modificazioni dell'assetto neurovegetativo da compressione dei bulbi oculari o del seno carotideo, gli shock emotivi fortemente ansiogeni, l'uso delle variazioni della distanza tra ipnotista e soggetto, l'uso di fonemi arcaici regressivanti che portano a schemi arcaici di funzionamento mentale e promuovono una spasmodica e rapidissima ricerca di significati, creando confusione angosciosa, l'uso della manipolazione somatica come posizionamenti e tocamenti corporei a fortissima tinta ansiogena

Questa formula ipnotica produce un'accettazione delle risorse "esterne" al paziente.

L'ipnosi indiretta produce invece la trance, provocando uno slittamento più morbido e graduale dallo stato di veglia a quello ipnotico e viene condotta con l'impiego di tecniche e strategie volte alla progressiva responsabilizzazione del paziente all'impiego del meccanismo ipnotico stesso.

Sono tecniche basate sull'uso della sorpresa, del nonsense, di suggestioni che realizzano comunicazioni multiple a molti livelli di comprensione.

Stimolazioni ripetute, strutturanti noia, indifferenza, sonnolenza (voce monotona, suoni ritmici, ecc.) oppure tecniche di accesso all'emisfero non dominante che utilizzano automatismi di funzionamento nella disattivazione dell'emisfero dominante nella veglia, come il ricalco dell'attività posturale, mimica e mimicoverbale, sintattica e concettuale del soggetto e la guida all'esperienza della suggestione in modo automatico e a lui non consapevole.

L'intento è quello di promuovere, attraverso un meccanismo di frustrazione inconscia, la ricerca interiore-inconscia delle "risorse" del paziente, del significato della suggestione e delle fenomenologie proprie dello stato facilitanti il cambiamento terapeutico (Fontana, 2002)

Questi procedimenti, propri della moderna ipnosi, derivano dagli studi di Erickson, dalle attuali conoscenze di psicolinguistica (Dilts *et al.*, 1980) e dalla Programmazione Neurolinguistica (PNL) di Bandler e Grinder (Bandler, 1981; Bandler e Grinder, 1975; Grinder, 1973).

6.3 Milton H. Erickson

Milton Hyland Erickson è considerato il più grande ipnologo clinico di tutti i tempi.

Il suo merito è stato quello di aver rivoluzionato il metodo di induzione dell'ipnosi, evitando di ricorrere alle forme rituali standardizzate e manipolative di induzione della trance, molto diffuse in quell'epoca, adattando invece la comunicazione ad ogni singolo individuo ed evidenziando la cruciale importanza del *rapport*, la *relazione* tra medico e paziente.

Con Erickson la trance diventa uno stato naturale che consente di usare la "mente inconscia" del paziente al fine di recuperare e stimolare le proprie risorse interne assopite (Boschi, 2007).

La mente inconscia, sede delle proprie risorse interne, è in grado di recepire e comprendere i messaggi di significato volutamente oscurato che gli vengono presentati, meglio di quanto sia possibile alla mente conscia (Boschi, 2007).

L'ipnotizzabilità, come più volte asserito, è funzione sia delle qualità del soggetto, sia di quelle dell'ipnotista, entrambe compenetranti nel rapporto interpersonale, o *rapport*, ossia un rapporto di fiducia con la mente inconscia.

Lo strumento elettivo per stabilire il *rapport*, è il ricalco.

Il ricalco consiste nel rispecchiare sul piano verbale e non verbale il comportamento del paziente in modo da metacomunicargli "*Tu per me esisti!*", "*Ti comprendo*" e quindi "*Ti posso aiutare*".

Servendosi dei criteri di modellamento del paziente, il terapeuta ne ricalca il comportamento guidandolo verso nuove e benefiche direzioni (Boschi, 2007).

Il *rapport* consente di veicolare la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sull'ipnotista e su quanto egli inserisce nella situazione di trance, con l'effetto di dissociare il soggetto stesso da ogni altra cosa (Erickson, 1967) ed esaltando la sua responsività all'ipnosi.

L'abilità terapeutica che si richiede nell'ipnosi ericksoniana consiste proprio nella capacità di cogliere prontamente la presenza del *rapport* e di utilizzarlo in senso terapeutico.

Gordone e Meyers-Anderson (1984) asserivano che “*Al procedimento con il quale si instaura uno stato di trance è necessario far partecipare in qualche misura tutti i sistemi rappresentazionali [...] Chiamiamo ricalco l’inizio di questo processo*”.

Il ricalco consente di incontrare il paziente nel suo modello del mondo, usando il linguaggio e le modalità rappresentazionali del paziente stesso per poi *guidarlo* verso un nuovo territorio.

La tecnica del ricalco può realizzarsi a diversi livelli:

- *ricalco verbale*: consiste nell’utilizzare le frasi dell’interlocutore o alcuni predicati che fanno riferimento allo stesso sistema rappresentazionale (visivo, uditivo, cenestesico) oppure ricalco di convinzioni, valori e credenze;
- *ricalco paraverbale*: è il ricalco del volume, del tono, del ritmo, della velocità, delle pause;
- *ricalco non verbale*: ricalco delle posture, della gestualità, del respiro dei micro - comportamenti (mimica facciale, movimenti degli occhi, tensione muscolare). (Bandler R., Grinder J., 1984; Nardone G., Watzlawick P., 1990).

Le modalità con cui si estrinsecano questi tre livelli comunicativi sono strettamente interconnesse ad altrettanti sistemi rappresentazionali primari attraverso cui ciascuno di noi dà significato all’esperienza che ha del mondo.

La rappresentazione conscia che ogni persona ha dell’esperienza avviene in tre modalità distintive: visiva, auditiva e cenestesica.

La *persona visiva* interpreta la realtà attraverso un sistema rappresentazionale di tipo visivo, che opera e risponde per immagini e recupera informazioni utilizzando la memoria visiva.

A livello verbale usa una terminologia che fa riferimento all’immagine “*vedo la situazione molto chiaramente*” o “*guardiamo insieme il problema*”.

La voce è alta e chiara, il ritmo sciolto e veloce, la respirazione pettorale.

A livello non verbale quando deve cercare una informazione rivolge gli occhi verso l’alto.

Fondamentalmente è un’esteta, apprezza i colori, i paesaggi e dà particolare attenzione all’abbigliamento (Bandler e Grinder, 1983).

Il modello rappresentazionale degli *auditivi*, si basa sulle voci, sui suoni e sui rumori.

Ciò li rende degli ottimi ascoltatori e particolarmente sensibili alla musica. Hanno una voce melodica e rotonda e il ritmo è lento. Nell'interazione "prestanò orecchio" a ciò che l'altro dice rifuggendo dal contatto visivo che può risultare sgradevole, per cui tendono a non guardare dritto negli occhi.

La terminologia si basa su costrutti come "sento che questa scelta è giusta" o "mi piace sentire che lei è attento" e ancora "qualcosa mi dice che andrà tutto bene".

Hanno una respirazione più bassa dei visivi.

Gli occhi si muovono sull'asse mediano oppure in basso a sinistra.

Infine, le persone *cenestesiche*, sono stimulate dalle sensazioni, sono istintive e utilizzano maggiormente il tatto, l'olfatto e il gusto.

Parlano lentamente, hanno voce calda e fanno molte pause in modo da verificare costantemente le proprie emozioni e i propri sentimenti.

La respirazione è addominale.

Sono persone rilassate e poco impulsive.

Gli occhi si muovono in basso a destra.

Sapere qual'è il sistema rappresentazionale del paziente aiuta il terapeuta a stabilire il *rapport* e a formulare la giusta induzione ipnotica in termini di rappresentazione (visiva, uditiva e cenestesica), di ritmo e tono verbale.

Infatti, l'esperienza immaginativa *ad hoc* è quella che ricalca il *modello* rappresentativo predominante della persona.

Così, per far meglio assimilare ed elaborare l'induzione, il terapeuta parlerà lentamente se il paziente è cenestesico (Bandler e Grinder, 1983), eviterà di parlare troppo velocemente o troppo lentamente se il paziente è invece uditivo. Infine per tutti egli userà frasi e parole che stimolino il canale preferito (Bandler e Grinder, 1983).

In questo modo nell'induzione della trance, l'ipnoterapista, memore delle costanti e delle correlazioni comportamentali del paziente, utilizzerà il comportamento e i sintomi presentati dal paziente stesso.

Queste regolarità comportamentali possono andare da modi consueti di salutare e accomodarsi nello studio a schemi abituali nella struttura associativa quando il paziente parla dei propri problemi.

Sapere quale è il tipo di modello associativo abituale che il paziente utilizza fornisce al terapeuta le informazioni necessarie a spezzarlo.

Inoltre, l'osservazione delle dinamiche di:

- apertura/chiusura;
- capacità/incapacità di cambiare;
- disponibilità/resistenza presentate dal paziente;

permette al terapeuta di capire le sue modalità abituali di risposta agli eventi, ai bisogni, alle emozioni e di guidarlo meglio nell'ambito del percorso terapeutico, all'ipnosi e alla risoluzione del sintomo.

Tutto ciò consente di prevedere il tipo di risposta ad un dato stimolo, di poter dunque usare uno stimolo particolare per evocare una risposta specificamente terapeutica e di avviare il processo ipnotico (Erickson, Rossi, 1979).

Quest'ultimo si articola in cinque fasi:

1. *Fissazione dell'attenzione* tramite qualsiasi cosa che attragga e mantenga l'attenzione del soggetto;
2. *Depotenziamento degli abituali schemi di riferimento e sistemi di credenze* tramite distrazione, shock, sorpresa, dubbio, paradossi, confusione, destrutturazione, etc;
3. *Ricerca inconscia* tramite implicazioni, domande, linguaggio analogico, metafore, racconti, aneddoti etc;
4. *Processo inconscio* tramite la creazione di nuove associazioni;
5. *Risposta ipnotica* tramite l'espressione di potenzialità comportamentali e cognitive che vengono sperimentate come se avvenissero da sé.

Erickson è considerato anche il primo terapeuta "strategico" poiché è stato il primo clinico ad aver focalizzato le sue attenzioni sulla ricerca di strategie utili al cambiamento, mettendo a punto una serie di tecniche le cui finalità sono quelle di dare *sollievo* alla sofferenza fisica e psichica del paziente nel presente, senza dover indagare il passato.

Egli elaborò il modello strategico impreziosendolo di un elemento innovativo: il cambiamento come processo interpersonale.

È dal modello ericksoniano che deriva la teoria della comunicazione presentata dalla scuola di Palo Alto, secondo la quale ogni relazione è definita dal tipo di comunicazione che s'instaura con gli interlocutori.

6.4 I linguaggi ipnotici

Prima di addentrarci nello specifico delle diverse induzioni e tecniche ipnotiche utilizzabili nel trattamento dei disturbi sessuali, è utile fare una veloce panoramica su alcuni tra i modelli più utilizzati nella comunicazione ipnotica, nella forma di immagini.

Nessuna induzione può prescindere da questi modelli.

Conoscere i modelli linguistici è indispensabile sia per creare un'induzione efficace sia per far accedere il soggetto stesso allo stato ipnotico.

Il linguaggio ipnotico è un linguaggio fatto di suggestioni, che conduce ad allucinare la realtà percepita indirizzando il paziente verso la soluzione del problema.

Può funzionare, come nel caso delle *frasi aperte*, come una sorta di contenitore generico, dal quale ognuno può prendere ciò che più gli si confà.

Esempi di frase aperta sono “*Spesso le persone non si accorgono delle risorse che giacciono nel loro mondo interno*” o “*Nel nostro rapporto vi sono molti problemi?*”. Tali affermazioni, proprie dell'esperienza diretta individuale, costituiscono la *cancellazione* degli “indici referenziali” del Milton Model (Boschi, 2007).

Al fine di creare il *rapport*, in apertura di una induzione ipnotica formale, viene spesso utilizzato il *truismo*. Dire qualcosa di incontestabile al paziente come: “*A volte capita di sbagliare a volte di fare bene le cose*”, comporta la sicura adesione da parte sua. Il truismo, proprio per la sua indiscutibilità, risulterà quindi in sintonia con la mappa del paziente, promuovendone credibilità e fiducia verso il terapeuta. Una variante di *truismo* consiste nel formulare un'affermazione contenente il nome del soggetto, che viene posizionato in maniera diversa funzionalmente al risultato che si vuole ottenere.

Affermare, infatti che, “*Le donne, Maria, molto spesso possono ottenere piacere dal rapporto sessuale*” è differente dal sostenere che “*Le donne molto spesso possono ottenere Maria piacere dal rapporto sessuale*” o che “*Le donne molto spesso possono ottenere piacere dal rapporto sessuale, Maria*”.

Nel primo caso, dove il nome compare dopo l'indice referenziale generico, il soggetto tenderà a considerare se stesso al posto delle “donne”, mentre nel secondo caso, dove il nome è posizionato dopo il verbo all'infinito (specie se

marcato in modo tonale), il soggetto vivrà l'affermazione come un *comando incastrato*. Nel caso in cui il nome viene collocato, invece, alla fine della frase, il soggetto tenderà a far sua la modalità di funzionamento in questione (Boschi, 2007).

Altro esempio del modo in cui si può rendere non obiettabile ciò che si afferma, passando attraverso l'avallo del paziente sono le *false dimostrazioni*.

“*Come molti ben sanno ...*”, “*Come si sa ...*”, “*Come tu ben sai ...*”, sono tutti intercalari che sostanziano il postulato che segue come se fosse una sorta di verità assoluta.

Similare a quello delle false dimostrazioni è l'assunto che sottende ai *falsi sillogismi*.

I falsi sillogismi come: “*Dato che hai appreso a leggere e a scrivere allora sarai anche in grado di apprendere come cambiare*”, inducono il soggetto a trarre una conclusione, che pur derivando da una falsa logica viene riconosciuta dal soggetto come vera.

Il cambiamento può essere indotto anche attraverso il *benevolo inganno*.

Partendo dal presupposto secondo il quale ciò che viene immaginato può essere anche realizzato, si incoraggiano pensieri e comportamenti alternativi a quelli disfunzionali con frasi del tipo “*Se tu fossi/avessi ... allora potresti ...?*”.

Lo *schema del non*, invece, si basa sulla considerazione che, nel corso della ricodifica del messaggio dal livello digitale (linguaggio verbale) a quello analogico (rappresentazioni sensoriali), tutto ciò che riguarda la negazione viene perduto. Affermare per esempio: “*Non è necessario che tu inizi a cambiare, ora!*”, manda in tilt la ricodifica del messaggio in quanto il livello analogico o sensoriale della mappa non è in grado di rappresentarlo licitando una risposta di polarità. Ciò comporta che si realizzi a livello comportamentale il contrario di ciò che viene verbalizzato come contenuto.

Nel contesto ipnotico l'ingiunzione negativa può essere utilizzata con le persone che “non vanno mai in trance”, dicendo loro: “*Io non posso ipnotizzarla, non ci posso riuscire ... quindi, resti con gli occhi completamente aperti, totalmente aderente al qui ed ora ...*”.

Similmente funzionano le *domande di puntualizzazione* dove una negazione sotto forma di domanda, viene aggiunta alla fine di una frase: “*Stai cominciando a rilassarti, non è vero?*”.

Altro modello utilizzabile è quello delle *equazioni*.

Esso consente di stabilire un'equazione tra due elementi di cui il primo costituisce l'elemento egosintonico che il soggetto sa di possedere, il secondo, invece, rappresenta la reazione che l'operatore intende indurre nel soggetto. Tale equazione comporta che all'aumentare o al diminuire del primo si abbia, l'aumentare o il diminuire del secondo “*Più/ quanto più ti sentirai coinvolto nel rapporto sessuale, più/ tanto più crescerà la tua eccitazione*” oppure “*Meno/ quanto meno ti preoccuperai per ciò che fai, meno/ tanto meno sentirai di non possedere le capacità sessuali*” (Boschi, 2007).

L'*equazione* può essere formulata anche in *contrapposizione*, associando qualcosa di spiacevole e qualcosa di piacevole secondo il modello “più/meno X, meno/più Y”.

Altro esempio particolare di equazione è il *Compounding*.

Esso comporta che, nella formulazione della frase, il primo termine costituisca la reazione che l'operatore intende indurre nel soggetto, mentre il secondo sia l'elemento egosintonico che egli è cosciente di possedere. Poiché la memoria tende a ritenere e rievocare l'ultimo elemento proposto, riconoscendo e ponendo l'attenzione sul secondo, il primo viene accolto senza troppe resistenze producendo la reazione desiderata (Boschi, 2007).

Un modello complesso è quello della profezia che si auto avvera che può essere usato funzionalmente così: “*Cosa farai/ come ti sentirai/ cosa penserai dopo aver raggiunto i risultati desiderati?*”. In questo modo il primo elemento presupponente viene unito a un secondo che, contenendo verbi al futuro, ne costituisce il presupposto. In tal modo si favorisce nel soggetto il sorgere di aspettative facilitanti che, come nel caso delle *domande trabocchetto*, stimola nuovi comportamenti realizzanti la profezia.

Altro modello ipnotico potente è quello del “*come se*”.

Questo modello costituisce una forma particolare di equazione, in questo caso tra “ciò che è” e “ciò che potrebbe essere”, tra “ciò che si pensa” e “ciò che si sente”. Si utilizzano espressioni quali: “*Immagina di entrare gradualmente in trance*”, “*Fai finta di sentirti sempre più rilassato*”, “*Pensa che tu stia entrando in uno stato di trance sempre più profonda*”, “*Fai come se ti sentissi sprofondare in uno stato di completo benessere*”.

Nella sua forma indiretta o implicita la cornice del “come se” si avvale dell’utilizzo sinergico dei verbi al congiuntivo e al condizionale “*Come ti sentiresti se, ora, ti sentissi esattamente come vuoi sentirti?*”.

Ancora, un modello che fa uso del paradosso e che consente di usare le resistenze del paziente a vantaggio del terapeuta è quello del *doppio legame*.

Esso consiste in asserzioni del tipo “*Vuoi iniziare a sentire che qualcosa sta cambiando adesso o tra un po’ di tempo?*”. Qualsiasi cosa decida, il soggetto agirà come desiderato dal terapeuta.

A tal fine può essere usata, oltre al doppio legame, la tecnica della *falsa alternativa*.

Il terapeuta incastra la scelta del paziente tra due alternative, una vera e l’altra falsa. La non percorribilità della falsa alternativa non lascia alcuna scelta al soggetto che, a livello inconscio, è costretto a fare ciò che l’operatore gli chiede.

Altro modello, che consente di confondere l’emisfero dominante della mente conscia, è quello del *cumulo di realtà*.

Esso consiste nello strutturare un messaggio a molteplici livelli logici, tale per cui il soggetto non sa più su quale livello si collochi quanto va dicendo l’operatore.

Un messaggio come “*C’era una volta un uomo, che disse a un amico, il quale sapeva che ...*” consente, *sovraccaricando* l’emisfero dominante, di aggirare le difese in modo che il “vero messaggio” venga accolto senza alcuna resistenza (Boschi, 2007).

Un modello che si basa su connessioni causa-effetto è quello delle *clausole temporali*.

Esempi di clausole temporali sono: *prima, dopo, durante, mentre, da allora, quando, prima di, intanto*.

Sostenere, ad esempio, “*Dopo che i suoi occhi si saranno chiusi inizierà a sentire un senso di sempre più profondo rilassamento*” crea dei collegamenti impliciti delle sequenze di causa-effetto.

Un caso particolare di proposizioni subordinate a clausole temporali è il *doppio compito*.

Esso consta nell’assegnare due compiti uniti piuttosto che assegnarli separatamente, in modo che l’uno venga esperito come la diretta e naturale conse-

guenza dell'altro. Nel dire, ad esempio: “*Mentre si siede su quella poltrona si rilassi pure*”, si avrà che l'uno favorisce l'esecuzione dell'altro, con il risultato di rendere entrambi più facili e naturali.

Inoltre, l'utilizzo di termini di concatenamento temporale come *mentre*, fa dipendere ciò che nell'esperienza del soggetto deve necessariamente accadere – come alzarsi, sedersi, svegliarsi dalla trance, ascoltare le parole dell'operatore – da ciò che “potrebbe accadere”, come la trance, il cambiamento, l'instaurarsi di uno stato d'animo positivo, l'accesso e utilizzo di una risorsa.

Dall'unione del *doppio compito* e delle *presupposizioni* si costruiscono le *direttive implicite* come “*Se chiude gli occhi sentirà voglia di dormire*”.

In questo modo si fa fare una cosa facile, come chiudere gli occhi, che implicherà una cosa più complessa, come il dormire, che rappresenta ciò che si vuole ottenere.

Un'altra forma di *doppio compito* è il modello delle *direttive tra due guanciali*.

Esso consiste nel porre il comando in forma indiretta tra due contenuti induttivamente neutri, utilizzando il termine di connessione temporale “*mentre*”: “*Mentre si siede su quella poltrona e si rilassa completamente può iniziare a raccontarmi il suo problema*”.

Qui il vero messaggio è costituito da “*... e si rilassa completamente*”.

Infine, due sono i modelli linguistici terapeutici per eccellenza, utilizzati fin dall'antichità per risolvere i dilemmi e i turbamenti dell'animo e, ai giorni nostri, da Erickson stesso: la metafora e la storia.

La metafora (dal greco *metà* “oltre” e *phero* “porto”) è una figura retorica di tipo semantico che appartiene alla categoria dei traslati. Opera cioè uno spostamento di senso, creando un collegamento di significato tra il problema del soggetto e la metafora stessa.

Vi sono due tipi di metafore:

- *Metafore basate sull'isomorfismo o sull'analogia strutturale*: consistono nel raccontare una storia analoga alla situazione del soggetto, per poi proporre una soluzione specifica ovvero molto ambigua;
- *Metafore basate sulla reazione di evitamento o di necessità*: si racconta una storia, non necessariamente correlata alla vita del soggetto, basata su eventi assoluti da cui si genera una reazione di evitamento o di necessità, come

la storia di un uomo che guidava in modo spericolato, fino a che ebbe un incidente e rimase gravemente ferito.

Erickson usava diverse metafore: la metafora del “primo giorno di scuola”, in cui imparare l’alfabeto sembrava un compito complicatissimo, mentre ora l’alfabeto è la base di tutto il nostro sapere; la metafora del “bambino che inizia a camminare”, che all’inizio cade ripetutamente, fino a che riesce a farlo con estrema naturalezza, senza nemmeno accorgersene.

Durante tutto il racconto, il terapeuta dovrebbe ricalcare il soggetto, parlando al ritmo del suo respiro, usando i suoi predicati, i suoi sistemi rappresentazionali. Dovrebbe altresì effettuare, di tanto in tanto delle pause, durante le quali osservare le reazioni del soggetto al suo racconto, raccogliendo così il necessario *feedback* sull’efficacia dello strumento che sta utilizzando.

Gli elementi fondamentali della metafora usata a scopo terapeutico sono:

- Il tipo di reazione, che renderà più facile il cambiamento che si vuole ottenere (ad es. il pensare che apprendere sia un processo naturale);
- Un’esperienza universale che contiene questa reazione (ad es. l’apprendere a camminare eretti).

Un caso particolare di metafora è il *modello della violazione della limitazione selettiva*.

Attribuire certe qualità a qualcosa o a qualcuno che, per definizione, non può averle, come ad esempio affermare che “*Gli alberi sono maestosi, immersi in una imperturbabile tranquillità*” o “*La roccia è triste*” comporta che, per dare un significato alla frase, chi ascolta dovrà, a livello subconscio, riferirle a se stesso.

Erickson suggerisce che, per facilitare la traslazione, si può aggiungere il nome del soggetto “... *una pianta di pomodoro, Joe, può sentirsi bene ...*”.

Ovviamente, maggiore è il legame di affinità o l’interesse del soggetto nei confronti dell’argomento, maggiore sarà la possibilità e la portata della generalizzazione da questo a se stesso. Perciò, se ci si sta rivolgendo ad un botanico, si sceglierà come argomento i fiori e le piante, se ci si sta rivolgendo ad un commerciante si parlerà della sua merce, e così via.

Altro espediente usato spesso da Erickson è il raccontare una storia in cui il personaggio abbia più o meno le stesse caratteristiche del soggetto (età, sesso, situazione).

Di solito questa storia cominciava con: “*Avevo una volta un paziente ...*”, passando poi a descrivere una versione, reale o inventata lì per lì, di un’esperienza che avesse attinenza con la persona alla quale si rivolgeva. Il grado di attinenza era legato all’intenzione di Erickson di essere più o meno diretto nella sua comunicazione, il che dipendeva a sua volta, dalla profondità della trance in cui il soggetto si trovava in quel momento.

Il principio generale è che la reazione del soggetto è migliore se il collegamento tra la storia raccontata e la sua situazione è appena fuori dalla sfera della consapevolezza.

Il non essere consapevole di tale collegamento gli permetterà di generalizzare agevolmente ed in maniera del tutto inconscia l’esperienza narrata a se stesso.

CAPITOLO SETTIMO

L'UTILIZZO DELL'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI SESSUALI

L'uso del metodo ipnotico nel trattamento delle disfunzioni sessuali prevede che il terapeuta abbia un'adeguata preparazione nel campo delle terapie sessuali (Aroaz, 1980; Simonelli *et al.*, 1997).

Similmente, è bene che la terapia sessuale in ipnosi (si cura *in ipnosi* e non con l'ipnosi) sia effettuata da chi possiede un bagaglio teorico-esperienziale adeguato nel campo delle terapie sessuali e che abbia effettuato un training psicoterapeutico in ipnosi (*ndr*).

All'origine di un disturbo sessuale può esservi un tipo di elaborazione, del proprio comportamento e di quello del partner, connotata da aspetti negativi.

La terapia ipnotica si inserisce a questo livello di funzionamento e consente al soggetto di operare, in modo allucinatorio, proprio su quelle esperienze sessuali che vengono impedita dalla sintomatologia e da un eccessivo livello di ansia.

In sessuologia l'ipnosi è indicata nel trattamento di disturbi quali: il vaginismo e l'anorgasmia, l'eiaculazione precoce e ritardata, i disturbi del desiderio sessuale e i disturbi dell'erezione.

Sono molte le modalità di utilizzazione in senso psicoterapico della relazione ipnotica:

- Come tecnica di rilassamento; nella trance si realizzano determinate condizioni neurofisiologiche, antagoniste rispetto all'ansia. L'allentamento delle tensioni muscolari consente l'emergere delle emozioni trattenute e il ritorno di ricordi e pensieri di esperienze traumatizzanti. L'espressione di tali emozioni è spesso accompagnata da un processo di autoanalisi, che porta il paziente alla consapevolezza dei conflitti emotivi sottesi ai sintomi.
- In senso psicoanalitico (ipnoanalisi); lo stato di trance permette di rag-

giungere regressioni massicce, idonee a favorire la produzione di materiale molto antico.

In terapie combinate; in chiave comportamentista lo stato ipnotico è utilizzato per interventi “destrutturanti” i comportamenti patologici e “ristrutturanti” comportamenti più adeguati.

L'utilizzo dell'ipnosi nella sessuoterapia consente di:

- aumentare la motivazione e la disponibilità al rapporto sessuale e quindi all'altro;
- facilitare il rilassamento con conseguente diminuzione dell'ansia e dello stress (Araoz, 1984);
- far accedere la persona alle proprie risorse autocurative;
- incrementare sia la fiducia in sé sia la consapevolezza del soggetto riguardo pensieri e preoccupazioni ridondanti;
- trasformare la struttura del sistema da disfunzionale a funzionale;
- favorire il controllo cognitivo (Araoz, 1984);
- esplorare e identificare rapidamente i conflitti sottostanti il sintomo e i problemi non risolti relativi a eventi passati;
- normalizzare i processi fisiologici (Araoz, 1984);
- acquisire una nuova capacità mentale di autocontrollo sui suoi pensieri, sulla visione del proprio passato e sul funzionamento somatico (Araoz, 1984).

Nel far ciò lo scopo dell'ipnosi nel trattamento dei disturbi sessuali è quello di offrire simboli e immagini ipnotiche che stimolano il realizzarsi di modificazioni somatiche, psichiche e viscerali complesse (Erickson, 1967; Granone, 1989; Fromm e Shor, 1979) che egli stesso può indursi attraverso specifiche metodiche (Fontana, 2002).

Tutto ciò consente di incidere positivamente sul rendimento della prestazione del soggetto, a livello psichico, somatico e viscerale.

L'uso dell'ipnosi consente il verificarsi di modificazioni a livello di (Fontana, 2002):

- *Coscienza*: si esplicano a più livelli manifestandosi come derealizzazione e depersonalizzazione, diminuzione della vigilanza, isolamento spazio-temporale, stati oniroidi e crepuscolari o stuporosi.

- *Processi intellettivi*: riscontrabili nell'aumento o diminuzione dell'attività critica e della capacità di analisi. Ciò comporta un incremento dell'attività immaginativa e simbolica di tipo associativo, facilitante una nuova comprensione ed elaborazione dei vissuti. Si può anche realizzare una marcata passività della risposta.
- *Ideazione*: comportano la possibilità di produrre un arresto totale dell'ideazione o ideazioni, suggestione dipendente, di tipo melanconico, ipocondriaco, erotico, mitomane, persecutorio e delirante.
- *Anamnesi*: è possibile produrre amnesie di rievocazione (parziali o totali, spontanee o provocate) o relative all'origine delle esperienze vissute nella trance, ipermnesie, distorsione temporale, regressione di età e rivivificazione cenestesica di esperienze passate.
- *Percezione*: comporta processi di ipoiperestesia che, coinvolgendo i cinque organi di senso, può dar luogo ad allucinazioni multisensoriali positive o negative.
- *Volontà*: consiste nello spontaneo ottundimento della volontà che, partendo dalla passività psicomotoria può evolvere fino al soggiogamento della volontà. Questa fenomenologia, suscitando reazioni controtrasferali di ostilità contro l'ipnotista, comporta la rottura del *rapport*.
- *Sentimenti*: comportano processi di ipoiperestesia affettiva che coinvolgono lo stato emotivo di un soggetto al fine di stabilizzarlo, aumentandone o diminuendone la spontaneità e la disinibizione nell'espressione dei sentimenti (di gioia, amore, dolore, paura).

Sul versante somatico lo stato ipnotico può licitare spontaneamente o indurre suggestivamente le seguenti modificazioni:

- *Motilità e tono muscolare*: ipoipertonia del tratto corporeo indicato, catalessia e catatonìa.
- *Sensibilità*: esempi ne sono l'anestesia, l'analgesia per stimoli algogeni.
- *Cenestesi e schema corporeo*: compaiono spesso al di fuori di suggestioni specifiche, producono sensazioni di estraneità dal corpo o di sdoppiamento del corpo e di alterazione dell'immagine di sé.

Si possono realizzare ipnoticamente modificazioni di ordine endocrino-metabolico e neurovegetativo agendo sulla frequenza cardiaca, sulle situazioni

ipertensive o quelle emorragiche, sull'attività secretoria ed escretoria (lacrimazione, sudorazione, diuresi, evacuazione, incremento o diminuzione della produzione del latte). Inoltre, sono state ampiamente documentate le variazioni dell'increzione insulinica, adrenalinica, atropinica, steroidea, iodotironinica, come anche, pepsinica, tripsinica, lipasica e calcemica.

Le modificazioni a carico dei vari organi ed apparati riguardano:

- *Cute e cuoio capelluto*: quando la patologia è a carattere psicosomatico si può provocare la formazione o la scomparsa di eritemi, flittene, vesciche, lesioni da ustione, manifestazioni orticarioidi ed eritemato-pomfoidi, eczemi, verruche, dermatiti, iperidrosi, psoriasi e lupus.
- *Apparato respiratorio*: risoluzione di broncospasmo.
- *Apparato cardiovascolare*: controllo di situazioni ipertensive e tachiaritmiche extrasistoliche che riconoscono meccanismi di ipersimpaticotonia.
- *Apparato osteoarticolare*: artrite reumatoide, artrite gottosa, lupica, ecc..
- *Apparato digerente*: per patologie di ordine psicosomatico riguardanti ulcera duodenale, coliti ulcero-emorragiche, nausea e vomito incoercibile di varia natura.
- *Genito-urinarie*: disturbi del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo, vaginismo, enuresi.

In particolare, è da molto tempo nota la possibilità di agire sulla contrattilità della muscolatura uterina, facilitando la preparazione e l'espletamento del parto in ipnosi vigile, sul controllo delle situazioni abortive su base ipercinetica, sul distacco precoce di placenta, ecc (Fontana, 2002).

È la capacità di licitare tali modificazioni che fanno dell'ipnosi un mezzo altamente efficace alla cura delle disfunzioni sessuali.

Come mai una formula suggestiva è in grado di licitare delle reali modificazioni corporee, psichiche e viscerali?

Questo accade per il principio dell'ideoplasia motoria di cui si è parlato precedentemente.

Granone afferma che “*il monoideismo, cioè la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale, ha una forza ideoplastica, cioè una parte creativa, nei confronti dell'organismo; è in grado cioè di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali, comportamentali, e costituisce di per sé l'essenza dell'ipnosi che è un fenomeno biologico*

e anche un particolare modo di comunicare”.

Durante l'ipnosi le induzioni immaginative si accompagnano ad impulsi nervosi (ideoplasia ideomotoria) tali da promuovere nel soggetto un'autorappresentazione mentale, delle modificazioni corporee senza che esse accadano concretamente. Ciò comporta che immaginare un movimento (ideoplasia motoria) o un'emozione (ideoplasia affettiva) determina una stimolazione delle aree interessate dall'attività immaginativa che produce il movimento o l'emozione stessa.

Un esempio è dato dall'uso dei truismi.

Il truismo è una dichiarazione di fatto su un comportamento sperimentato, tanto spesso che è impossibile negarlo.

“*Tu già sai come provare sensazioni piacevoli simili al calore del sole sulla pelle*” è un truismo.

L'evocazione di una siffatta esperienza, per mezzo di un'immagine mentale concreta, è in grado di evocare una esperienza ideosensoriale già esistente nel soggetto.

L'idea di calore e l'immagine del sole sulla pelle attivano associazioni personali derivanti da precedenti esperienze che generano una reale sensazione di calore sulla pelle.

Altro esempio di come pensando fortemente di realizzare il movimento, questo viene eseguito e concretizzato è l'esercizio del pendolino o *Effetto Carpenter*.

Si decide il movimento da dare al pendolino, lo si fissa nella mente, e le dita, non mosse volontariamente, lo eseguono concretamente.

Ciò può essere usato per qualunque funzione psicologica come la memoria, la capacità di apprendere, il senso del tempo ed i processi emotivi, per modificare funzioni psicofisiologiche come la temperatura corporea, la digestione, la respirazione e altro (Erickson e Rossi, 1979).

7.1 L'ipnosi nella terapia sessuale: le tecniche ipnotiche

Nella sessualità umana, l'autosuggestione e l'immaginazione sono costantemente in azione cosicché, se entrambe assumono valenza negativa, possono

contaminare l'esperienza sessuale stessa e dare origine a disturbi nella sfera sessuali di natura psicogena (Aroaz, 1980).

L'autoipnosi negativa (AIN), che viene così a crearsi, si nutre essenzialmente di credenze, ricordi, pensieri, idee e immagini mentali negative su cui la persona rimugina in un autocolloquio negativo e autosuggestionante tale da aumentare l'ansia, inibire il desiderio sessuale e originare vere e proprie disfunzioni sessuali (Kaplan, 1979; Araoz, 1980, LoPiccolo, 1980).

Ciò è vero soprattutto per gli uomini.

La nostra cultura perpetua il mito della sessualità maschile, dell'uomo che "*non deve chiedere mai*" che, in quanto responsabile e unico artefice dell'orgasmo femminile, deve "*essere sempre pronto*", favorendo e alimentando l'autoipnosi negativa.

Questo autocolloquio negativo, per le sue caratteristiche ipnotiche, convince la persona di *non essere capace di* "... avere un'erezione", "... soddisfare il partner", che *non c'è speranza* e che quindi la sua condizione *non cambierà mai*.

L'AIN depaupera il pensiero e l'esperienza sessuale della spontaneità, la contamina con l'ansia (Aroaz, 1980) innescando e successivamente cronicizzando comportamenti sessuali disfunzionali.

Il fenomeno dello *spectatoring* (Masters e Johnson 1970) è un esempio di come l'associazione tra l'AIN e un'immagine mentale negativa possano originare, esacerbare o mantenere il disturbo sessuale.

L'ipnosi, consente di lavorare su questa attività mentale negativa attivando nuove cognizioni adattative, pensieri e immagini che ne influenzano il comportamento conducendolo al cambiamento.

A tale proposito, Meichenbau delinea come le immagini condizionano il comportamento umano attraverso tre processi: l'autocontrollo, il nuovo significato e l'esecuzione di prove mentali.

Attraverso l'*esecuzione* e il *controllo* dell'immagine mentale la persona impara a modificare la sua reazione ai propri pensieri negativi, in termini sia di auto colloquio sia di azioni intraprese.

Ne è un esempio il training autogeno ideato da Johannes Heinrich Schultz.

L'ottenimento del controllo delle immagini e dell'autocolloquio investe le percezioni, le rappresentazioni e le attribuzioni dei processi interiori di un *nuovo*

significato atto ad annullare e rendere inoperosi i pensieri e le immagini disfattiste (Araoz, 1982).

Lo sviluppo di nuove immagini crea così un comportamento incompatibile con quelli disfunzionali già instauratisi.

Al modificarsi delle immagini da negative a positive si avvicina l'autocolloquio.

Infine, l'esecuzione della *prova mentale* delle alternative comportamentali contribuisce allo sviluppo della capacità di affrontare le situazioni negative (problem solving).

La pratica "in vivo" dei nuovi comportamenti sarà poi la conseguenza delle nuove immagini adattive (Simonelli *et al.*, 1997).

L'ipnosi diviene un utile strumento per aiutare il soggetto a mutare e arricchire le proprie rappresentazioni mentali, in modo da interrompere i processi di generalizzazione, deformazione e cancellazione, modificando le distorsioni della realtà che creano sofferenza e produrre nuovi significati (Araoz, 1980).

Come riportato da Hawkins (1994) e Hammond (1990) i vantaggi offerti dall'ipnosi al trattamento dei disturbi sessuali sono innumerevoli.

I motivi possono essere così riassunti:

- È efficace nel trattamento del singolo;
- Le tecniche ipnotiche consentono un'indagine molto più veloce rispetto alla terapia convenzionale delle dinamiche patologiche sottostanti il disturbo;
- Aumenta la consapevolezza delle capacità personali di fronteggiare l'ansia e lo stress associate all'insicurezza personale (coping) aumentando il *selfcontrol*;
- Incrementa la fiducia di poter mettere in atto con successo il comportamento sessuale (*self efficacy*);
- Consente di ristrutturare in senso positivo le risposte emozionali negative;
- Rinforza le sensazioni positive connesse a precedenti relazioni sessuali soddisfacenti;
- Aiutare a focalizzare l'attenzione sugli stimoli sensoriali propriocettivi ed esteroceettivi in modo da facilitare e incrementare l'eccitazione e il piacere.

Tutto ciò consente di migliorare la capacità di risolvere i problemi legati alla prestazione inducendo nella persona un cambiamento più adattivo.

L'ipnosi, inoltre consente di scoprire, a beneficio del cliente, la genesi del problema sessuale (diagnosi) o le sue implicazioni (terapia esplorativa) per la persona o il sistema *in toto*.

Una volta scoperta la genesi del disturbo si procede all'utilizzo di tecniche atte a intervenire e modificare il sintomo sessuale.

Numerose sono le tecniche ipnotiche che possono essere applicate nella cura delle disfunzioni sessuali.

Tecnica dell'esame sessuale coperto

È una tecnica che consente al terapeuta di avere un incipit diagnostico traendo le informazioni necessarie direttamente a livello inconscio. Nella pratica si invita che il cliente in ipnosi a immaginarsi nudo davanti a uno specchio tridimensionale a dimensione naturale, e a osservare attentamente il suo corpo e a descriverlo in tutte le sue parti.

Durante la sessione ipnotica il terapeuta annota se la persona omette la descrizione di una o più zone del corpo, il tipo di sensazioni suscitategli o ancora la percezione che ha di una particolare zona del corpo, il punto in cui il soggetto termina la descrizione.

Inoltre, si invita il cliente, a fare associazioni o collegamenti con esperienze passate (Araoz, 1982).

Tecnica del discernimento subconscio

Nel *discernimento subconscio* di Araoz (1982) si utilizzano strumenti quali: il sogno indotto, la sfera di cristallo o gli schermi televisivi; che presentano il problema sotto diverse sfaccettature.

La tecnica può essere rivolta anche al sistema-coppia.

Tale tecnica dirige l'attività mentale verso la sperimentazione e spesso svela materiale ricco da un punto di vista terapeutico.

Tecnica dell'interrogazione ideomotoria

La tecnica consente di avere da parte del soggetto una risposta motoria di tipo "Sì" o "No" qualora durante l'ipnosi gli si pongano delle domande chiuse (Araoz, 1992).

Ad esempio si può legare la risposta affermativa al movimento del dito o della mano sinistra e quella negativa ad un dito o alla mano destra.

Nel far ciò si sollecita il paziente a lasciare che sia la sua mente inconscia a dare la risposta.

L'assenza di risposta motoria indica che la persona non vuole rispondere.

In questo caso si rimanda al paziente che la sua mente inconscia non vuole rispondere. Tale affermazione susciterà di per se la risposta "No" o "Si" e allora il terapeuta si comporterà di conseguenza (Araoz, 1982).

Tecnica dell'iperamnesia

Il terapeuta invita il cliente in ipnosi a sedersi comodamente davanti a uno schermo dove è proiettato un vecchio film o una pellicola di famiglia, riportandolo nei particolari di come e dove si svolge la scena, e invitandolo a descrivere quali emozioni e sensazioni esse suscitano, connettendosi al problema sessuale.

Tale tecnica diagnostica consente di ottenere informazioni che diagnosticamente arricchiscono di significato il sintomo (Araoz, 1982).

Tecnica della proiezione futura

Si invita la coppia o il singolo a immaginarsi dinanzi a un doppio schermo in cui vengono proiettate sull'una la situazione attuale (la propria vita con il problema sessuale) e sull'altro, in una sorta di proiezione futura, la propria vita senza il problema e a descrivere le sensazioni e le emozioni riferite al poter vivere la propria vita senza il sintomo.

Tale tecnica consente alla persona di sperimentare il cambiamento positivo, cosa accadrebbe nella vita del soggetto, cosa cambierebbe, cosa proverebbe se non ci fosse più il problema.

Tale modo di procedere permette una ridefinizione del problema e la prospettiva di nuove soluzioni (Araoz, 1982).

Metodo delle immagini dinamiche

Il metodo consiste nel far sperimentare al paziente una scena sessuale potenzialmente soddisfacente.

La costruzione di immagini positive, piacevoli, costruttive e di autoefficacia annullano il precedente meccanismo disfunzionale dell'AIN.

Il materiale per la costruzione delle immagini dinamiche deve essere sintonico con i valori, la cultura, le preferenze sessuali, la storia del paziente e il suo sistema rappresentazionale.

Una delle applicazioni più frequenti consiste nell'indurre la persona a vedere (immagini dinamiche) se stessa, come se guardasse un fumetto o fosse il regista di un film, coinvolta in una scena sessuale nella quale tutto è "ben fatto".

Il terapeuta deve guidare il paziente e incoraggiarlo a costruire, coinvolgendo i cinque sensi, una scena sessuale e ad immergersi, focalizzando l'attenzione sul piacere corporeo e sulle sensazioni positive indotte dall'esperienza stessa.

Lo si invita a soffermarsi su di esse e lo si impegna in una qualche attività, come chiudere la mano, ancorandolo a tali sensazioni cosicché possa rievocare tali sensazioni nella quotidianità, ogni qualvolta lo desidera (Aroaz, 1992).

In tal modo si aiuta il paziente a:

- cambiare l'elaborazione negativa in positiva;
- concentrarsi sul godimento sessuale;
- consapevolizzare il processo di guarigione.

Nel caso in cui i clienti trovino difficoltà a vedere se stessi in un'esperienza sessuale positiva, si può chiedere loro di immaginare il loro "idolo sessuale" durante l'attività sessuale. Quando la persona è riuscita in quest'attività immaginativa si torna alla tecnica precedente.

Affinché le immagini dinamiche funzionino efficacemente, devono essere soddisfatte tre condizioni:

1. rinforzo negativo: la noncuranza per le immagini auto disfattiste precedentemente usate aiuta ad estinguerle;
2. immagini ego sintoniche: le nuove immagini positive devono essere sintoniche con i valori, la cultura, le preferenze sessuali e la storia personale del cliente;
3. ripetizione perseverante: il paziente deve fare esperienza dell'autoipnosi e indursi immagini positive a casa.

La visualizzazione di immagini positive di autoefficacia, di piacere e benessere (ipnosi positiva) promuove nella persona associazioni e cambiamenti in grado di rimuovere le immagini negative e disfattiste (autoipnosi negativa), i condizionamenti, le paure, l'ansia, lo stress e i conflitti relazionali che inibiscono la risposta sessuale della persona.

La tecnica fornisce alla persona un senso di autocontrollo che facilita la gestione e l'utilizzazione positiva di risposte emozionali negative, incrementa il senso di auto efficacia e confidenza e rinforza le sensazioni positive connesse a precedenti relazioni sessuali soddisfacenti; infine, aiuta a focalizzare l'attenzione incrementando la consapevolezza sensoriale così da facilitare e aumentare l'eccitazione sessuale ed il piacere.

Si può utilizzare la creazione di associazioni tra i vissuti di fiducia e piacevolezza e la rivisitazione di ricordi di attività sessuale passata positiva e soddisfacente.

Metodo delle tecniche sintomatiche

Le tecniche sintomatiche sono una combinazione di immaginazioni e induzioni focalizzate sul sintomo che consentono di modificarlo direttamente (Araoz, 1992).

Naturalmente le suggestioni devono essere egosintoniche e personalizzate, basate su ciò che il cliente rivela nella terapia.

Una volta ottenute informazioni sul significato che il sintomo stesso ha per il paziente, cosa immagina e come si immagina senza di esso, quali effetti potrebbe avere la sua vita con la scomparsa del sintomo stesso ed i vantaggi e gli svantaggi della sua scomparsa, possiamo rendere l'ipnosi egosintonica al soggetto ed esplorare il suo materiale subconscio come se si effettuasse una radiografia della mente, per ottenere un nuovo insight su ciò che sta accadendo nella vita del cliente che rende il sintomo possibile.

Così facendo si può utilizzare una forma di terapia degli *stati dell'Io* (Watkins, 1978) visualizzando l'Io sintomatico che negozia e combatte con l'io non sintomatico e la sopraffazione di quest'ultimo sul primo.

Se la persona visualizza come debole l'Io non sintomatico, si dovrebbe lasciare a quella parte della personalità il tempo di rafforzarsi e di crescere prima di impiegarla.

Una variante di questa tecnica consiste nel suggerire alla persona in ipnosi che il sintomo apparirà nella sua mente come qualcosa di concreto, un'entità vivente, un colore, un suono, una forma, un odore o la combinazione di tutto ciò. A seconda di ciò che appare nella mente il terapeuta formulerà l'induzione.

Questa pratica consiste nell'aiutare il paziente a congiungersi mentalmente con tutte le parti sane del proprio corpo.

Altra tecnica diretta elaborata da Watkins (1978) è il *ponte dell'affetto*.

Consiste nel guidare il cliente nello sperimentare le sensazioni spiacevoli collegate con il disturbo sessuale, di intensificarle fino a raggiungere un ponte mnestetico con un altro evento precedente nella sua vita che ha prodotto lo stesso effetto. Questa sensazione, comune tanto allo stato attuale quanto a un precedente stato dell'Io, diviene il ponte su cui agire per rimuovere il sintomo.

Ancora, attraverso la *tecnica del rilassamento* si invita il soggetto a rilassarsi, a rilassare tutti i muscoli, a concentrarsi sulle sensazione del corpo durante questo piacevole rilassamento, poi gli viene chiesto di visualizzare un luogo, possibilmente all'aperto, in cui possa provare sensazioni di benessere e tranquillità, una situazione bella, confortevole e sicura per lui. Compito del terapeuta è di incoraggiare, anche attraverso il coinvolgimento del partner, tutte queste sensazioni comprese quelle di forza e sicurezza. In seguito, la sensazione di rilassamento generale sperimentata viene spostata e concentrata sull'area genitale. Durante l'esercizio, ogniqualvolta la persona presenti una qualche tensione, si rimanda alla situazione di rilassamento generale per poi tornare nuovamente sull'area genitale quando la tensione è fugata.

Il terapeuta farà sperimentare il rilassamento al paziente lungo questo continuum dal generale allo specifico finché tutto il rilassamento non sia stato trasferito all'area genitale.

Una volta raggiunto tale obiettivo, il soggetto è invitato a introdurre mentalmente il partner nell'immagine, riprodurre il rilassamento e visualizzare una scena o un incontro sessuale.

Tecniche sintomatiche indirette

Quando il soggetto è fortemente ossessionato dal suo problema sessuale allora possono risultare molto utili le tecniche indirette (Erickson), come quella

del *rafforzamento ipnotico dell'Io*.

L'immagine metaforica, in uno stato di rilassamento, di un albero (Pelletier, 1979) ne è un esempio. Attraverso la descrizione di questo albero - mastodontico, forte, robusto, con i rami che protendono verso l'alto, ricchi di foglie, le radici ben addentrate nel terreno, che ha superato tante avversità – il clinico opera una associazione di tutte le qualità dell'albero con il cliente. Questa proiezione simbolica dell'Io della persona, consente di rinforzare tutti gli aspetti positivi, la forza interiore e le risorse che egli possiede dentro di sé.

In questo modo, ponendosi in contatto con le proprie risorse interiori e la propria vitalità, il soggetto può trovare nuove connessioni subconscie tra quelle realtà interne e il suo sintomo sessuale e indirizzare così le risorse nascoste per rimuoverlo.

Prova mentale

Essa consiste nell'uso della progressione temporale a una serie di circostanze in cui il cliente vede sé stesso pensare, interagire e comportarsi in modo sessualmente soddisfacente.

Questo *possunt quia posse videntur* intensifica l'Io e favorisce il cambiamento.

Si invita la coppia a immaginarsi in una futura esperienza sessuale positiva cercando di vivere tutto nel modo più particolareggiato possibile, soffermandosi sulle sensazioni che l'esperienza favorisce, includendovi le circostanze in cui essa si verifica, compresi gli odori ed i suoni.

Barber (1980), in una sua ricerca, aveva notato che tale prova mentale ha degli effetti positivi e benefici poiché il soggetto inizia ad identificarsi con il nuovo Io, l'Io sessuale, così che l'attuale Io sintomatico diviene sempre più estraneo.

Tale tecnica dovrebbe essere usata a prescindere da altre tecniche, se il soggetto ha difficoltà a immaginare mentalmente sé stesso come cambiato, allora bisognerebbe indagare sui processi secondari subconsci e arrivare all'eziologia del disturbo sessuale.

Tecnica della confusione

Al fine di rompere il campo di coscienza della persona e renderla particolarmente sensibile alle suggestioni proposte, può essere usata la tecnica della

confusione di Erickson.

Essa induce nella persona diversi effetti:

1. rompe gli schemi mentali
2. suscita la necessità di una ricerca interna per trovare un senso
3. facilita l'accettazione delle suggestioni
4. consente di controllare la relazione

Il modo più semplice per creare una confusione è quello di usare due o più gruppi di concetti collegati e saltare dall'uno all'altro.

Si induce nella persona una confusione piuttosto pesante (*hard confusion*) dicendogli qualcosa come “la tua mente conscia può intendere altre cose, così come la tua mente inconscia può avere degli intendimenti consci, ma il tuo inconscio non può coscientemente intendere allo stesso modo in cui la tua mente conscia non può inconsciamente intendere. E a volte ci sono dei fraintendimenti, così la tua mente inconscia può fraintendere consciamente e la tua mente conscia può consciamente intendere dei fraintendimenti, ma tu non puoi veramente intendere finché non fai un respiro profondo, chiudi gli occhi e vai profondamente in trance” (Del Castello *et al.*, 1987).

Poiché la confusione genera una situazione di disagio ne deriva che la persona, al fine di sfuggirgli, si aggrappa alla prima suggestione che la fa sentire più sicura.

La tecnica della confusione oltre che pesante può essere morbida (*soft confusion*).

Erickson operava delle piccole interruzioni del flusso associativo.

Un esempio è dato dalla tecnica della *prima situazione di apprendimento* in cui l'Autore parla dell'apprendimento delle lettere dell'alfabeto “voglio parlarti di qualcosa che è avvenuta molto tempo fa, quando hai imparato a scrivere le lettere dell'alfabeto. Era un compito terribilmente difficile. Ti poteva capitare di mettere il puntino sulla « t » e il trattino sulla « i ». E quante gobbe ci sono nella « n » e quante nella « m »? E da quale parte della linea mettevi il tondino della « b », nella « d » e nella « p »?

Erickson inizia proponendo alla persona un ricordo, nel quale parla di qualcosa di inaspettato come il puntino sulla « t » e del trattino sulla « i » che genera confusione. Poi nel passare al tempo presente parlando delle gobbe delle « n »

e delle « m » spinge la persona a immergersi nel ricordo. Rispetto alla situazione del soggetto, indurlo a pensare a come un procedimento che all'inizio era sembrato difficile oggi è completamente acquisito, rende il compito dell'analisi meno difficile. Dato questo incipit successivamente si induce la suggestione vera e propria.

Tecnica di Desoille

Nel caso delle disfunzioni, Desoille riporta numerosi successi terapeutici ottenuti con l'uso della tecnica del “sogno da svegli guidato” (“*Rêve éveillé dirigé*”), da lui ideata.

Tramite una leggera alterazione ipnotica dello stato di coscienza, il “sogno da svegli”, provoca il temporaneo distacco fra il “primo sistema” (immagini visive) e il “secondo sistema di segnalazione”, legato alle rappresentazioni verbali.

Si adoperano stabilmente le tematiche ritenute importanti per il soggetto, con un'attenzione costante sia ai vissuti reali che al contenuto dei sogni, il materiale significativo. Ai fini del lavoro terapeutico di “decondizionamento” si richiede ai soggetti di preparare per ogni seduta il riassunto del “sogno da svegli” della seduta precedente e la descrizione dei sogni notturni.

Uso della metafora

L'ipnosi si presta a un adeguato lavoro di accompagnamento della metafora.

In questo stato di coscienza alterato è possibile un contatto, un dialogo con l'inconscio definito nella scuola *ericksoniana* come deposito d'ogni esperienza, ricordo e apprendimento, fonte principale delle più alte potenzialità e *last but not least* la fonte principale per la risoluzione del problema/sintomo.

La metafora per essere efficace deve essere affascinante, emozionare e coinvolgere i destinatari.

Una metafora utilizzabile, anche in campo sessuologico, è la “*metafora meditativa sul timore del procedere*” derivante dalla tradizione sufica.

S'era sparsa la notizia che in un lontano paese c'era un uomo che sapeva volare.

Il ricco Mansur decise allora di partire alla sua ricerca per farsi insegnare a qualsiasi prezzo quel segreto.

Un segreto, certo, da tenere tutto per sé, per cui partì solo, per prudenza.

Tuttavia, giunto in quel lontano paese, per quanto chiedesse, nessuno sapeva dargli le informazioni necessarie per rintracciare lo straordinario personaggio,

Certo, tutti ne avevano sentito parlare, e anzi qualcuno lo aveva anche visto volarsene via davvero, ma nessuno sapeva dove abitasse, e perfino sul suo aspetto le notizie erano contrastanti. Mansur si decise allora ad offrire un premio a quanti potevano fornirgli informazioni sicure, ma neanche questo servì.

Un giorno, mentre era nel bazar della capitale, un vecchio male in arnese, un povero insomma, l'avvicinò e gli chiese: "sei tu quello che cerca l'uomo che vola?"

"Sì, sono io. Puoi dirmi dove posso trovarlo? Ti ricompenserò bene, se lo incontro".

"Posso condurti da lui, se vuoi. Prima però andiamo a mangiare e poi ci metteremo in cammino".

Così fecero, e anzi Mansur comperò un mantello di occasione e anche un paio di sandali nuovi.

Andarono verso nord, passarono il fiume e a sera presero alloggio in una locanda.

Il giorno dopo ripresero il cammino, sempre parlando dell'uomo, che volava.

"È ancora lontano?" chiedeva Mansur.

"No, è proprio vicino; vieni con me e aspetta".

Così passarono alcuni giorni e poi una settimana intera e a Mansur cominciarono a sorgere dei dubbi, nel suo animo si fece strada un sospetto.

Quando poi cominciarono a inerpicarsi lungo il fianco di una alta montagna, non né poté più e sbottò: "Ma allora è ancora lontano? È una settimana che ti nutro e ti alloggio.

"Vorrei sapere quanto manca ancora".

"Abbi pazienza; ti assicuro che è molto vicino. Ancora un poco".

Mansur riprese ad arrampicarsi ansimando, ma ad un certo momento, quando poco mancava alla cima, urlò: no, ho capito, tu sei proprio un falso compagno, non sai niente! Mi hai preso in giro per sette giorni solo per essere nutrito e vestito.

Giunti sulla cima, mi farai scendere in un'altra valle, e poi ancora su, per un altro monte, e così via. Sei uno straccione miserabile, va al diavolo! Io me ne torno a casa. Certo non darò più retta a favole assurde e ai profittatori par tuo".

E così voltate le spalle al vecchio, prese a scendere dal monte, incollerito.

Il vecchio, con calma, rimase un poco a guardarlo allontanarsi. Poi, voltategli le spalle raggiunse in pochi passi la cima della montagna e da lì spiccò il volo nel limpido cielo azzurro.

Rispetto alle possibili resistenze, la coppia può obiettare che, attraverso la messa in atto di esercizi mansionali, l'atto viene a mancare di spontaneità. In questo caso si può attuare una ristrutturazione sulla "spontaneità" con la *metafora dell'ideogramma dell'imperatore*.

C'era una volta un imperatore giapponese che si reca da un famoso pittore per chiedergli di dipingere l'ideogramma del suo casato.

Il pittore ringrazia per l'offerta, ma precisa che per ottenere un buon risultato ha bisogno di due anni. L'imperatore non capisce, insiste per avere prima il lavoro, ma il pittore è irremovibile e l'imperatore è costretto a cedere. Dopo circa sei mesi, però, l'imperatore va dal pittore e gli chiede se l'ideogramma è pronto, ma il pittore sottolinea che ancora non sono passati i due anni. Dopo un anno l'imperatore, nuovamente si reca dal pittore ma il pittore ribadisce che non è ancora pronto.

Allora l'imperatore si rassegna e allo scadere preciso dei due anni si reca al pittore e gli chiede di vedere l'ideogramma. Il pittore prende un foglio, un pennello e in sua presenza dipinge l'ideogramma. L'imperatore è prima stupito dalla perfezione del disegno e poi con tono alterato dice al pittore «Ma non potevi farlo prima?» E il pittore dice «No, allora non sarei stato capace». Il pittore invita l'imperatore a seguirlo nel suo atelier e gli mostra 730 prove dello stesso ideogramma, una per ogni giorno dell'anno.

Come a dire che le prescrizioni hanno proprio lo scopo di far sperimentare la padronanza di quella particolare funzione sessuale.

Quando ci troviamo dinanzi a pazienti il cui disturbo sessuale è ancorato a tabù, condizionamenti religiosi e sociali, risulta utile la metafora dell'*orso polare* (Dilts et al., 1982).

Si racconta che una volta lo zoo di Denver voleva comperare un orso polare.

Il direttore, un vecchio signore dalla chioma canuta e la lunga barba bianca, aveva un debole per gli orsi polari. Provava una profonda soggezione di fronte al loro corpo grande e muscoloso e ne rispettava la primordiale intelligenza oltre a vederla chiaramente rispecchiata dalle loro movenze lente ma eleganti e dall'acutezza del loro sguardo.

Ne amava più di ogni altra cosa la pelliccia candida, pura e spessa, così simile alla barba che ornava il suo volto.

Per questa particolare affinità che avvertiva nei loro confronti decise che gli orsi polari dello zoo di Denver dovevano avere la gabbia più ampia e più simile al loro habitat naturale di quella di ogni altro animale.

Mise quindi al lavoro i suoi progettisti, tecnici e manovali perché costruissero un recinto tanto grande e tanto realistico nella rappresentazione delle magnificenze del paesaggio artico, da non avere rivali anche tra i maggiori zoo del mondo per maestria di esecuzione e costo.

La costruzione del recinto era giunta a metà quando al direttore si offrì l'occasione di fare un affare con l'acquisto del più bell'orso polare su cui avesse mai posato gli occhi.

Di fatto, esaminandolo, aveva avuto quasi l'impressione d'essere di fronte a uno specchio mentre fissava l'animale che gli ricambiava lo sguardo dondolando lentamente la testa.

Siccome non capita tutti i giorni di fare un buon affare con un orso polare (e che orso) il direttore decise di comprarlo ugualmente anche se il recinto non era ancora pronto.

L'animale fu addormentato con un sonnifero e al risveglio si trovò rinchiuso in un'angusta gabbia di sbarre metalliche, che era posta al centro del grande recinto naturale in costruzione e nella quale doveva rimanere sino a che questo non fosse stato terminato.

Le esigue dimensioni della gabbia permettevano di fare circa quattro passi prima di essere fermato dalle fredde sbarre di metallo. Non avendo niente altro da fare nella sua piccola abitazione, l'orso prese ben presto l'abitudine di passeggiare nel minuscolo ambiente.

Faceva quattro passi in una direzione, si alzava sugli arti posteriori, eseguiva una lenta conversione di 180° con la convinzione di cui solo gli orsi polari sono capaci, faceva quattro passi nella direzione opposta, si alzava ancora e si rigirava sollevando in alto gli anteriori.

Per l'intero giorno continuava a passeggiare adagio avanti e indietro nella gabbia, osservando attentamente gli operai al lavoro nell'immenso cantiere.

Finalmente, dopo mesi di duro lavoro, la costruzione della nuova abitazione dell'orso polare fu ultimata.

L'animale fu di nuovo addormentato e fu tolta la piccola gabbia metallica che per molti mesi era stata il suo mondo.

Attorno all'enorme recinto si radunò una gran folla, composta dai visitatori, da tutto il personale dello zoo, dagli operai che lo avevano costruito e naturalmente dal fierissimo direttore... tutti in ansiosa attesa delle reazioni dell'orso di fronte al suo nuovo, bellissimo ambiente.

L'orso polare si svegliò, si drizzò con cautela sulle gambe e scosse dalla testa i residui del sonno provocatogli dal sedativo.

Il direttore aveva quasi l'impressione di sentire lui stesso l'eccitazione che stava certamente crescendo nel petto dell'animale che si accingeva a esplorare il suo ambiente meraviglioso, così realistico. Era al colmo dell'impazienza quando vide l'orso fare quattro passi lenti ma sicuri,

poi alzarsi e girarsi per fare altri quattro passi nella direzione opposta, poi rialzarsi ancora per girarsi e ripercorrere i quattro passi di prima, rialzarsi ...

Questa metafora evidenzia come qualunque sistema vivente tende a resistere a qualsiasi cambiamento del proprio equilibrio costituito, persino in presenza di malattie o disfunzioni.

Infine, attraverso l'uso del mito della caverna di Platone, precedentemente citato, possiamo rendere consapevole il soggetto che, nonostante la nostra condizione umana, è possibile cambiare il nostro "destino".

Il mito della caverna è la descrizione della faticosa salita dell'uomo verso la vera conoscenza. Essa riassume il concetto che gli uomini non sono in grado di conoscere direttamente ed immediatamente i veri oggetti del mondo: piuttosto, conosciamo soltanto l'effetto che la realtà esterna ha sulle nostre menti (la mappa non è il territorio). In altre parole, quando osserviamo un oggetto, noi ne percepiamo solo una copia, una semplice rappresentazione mentale del "vero" oggetto della realtà esterna.

Dal mito della caverna possiamo trarre la conclusione che il processo di conoscenza è basato sul saper ragionare, interpretare e saper risolvere problemi (problem solving), quindi anche, sulla capacità di penetrare l'essenza delle cose e dei pensieri, di farli propri e di formularne di nuovi, nonché sulla capacità di saper fornire un'interpretazione soggettiva su base oggettiva.

Il romanzo del trauma

Questa manovra (Nardone, 2007), nella variante qui presentata, può essere applicata nella cura di alcuni disturbi sessuali.

Il terapeuta chiede al paziente di mettere per iscritto ogni giorno, in una sorta di racconto e nella maniera più dettagliata possibile, immagini, sensazioni, ricordi, pensieri inerenti l'attività sessuale.

Il soggetto dovrà riportare questi vissuti ogni giorno, fino a quando non sentirà di avere scritto tutto ciò che è necessario dire. In un secondo momento, evitando di rileggere quanto riportato, metterà il tutto in una busta, che consegnerà al terapeuta nella seduta successiva. La logica principale che sta alla base del "romanzo del trauma" è espressa in maniera efficace dall'aforisma di Robert Frost che dice: "*se vuoi venirne fuori devi passarci nel mezzo*".

In questo modo il terapeuta permette al paziente di esternare tutti i ricordi, le immagini, i pensieri che lo invadono durante il rapporto sessuale, trasferendoli su carta e, in questo modo, di liberarsene a poco a poco.

Il paziente, così, diviene capace di ricercare attivamente quei vissuti che quotidianamente subisce e che nella realtà percepisce come intrusivi e incontrollabili.

Il dover consegnare il romanzo al terapeuta, infine, rappresenta una sorta di “rito di passaggio”, di superamento dell’evento traumatico, che amplifica in maniera suggestiva l’effetto prodotto dall’esecuzione della prescrizione.

Ovviamente il terapeuta deve utilizzare una comunicazione suggestiva ed evocativa nell’ingiungere la prescrizione.

In questa fase appare, quindi, fondamentale il ricorso ad immagini fortemente evocative (come quella della ferita da cicatrizzare, ad esempio) in grado di ridurre al minimo la resistenza del paziente e aumentare la sua compliance alla prescrizione.

Tecnica del “Diventar vivi”

Tramite l’utilizzo di tale tecnica (Araoz, 1992) il cliente viene dapprima accompagnato a sperimentare una serie di sensazioni corporee quali il respiro, il battito cardiaco, il peso delle mani adagiate sul grembo o sui braccioli, la pressione dei glutei e della schiena poggiati sul lettino etc.

Successivamente, gli si chiede di lasciare che ogni parte del suo corpo diventi viva e di accrescere le sensazioni come si fa con il volume di una radio. Quindi lo si invita a concentrarsi sui suoi testicoli e sul suo pene, sentendo anche questi come pieni di vitalità.

Il terapeuta può avvalersi del ritmo della respirazione, ad es. per rimandare il concetto di vitalità e di vita, al fine di favorire nel cliente un avvicinamento con le parti più profonde di sé; gli chiede di sperimentarla nelle sue gambe, di sentirla scorrere dentro di sé, di godere della vita che è in lui e di effonderla poi nei suoi testicoli, nel suo pene e di continuare a goderne.

Le suggestioni postipnotiche vengono dirette alla situazione sessuale, associando la parola vita a piacere.

Reviviscenza

L'obiettivo di tale tecnica è quello di far rivivere al cliente un periodo della sua vita in cui il funzionamento sessuale era eccitante e desiderato.

Bisogna dunque riportare alla luce, ricostruire insieme a lui e con grande dovizia di dettagli, un'esperienza sessuale passata molto buona, aiutandolo a divenire consapevole in maniera acuta di tutte le sensazioni positive e piacevoli provate. È possibile ricreare questa situazione anche grazie all'utilizzo di altre tecniche, come ad esempio quella delle immagini sessuali dinamiche.

Naturalmente le suggestioni post-ipnotiche accentuano le sensazioni gradevoli, il senso di godimento e la felicità, che saranno percepiti quando si presenterà un'opportunità sessuale.

Tuttavia, se il soggetto non può attingere ad esperienze sessuali piacevoli del passato, il terapeuta dovrà incoraggiarlo a 'costruire' una fantasia sessuale che diventi altamente desiderabile.

Altra variante da suggerire al cliente potrebbe essere quella di costruire una scena sessuale eccitante con il suo 'idolo' favorito, e dopo parecchi esercizi mentali centrati su questo simbolo sessuale, spingerlo lentamente a sostituirsi ad esso nella scena mentale.

Inoltre, va valutato il livello d'ansia del soggetto che, se elevato, richiede un procedere cauto e uno strutturarsi altrettanto lento dell'immaginazione; ad esempio si può chiedere al cliente dapprima di vedere se stesso all'interno di un 'film' e solo successivamente di entrare nella scena e concedersi in pieno il godimento della fantasia mentale.

La stanza del piacere

Si invita il paziente ad immaginare come potrebbe essere la sua stanza del piacere.

Il terapeuta chiede al paziente di pensare ogni giorno a come arredare la sua stanza del piacere, in conformità dei cinque sensi, fino a quando non sentirà di avere messo tutto ciò che è necessario al suo piacere.

Nella seduta successiva il terapeuta chiederà al paziente di descrivergli la sua stanza del piacere in modo da poter utilizzare le informazioni ricevute co-

sicché, nel successivo momento dell'ipnosi, sarà in grado di riproporgli l'ambientazione al fine della sperimentazione della situazione di piacere.

Tecnica psico-immaginativa della caverna.

La tecnica consiste nel creare una situazione immaginaria vissuta in prima persona (ipnosi diretta) o tramite metafora (ipnosi indiretta), complessa o semplice, partendo dal sistema rappresentazionale primario (pacing). Ciò comporta una focalizzazione dell'attenzione sull'immagine proposta (monoideismo).

Successivamente, si sviluppa la situazione tramite la sovrapposizione dei sistemi rappresentazionali (leading).

Lo svolgimento naturale della situazione immaginaria è simmetrico all'effetto fisiologico che si vuole ottenere e col passare del tempo il monoidesimo si trasforma in ideoplasia (risposta ipnotica).

La tecnica ripresa dal libro "I porcospini di Schopenhauer" di Casula (2006) è stata riadattata in modo ad hoc per la cura della disfunzione erettile.

Nella pratica la formula utilizzata è:

“Immagini che il suo corpo sia sdraiato in una barca. Perfettamente disteso e calmo. Questa barca ondeggia dolcemente e scivola lentamente, sempre più calma e tranquilla. Man mano che scivola questa barca il suo corpo si distende progressivamente...Lei scivola nella calma, nella tranquillità. E mentre scivola nella calma, nella tranquillità si accorge che questo fiume si avvicina a una montagna. Si avvicina sempre più. E mentre si avvicina sempre più il suo corpo si va rilassando sempre più. Rilassamento, calma, benessere, tranquillità, serenità. Ai piedi di questa montagna, il fiume entra in una grotta. Man mano che la barca si avvicina, Lei scivola sempre più verso uno stato di calma. La barca sta entrando dentro la grotta. Questa grotta è scura, calma, tranquilla, serena. La barca entra piano piano in questa grotta. La luce diminuisce sempre più. Il suo corpo si rilassa, s'annulla sempre di più, perfettamente disteso, calmo, rilassato e tranquillo...”

Tecnica della fantasia guidata a struttura-contenitore

Si invita il soggetto in trance a visualizzare, nel caso di una donna, una stanza, nel caso di un uomo la via di una città o il vagone di un treno con dei

cassetti, ognuno dei quali ha un'etichetta. Si chiede alla persona di passare in rassegna tutti i cassetti fin quando non trova quello la cui etichetta è indicativa del suo problema sessuale. Dapprima il soggetto viene invitato a descrivere il cassetto, poi ad aprirlo. Una volta descritto il contenuto del cassetto il soggetto deve prenderlo e in seguito trasferirsi in un'altra stanza, quella del progetto.

In questa stanza si trovano sette saggi ognuno dei quali ha in testa un cappello di un determinato colore.

Il saggio col cappello bianco invita a esaminare i fatti e a raccogliere dati oggettivi.

Quello col cappello rosso invita a farsi guidare dalle emozioni costruttive.

Il saggio col cappello nero mette in evidenza gli ostacoli, gli impedimenti, le difficoltà.

Quello col cappello giallo infonde ottimismo, speranza e pensieri positivi.

Il saggio col cappello verde stimola un pensiero creativo, innovativo.

Quello col capello blu invita a guardare le cose dall'alto del cielo per vedere solo l'essenziale e a lasciare sullo sfondo ciò che è irrilevante.

Infine, il saggio col cappello arcobaleno.

La persona, dunque, deve interloquire con ognuno dei saggi e fatto ciò la si invita ad entrare in un'altra stanza in cui ci sono tante scarpe diverse che indicano quali passi intraprendere (traduzione del progetto in passi).

Ci sono scarpe formali da indossare quando è bene attenersi alle procedure, seguire una routine consolidata e quindi rassicurante.

Ci sono stivali di gomma, da vigile del fuoco, che invitano a guardare/sentire i propri passi in situazioni di emergenza, a proteggersi da eventuali inondazioni o esplosioni.

Ci sono comode pantofole che evocano il confort, il calore, l'intimità domestica.

Ci sono scarpe da contadino, da indossare per ricordarsi che è bene stare con i piedi per terra.

Ci sono anche scarpe da ginnastica, da indossare quando ci si vuole allenare per fare salti in lungo o in alto, quando si deve correre per raggiungere la meta.

Ci sono scarpe eleganti che mettono in evidenza l'aspetto formale dell'autorità e scarpe da ballo per festeggiare il raggiungimento dei successi.

Per ogni scarpa provata si chiede alla persona di accorgersi di come si sta in quel tipo di scarpe "... comodo", "stretto ...".

Infine, dopo aver fatto provare tutte le scarpe e indagato le emozioni suscitate, si invita la persona a lasciare la stanza a piedi nudi, a sentire il terreno e ad accorgersi delle proprie impronte lasciate.

Tale induzione ha lo scopo di rendere consapevole la persona di ciò che mantiene il suo problema, di cosa lo sta trattenendo e di cosa ha bisogno per intraprendere il prossimo passo; cosa sta emergendo di nuovo e ciò di cui ha bisogno per risolvere il problema (Casula, 2006).

Visualizzazione del posto sicuro

Questa tecnica, menzionata da Troiano (2001) nel trattamento degli attacchi di panico, ben si presta al trattamento dei disturbi sessuali.

Nello specifico, si chiede al paziente di sedersi nella posizione detta del cocchiere, di posizionare i piedi con le piante aderenti al pavimento, di fare un bel respiro profondo e chiudere gli occhi.

Si prosegue con l'esercizio del respiro della coscienza (Troiano, 2001) finché il paziente non appare calmo e rilassato. A questo punto gli si chiede di visualizzare un posto sicuro e protetto; questo posto, sia esso reale o di fantasia, dovrà essere un luogo avente le caratteristiche di sicurezza, protezione, calma e benessere. Una volta che il paziente arriva ad elaborare l'immagine, a visualizzare il suo posto sicuro, il terapeuta deve rafforzare la suggestione stimolandolo nella ricerca di sensazioni corporee, olfattive, visive e auditive legate a quel posto.

Ciò consente di integrare nella visualizzazione la rappresentazione mentale con le sensazioni del vissuto corporeo.

A questo punto si chiede al paziente di soffermarsi piacevolmente in questo posto e di sentire qui ed ora questa sensazione di protezione e sicurezza, cercando di cogliere le medesime sensazioni di benessere anche nel proprio corpo.

Egli viene lasciato per qualche minuto in questa dimensione, dopodiché gli si chiederà di associare una parola "magica" a questa sensazione di protezione, che in quanto tale gli consentirà, rievocandola nella propria mente, di entrare

immediatamente nel suo posto sicuro e di ri-sperimentare la sensazione di benessere.

Si conclude chiedendo al paziente di fare un bel respiro profondo e di riaprire gli occhi.

Ogni classe di tecniche presenta un intervento primario su un elemento che compone il sistema (se consideriamo uno stato di coscienza come un sistema):

- Le Tecniche psico-fisiologiche lavorano principalmente sulla variabile fisiologia.
- Le Tecniche psico-immaginative lavorano principalmente sulla variabile immaginazione.
- Le Tecniche distoniche lavorano principalmente sulla variabile emotività.
- Le Tecniche di blocco dell'emisfero dominante lavorano principalmente sulla variabile cognitiva.

Concludo questa rassegna soffermandomi sull'importanza del respiro, visto come chiave di accesso a stati di rilassamento e di trance ipnotica, e su alcune tecniche fruibili nel trattamento dei disturbi sessuali.

Il respiro della coscienza

Si chiede al paziente di mettersi comodamente seduto, con i piedi ben piantati a terra, di fare un bel respiro profondo e di chiudere gli occhi. Successivamente, lo si invita a porre la propria attenzione sul respiro, ad ascoltare come fluisce prima nel petto poi nell'addome. Poi gli si chiede di porre una mano all'altezza del cuore e l'altra sull'addome. Lo scopo dell'esercizio è quello di far percepire al soggetto il respiro come fluido e leggero e la mente libera dai pensieri ingombranti e ansiosi (Troiano, 2001).

Il respiro contenuto

Questo esercizio rimanda al paziente l'idea che se riesce a contenere il respiro allora sarà anche in grado di contenere l'emozione in un luogo fisico.

Si parte dall'esercizio del respiro della coscienza variando, però, la posizione delle mani, per cui la destra sarà a contatto con il corpo mentre la sinistra verrà

posizionata all'altezza del diaframma. Il respiro contenuto si basa sulla respirazione diaframmatica per cui comporta che la pancia si gonfi inspirando e si sgonfi espirando. Le mani diventano il contenitore del respiro (Troiano, 2001).

Il respiro controllato

Questo esercizio respiratorio consente di controllare l'ansia da prestazione e la relativa sensazione di impotenza e della mancanza di controllo.

Si inizia con l'esercizio del respiro della coscienza e si prosegue con quello del respiro contenuto con una variante: l'aria, una volta inspirata, va trattenuta per alcuni secondi. Nell'espirazione essa va emessa, in modo controllato, a piccoli soffi come per spengere una candela (Troiano, 2001). Questo esercizio è uno strumento fruibile dal paziente in qualsiasi momento si attivi una risposta di ansia da prestazione, in modo da controllarla e annullarla.

Respira che ti passa

La tecnica riportata da Roy Martina consiste in sei passi.

Inizialmente (I passo) si invita il paziente a concentrarsi sull'emozione negativa. *“Dove la senti? Riesci a dargli una forma?”*. E ad attribuirgli un punteggio da 0 a 10 (II passo). Successivamente, si attua la respirazione del fuoco, invitando la persona a inspirare ed espirare in modo forzato per almeno 10 volte e sempre più velocemente. La si invita nuovamente a concentrarsi sull'emozione chiedendogli *“Cosa è cambiato?”*

Il quarto passo consiste nella respirazione dell'aria. Si fa nuovamente respirare e inspirare la persona per almeno 10 volte, lentamente, per poi invitarla nuovamente a concentrarsi sull'emozione e a constatare cosa è cambiato.

Si prosegue con la respirazione dell'acqua e si invita la persona a inspirare lentamente trattenendo il fiato per cinque secondi per poi espirare altrettanto lentamente (10 volte). Poi si spinge la persona a concentrarsi nuovamente sull'emozione e sugli avvenuti cambiamenti.

Infine, il sesto passo, la respirazione della terra, consiste nel chiedere alla persona di mettere le mani sul ventre e di non fare nulla, lasciando che il suo corpo respiri naturalmente. Si invita a concentrarsi sulla respirazione, elimi-

nando ogni altro pensiero per poi concentrarsi nuovamente sull'emozione e sui cambiamenti avvenuti.

Questo esercizio consente una rielaborazione e ristrutturazione delle emozioni negative associate al rapporto sessuale.

7.2 Ipnosi e disfunzioni sessuali: applicazioni

Le tecniche ipnotiche rappresentano un arricchimento al lavoro clinico e dovrebbero essere parte integrante della sessuoterapia. Esse, infatti, si sono dimostrate un mezzo efficace nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici (Aroaz, 1980).

Addentriamoci sul come funziona l'ipnoterapia nello specifico e nel trattamento dei disturbi sessuali, prendendo in considerazione le maggiori teorie e report fatti dai pochi autori che si sono cimentati in tale studio.

DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE

Essendo i problemi del desiderio sessuale problemi di autoipnosi negativa, cioè di percezione distorta e colorata dei miti, credenze erranee e aspettative irragionevoli che portano la persona ad agire in maniera coerente a esse, la prima cosa da fare è ripositivizzare l'autoipnosi negativa con asserzioni e immagini mentali positive per poi usarla ipnoticamente.

Utili sono le già menzionate tecniche degli stati dell'Io, il ponte dell'affetto, il corpo parla, il sintomo messaggio e l'interrogazione ideomotoria.

Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo

Nella cura del disturbo, la tecnica dei quadranti di Aroaz (1992) risulta uno strumento di trattamento efficace.

Essa consiste nel far visualizzare fumettisticamente alla persona l'interno della sua mente, come se fosse la sala di controllo di un computer altamente sofisticato. Si invita a osservare ciò che la stanza contiene (apparecchi, luci, interruttori) a prendere confidenza con gli strumenti, a percepire le sensazioni e gli odori.

In seguito, si fa visualizzare il quadrante che controlla il desiderio e se ne da una descrizione evocativamente dettagliata come ad esempio: “... *il quadrante ha una numerazione che va da zero a dieci e sottostante a esso c'è una manopola che serve a regolare l'ago su una determinata intensità ...*”. Poi, lo si incoraggia a regolare il quadrante sul numero indicativo dell'intensità del suo desiderio e a variarne la posizione.

Altra tecnica consiste nel far rivivere al cliente un periodo della sua vita in cui c'era sessuale. Si rievoca nel dettaglio una esperienza sessuale molto buona e si acquiscono le sensazioni positive e piacevoli sperimentate.

In tutti i casi in cui l'inibizione del desiderio sessuale è innescata dalla paura dell'intimità, risulta utile l'uso della metafora dei porcospini di Schopenhauer che recita così:

In una fredda giornata d'inverno due porcospini si rifugiano in una grotta e per proteggersi dal freddo si stringono vicini.

Ben presto però sentono le spine reciproche e il dolore li costringe ad allontanarsi l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di riscaldarsi li porta di nuovo ad avvicinarsi si pungono di nuovo. Ripetono più volte questi tentativi, sballottati avanti e indietro tra due mali, finché non trovano quella moderata distanza reciproca che rappresenta la migliore posizione, quella giusta distanza che consente loro di scaldarsi e nello stesso tempo di non farsi male reciprocamente.

Disturbo da Avversione Sessuale

Nelle persone che riferiscono ansia, timore o disgusto quando si trovano di fronte alla fattività di un rapporto sessuale e/o che sperimentano avversione verso il contatto genitale, si possono utilizzare tecniche ipnotiche come quella dell'*Animo artistico* (Araoz, 1992).

In questa tecnica il terapeuta incoraggia il cliente a modificare la precedente immagine negativa in una rappresentazione mentale positiva ricca di particolari.

Così per esempio le labbra possono apparire come un bellissimo fiore, o una conchiglia marina preziosa, la vagina come una misteriosa ma eccitante caverna sotterranea, il pene come un magnifico ornamento prezioso, uno scettro.

Questo consente di poter disporre di una nuova abilità che interrompa le immagini negative associate a specifiche aree della sessualità o a specifiche attività sessuali.

DISTURBI DELL'ECCITAZIONE SESSUALE

Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile

L'esperienza del piacere sessuale è indissolubilmente legata al tipo di rapporto interpersonale: quando non si stabilisce una relazione profonda possono subentrare meccanismi di difesa tendenti a negare il significato del rapporto e a isolare gli effetti e le emozioni ad esso collegati.

Di fatto, conflitti profondi o più frequentemente problemi nel rapporto di coppia possono determinare, esacerbare o mantenere tale disturbo.

In questi casi si rivela utile l'uso di materiale simbolico come la metafora.

Secondo Kegel (1952), all'origine della mancanza di sensibilità sessuale nella stessa area e quindi delle difficoltà di eccitamento e di orgasmo ci sarebbe una riduzione del tono muscolare della vagina, e dei muscoli pubo-coccigei in particolare. In questi casi, oltre al già noto esercizio di Kegel, si può agire sulla contrattilità della muscolatura del pavimento pelvico anche con l'ipnosi.

Tre sono le tecniche ipnotiche proposte da Aroaz (1980) nella cura del DESF: immagini sessuali dinamiche, distensione e salivazione.

Nella tecnica delle *immagini sessuali dinamiche* si chiede alla donna in ipnosi di risperimentare immagogicamente l'esperienza sessuale, procedendo progressivamente dai primi pensieri sul sesso, alle fasi iniziali dell'intimità fisica e del desiderio sessuale, focalizzandosi sulle sensazioni positive, per poi gradualmente arrivare, in accordo con gli input che la cliente ci offre, a concentrarsi sul corpo e sui genitali fino al rapporto sessuale vero e proprio.

La tecnica della *distensione*, invece, consente, attraverso il rilassamento generale e della regione pelvica, di liberare la donna dalle tensioni fisiche e mentali che inibiscono il normale funzionamento del corpo durante l'esperienza sessuale.

La tecnica della *salivazione* è una tecnica di transfert che consente l'associazione fisiologica tra la risposta di salivazione e la risposta di lubrificazione data dall'eccitazione sessuale.

Nel concreto il compito del terapeuta è quello di aiutare la donna in trance ad associare la salivazione alla lubrificazione vaginale.

In primis viene indotto un aumento della secrezione salivare attraverso la

visualizzazione di un cibo che piace alla cliente. Una volta focalizzata l'attenzione sulla sua capacità di produrre questo aumento di saliva, le vengono offerte suggestioni che associano la saliva alla mucosa vaginale.

Disfunzione erettile

Partendo dal presupposto che uno dei fattori all'origine del disturbo è l'ansia che si verifica al momento del rapporto, l'obiettivo del trattamento sessuale consiste nella sua riduzione o nel prevenirne l'emergere, promuovendo l'erezione e un'esperienza coitale riuscita.

A tale scopo la strategia terapeutica iniziale consiste nel manipolare il sistema sessuale per incrementare i fattori di stimolazione e annullare quelli frenanti di tipo ansiogeno (Kaplan, 1976).

Il trattamento ipnotico del disturbo erettivo può comprendere suggestioni dirette o indirette (l'erezione del pene viene, ad esempio, associata alla levitazione del braccio o alla catalessia digitale) o combinazioni con altre tecniche terapeutiche (Petruccelli, 1997).

La suggestione e l'ipnoterapia, al pari delle mansioni sessuali, consentono di esporre il paziente a una stimolazione erotica eccitante, in una situazione priva di pressioni e pretese sessuali.

A tale scopo può essere usato il metodo delle immagini indirette di Aroz, (1980).

Dopo aver ottenuto informazioni sugli stimoli sessuali che eccitano il cliente, si guida in uno stato di rilassamento per poi indurre una reviviscenza immagogica positiva come lo stare in un luogo tranquillo, in una spiaggia o un paesaggio di montagna ecc.

Una volta che questa scena è stata mentalmente costruita, si introduce, come se venisse da lontano, l'immagine di una donna in lontananza che lentamente si avvicina con le sembianze conformi ai gusti del paziente o della moglie, della partner sessuale, dell'amante a seconda delle informazioni precedentemente ottenute.

Una volta che il terapeuta si è sincerato rispetto all'emergere di eventuali tensioni suscitate dall'immagine, si procede descrivendola come amichevole,

interessata al cliente, rilassata e rilassante, eccitante, ecc, (secondo le esigenze del cliente), e attivante un'intensa e piacevole eccitazione con conseguente erezione. Se invece si rileva una qualche tensione, la donna può voltarsi e andare via. Questa scena immagogica viene fatta progredire in sedute successive fino a suggestionare un soddisfacente rapporto sessuale, ponendo l'accento sul godimento erotico. Infine, per far sperimentare queste sensazioni di rilassamento, autoefficacia e potenza nella realtà, si induce una suggestione postipnotica associandola ad un dato segnale che può essere autoindotto, per esempio quando il paziente tocca la mano della moglie, o eteroindotto, per esempio quando la partner sessuale è nuda ecc.

Ancora, poiché le immagini negative (AIN) di un paziente con DE includono un pene flaccido, esse vanno sostituite da nuove immagini che ignorano la flaccidità e che si focalizzano su un pene eretto.

Un esempio di induzione usata da Araoz cita *“l'energia del mio cuore che pompa vigorosamente il sangue riecheggia nel mio membro, rendendolo duro, più duro e più forte; con ogni battito del mio cuore, il mio pene rimane forte, duro, eretto finché non decido di interrompere questa connessione cuore-turgidità”*.

Altro metodo ipnotico è quello di associare la *catalessia digitale* all'erezione.

Si chiede al cliente di scegliere un dito che rappresenti il suo pene. Poi, gli si chiede di immaginare questo dito come se diventasse di acciaio. Ottenuta la catalessia, si associa il dito di acciaio al pene eretto.

Inoltre, a causa del danno all'autostima del paziente che il disturbo comporta, è utile l'applicazione dei metodi di rafforzamento dell'Io.

Combinando, ad esempio, la levitazione del braccio con le concezioni degli stati dell'io, si afferma che la lievitazione del braccio è prodotta dall'attività mentale del cliente (Aroaz, 1980).

Altro strumento fruibile è quello della metafora.

Si chiede direttamente all'uomo a cosa può paragonare il suo problema e da ciò che emerge dalla descrizione si costruisce una visualizzazione *ad hoc* che consenta di modificare quella preesistente (Del Castello *et al.*, 1987).

Nell'utilizzare i simboli, Erickson piuttosto che chiedere al paziente una rappresentazione del problema, era lui stesso a trovare il simbolo rappresentativo.

Ad esempio, assimilando il pene al braccio l'induzione dell'Autore recita così *“Adesso senti il tuo braccio che si alza e guarda cosa succede al braccio. Il tuo braccio diventa molto, molto, molto duro, molto, molto rigido. E puoi anche sentire come il tuo braccio sia pieno di sangue. E puoi anche accorgerti di come la sommità della mano sia molto sensibile. E poi, improvvisamente, puoi sentire questa piacevole sensazione attraverso il tuo corpo. Poi, puoi lasciare che il braccio si rilassi e si abbandoni lungo il corpo”*.

Zeig (Del Castello *et al.*, 1987) a tale proposito invita a coinvolgere la persona in attività simboliche costruttive. Una possibilità è quella di usare i simboli per guidare le associazioni del paziente con DE invitandolo a fare un tour per la città focalizzato al guardare obelischi e colonne.

Ciò consente di operare un cambiamento a livello simbolico offrendo delle informazioni in modo metaforico.

Altro strumento utilizzabile è la tecnica psico-immaginativa della grotta (Casula, 2006).

Si chiede al soggetto di immaginare che il suo corpo sia sdraiato in una barca. Perfettamente disteso e calmo. Questa barca ondeggia dolcemente e scivola. E mentre la barca scivola lentamente, sempre più calma e tranquilla il suo corpo si distende comodamente in una calma profonda.

Successivamente, gli si fa visualizzare una montagna ai cui piedi c'è una grotta in cui entrerà la barca.

A questo punto il terapeuta descriverà la grotta come scura, calma, tranquilla, serena.

Nelle sedute successive si può mettere il paziente munito di torcia e coltello davanti al suo problema sessuale facendo comparire nella grotta una piovra che egli deve fronteggiare. Infine, una volta sconfitta la piovra, lo si guida verso la scoperta di un tesoro.

DISTURBI DELL'ORGASMO FEMMINILE

Nella disfunzione orgasmica assoluta primaria si devono esplorare e identificare le radici remote dell'inibizione e i meccanismi tramite i quali la paziente mortifica la sua reazione orgasmica, come atteggiamenti di conflitto riguardo al rapporto sessuale, paura di restare incinta, di venire ferita dal pene o di provare sensazioni di colpa per il coito. Anche l'anticipazione dell'insuccesso può essere

un fattore determinante della disfunzione orgasmica coitale, per cui, dopo ripetute delusioni, la donna si aspetta di non riuscire a raggiungere l'orgasmo durante l'atto sessuale e questa situazione negativa viene a perpetuare le difficoltà.

Una volta ottenute le informazioni necessarie il terapeuta costruirà induzioni *ad hoc* atte a rimuovere i fattori inibenti.

L'ipnosi, unitamente alle strategie mansionali, è volta a migliorare l'atteggiamento sessuale all'inizio del coito, la ricezione delle proprie reazioni sessuali e l'accettazione del piacere derivante, anche con la stimolazione del clitoride. Attraverso la ristrutturazione delle immagini negative associate alla sessualità e la focalizzazione sensoriale tesa a concentrare l'attenzione e le fantasie erotiche sul rapporto, in modo da svilupparne la carica emozionale, il clinico è in grado di ottenere nella paziente una facilitazione nella risposta orgasmica.

Cox e Araoz (1977) dimostrano sperimentalmente che il processo immaginativo da solo può produrre l'orgasmo.

Beigel (1972) trattando una donna preorgasmica elaborò un approccio trifasico in grado di “*inibire le inibizioni?*” relative al sesso, sensibilizzare gli organi “*psicogeneticamente insensibili?*” e modificare gli atteggiamenti mentali verso il sesso.

Da prima l'Autore effettuava un “Check-up ipnotico” al fine di correggere eventuali erronee informazioni fornite dalla paziente coscientemente, come ad esempio mentire sull'attività masturbatoria. Fatto ciò, addestrava la coppia, facendogli eseguire una prova “in vivo”, alla desensibilizzazione.

La tecnica consiste nell'indurre, alla donna in trance, scene o situazioni a cui ella è particolarmente sensibile. Successivamente l'uomo, come avviene per la focalizzazione sensoriale I e II della Kaplan, inizia ad accarezzare la donna nelle diverse parti del corpo (mani, capelli, braccia, fianchi, seni...). Le carezze vengono accompagnate da commenti lusinghieri riferiti pure alla piacevolezza delle sensazioni che incoraggiano la donna a lasciarsi andare e a dar sfogo alle sue espressioni verbali e sensoriali. L'autosuggestione che ne consegue consente di produrre e intensificare le sensazioni e l'eccitazione e di superare le inibizioni.

Numerose sono le tecniche ipnotiche che si possono utilizzare.

Il clinico ha a sua disposizione tutto il corollario usato nella cura dei disturbi dell'eccitazione e del vaginismo.

Aroz (1980), nello specifico invita la donna ad immaginare un *viaggio all'interno del proprio corpo* fino ad arrivare ai genitali. Una volta arrivata al meato vaginale le si chiede di entrarci e di ispezionarla. Ella deve vedere se stessa mentre fa esperienza attraverso i 5 sensi della propria vagina, identificando quali punti corrispondono a sensazioni piacevoli e quali no.

Il fine ultimo è quello di far scoprire alla donna come si genera il piacere e di visualizzarlo come se fosse una cosa che ha un odore, un sapore, un colore e una consistenza.

Una volta presa confidenza con questa esperienza mentale di piacere viene introdotta l'immagine del partner e la si associa a tale esperienza.

Kroger (1976), propone delle tecniche di manipolazione del sintomo dove, ad esempio, nella donna priva di sensazioni erotiche si insegna a percepire la temperatura, il volume degli arti o la lievitazione del braccio per mezzo di attività mentali.

Successivamente le verrà ingiunto di mantenere il sintomo nell'intera area ad eccezione di una piccola parte nella quale dovrà provare delle sensazioni nuove e piacevoli.

Se può modificare altre sensazioni, la donna si accorgerà che può controllare anche il suo sintomo.

È importante usare un approccio progressivo perché alla base di tale problematica spesso potrebbero esserci delle motivazioni psicodinamiche.

DISTURBI DELL'ORGASMO MASCHILE

Eiaculazione precoce

Nel trattamento dell'eiaculazione precoce, unitamente alle più tradizionali tecniche della compressione, dello stop and start o degli esercizi di Kegel, si possono usare numerose tecniche ipnotiche.

Erickson riporta un caso di un suo paziente affetto da E.P. e trattato con la tecnica dell'immaginazione indiretta. L'autore usa la pregressa fobia dei posacenere del paziente in modo da lavorare, indirettamente e senza resistenze, sulla fobia del rapporto sessuale e la conseguente eiaculazione precoce. Egli

crea, attraverso l'immagine indiretta del posacenere e della sigaretta, una nevrosi simbolizzante quella originale (vagina e pene) in grado da sovrapporvisi e di suscitare stati emotivi simili.

L'associazione, derivante dalla somiglianza emotiva, comporta che la risoluzione della pseudonevrosi diventi risolutiva di quella originale.

Molto utili sono pure le procedure di ipnorilassamento associate a quelle di rinforzo dell'Io.

Poiché l'eiaculazione è spesso associata a un'ipersensibilità e conseguente amplificazione degli stimoli erotici, risulta utile l'uso della tecnica di transfert dell'*intorpidimento digitale*. Attraverso la suggestione ipnotica si induce l'intorpidimento del dito scelto anticipatamente dal soggetto come analogia del proprio pene. In seguito, viene stabilito un segnale (ammiccamento, sovrapposizione delle dita) che ne ripristina la sensibilità. Quindi viene effettuato il transfert con il pene, con l'assioma che ogni volta che egli avrà un rapporto sessuale, pur mantenendo l'erezione, sentirà il suo pene intorpidito e anestetizzato. Questo durerà fino a quando, attraverso il segnale, verrà restabilita la sensibilità peniena.

Eiaculazione impossibile

Il fenomeno dell'eiaculazione impossibile è spesso scatenato, esacerbato o mantenuto da sottostanti meccanismi di controllo, le tecniche di rilassamento e di ipnosi possono essere utilizzate con lo scopo sia di abbassare i livelli di vigilanza e le difese relative all'inibizione dell'eiaculazione sia di promuovere nell'uomo una maggior consapevolezza corporea (Simonelli, Rossi, 1997).

Apfelbaum (1989) dal canto suo considera l'eiaculazione impossibile, nella sua forma primaria situazionale, strettamente legata ad un tipo di eccitazione che si esprime solo a livello fisiologico ma non erotico. Due sono i motivi soggiacenti a tale incapacità. Da una parte l'uomo si focalizza esclusivamente sulla soddisfazione della partner, il cui desiderio che l'uomo eiaculi viene vissuto come una richiesta obbligata di performance che lo distrae dai propri bisogni, incentivando l'inibizione. Dall'altra c'è una carente capacità di giocare e lasciarsi andare durante il rapporto sessuale, che viene sperimentato non tanto come piacere quanto piuttosto come un dovere.

Al fine di portare lo stato eccitatorio anche a livello erotico ci si può avvalere della *terapia del gioco*.

La tecnica si avvale dell'uso del paradosso, rinforzando il sintomo, incoraggiando la costruzione di fantasie di coppia, sostenendo il paziente nello sviluppo della capacità di riconoscere le proprie sensazioni corporee al di fuori della sessualità e sostituendo il concetto di performance con quello di gioco (Simonelli, Rossi, 1997).

Un aspetto importante del trattamento basato su tali considerazioni teoriche è costituito dalla tecnica del “*counterbypassing*”, attraverso la quale il paziente viene aiutato a raggiungere la consapevolezza cosciente del suo rifiuto di eiaculare, poiché si sente sfruttato, usato o non eccitato dalla partner.

Esplicitare questo vissuto favorisce, secondo Apfelbaum (2000), l'integrazione dell'io che, unito all'accettazione da parte della donna delle emozioni negative del partner legate alla prestazione sessuale, promuove il ritorno dell'eccitamento sessuale (Dèttore, 2004).

Eiaculazione ritardata

L'obiettivo del trattamento consiste nel decondizionare o eliminare l'associazione tra eiaculazione e contingenze negative (collera repressa, educazione religiosa rigida, disavventura sessuale, paura dell'abbandono e del rifiuto) all'origine del processo inibitorio. Contingenze negative che innescano, ogni volta che la persona raggiunge un alto livello di eccitazione, l'automatica e incontrollabile inibizione del riflesso eiaculatorio (Kaplan, 1976).

La principale strategia consiste nell'associare la stimolazione erotica con una fantasia soggettivamente erotica. Una volta vagliata l'attività sessuale e la fantasia erotica impiegata dal soggetto, il terapeuta la impiega costruendo una induzione ipnotica che destruttura l'associazione tra eiaculazione e contingenze negative, sostituendo quest'ultime con vissuti positivi.

Per la cura dell'eiaculazione ritardata si può anche usare la tecnica di transfer dell'*ipersensibilità digitale*.

Al soggetto in ipnosi si induce ipersensibilità al dito che anticipatamente aveva associato al suo pene. Viene successivamente stabilito un segnale rista-

bilente le condizioni di normalità e, infine, si esegue il transfert di ipersensibilità dito-pene, con specifico riferimento al glande.

Anche nel caso dell'ER utile risulta l'utilizzo della metafora.

Diversi Autori hanno sottolineato come possibili concause a livello psicologico possano essere la paura del concepimento e delle responsabilità o conflitti più superficiali, come la paura di non essere all'altezza, di non riuscire a soddisfare la partner, uno stato ansioso legato alla perdita dello sperma, alla paura inconscia di smarrire una parte di sé, o alla paura della morte (Abraham, 1967).

Partendo da tali presupposti spiacevoli ho personalmente ottenuto buoni risultati modificando e utilizzando a livello ipnotico la metafora del petrolio proposta da Boschi (2007) nella "Terapia dei nuclei profondi".

Si invita la persona in trance a visualizzare l'immagine dell'uscita del petrolio dal sottosuolo e le ripercussioni di questa uscita sulle colture.

In questo modo, il terapeuta ricalca il paziente che considera il proprio stato interno e, quindi, la propria eiaculazione, alla stregua del petrolio che, non raffinato, è potenzialmente pericoloso e inquinante e che, fuoriuscendo e invadendo il bacino di un lago, produce gravi danni.

Successivamente, alla scena negativa se ne sostituisce una positiva invitando il soggetto a visualizzarne una in cui il petrolio incanalato e distillato diventa fonte di ricchezza.

Il petrolio raffinato corrisponde alle emozioni sottoposte al procedimento di trasmutazione emozionale attraverso l'accoglimento.

Un'altra induzione consiste nell'avviare nel paziente, attraverso una respirazione lenta e profonda, uno stato di profondo rilassamento con lo scopo sia di abbassare le difese e il controllo sia di promuovere una maggior consapevolezza corporea. Ottenuto il rilassamento il terapeuta lo accompagna visivamente a fare una passeggiata in un primaverile prato verde fino ad arrivare alla sorgente di un fiume. Si fa notare l'irruenza, la forza e la vitalità della sorgente. Il fatto che la sorgente deve fare una lunga strada e deve superare diversi ostacoli prima di arrivare a destinazione. Che il suo vigore la aiuta a diventare prima ruscello, poi fiume che si congiunge al mare. Si fa ripercorrere il corso del fiume e si mostra come il fiume costruisce la strada e supera gli tutti gli ostacoli.

Terapia sessuale in ipnosi

Gli si fa poi raggiungere un punto in cui il fiume segue una lenta curva e sembra immobile. si invita a osservare come basta che cada una foglia per vedere che in realtà il fiume ha una corrente sotterranea che gli permette di procedere tranquillo per la sua strada, sicuro di arrivare a destinazione.

DISTURBI DA DOLORE SESSUALE COITALE E NON COITALE

Dispareunia

In tali casi sono indicate tecniche di rilassamento e di controllo muscolare (compresi gli esercizi di Kegel), di gestione dell'ansia e di desensibilizzazione o esposizione graduata (fra cui l'autodilatazione vaginale), in parte analoghe a quelle utilizzate per le fobie e le avversioni sessuali (Fordney, 1978).

La tecnica ipnotica utilizzabile nel trattamento della dispareunia è quella dei quadranti interni con una variante: i quadranti devono essere deputati al controllo della sensibilità, in modo che il soggetto sperimenti sensazioni diverse dal dolore.

Inerentemente al significato simbolico del sintomo rintracciabile nella implosione dolorosa dell'ostilità verso il partner che trova sbocco nella somatizzazione (Pasini, 1974) o alla presenza di una forte conflittualità relazionale o alla paura di lasciarsi andare, un utile apporto è dato anche dall'uso della metafora dei già citati porcospini di Schopenhauer. Una metafora sulla possibilità di trovare quella giusta distanza che consente di stare in contatto con l'altro senza nuocersi e di rispettarsi.

Binik e coll. (2000) suggeriscono di prendere anche in considerazione, con interventi di tipo cognitivo, uno stile di coping ipercontrollante e catastrofizzante che, in base a uno studio precedente (Binik e Koemer, 1998), sembrerebbe correlato positivamente con l'intensità del dolore.

Inoltre, possono essere molto utili interventi di training, di comunicazione col partner e ristrutturazioni cognitive, finalizzate a modificare un approccio al rapporto sessuale fondato sulla prestazione.

Vaginismo

Se la psicoterapia può promuovere la consapevolezza della paziente sulla

genesì del sintomo, perché si realizzi la sua scomparsa, è necessario intervenire anche con una desensibilizzazione atta a modificare i fattori determinanti il vaginismo.

Il trattamento consiste nel progressivo decondizionamento *in vivo* dello spasmo involontario dei muscoli del terzo esterno della vagina. Nel far ciò, il primo step del trattamento consiste nel rimuovere la riluttanza fobica alla penetrazione vaginale che spesso è presente.

Nel trattamento dell'elemento fobico-associativo si può far immaginare alla donna in stato di profondo rilassamento una situazione non sessuale, del tipo lo stare in un luogo piacevole e tranquillo come la spiaggia, un paesaggio di montagna o un prato, a seconda delle preferenze.

Il terapeuta l'aiuterà ad esperire se stessa in questo luogo delineandone tutti i particolari, cosicché ella possa godersi mentalmente questo rilassamento.

Una volta che questa scena sia stata mentalmente costruita, si introduce, come se venisse da lontano, l'immagine di un uomo, molto attraente ma non minacciosa (es. il marito, il partner sessuale, l'amante a seconda delle informazioni precedentemente ottenute). Se si rileva una qualche tensione, l'uomo può voltarsi e andare via o restare a guardare l'acqua, se nessuna tensione viene prodotta da questa presenza, e le viene descritto come amichevole, interessato, rilassato e rilassante, eccitante, ecc. (secondo le esigenze del cliente), ella sperimenta un'intensa e piacevole eccitazione con lubrificazione.

Quando la donna è capace di tollerare questa fantasia senza tensione, nelle sedute successive, può immaginarsi a letto con l'uomo, lui che si avvicina a pene eretto fino ad arrivare a un soddisfacente rapporto sessuale, ponendo l'accento sul godimento erotico.

Scene (1965) combinò il rilassamento ipnotico con l'immaginazione per aiutare donne vaginismiche.

In questi soggetti, mediante l'ipnosi, si ottengono risultati veramente incoraggianti e un'altissima percentuale di successi.

Per rimuovere la paura del dolore e i possibili sensi di colpa relativi all'esperienza sessuale, che spesso si accompagnano a tale disturbo, oltre alle tecniche di rilassamento e a quelle mansionali, proprie della terapia sessuologica (Esercizi di Kegel, esplorazione dei genitali, ecc), le tecniche ipnotiche più appro-

priate sono le già citate immagini sessuali dinamiche e la distensione che contrappongono all'immagine negativa della contrazione vaginale, immagini mentali propositive dei muscoli dell'area pelvica e della vagina. Un esempio consiste nell'associare i muscoli pelvici a degli elastici che si distendono o allo sbocciare di una rosa (tecnica della distensione). Altresì, si può chiedere direttamente alla donna come immagina questa tensione o a cosa paragona il suo problema e, da ciò che emerge dalla descrizione, costruire una visualizzazione *ad hoc* che consenta di modificare quella preesistente.

Ciò apporta un cambiamento periferico a livello simbolico che si ripercuoterà su tutto il sistema (Del Castello *et al.*, 1987).

Giovanimento si ottiene anche dalle tecniche esplorative (aspettative, visione interna, il corpo parla) di Aroz (1980).

Inoltre, mediante l'uso dell'ipnosi e del rinforzo dell'Io si incrementano le sensazioni di femminilità della paziente (Hawkins, 1996) e l'eccitazione così da aumentare la lubrificazione e avviare le successive modificazioni vaginali funzionali al piacere.

Schneck (1965) propone un trattamento step by step che parte dalla progressione di immagini sempre più sessualizzate, per arrivare dopo il contatto superficiale dei genitali alla penetrazione e infine al coito.

Nel trattamento del vaginismo, alcuni autori utilizzano l'impiego *graduale* di immagini sempre più minacciose, il *flooding*.

Il metodo consiste nel far realizzare immaginologicamente alla donna la fantasia più temuta. La teoria si basa sul principio che una volta che la paziente è in grado di tollerare questa immagine (per altro irreali) sarà capace di tollerare l'atto sessuale vero e proprio.

Rocca (1991), utilizza come terapia nella cura del vaginismo il RED (*Rêve-Eveillé* di Desoille).

Questa tecnica si basa sull'analisi delle Procedure Immaginative.

La terapia sessuale RED si svolge attraverso tre fasi successive:

- contenuti cognitivi-socio-antropologici;
- proposta di catene di "Stimoli immaginativi" egosintonici;
- relazione sistemica.

Dopo la prima fase della terapia, in genere si passa alla proposta di “Stimoli immaginativi”. Così l’Io, secondo il tempo del proprio immaginario, sarà in grado di entrare in contatto con nuovi adattamenti ed armonizzarsi con tutte quelle immagini intime sessuali positive e piacevoli esistenti nella sua natura. Attraverso l’uso di stimoli egosintonici si suscitano immagini sensitive, emotive, erotiche, che la paziente sperimenterà grazie al fenomeno dell’ideoplasia anche a livello corporeo.

Queste immagini che l’Io vive vengono riprese, ripetute e prolungate nel tempo a seconda del bisogno della paziente.

Un esempio di stimolo immaginativo che ben si adatta al lavoro con la paziente che soffre di vaginismo è quello della *caverna* (Casula, 2006).

Una volta che la vaginismica si è rilassata la si invita a immaginarsi su di una scogliera e a visualizzare una tuta da sommozzatore che dovrà indossare, un coltello per la difesa e una torcia. Poi, si applica l’induzione della discesa e si guida la persona fino all’entrata della caverna. Si invita ad esplorarla. Poi le si fa visualizzare una piovra rappresentativa dei problemi e delle paure da cui lei deve difendersi; dopo la lotta trova un tesoro che rappresenta le sue risorse.

Lo scopo di queste tecniche metodologiche è di favorire l’Io nel decondizionare tutta una serie di immagini ed emozioni negative, di ansie e di sensi di colpa, che inibiscono il funzionamento dell’Io corporeo nella relazione sessuale.

Infine, Fuchs (1985), partendo dal presupposto che il trattamento del vaginismo debba focalizzarsi su tecniche che comportino una modificazione immediata del disturbo, coniuga l’ipnosi con la tecnica della desensibilizzazione in vivo, avvalendosi, una volta indotto uno stato di *trance* leggera, dell’uso di un dilatatore graduale al fine di eliminare la risposta condizionata tipica del disturbo.

CAPITOLO OTTAVO

CASO CLINICO

Anche il viaggio più lungo inizia con il primo passo

Il caso clinico di *terapia sessuale in ipnosi* di seguito presentato è rappresentativo di come, sul versante della terapia strategica breve, le diverse tecniche ipnotiche presentate possano essere modificate e integrate fra loro, in modo da costruire una induzione *ad hoc* per il paziente e usate sia per potenziare la compliance del paziente, assegnando le mansioni in modo induttivo, sia per rafforzare l'effetto terapeutico della mansione stessa.

M. ha 23 anni e mi contatta per un problema di eiaculazione ritardata cioè l'inibizione del riflesso eiaculatorio (Kaplan, 1974).

Nella realtà, attraverso un'attenta descrizione del disturbo emerge l'assenza di piacere parossistico e la presenza di eiaculazione impossibile (Abraham *et al.*, 1992; Simonelli, 2006) primaria (da sempre presente nella vita sessuale), parziale (l'eiaculazione è presente nella masturbazione) e generalizzata (si manifesta con ogni partner).

Il disturbo viene meglio definito dal DSM-IV (Apa, 1996) come disturbo dell'orgasmo maschile (F52.3) in precedenza inibizione dell'orgasmo maschile [302.74].

La caratteristica fondamentale del Disturbo dell'Orgasmo Maschile consiste nel persistente ritardo o nell'assenza dell'orgasmo dopo una fase di normale eccitazione sessuale. Il disturbo persiste nonostante la presenza di un'adeguata stimolazione sessuale per quanto concerne la localizzazione, l'intensità, e la durata (Criterio A). L'anomalia causa notevole disagio e difficoltà interpersonali (Criterio B).

La disfunzione dell'orgasmo non è meglio attribuibile a un altro disturbo in Asse I e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (farmaci inclusi) o di una condizione medica generale (Criterio C).

M. con ogni partner non ha mai raggiunto l'eiaculazione mentre tale diffi-

coltà è assente con la masturbazione solitaria, cosa che fa circa due volte a settimana.

M., inoltre, riferisce di trovare la masturbazione “solitaria” più soddisfacente del rapporto sessuale, inquadrandosi diagnosticamente secondo ciò che Apfelbaum (2000) riporta come “anorgasmia con orientamento autosessuale”.

Non è presente nessuna difficoltà erettiva.

M. non riporta cause organiche o uso di farmaci o sostanze che possano causare, esacerbare o mantenere la disfunzione sessuale.

Si presenta a me un ragazzo moro dallo sguardo vivace, non tanto alto ma di bell'aspetto, fisico tonico e palestrato.

Curato e vestito in modo casual secondo i dettami della sua età.

È sorridente anche se un po' sfiduciato, appare come un tipo riservato e un po' goffo ma determinato.

È ben predisposto al dialogo, infatti, si posiziona con busto in avanti e le gambe allargate. La sua locuzione è tesa ma chiara. Il tono di voce insicuro.

È un ragazzo responsabile nel prendersi cura degli altri. Tale tendenza si amplifica a livello sessuale, dove lo stile relazionale è prettamente focalizzato sul *dare* piacere all'altro. Egli è un partner incapace di prendere, di essere egoista e di essere responsabile della propria soddisfazione; solamente quando è solo è in grado di godere delle proprie sensazioni senza doversi preoccupare della soddisfazione sessuale altrui.

Timido ed emotivamente immaturo, nella relazione accetta che sia l'altro a controllarla e a definirne tempi e modalità, evidenziando uno stile relazionale di tipo one-down.

Da circa sei mesi si è fidanzato con V. Lei esperta, sicura di sé, per certi versi aggressiva, lui timido e incapace di mantenere il punto sui suoi bisogni.

L'orientamento temporale è maggiormente rivolto al passato e orientato al futuro.

Abita in un paese in provincia ma lavora a Roma. Costruisce sistemi informatici e fin da subito emerge questa sua tendenza a schematizzare e categorizzare tutto.

Da sempre puntuale agli appuntamenti, spacca il secondo, preciso nella descrizione che fa dei suoi rapporti.

È il terzo di quattro sorelle. Figlio di Testimoni di Geova, ne faceva parte fino a sei mesi fa, quando, dopo un lungo e sofferto esame ha deciso di staccarsene, perdendo così amici e punti di riferimento. Racconta che man mano che cresceva sorgevano dei dubbi su alcuni punti della dottrina geovista così ha deciso di approfondire la questione fino a trovare conferme che disconfermavano i dettami della sua religione, cosicché ha deciso di uscire dai geovisti.

Prova dispiacere per aver perso le amicizie createsi negli anni in cui ha fatto parte dei TdG anche se afferma che “*Probabilmente se sono finite solo perché io mi sono staccato allora non erano vere amicizie*”.

Un po' imbarazzato, mi racconta che proprio per i dettami della sua (ex) religione era vergine fino a cinque mesi fa, quando si “*mette*” con V. con cui dopo un mese circa ha il suo primo rapporto sessuale.

M. afferma che il disturbo si è manifestato da subito, sconcertandolo.

Era contrariato, si aspettava, e l'aveva messo in conto, che la prima volta sarebbe stato un po' precoce; tutti i suoi amici glielo avevano detto e invece era successo proprio il contrario.

Dapprima credeva che fosse da attribuire all'ansia e all'imbarazzo, ma *vedendo* che la situazione non cambiava ha deciso di correre ai ripari.

Vuole fare terapia anche se è totalmente sfiduciato e non crede che la sua situazione possa cambiare ma “*Almeno posso dire di averci provato*”.

La costanza dell'impossibilità eiaculatoria ha portato M. a prevedere l'insuccesso prima ancora di avere un rapporto sessuale, innescando i meccanismi dell'autoipnosi negativa (Araoz. 1992), dell'auto-osservazione ossessiva “*Ce la farò a venire?*” e della profezia che si autodetermina.

L'ansia da prestazione che ne scaturisce fa sì che M. si preoccupi dell'eiaculazione influenzando negativamente sull'eccitazione che venendo meno ritarda l'orgasmo fino a bloccarlo.

All'origine dell'ansia da prestazione c'è il timore dell'insuccesso, l'urgenza della prestazione e la richiesta esplicita da parte di V. della prestazione eiaculatoria.

La carenza di sensazioni piacevoli fa sì che il piacere non venga raggiunto.

Inoltre, l'evitamento da parte di lei di praticare qualsiasi stimolazione extra-coitale del pene e la mancanza di calore che M. percepisce da parte di V. acu-

tizzano la già presente inibizione eiaculatoria.

Trattando il problema sessuale riporta che per quanto riguarda la masturbazione non ci sono problemi né di eiaculazione né di piacere perciò afferma che *“Con la masturbazione ho sempre avuto un certo controllo ... decido io quando venire ma in alcuni momenti il piacere è talmente forte che non riesco a controllarmi o forse non voglio farlo o non ne vedo l'utilità”*.

Negli anni in cui era TdG, essendo proibita, la praticava con un po' di senso di colpa ma non ha mai lottato contro la masturbazione come gli altri geovisti. Anzi, racconta che mentre era ancora membro dei TdG era fidanzato con una geovista con cui ha avuto le prime esperienze di masturbazione e sesso orale reciproche, anche se si è sempre astenuto dall'eiaculare per non contravvenire totalmente alle regole.

Gli riusciva molto difficile non pensare al sesso e così una volta libero dai dettami religiosi è stato uno dei suoi primi bisogni da soddisfare.

Una “prima volta” bramata, che oscillava tra *“Un momento di magia e una scena di un film porno; immaginavo una storia d'amore travolgente in cui i protagonisti si ritrovano su di un letto bellissimo, in una stanza accogliente e calda ma senza aver programmato niente. Si ritrovano lì senza sapere come ci sono arrivati Proprio come succede quando ti ritrovi in un sogno ... Tra i due c'è un'intesa perfetta e ognuno dei due ha una voglia immensa dell'altro ...”*

M. racconta di una prima volta in cui *“ Non ci sono insicurezze o indecisioni ma solo una voglia di diventare tutt'uno con il corpo della persona amata. C'è una voglia di bruciare la passione senza controllo e senza pensieri; c'è solo un abbandono completo al piacere, un abbandono tale da cancellare il tempo ma che ti fa sentire l'amore profondo che l'altro prova per te ... e allora non ti accontenti di quello ma lasci che la mente disegni nuove posizioni perché vuoi che quel momento così magico non finisca mai. Poi però il piacere diventa troppo incontrollabile e senti che anche lei sta provando quello che provi tu. Ti arriva alla testa e ti annebbia le idee, il cuore sembra impazzire fino a provare il piacere massimo dell'orgasmo ma non finisce qui perché ora i due corpi sono stremati e accaldati ma vogliono sentire ancora il calore dell'altro, vogliono dolcezza, baci teneri e parole d'amore”*

M. sperava che la sua prima volta fosse proprio così! Invece, racconta di una prima volta in cui vengono a mancare tutti, ma proprio tutti, gli ingredienti del tanto sognato primo rapporto sessuale.

Sei mesi fa conosce V. con cui inizia una storia; *“Quando ho conosciuto V. sapevo che la mia prima volta sarebbe stata con lei. Finalmente dopo anni che volevo farlo mi stavo costruendo l’occasione. Certo con V. non era dei migliori e i sentimenti da parte di entrambi ce ne erano pochi ma comunque l’attrazione fisica c’era. Le nostre prime uscite erano fatte di baci appassionati Fino ad arrivare a sfiorarci. Avevo tanta voglia di fare l’amore con lei Eppure più passava il tempo più mi rendevo conto che quel momento si stava avvicinando e più iniziavo ad avere paura. Quel timore mi portava addirittura ad avere sempre meno voglia. Eppure riuscivo a farla arrivare all’orgasmo anche solo toccandola nonostante fosse vestita e questo mi dava fiducia sul fatto che sarei stato bravo pur avendo pochissima esperienza rispetto al suo ex.”*

Il primo rapporto sessuale di M. si è consumato al lago *“ Quel giorno ... il cinque giugno ... decidemmo di andare al lago. Dopo aver fatto una passeggiata lei mi disse che mi voleva portare in un posto! Così salimmo in macchina. Durante il viaggio, le paure che mi avevano assalito da settimane si raddoppiarono perché sapevo che da lì a poco lo avremmo fatto per la prima volta. Arrivammo in una parte della spiaggia isolata ma era comunque un posto pubblico; era passata da poco la mezzanotte e faceva freddo. Salimmo su una struttura di legno e lì lei mi disse che era pronta per stare con me. Iniziammo a baciarci e poi iniziò a spogliarsi ... io la seguii ... e quella fase di distacco in cui ci spogliammo accrebbe ancora la mia paura. Si stese a terra e mi disse di andare sopra di lei. Il pavimento era freddo e duro, il peso del mio corpo era tutto su di lei e sentivo di farle male ... e qualche volta passava una macchina. Ci baciammo un po’ ma la paura mi paralizzava. Non volevo farlo!!!*

Ci misi un po’ ad avere l’erezione e non so nemmeno se l’ho raggiunta.

Lei lo prese e lo guidò!

Durante la penetrazione non sentivo il piacere. non sentivo proprio nulla.

Non ero sicuro nemmeno che la stessi penetrando.

Decidemmo così di smettere.

Il viaggio di ritorno per me fu orribile. Ero deluso di me ... ero deluso della mia prima volta e sul sesso in genere.

Mentre guidavo pensavo tantissimo e questo non fece altro che aumentare sensi di colpa, delusione, frustrazione e insicurezze. Lei era più esperta ... aveva già avuto diverse relazioni e io mi sono sentito sottoesame”.

Questo è il “corredino” con cui M. si presenta nel mio studio.

Da quella prima volta nulla era fino a quel momento cambiato.

M. è palesemente scontento del suo rapporto e come biasimarlo!

Non prova piacere, anzi i sentimenti che lo dominano sono la paura dell'insuccesso, il senso di inadeguatezza prima del rapporto e la frustrazione, la delusione e il senso di colpa, dopo. Tutto ciò lo demotiva ad avere successivi rapporti sessuali.

Inoltre, M. riporta come questa difficoltà orgasmica sia fonte di tensione all'interno della coppia. È dispiaciuto per V. che, vivendola come un rifiuto, alla fine di ogni rapporto è palesemente irritata e piange.

Dai successivi colloqui emerge come in M. è forte la paura dell'intimità e l'incapacità di abbandonarsi alle proprie sensazioni corporee. Tutto ciò si riversa sul rapporto sessuale, e la sua eiaculazione impossibile è rappresentativa di una incapacità empatica e della paura di essere fagocitato dall'altro se perdesse il controllo della situazione.

Ciò inevitabilmente determina pensieri negativi in cui M. continua a ripetersi che “*Anche stavolta non riuscirò ad arrivare fino in fondo ... non ne sono all'altezza*”. Puntualmente la sua profezia si auto realizza e negli occhi della sua ragazza legge tutta la frustrazione e la delusione, sentimenti questi che vanno a incrinare il senso di sicurezza che già è tanto labile.

Per ovviare a ciò le tentate soluzioni messe in atto sono:

- Fingere di eiaculare;
- Tentare con eccessivo impegno di avere un'eiaculazione.

Lo stile percettivo di M. è di tipo esterno-diffuso. La tendenza di M. a ridurre gli input mentali limita la sua esperienza del piacere e sminuisce la stimolazione.

La rappresentazione conscia che fa dell'esperienza avviene nella modalità visiva.

In M. sono rintracciabili numerosi fattori che possono aver causato e mantenuto l'inibizione dell'eiaculazione quali:

- Una rigida educazione religiosa che genera senso di colpa circa la sessualità;
- Un'ambivalenza nei confronti del partner: l'attrazione fisica non trova corrispondenza in un equivalente rapporto affettivo che anzi è relazionalmente conflittuale e squilibrato;

- Tendenza a compiacere la partner e a provocarle piacere;
 - Disgusto verso lo sperma che sperimenta come sostanza di rifiuto.
- L'obiettivo della terapia è quello di:
- Rimuovere l'ansia derivante dalla previsione di una prestazione inefficace in modo da abbassare la soglia del piacere;
 - Aumentare l'autostima;
 - Aumentare le fonti di stimolazione fisica;
 - Interrompere il meccanismo dell'auto-ipnosi negativa e quello dell'auto-osservazione ossessiva,
 - Enfatizzare la vita interiore e incrementare la quantità delle sue fantasie;
 - Aiutarlo a comprendere i nessi tra la risposta sessuale e gli stati emotivi.

Al fine di provocare in M. l'eiaculazione intravaginale il trattamento è volto a ristrutturare cognitivamente l'aspettativa irrazionale secondo cui l'eccitazione, il piacere e l'eiaculazione in un rapporto di coppia dovrebbe essere automatica, la concezione dell'obbligo eiaculatorio e a “deprestazionalizzare” e “definalizzare” il rapporto sessuale.

Dall'analisi delle informazioni derivate dai colloqui iniziali emerge, infatti, la necessità di optare per un trattamento che si distacchi completamente dalla dinamica di coppia in cui è costante, nella partner, la richiesta di eiaculare e in M. l'eccessivo impegno di avere un'eiaculazione intravaginale.

Il presupposto è quello di intervenire trasversalmente su questa dinamica spostando il focus attentivo dall'impegno eiaculatorio all'ancoraggio sessuale, cioè al condurre gradualmente il paziente a interpretare come sessuali sensazioni, atti e circostanze che egli non è abituato a considerare come tali.

In quest'ottica, tutte le tecniche mansionali mirate ad aumentare la stimolazione sessuale, poiché indurrebbero M. a concentrarsi ulteriormente sul compito di “dover” eiaculare, contribuendo ad aumentare l'ansia da prestazione e i sensi di colpa, verranno attuate solo in un secondo tempo.

Poiché dalla valutazione delle convinzioni e delle aspettative che M. ha verso la propria sessualità affiora l'idea irrazionale che essa sia naturale e spontanea, emerge la necessità di ristrutturare tale cognizione di “spontaneità”.

Conseguentemente, invito il paziente a riflettere sul fatto che i comportamenti spontanei altro non sono che condotte sovrapprese e quindi automatizzate. Con lo scopo di ampliare le vedute e modificare tale processo, utilizzo la tendenza a schematizzare di M. presentandogli il grafico che descrive il ciclo di risposta sessuale maschile.

L'aver delineato i paradigmi del ciclo di risposta sessuale ha consentito a M. una maggiore conoscenza della risposta sessuale e gli ha permesso di individuare l'esatto punto della curva in cui la risposta sessuale si blocca inibendo l'eiaculazione.

Nel raccontarmi l'ultimo rapporto sessuale M. lo descrive come arido e prettamente focalizzato sul rapporto penetrativo dove sono banditi i preliminari.

I loro rapporti hanno luogo in macchina e al buio con lei semivestita; non vuole togliersi nè slip nè reggiseno.

M. riporta di sentirsi limitato e costretto negli schemi della ragazza che prevedono assenza di petting per cui V. non si fa toccare nè il seno nè tantomeno i genitali.

A causa di ciò, al momento della penetrazione M. impatta con una lubrificazione vaginale minima tanto da comportare per lui fastidio o persino dolore a livello del glande.

Poi afferma che questa vagina lui non l'ha neanche mai vista e come avrebbe potuto se pure il rapporto orale è bandito.

Allora gli chiedo come la percepisce.

La descrizione che ne fa è di una vagina arida e per nulla accogliente, ne emerge quasi l'immagine di una vagina dentata che puntella il suo pene ogni volta che la ragazza si "auto penetra". Infatti, nella realtà è sempre lei a inserire il pene di lui in vagina.

È evidente lo stile relazionale di tipo one down di M.

Questa modalità fa sì che M. non sperimenti percettivamente la sua penetrazione tant'è che dichiara: *"È come se ne perdessi il controllo ... non lo sento e allora non capisco se è dentro"*.

Per soverchiare indirettamente lo stile relazionale di M., lo invito a intraprendere una nuova modalità con cui avere i successivi rapporti sessuali come, ad esempio, riappropriandosi del suo pene; nella fattispecie dovrà essere lui a

inserirlo nella vagina. In questo modo potrà seguirne il percorso e vedere il pene entrare in vagina. In tutto ciò, lo invito a monitorare il tutto, esasperando la necessità di M. del controllo (prescrizione del sintomo/bisogno), guardando e toccando il suo pene durante il rapporto.

A tale riguardo M, riporterà nella seduta successiva che durante il rapporto sessuale *“Ora so esattamente dove si trova il mio pene ... non scompare più”*.

Nel corso delle sedute M. ha più volte riportato come si sentisse obbligato a eiaculare. Eiaculando, infatti, dimostrerebbe alla sua partner di amarla veramente e la renderebbe felice.

In merito a questo dover dimostrare, prescrivo a M. la somministrazione del sintomo: *“Quando tornerai a casa e vedrai V., gli dirai che per un po’ ti è stato prescritto il divieto di eiaculare ... e aggiungerai ... quindi non te la prendere e non piangere se alla fine del rapporto io non eiaculerò ... è una prescrizione!”*.

Questo lo distrarrà dal concentrarsi sull’induzione eiaculatoria e dal compito di “dover” eiaculare diminuendo l’ansia da prestazione e i sensi di colpa riguardo l’inibizione.

M. sorride, la cosa lo diverte. Di conseguenza, nel tentativo di favorire una più vivace espressione della sessualità, gli propongo la terapia del gioco invitandolo a sperimentare nuovi comportamenti sessuali, nuove posizioni e a giocare con la sessualità e con V.; sottolineo, inoltre, che a dispetto di quanto egli creda, la sessualità non è affatto un comportamento naturale, anzi è qualcosa che va appreso e scoperto.

In M., infatti, è forte l’aspettativa irrazionale secondo cui l’eccitazione, il piacere e l’eiaculazione in un rapporto di coppia dovrebbe essere automatica.

Lo invito infine a comprare il libro della giornalista spagnola Sylvia de Béjard *“il piacere è tutto mio”* e aggiungo che questo è un libro scritto da una donna per le donne e proprio per questo lo aiuterà a migliorare il suo essere uomo e che inoltre contiene numerose illustrazioni di posizioni che potrà divertirsi a sperimentare con V.

M. ben si presta a visualizzazioni e altro. L’appartenenza alla comunità dei Testimoni di Geova lo ha abituato ad accettare acriticamente e a rispondere automaticamente ad affermazioni o richieste specifiche o divieti e ne ha aumentato la suscettibilità e la propensione all’ipnosi.

Durante una seduta afferma che il suo grado di consapevolezza rispetto al sintomo è aumentata ma che si sente bloccato “*Sono bloccato ... questo è un blocco ... è come se questo disturbo fosse un mio blocco ... un blocco mentale ...*”.

Detto ciò lo invito a fare un bel respiro profondo:

T: *Bene ... un bel respiro profondo e immagina ... immagina di essere dentro questo blocco che è la tua mente ... che è la stanza della tua mente ... una stanza piena di cassette Accorgiti di quanti tipi diversi di cassette ci sono ... diversi per colore ... forma ... grandezza ... e accorgiti come su di ogni cassetto ci sia un'etichetta ... etichetta del lavoro, dell'amicizia, del sesso ...*

Tu che cassetto stai guardando? ... che c'è scritto sull'etichetta? ...

M: *Amore*

T: *Bene ... guarda se il cassetto si apre ... prova!*

Dissente con la testa.

T: *Bene ... accorgiti di come ogni cassetto ha un'etichetta e una serratura*

Annuisce.

T: *Bene ... guardati intorno e accorgiti di come sul pavimento ci siano delle chiavi ...*

Quante chiavi vedi?

M: *Tante quanti sono i cassette.*

T: *Uhm ... una bella impresa.*

Come puoi fare per trovare la chiave giusta.

M: *Dalla serratura.*

T: *Bene ... puoi iniziare a dividere le chiavi per grandezza e colore. Ci sono chiavi dorate, di acciaio, grandi, piccole, preziose, di ferro ... dividile ... ognuna nella sua categoria.*

Fa un cenno di assenso con la testa

T: *Bene ... quante ne hai trovate?*

M: *Tante ... 20.*

T: *Bene ... iniziamo a provarle tutte! ... 20, 19, 18, 17, 16 ... 15, 14, 13 ... alcune proprio non entrano ... 12, 11, 10 ... altre ci danno l'illusione, entrano ma non girano ... 9, 8, 7, 6 ... 5, 4, 3 ... ne rimangono due.*

Fa un cenno di dissenso.

M: *Nessuna delle due.*

M: *È come se io questo cassetto non lo volessi aprire.*

T: *Bene ... magari la chiave non serve ... è solo incastrato ... prova a dare un piccolo*

colpetto al cassetto.

Asserisce

T: *Bene ... guarda cosa c'è dentro.*

M: *Fogli ... fogli vuoti.*

T: *Di che colore?*

M: *Bianchi, rossi, verdi, arancioni.*

T: *Bianchi come ...*

M: *Purezza.*

T: *Rossi come? ...*

M: *Alt.*

T: *Verdi come ...*

M: *Via libera ...*

T: *Arancioni come ...*

M: *Qualcosa di originale ... nuovo.*

T: *Bene ... guardati intorno, accorgiti che nella stanza c'è una porta ...*

Dissentente.

T: *Cerca bene ... c'è una porta ...*

Acconsente.

T: *Avvicinati ... aprila. La porta apre su un'altra stanza ... quella della progettazione. Ci sono arnesi, materiali con cui puoi costruire ... progettare ... il bianco ... il rosso ... il verde e l'arancione.*

M: *Bianco Mobiletto del bagno. Rosso ... tenda, nessuno può vedere quello che io faccio. Verde ... bicicletta. Arancione »*

Fa una lunga pausa e poi dice ...

M: *Un'idea.*

T: *Bene. Accorgiti dell'esistenza di un'altra porta ...*

Fa una pausa e poi annuisce

T: *Vai verso la porta e aprila ... un'altra stanza con tante scarpe ... scarpe comode da ginnastica ... per poter andare sulla tua bici verde. Scarpe da ballo ... originali! Scarpe scomode ... rosse ... costringono i piedi e non ti fanno camminare. Stivali ... stivali di gomma ... da usare in situazioni di emergenza ... come quelle dei pompieri che vestiti di rosso arrivano con i loro idranti e gettano acqua sul fuoco rosso!*

T: *Che altri tipi di scarpe vedi?*

Sorride.

T: *Guarda i tuoi piedi che scarpe porti?*

M: *Da ginnastica.*

T: *Bene. Apri l'ultima porta ... c'è un prato ... verde ... c'è il sole ... c'è il cielo ... è terso e ... poi ci sono i tuoi piedi ... con cui puoi camminare libero ... i tuoi piedi ti consentono di camminare ... correre ... senti l'erba sotto i piedi ...*

Annuisce sembra tranquillo.

T: *... ogni qualvolta ti troverai nell'emergenza a indossare stivali rossi per spegnere fuochi rossi ti basterà immaginare questo verde prato per sperimentare una sensazione di tranquillità e benessere ... un bel respiro profondo ... apri gli occhi.*

L'idea di coinvolgere M. in questa attività simbolica è quella di offrirgli delle informazioni in modo metaforico al fine di operare un cambiamento sul piano reale.

Tale induzione ha lo scopo di renderlo consapevole di ciò che mantiene il suo problema, di cosa lo sta trattenendo e di cosa ha bisogno per intraprendere il prossimo passo, cosa sta emergendo di nuovo e ciò di cui ha bisogno per risolvere il problema.

La settimana seguente M. mi comunica che ha mantenuto il punto sui suoi bisogni, messo in chiaro alla sua ragazza quello che vuole e che questo lo fa sentire più tranquillo.

Poiché uno degli obiettivi terapeutici è di promuovere in M. l'esperienza del piacere sessuale, gli chiedo ciò che gli dà piacere nella vita in genere. Dopo un iniziale momento di vuoto mi guarda attonito affermando che nella fattispecie non sperimenta situazioni di piacere nella routine quotidiana e che a ben pensare non ha mai sperimentato situazioni di piacere.

Inoltre, l'im maturità emotiva e relazionale di M. e l'idea che ha della sessualità lo portano a non interpretare come sensazioni sessuali, atti e circostanze di per sé attivanti e facilitanti l'orgasmo.

In accordo con la teoria di Masters e Johnson e della Kaplan, il trattamento, per le successive sedute, si è orientato alla risensualizzazione corporea con i limiti che in questo caso la terapia individuale comporta.

A tal fine i passi successivi hanno consistito nella prescrizione della *stanza del piacere* e poi di un massaggio da prima autosomministrato e successivamente fatto da un professionista.

Riguardo quest'ultimo, utilizzando le resistenze di M., lo invito, durante il massaggio, a focalizzare la propria attenzione sulle singole parti del corpo manipolate in modo da percepirne le sensazioni piacevoli o spiacevoli e quali cambiamenti avvengono a livello di sensazioni corporee al cambiare della pressione del massaggio e del suo andamento (circolatorio, ad impasto, così via), evitando di lasciarsi andare al piacere percepito.

In questo modo M. si è potuto confrontare con le proprie sensazioni; riporta di aver avuto ansia dovuta al fatto che non avendo mai fatto un massaggio professionale non sapeva bene cosa aspettarsi. Aggiunge di essersi imbarazzato alla richiesta della massaggiatrice di spogliarsi e che inizialmente era molto rigido, per un po' ha tentato di controllare la situazione ed è riuscito a monitorare l'andamento del massaggio e i suoi movimenti interni ma che poi si è lasciato andare al massaggio stesso.

L'esperienza è stata gradevole tanto da essere ricercata.

Invito M. a comparare il vissuto con cui ha affrontato il massaggio e quello con cui affronta il rapporto sessuale.

La riflessione a cui giunge evidenzia analogie inopinabili: l'ansia dell'incerto, il *"Rimanere sempre con la mia parte razionale attiva"*, la difficoltà a lasciarsi andare, essere in balia dell'altro (one down); eppure, quel che salta agli occhi del ragazzo è che nonostante ciò si è lasciato andare alle sensazioni suscitategli dal massaggio operato da una perfetta estranea.

Sulla scia di queste sedute, i successivi colloqui mirano a vagliare le possibili cause del suo problema. Nel far ciò, in linea con quanto proposto da Apfelbaum (2000), utilizzo la tecnica del controbypassaggio mediante la quale aiuterò M. a esprimere l'autentica ragione del disturbo.

Quindi, lo invito a riflettere su vari temi che potrebbero avere un peso rispetto al suo problema e a stilarne una graduatoria.

Le successive sedute saranno centrate sul senso dell'impossibilità dell'eiaculazione inerentemente a:

- la sua (ex) religione. Ciò perché i TdG, non ammettendo rapporti sessuali prematrimoniali, offrono ai giovani utili consigli su come combattere desideri sessuali e distogliere la mente da pensieri eccitanti; tanto che, per non contravvenire totalmente alle regole, le sue prime espe-

rienze sessuali non coitali sono avvenute inibendo consapevolmente l'eiaculazione;

- l'incapacità di prendere, di essere egoista e di essere responsabile della propria soddisfazione; solo quando è solo è in grado di godere delle proprie sensazioni senza doversi preoccupare della soddisfazione sessuale altrui;
- il disgusto verso lo sperma che sperimenta come sostanza di rifiuto e conseguente inibizione eiaculatoria in presenza della partner; indice, questo, di problemi di intimità, di scarsa esperienza sessuale e paura di poter sporcare il partner;
- il desiderio compulsivo di compiacere la partner tramite l'eiaculazione, assicurandola circa il proprio amore per lei.

Per sottolineare l'importanza che tali condizionamenti religiosi, sociali e relazionali (la gabbia) hanno nel limitare la nostra sessualità, tanto da rimanere comunque irretiti in esse anche quando apparentemente non hanno più motivo di esistere, utilizzo la metafora dell'*orso polare* di Dilts (1982).

Si racconta che una volta lo zoo di Denver voleva comperare un orso polare.

Il direttore, un vecchio signore dalla chioma canuta e la lunga barba bianca, aveva un debole per gli orsi polari. Provava una profonda soggezione di fronte al loro corpo grande e muscoloso e ne rispettava la primordiale intelligenza oltre a vederla chiaramente rispecchiata dalle loro movenze lente ma eleganti e dall'acutezza del loro sguardo.

Ne amava più di ogni altra cosa la pelliccia candida, pura e spessa, così simile alla barba che ornava il suo volto.

Per questa particolare affinità che avvertiva nei loro confronti decise che gli orsi polari dello zoo di Denver dovevano avere la gabbia più ampia e più simile al loro habitat naturale di quella di ogni altro animale.

Mise quindi al lavoro i suoi progettisti, tecnici e manovali perché costruissero un recinto tanto grande e tanto realistico nella rappresentazione delle magnificenze del paesaggio artico, da non avere rivali anche tra i maggiori zoo del mondo per maestria di esecuzione e costo.

La costruzione del recinto era giunta a metà quando al direttore si offrì l'occasione di fare un affare con l'acquisto del più bell'orso polare su cui avesse mai posato gli occhi.

Di fatto, esaminandolo, aveva avuto quasi l'impressione d'essere di fronte a uno specchio mentre fissava l'animale che gli ricambiava lo sguardo dondolando lentamente la testa.

Siccome non capita tutti i giorni di fare un buon affare con un orso polare (e che orso) il direttore decise di comprarlo ugualmente anche se il recinto non era ancora pronto.

L'animale fu addormentato con un sonnifero e al risveglio si trovò rinchiuso in un'angusta gabbia di sbarre metalliche, che era posta al centro del grande recinto naturale in costruzione e nella quale doveva rimanere sino a che questo non fosse stato terminato.

Le esigue dimensioni della gabbia permettevano di fare circa quattro passi prima di essere fermato dalle fredde sbarre di metallo. Non avendo niente altro da fare nella sua piccola abitazione, l'orso prese ben presto l'abitudine di passeggiare nel minuscolo ambiente.

Faceva quattro passi in una direzione, si alzava sugli arti posteriori, eseguiva una lenta conversione di 180° con la convinzione di cui solo gli orsi polari sono capaci, faceva quattro passi nella direzione opposta, si alzava ancora e si rigirava sollevando in alto gli anteriori.

Per l'intero giorno continuava a passeggiare adagio avanti e indietro nella gabbia, osservando attentamente gli operai al lavoro nell'immenso cantiere.

Finalmente, dopo mesi di duro lavoro, la costruzione della nuova abitazione dell'orso polare fu ultimata.

L'animale fu di nuovo addormentato e fu tolta la piccola gabbia metallica che per molti mesi era stata il suo mondo.

Attorno all'enorme recinto si radunò una gran folla, composta dai visitatori, da tutto il personale dello zoo, dagli operai che lo avevano costruito e naturalmente dal fierissimo direttore ... tutti in ansiosa attesa delle reazioni dell'orso di fronte al suo nuovo, bellissimo ambiente.

L'orso polare si svegliò, si drizzò con cautela sulle gambe e scosse dalla testa i residui del sonno provocatogli dal sedativo.

Il direttore aveva quasi l'impressione di sentire lui stesso l'eccitazione che stava certamente crescendo nel petto dell'animale che si accingeva a esplorare il suo ambiente meraviglioso, così realistico. Era al colmo dell'impazienza quando vide l'orso fare quattro passi lenti ma sicuri, poi alzarsi e girarsi per fare altri quattro passi nella direzione opposta, poi rialzarsi ancora per girarsi e ripercorrere i quattro passi di prima, rialzarsi ...

Tutto ciò ha promosso in M. l'insight. M. avvia la seduta successiva affermando che "Forse il problema è la presenza di un'altra persona!"

Cosa è cambiato in M., nel corso di questa prima fase terapeutica?

È migliorato il rapporto con V., nel senso che c'è più intimità, vicinanza e questo fa sì che M. si senta più libero di esprimere i suoi problemi ma soprattutto se stesso.

La maggiore intimità relazionale ha diminuito la paura di avere il rapporto sessuale e conseguentemente sono venuti a mancare le strategie di copertura che inizialmente M. metteva in atto per evitare le situazioni di intimità e quindi il rapporto sessuale.

Inoltre, aumentare il tempo dedicato ai preliminari gli ha permesso di sentire meglio la penetrazione ed eliminare il dolore dovuto alla secchezza vaginale di lei. In questo modo M. non si fa più problemi riguardo la sua erezione *“non ho paura se il mio pene è dentro o meno come le prime volte”* e tende a vivere il rapporto in modo più naturale.

Inoltre, averla masturbata gli ha permesso di conoscerla meglio togliendosi molti dubbi.

M. riporta di avere più coscienza nel rapporto.

La dinamica one down di M. è stata spezzata, oggi è più attivo nel rapporto e non lascia più fare tutto a lei.

Il problema rimane quello dell'intimità e del controllo. M. afferma che *“Forse il problema è la presenza dell'altro Non so se riuscirei a masturbarmi sapendo che c'è qualcuno nella stessa stanza. Potrei farlo ma non so se avrei l'orgasmo”*.

È ancora presente il fenomeno dello spectatoring.

Questa prima fase durata circa 15 sedute ha preparato M. ad affrontare con più tranquillità il successivo intervento mansionale.

Consapevole del fatto che il rapporto sessuale comporta in M. la massima inibizione e la minima stimolazione, l'obiettivo è stato quello di lavorare per ottenere l'eiaculazione fuori dal rapporto sessuale.

Cercando di ovviare ai limiti della terapia individuale ho invitato M. a coinvolgere il più possibile la sua ragazza ma, data la poca disponibilità di quest'ultima, si è continuato con la prescrizione della risensualizzazione corporea e con sessioni di training autogeno.

A fine seduta, M. obietta che attraverso la messa in atto di questi esercizi mansionali l'atto viene a mancare di spontaneità.

In merito a ciò attuo una ristrutturazione sulla “spontaneità” con la *metafora dell'ideogramma dell'imperatore*.

C'era una volta un imperatore giapponese che si reca da un famoso pittore per chiedergli di dipingere l'ideogramma del suo casato.

Il pittore ringrazia per l'offerta, ma precisa che per ottenere un buon risultato ha bisogno di due anni. L'imperatore non capisce, insiste per avere prima il lavoro, ma il pittore è irremovibile e l'imperatore è costretto a cedere. Dopo circa sei mesi, però, l'imperatore va dal pittore e gli chiede se l'ideogramma è pronto, ma il pittore sottolinea che ancora non sono passati i due anni. Dopo un anno l'imperatore, nuovamente si reca dal pittore ma il pittore ribadisce che non è ancora pronto.

Allora l'imperatore si rassegna e allo scadere preciso dei due anni si reca al pittore e gli chiede di vedere l'ideogramma. Il pittore prende un foglio, un pennello e in sua presenza dipinge l'ideogramma. L'imperatore è prima stupito dalla perfezione del disegno e poi con tono alterato dice al pittore «Ma non potevi farlo prima?». E il pittore dice «No, allora non sarei stato capace». Il pittore invita l'imperatore a seguirlo nel suo atelier e gli mostra 730 prove dello stesso ideogramma, una per ogni giorno dell'anno.

Visti i risultati raggiunti fino ad ora inerenti alla diminuzione del bisogno di controllare, di fornire una prestazione e del timore di dare fiducia al partner, i prossimi step terapeutici hanno consistito nella progressiva desensibilizzazione in vivo fino a giungere all'eiaculazione intravaginale e la stimolazione con contemporanea distrazione (Kaplan, 1975).

In prossimità delle successive sedute, in cui M. arriverà a eiaculare dapprima in prossimità della vagina e poi in vagina, lo sottopongo a una esposizione graduata di tipo ipnotico che si dipana sui seguenti passi.

Inizialmente gli chiedo di visualizzare un posto sicuro e protetto e di soffermarsi piacevolmente in questo posto, di sentire qui e ora questa sensazione di protezione e sicurezza, cercando di cogliere questa sensazione di benessere anche nel proprio corpo.

In seguito, gli chiedo di associare una parola “magica” a questa sensazione di protezione, una parola che, in quanto magica, gli consentirà, rievocandola nella propria mente, di entrare immediatamente nel suo posto sicuro e di sperimentare la sensazione di benessere. La parola “magica” scelta da M. è “libero”.

Nella seduta successiva invito M. a rievocare la parola magica “libero” in modo da entrare nel suo posto sicuro. Lo invito a fare una passeggiata fino ad arrivare alla sorgente di un fiume irruento e a seguirne il percorso, fino ad arrivare a un punto in cui il fiume fa una lenta curva e sembra immobile. Lo in-

vito a osservare come basta che cada una foglia per vedere che in realtà il fiume ha una corrente sotterranea che lo fa procedere tranquillo per la sua strada, sicuro di arrivare a destinazione.

Questa scena immagogica viene fatta progredire in sedute successive fino a far immaginare a M. di arrivare alla sorgente di un fiume dove c'è una barca sulla quale gli chiedo di salire e sdraiarsi. Perfettamente disteso e calmo.

“La barca ondeggia dolcemente e scivola lentamente, sempre più calma e tranquilla. Man mano che scivola questa barca il tuo corpo si distende progressivamente... tu scivoli nella calma, nella tranquillità. E mentre scivoli nella calma, nella tranquillità ti accorgi che questo fiume si avvicina a una montagna. Si avvicina sempre più. E mentre si avvicina sempre più il tuo corpo si va rilassando sempre più.

Rilassamento, calma, benessere, tranquillità, serenità.

Ai piedi di questa montagna, il fiume entra in una grotta e la inonda. Man mano che la barca si avvicina, tu scivoli sempre più verso uno stato di calma. La barca sta entrando dentro la grotta. Questa grotta è scura, calma, tranquilla, serena. La barca entra piano, piano in questa grotta. La luce diminuisce sempre più. Il tuo corpo si rilassa, s'annulla sempre di più, perfettamente disteso, calmo, rilassato e tranquillo...”

Questa sessione ipnotica a cascata prepara M. alle successive tecniche mansionali, ne limita le resistenze aumentandone la compliance e potenzia l'effetto terapeutico delle stesse mansioni.

Lo scopo è di favorire l'Io nel decondizionare tutta una serie di immagini ed emozioni negative, di ansie e di sensi di colpa, che inibiscono il funzionamento dell'Io corporeo nella relazione sessuale.

Inoltre, la nuova immagine dell'acqua che inonda la caverna si sostituisce all'immagine negativa (AIN) di M. che riguarda l'impossibilità eiaculatoria operando un cambiamento a livello simbolico.

La prima prescrizione di comportamento è stata quella di masturbarsi in una stanza chiusa a chiave mentre la partner è in un'altra stanza.

Nella seduta successiva M. mi racconta di come questo sia un periodo particolare per la ragazza. V. che sta preparando l'esame di statistica per cui non è proprio portata.

M. la sta aiutando nel migliore dei modi. In vista dell'esame decide di organizzare un week end in un agriturismo, in modo che V. possa meglio con-

centrarsi e ripassare il programma in tutta tranquillità. L'intento di M. è anche quello di fare l'amore in un posto tranquillo e provare a mettere in atto la prescrizione. Qui, in seguito all'ennesimo litigio, M. arrabbiato si chiude in bagno e mentre è sotto la doccia attua inconsciamente la prescrizione eiaculando a seguito della masturbazione.

È contento di ciò; pensava che la sola presenza-assenza di V. nella stanza adiacente lo avrebbe lo stesso inibito e non sarebbe riuscito a eiaculare neanche con la masturbazione solitaria.

Durante questa seduta pongo M. di fronte al fatto che a seguito dell'espressione della rabbia e dell'ostilità è riuscito a eiaculare.

Nella successiva seduta si è lavorato sulle sensazioni negative e di rabbia emerse, facendole esprimere apertamente in modo da evitare che si manifestassero nella sessualità.

La settimana dopo M. arriva euforico. Durante la settimana tante cose sono cambiate. Mi racconta che in seguito all'ennesimo litigio lui e V. si sono lasciati; poi esordisce *“Sono uscito con una ... una che conosco ... e ... l'abbiamo fatto ... e ... io ... sono venuto ... certo mi sono dovuto masturbare ... ma l'ho fatto davanti a lei ... senza problemi”*.

L'imbarazzo di M. è palpabile ma ciò non frena il suo entusiasmo e la sua lingua *“Quanto parlo oggi ... parlo proprio tanto”*.

“Niente a che vedere con V. ... con lei mi sono sentito libero di fare ... è una che non si fa tanti problemi ... insomma è un po' zoccola ... abbiamo pure avuto un rapporto orale e anale”.

“Certo non è che abbia provato tanto piacere ... tra sesso orale, anale e vaginale non trovo distinzione”.

Per evitare che questa carenza di sensazioni vadano ad offuscare la riuscita della prescrizione, faccio notare a M. il fatto che l'uso del preservativo, cosa per giunta nuova per lui, diminuisce l'entità delle sensazioni provate ma che nonostante ciò ha raggiunto ugualmente l'obiettivo.

Questa esperienza ha aumentato l'autostima di M. e diminuito il suo senso di inadeguatezza facendolo sentire uomo tra gli uomini *“Adesso a lavoro quando gli altri parlano di sesso anche io posso dire la mia ... non resterò più in silenzio ad ascoltare”*.

Inoltre, ha fatto outing con alcune sue amiche rivelando il suo segreto. Ciò gli ha permesso da una parte di alleggerirsi del peso del segreto, dall'altra di scoprire che non è il solo ad avere problemi sessuali *“Una di loro mi ha detto di che ti lamenti ... il mio ragazzo ha esattamente il problema opposto e quello si che è un problema ... che finge di provare piacere ... e che sarebbe fico avere un rapporto lungo”*.

M. ha successivamente avuto altri rapporti con S. ed è riuscito a raggiungere l'eiaculazione in seguito alla stimolazione manuale di questa ragazza.

L'esperienza con S. è stata catartica e ha contribuito a far affermare M. come entità a sé stante che assume su di sé l'azione.

Ora la sua sessualità non dipende più dalle *“elemosine”* di V.

Ha ritrovato le sue componenti attive. Egli si muove e agisce, si proietta nel futuro, si arrischia, parla di più.

Tutto ciò ha concorso a far vivere ad M. gli aspetti libidici e sessuali del rapporto con l'altro sesso prescindendo dal dovere di eiaculare.

La terapia con M. è ad oggi in corso.

Gli attuali e i successivi passi terapeutici riguardano il rinforzo delle sensazioni positive, connesse a rapporti sessuali soddisfacenti e incremento della consapevolezza sensoriale così da facilitare e

incrementare l'eccitazione e il piacere e infine, il conseguimento dell'eiaculazione intravaginale.

CONCLUSIONI

“Chi si persuade da solo, si persuade prima e meglio”

Pascal

La terapia sessuale, focalizzandosi principalmente sul sintomo, prevede il ricorso a prescrizioni miranti a ridurre o modificare il comportamento disadattivo.

Le varie tecniche e strategie terapeutiche sono utilizzate con lo scopo di limitare l'ansia, coinvolgere partners poco collaborativi e affrontare le resistenze al cambiamento.

L'ipnosi, unitamente alle strategie mansionali, è volta a migliorare l'atteggiamento sessuale all'inizio del coito, la ricezione delle proprie reazioni sessuali e l'accettazione del piacere derivante. Attraverso la ristrutturazione delle immagini negative associate alla sessualità e la focalizzazione sensoriale tesa a concentrare l'attenzione e le fantasie erotiche sul rapporto, in modo da svilupparne la carica emozionale, il clinico è in grado di ottenere nella persona una facilitazione nella risposta sessuale.

In questa ottica, il ruolo dell'ipnosi è quello di ristrutturare nel soggetto le sue conoscenze, per acquisire, attraverso questa esperienza, la capacità di porsi adeguatamente anche nella risoluzione di problematiche nuove.

L'intervento mira a rendere più elastico e flessibile possibile il punto di vista preconcoettivo del soggetto e i suoi schemi mentali.

La terapia sessuale in ipnosi rappresenta, quindi, lo strumento a nostra disposizione per intervenire efficacemente nel trattamento dei disturbi sessuali.

La possibilità di utilizzare le tecniche ipnotiche nel trattamento dei disturbi sessuali consente al paziente di apprendere ed esercitarsi al piacere sessuale interrompendo progressi circoli viziosi.

Pascal, il più grande dei persuasori della storia diceva a proposito del linguaggio: *“Chi si persuade da solo, si persuade prima e meglio”*, questo per dire che, non si tratta di introdurre forzatamente qualcosa che farà cambiare ma di fare in modo che il sistema inneschi autonomamente da sé quel qualcosa che por-

terà a cambiare. Infatti, ogni forzatura incrementa la resistenza al cambiamento invece di facilitarlo.

Nel capitolo sull'ipnosi e la sessualità sono stati riportati numerosi esempi di induzioni sintomo-specifiche utilizzabili nel trattamento delle disfunzioni sessuali.

Seppur le induzioni presentate sono schematizzate secondo una sequenza riproducibile, è importante ricordare che tanto più un'induzione è flessibile tanto maggiore sarà la sua efficacia.

Le induzioni ipnotiche più efficaci sono quelle che prescindono da un protocollo.

È importante costruire metafore e induzioni congrue col sintomo.

Induzioni *ad hoc* sia dirette, che si basano sull'ascoltare le tante sensazioni che il sesso porta con sé, il piacere del corpo visto, toccato, annusato, sia indirette che usano simboli e metafore e che rimandano al soggetto un senso di tranquillità e di autoefficacia ponendosi in contrasto con l'ansia e con il senso di insicurezza che accompagnano i disturbi sessuali.

Non solo, le diverse tecniche ipnotiche presentate possono essere modificate e integrate fra loro in modo da costruire un'induzione *egosintonica* a partire dal sistema rappresentazionale del paziente.

Il sistema rappresentazionale proprio del soggetto ci consente, infatti, di calibrare l'induzione rendendola più efficace.

Per individuare il sistema rappresentazionale che la persona usa per entrare in contatto con il mondo e per prendere informazioni dal mondo possiamo utilizzare il modello B.(body) A. (accessing-cues) G. (gesture) E. (eye-movements) L. (language patterns).

Quando si pensa o si apprende si assumono atteggiamenti corporei abituali (B.-body), si innescano reazioni inconsce e non verbali associate a determinati segnali di accesso come il ritmo respiratorio, espressioni facciali, schiocco delle dita o sfregamento delle mani (A- accessing-cues). Le persone inoltre compiono dei gesti o toccano gli organi di senso che stanno usando per pensare (G-gesture).

Persino la direzione dello sguardo è vincolata al tipo di pensiero messo in atto (E- eye-movements).

Esiste, infatti, una correlazione neurologica tra ciò che il cervello fa e i movimenti oculari per cui il sistema rappresentazionale che stiamo utilizzando è evidenziato dalla direzione del nostro sguardo.

Così avremo che gli occhi divergono in alto a destra quando la persona sta costruendo una nuova immagine (Visivo costruito) e in alto a sinistra quando la persona sta ricordando un'immagine (Visivo ricordato); se la persona invece sta cercando di ricostruire un suono gli occhi saranno posizionati al centro a destra (Auditivo costruito) e se sta cercando di ricordarlo al centro sinistra (Auditivo); quando invece si sta provando una sensazione gli occhi si posizionano in basso a destra (Cenestesico); infine, gli occhi divergeranno in basso a sinistra quando è presente un Dialogo interno (DI). La persona sta riflettendo, progettando.

In conclusione, ogni sistema rappresentazionale è ancorato a uno specifico schema linguistico (modello linguistico).

Vediamoli nel dettaglio:

– Visivo.

B/Postura: schiena appoggiata, testa e spalle dritte o incurvate, respirazione superficiale;

A/Segnali d'accesso: respirazione superficiale, sguardo di traverso, tono della voce più elevato e ritmo più svelto;

G/gesti: toccare e indicare gli occhi, i gesti sono compiuti al di sotto del livello oculare;

E/movimenti oculari: quando deve cercare una informazione rivolge gli occhi verso l'alto.

L/modello linguistico: la persona visiva quando parla usa precisi predicati che la identificano come vedere, guardare, visione, chiaro, limpido, immagine, nebuloso, mettere in luce, mostrare;

– Auditivo.

B/Postura: corpo proteso in avanti, testa eretta, spalle all'indietro, braccia conserte;

A/Segnali d'accesso: respirazione diaframmatica, fronte aggrottata, tono e ritmo della voce fluttuanti;

G/Gesti: toccare o indicare le orecchie, muovere le mani vicino alle orecchie, toccare la bocca o la mascella;

E/Movimenti oculari: gli occhi si muovono sull'asse mediano.

L/Modello linguistico: la persona uditiva usa predicati come sentire, ascoltare, mettere in luce, mostrare, clamoroso, parola, chiassoso, scatta un allarme, raccontare;

– Cenestesico.

B/Postura: testa e spalle abbassate, respirazione addominale;

A/Segnali d'accesso: respirazione addominale profonda, voce profonda e ritmo lento;

G/Gesti: toccare l'area del torace e dello stomaco, i gesti sono compiuti al di sotto del collo;

E/Movimenti oculari: gli occhi divergono in basso a destra.

L/Modello linguistico: tipo della persona cenestesica è l'uso di predicati come afferrare, toccare, sensazione, solido, pesante, palpabile, spinoso, collegare, spostare.

La capacità dell'ipnotista di osservare, capire e usare il sistema rappresentazionale del soggetto crea i fenomeni di rapporto, fiducia e influenza, indispensabili per guidarlo verso lo stato ipnotico. L'adeguamento del tono e del ritmo della voce, del lessico, del modello linguistico a quello della persona consente all'ipnotista, sia di costruire un'induzione *ad hoc* contenuto-specifica sia di sincronizzarsi con i processi interni, instaurare la sintonia, il *rapport*, necessario per coinvolgere il soggetto all'ipnosi.

Per entrare in empatia e guidare la persona in ipnosi è utile l'utilizzo, oltre che del sistema rappresentazionale, anche di alcuni stili individuati da Zeig quali: lo stile percettivo, quello di pensiero e quello relazionale della persona (Del Castello, 2000)

I primi tre criteri riguardanti lo stile percettivo sono:

– *Interno/esterno*: è il modo in cui la persona presta attenzione.

Se una donna con dispareunia ha uno stile interno, la sua esperienza del dolore sarà molto più grande.

– *Focalizzato/diffuso*: alcune persone possono concentrarsi su una cosa sola o spostare l'attenzione su più cose per volta.

Sessualmente chi soffre di disturbo del desiderio probabilmente ha un'attenzione diffusa. Queste persone non ottengono sufficienti stimoli poiché riducono gli input ambientali. Attraverso l'ipnosi si può enfatizzare la loro vita interiore e incrementare la quantità delle loro fantasie.

- *Preferenza sensoriale*: riguarda il canale sensoriale (uditivo, visivo, cenestesico) che la persona usa in modo preferenziale per mettersi in contatto col mondo.

Due sono le categorie che riguardano lo stile di pensiero:

- *Lineare/a mosaico*: la persona lineare pensa per sequenza, mentre quella a mosaico pensa in maniera divergente.
- *Enfatizzatore/minimizzatore*: si può enfatizzare o minimizzare qualunque senso, visivo, uditivo e cenestesico. Sapere ciò, ad esempio, consente di anticipare il risultato delle mansioni e di somministrarle secondo un criterio soggettivo e non protocollare.

Così, l'eiaculatore precoce enfatizza la stimolazione e l'impotente la sminuisce.

Infine, cinque sono i criteri dello stile relazionale:

- *Struttura familiare*: è importante sapere se la persona è primogenita, ultimogenita se è un figlio di mezzo o un figlio unico. Lo stile relazionale dipende molto dalla posizione figliare.

I maggiori sono più responsabili e maturi, più timidi e intelligenti, lottano per raggiungere uno status. Si prendono cura degli altri.

I figli intermedi tendono a essere più artistici e amichevoli, sono meno conformisti.

I minori hanno invece le caratteristiche di entrambi.

- *Urbano/rurale*: chi è vissuto nella sua infanzia in un contesto urbano ha un orientamento temporale maggiormente rivolto al presente, al qui e ora. Vigge la regola del tutto e subito.

Chi è invece vissuto in campagna è maggiormente orientato al futuro.

- *Prendere/dare*: chi prende assorbe energia, ha bisogno che si presti attenzione e si partecipi a quanto dice. Chi dà mette fuori energia.

A livello sessuale chi soffre di disturbo dell'orgasmo ha uno stile relazionale focalizzato sul *dare* piacere all'altro.

- *Intra/extrapunitivo*: alcuni rivolgono le proprie critiche verso l'esterno, altri verso l'interno.
Chi è intrapunitivo vivrà le prescrizioni come troppo difficili e complicate, sminuendo se stesso, chi è extrapunitivo tenderà a sminuirne la valenza terapeutica. Risultato, entrambi non adempiranno alle mansioni.
- *Collaborativo/ indipendente*: se si prescrive il sintomo al paziente collaborativo si avrà il controllo del sintomo, mentre col paziente indipendente si otterrà un effetto paradossale per cui egli farà esattamente il contrario.
- *One up/ one down*: nella relazione complementare la persona one up controlla e definisce la relazione e la persona one down accetta. Nella relazione simmetrica tra eguali si scatena il conflitto.

Il fine ultimo di tutto questo lavoro terapeutico è la ricodificazione del modo in cui la persona percepisce la realtà cambiando la struttura del significato della realtà stessa.

Lo stato ipnotico è utilizzato per interventi “destrutturanti” i comportamenti patologici e “ristrutturanti” comportamenti più adeguati.

Il messaggio contenuto nell'induzione ipnotica consente alla persona di percorrere percorsi logici e prospettive diverse da quelle abitualmente usate.

La visualizzazione di immagini permette alla persona di sperimentarsi efficacemente nella situazione tanto temuta rendendola funzionale.

Il vero punto di forza di queste tecniche è la percezione nell'immaginario, vale a dire che ciò che si ritiene o si immagina può essere anche realizzato.

Inoltre, attraverso la trance, l'apprendimento e la disponibilità al mutamento hanno maggiori possibilità di avere luogo.

In definitiva, l'ipnosi consente di “*canalizzare le immagini mentali a giovamento dei disturbi sessuali*” (Araoz,1992).

L'impiego dell'ipnosi in associazione alla terapia sessuale può rivelarsi, come nel caso di molti altri disturbi non a carattere sessuale, la formula vincente.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham G. *Sexologie clinique*. Doin, Paris, 1967.
- Abraham G., Caruso C. *Sessuologia clinica*. Masson, Milano, 1992.
- Allen C. *A textbook of psychosexual disorder*. London: Oxford University Press, 1969.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Disorders*, Washington, D.C., tr. It. *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano, 1996.
- Apfelbaum B. Retarded ejaculation. A much misunderstood syndrome. In Leiblum S., Rosen R.C. (a cura di), *Principles and practice of sex therapy*. New York/London: The Guilford Press, 2000.
- Bandler R., Grinder J. *La struttura della magia*. Astrolabio, Roma, 1975.
- Bandler R. *Trance formations. Neurolinguistic programming and the structure of hypnosis*. Real People Press, 1981.
- Bandler R., Grinder J. *Patterns of the hypnotic techniques* (a cura di), Milton H., Erickson M.D. Meta Publications, Cupertino, California, 1975.
- Bandler R., Grinder J. *Ipnosi e trasformazione*. Astrolabio, Roma, 1983.
- Baldaro Verde J. *L'identità sessuale e le sue vicissitudini*, *Sessuologia '93*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1993.
- Barber T.X. *Measuring hypnotic-like suggestibility with and without hypnotic induction; psychometric properties, norms and variables influencing response to the Barber Sensibility Scale (BSS)*. *Psychological Reports*, 16, 809; 1965.
- Basson R., Barman J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, 163:888-93; 2000.
- Basson R. Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? *J Sex Marital Ther*, 27:105-12; 2001.
- Benson H. The relaxation response: its subjective and objective historical precedents and physiology. *Trends in Neurosciences*, 281; 1983.
- Bergler E.: *Unhappy marriage and divorce*. International University Press, New York, 1946.
- Binik Y.M., Bergeron S., Khalifè S., , Dyspareunia. In S. Leiblum, Rosen R.C., (a cura di). *Principles and Practice of Sex Therapy* (III ed. 154-180) New York/London: The Guilford Press, 2000.
- Boschi S. *Terapia dei nuclei profondi. La comunicazione efficace contro la tirannia delle emozioni*. Sonda, Casale Monferrato (Al), 2007.
- Bossi M., Di Pietro F., Sottotetti I., Caldarini A., Scirocco G. Andrologia e divulgazione, in *Rivista di Sessuologia*, 24, 3, 223-229; 2000.

- Cancrini M. G. Harrison L. *Due più due non fa ancora quattro*. Armando Ed., Roma, 1999.
- Carani C., Isidori A.M., Granata A., Carosa E., Maggi M., Lenzi A., Jannini E.A. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab*. Epub 2005.
- Carderi A. La sessualità e le sue difficoltà in *Dalla Mente al Corpo. Psicologia clinica applicata alle professioni sanitarie* (a cura di Gorio R.), Kappa ed., 2009.
- Casula C. *I porcospini di Schopenhauer. Come proteggere e condurre un gruppo di formazione di adulti*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Confort A. *Sesso e società*. Feltrinelli, Milano, 1979.
- Cosmai M. Le dinamiche inconse nell'impotenza psicogena, in *Rivista di Sessuologia*, 25, 2, 152-162; 2001.
- Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V. *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano 2002.
- Casula C. *I porcospini di Schopenhauer. Come progettare e condurre un gruppo di formazione di adulti*. FrancoAngeli, 2007.
- Del Castello E., Manna M., Loriedo C. *Ipnosi. Seminari di Jeffrey K. Zeig*. L'Antologia, Napoli, 1987.
- Dilts R. Grinde J., Bandler R., DeLozier J. *Neurolinguistic programming. The study of the structure of subjective experience*. Meta Publications, Cupertino, California, 1980.
- Erickson M.H. *Advanced techniques of hypnosis and therapy*. Grune and Stratton, New York, 1967.
- Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I. *Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*. Astrolabio, Roma, 1979.
- Erickson M.H. *Hypnotic investigation of psychodynamic process*, in Rossi E.L. (Ed.). *The collected papers*. Irvington Publ., Inc., New York, 1980.
- Fenelli A., Lorenzini R. *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Carocci, Roma, 1999.
- Fones C.S., Levine S.B., Althof S.E., Risen C.B. A study using Viagra in a mental health practice. *Journal of sex & marital therapy*; 26(1):41-50; 2000.
- Fontana B. Ipnosi: indicazioni e limiti nella pratica clinica, in *Trattato italiano di psichiatria*, seconda edizione, Masson S.p.A., Milano, 2002.
- Fordney D.S. Dyspareunia and vaginismus. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1978;21,205-221.
- Fromm E., Shor R.E. *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. Aldine Publishing Company, New York, 1979.
- Granone F. *Trattato di ipnosi*. Boringhieri, Torino, 1989.
- Granone F. *Chiarimenti sull'ipnosi e sull'ipnosi terapia*. Riv.Psicot. Ipnosi. 1990;I,1,51.
- Grinder J. *A guide to transformational grammar*. Halt, Rinehart and Winston, New York, 1973.

- Gulotta G. *Lo psicoterapeuta stratega*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Haley, J. *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma, 1976.
- Haley J. *Le strategie della psicoterapia*. Sansoni, Firenze, 1985.
- Hales D., Hales R.E. *Caring for the mind: the comprehensive guide to mental health*. New York: Bantam Books, 1995.
- Hafez E.S, Hafez S.D. "Erectile dysfunction: anatomical parameters, etiology, diagnosis and therapy" *Arch. Androl.*, 51 (1): 15-31; 2005.
- Harrison J.H., Gittes R.F. et al.: *Urology*. Saunders, Philadelphia, 1979.
- Hawton K., Catalan J., Faggi J. Sex therapy for erectile dysfunction: characteristic of couple, treatment outcome, and prognostic factor, in *Archives of Sexual Behavior*, 21:161-176; 1992.
- Hilgard E. *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. Wiley, New York, 1977.
- Kaplan H.S., 1974. *The New Sex Therapy*, Brunnel-Mazel, New York, tr. It., *Nuove terapie sessuali*, Bompiani, Milano, 1976.
- Kaplan H.S., 1979. *Disorder of Sexual desire*, Brunnel-Mazel, New York, tr. It., *I disturbi del desiderio sessuale*, Mondadori, Milano, 1981.
- Kaplan H.S.: *The evaluation of sexual disorders*. Brunner/Mazel, New York, 1983.
- Kegel A. H. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western J. of Surgery, Obstetrics and Gynaecology*, 60, 521-524; 1952.
- Kinsey A.C., Pomeroy W., Martin C. *Sexual Behavior in the Human Male*, Sanders Co., Philadelphia, 1948.
- Kinsey A.C., Pomeroy W., Martin C., Gebhard P. *Sexual Behavior in the Human Female*, Sanders Co., Philadelphia, 1953.
- Kroger W. S., Fezler W. D. *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*. Philadelphia: Lippincott, 1976.
- L'Abate L. *Enrichment programs for the family life cycle*. Atlanta, GA: Social Research Laboratories, 1985.
- Lalli N. Fausti S. Alterazione dell'immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare, in *Attualità in Psicologia*, 1993;8, 4, pp. 27-38.
- La Pera G, Giannotti F. C., Taggi F, Macchia T. Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *J. Sex Marital Ther* 2003;29(2):149-56.
- La Pera G., Carderi A., Marianantoni Z., Peris F., Lentini M., Taggi F. To what extent is heroin used to relief premature ejaculation and other sexual disorders? *Eur Urol Suppl* 2006;5(2):66,173.
- La Pera G., Carderi A. Tossicologia e tossicodipendenza in sessuologia in *Trattato di Sessuologia Medica*, Masson ed. 2007.

- La Pera G., Carderi A., Marianantoni Z., Peris F., Lentini M., Taggi F. Sexual Dysfunction prior to First Drug Use among ex drug addicts and its possible causal meaning on drug addiction. Preliminary results. *Journal of Sexual Medicine* 2008; 5:164-172.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 1999; 281(6):537-44.
- Lawrence J. S., Madakasira S. Evaluation and treatment of premature ejaculation: a critical review, in *Journal Psychiatry Med.*, 35, 374-379; 1992.
- Levine L.A. "Diagnosis and treatment of erectile dysfunction", *American Journal of Medicine*, 18 (109) Suppl. 9A:3S-12S; discussion 29S-30S; 2000.
- Lucas R.A. *Hypnosis*. In: Cavenar J.O. (Ed.): *Psychiatry*. Basic Books, New York, 1985.
- Madanes C. *Amore, sesso e violenza: strategie per il cambiamento*, Milano, Ponte alle Grazie, 2000.
- Maremmani I., Zolesi O., Aglietti M., Castrogiovanni P., Tagliamonte A., Daini L., Meloni D., Gambarana C., Marini G., Lenzi A., De Petris P.G., Lamanna F., Migone P., Balestri C., Canoniero S., Cirillo M., Di Furia L., Schifano F., Perugi G., Micheli S., Frare F., Guelfi G.P. Disturbi Correlati a Sostanze in *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano 2002.
- Maroli A., Forza G., Schifano F. Indagine conoscitiva su uso di sostanze psicoattive e sessualità. *Bollettino Farmacodipendenze Alcolismo*, 2000; XXIII/4, 32-40.
- Masters W. H., Johnson V. E., Kolondy R. C., 1987. *Masters and Johnson on Sexual and Human Loving*, Boston, Little, Brown & Co., tr. It. *Il sesso e i rapporti amorosi*, Longanesi, Milano, 1987.
- Meuleman E.J., van Lankveld J.J. Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *BJU Int.* 95:291-6; 2005.
- Mishkin M. Memories and habits: two neural systems, in Lynch G., McGaugh J.M. (Eds.). *Neurobiology of learning and memory*. Guilford Press, New York, 1984.
- Money J., Tucker P. *Sexual signature. On being a man or woman*, tr. It., *Essere uomo, essere donna*. Feltrinelli, Milano, 1980.
- Montorsi F., Scattone V., Rigatti P. *L'ipertrofia prostatica benigna. Inquadramento diagnostico e nuovi indirizzi terapeutici*. Pacini, Milano, 2002.
- Morali-Daninos A. *Sociologie des relations sexuelles*. P.U.F. ed., Paris, 1968.
- Nardone, G., Watzlawick, P. *L'arte del cambiamento. Manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Ponte delle Grazie, Milano, 1990.
- Nardone, G. *Psicosoluzioni*, Milano, Rizzoli, 1998.
- Nardone G., Cagnoni F., Milanese R. *Il trattamento strategico del disturbo post traumatico da stress*, Brief Strategic and Systemic Therapy European Review, CTS, 2007.
- Norse D., Zavattini G.C. *Intimità e collusione. Teoria e tecnica della psicoterapia psicoanalitica di coppia*. Raffaello Cortina Editore, 1997

- Piscicelli U. *Sessuologia. Teoremi psicosomatici e relazionali*. Piccin, Padova, 1994.
- Petruccelli F. Le disfunzioni erettili: aspetti psicologici, in C. Simonelli (a cura di) *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*. Franco Angeli, Milano, 1996.
- Petruccelli F. Le disfunzioni sessuali in *Quale psicologia*, 30: 31-34; 2007.
- Petruccelli F., Cantafio R. (1997). “La psicoterapia strategica applicata alle disfunzioni sessuali maschili: un caso clinico”, in Simonelli C., Petruccelli F., Vizzari V. (a cura di), *Sessualità e terzo millennio. Studi e ricerche in sessuologia clinica*, 1:363-372, Franco Angeli, Milano.
- Poudat F. X., Jarrousse N. *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles* (II ed.) Paris: Masson, 1992.
- Rhoden E.L., Morgentaler A. “Erectile dysfunction” in *J Long Term eff. Med. Implants*, 13(6): 519-28; 2003.
- Rifelli G. Moro P. *Sessuologia clinica: consulenza e terapia delle disfunzioni sessuali*. Clueb, Bologna, 1996.
- Santunione P., Bolzani R., Giannelli G., Agostini L. Uso di sostanze psicoattive e ricerca di modificazioni del comportamento sessuale, *Rivista di Sessuologia*, 2002;26,155-162.
- Saso L. Effetti delle sostanze d’abuso sulla risposta sessuale, in *Ann Ist Super Sanità*, 38(3), 289-294; 2002.
- Schein E. *Culture d’impresa*, R. Cortina, Milano, 2000.
- Schopenhauer. Aforismi per una vita saggia. Biblioteca Universale Rizzoli, Milano.
- Simonelli C. Appunti di psicoandrologia. *Quale psicologia*, 7. Roma, 1996.
- Simonelli C. (a cura di). *L’approccio integrato in sessuologia clinica*. Franco Angeli, Milano, 2006.
- Spitz, R. e Wolf, K.M. Autoerotismo in “*Psiche*” 1950.
- Troiano M. *Guarire dagli attacchi di panico*. Editori Riuniti, Roma 2001.
- Ugolini V., Bosio M. *Il viaggio nella nostra sessualità. Vivere il modo di essere*. Clueb, Milano, 2003.
- Volterra V. (a cura di). Disturbi psicosessuali, in *Trattato italiano di psichiatria*, seconda edizione, Masson S.p.A., Milano, 2002.
- Watzlawick P. *Change. La formazione e la soluzione dei problemi*. Astrolabio, 1974.
- Weeks G., L’Abate L. *Paradoxical psychotherapy: theory and practice with individuals, couples and families*. Brunnel/Mazel, New York, 1982.
- Weeks G., Treat S. *Terapia di coppia. Tecniche e strategie per una pratica terapeutica efficace*. FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Weiss E., English O.S. *Psychosomatic medicine*. Saunders A. Co., Philadelphia, 1949.

*Finito di stampare nel mese di dicembre 2013
presso l'Universal Book srl
Via Botticelli, 22 - 87036 Rende (CS)
Tel. 0984 408929*

Il presente contributo ha lo scopo di illustrare in forma sintetica e agevole gli aspetti salienti dell'ipnosi e le tecniche ipnagogiche applicabili ai diversi disturbi sessuali, attraverso l'utilizzo di termini operativi, di facile utilizzo per gli operatori del settore.

Pertanto, vengono proposte tecniche, strategie e induzioni disturbo-specifiche utili per l'esplorazione, l'approfondimento e il trattamento dei disturbi sessuali, che possono essere facilmente riprodotte attraverso una specifica sequenza.

Inoltre, è inserito all'interno del contributo un caso clinico attraverso cui è possibile comprendere meglio l'utilizzo e l'importanza delle suddette tecniche e dell'opportunità che offre il testo di costruire metafore e induzioni congrue al sintomo.

Anna Carderi, psicologo, psicoterapeuta e consulente sessuologo, membro e socio Fondatore dell'Ass.AI (Associazione Andrologi Italiani) e dell'AIDASS (Associazione Italiana per il Diritto alla Salute Sessuale).

Filippo Petruccelli, psicologo e psicoterapeuta, professore associato di psicologia dello sviluppo e dell'educazione presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, è presidente della Società Italiana di Psicoterapia Strategica.

Valeria Verrastro, psicologo e psicoterapeuta, ricercatore di psicologia dello sviluppo e dell'educazione presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale è condirettore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapie Brevi ad Approccio Strategico dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie.



€ 15.00

