

ESPERIENZE

Psicoterapia cognitivo-costruttivista delle difficoltà nella sfera sessuale

Simone Pesci

Centro Studi Specialistici Kromos, Firenze

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di proporre una "alternativa" valida rispetto ad altre forme di terapia sessuale fondata su una epistemologia cognitivo-costruttivista. Viene proposta una disamina di ciò che si intende per sessualità, di quali sono gli aspetti caratterizzanti e dell'importanza che essa riveste nell'esperienza umana. Sono esposti anche gli elementi base delle psicoterapie sessuali tradizionali. Sono indicate inoltre le caratteristiche fondanti dell'approccio psicoterapeutico di tipo cognitivo-costruttivista con particolare riferimento al concetto di funzionalità del sintomo. Infine, si vuole delineare come la psicoterapia cognitivo-costruttivista può indirizzarsi alle difficoltà nella sfera sessuale.

Parole chiave: *sessualità, psicoterapia cognitivo-costruttivista, sintomo sessuale, sex therapy*

The article aims to offer a valid "alternative", among other forms of sex therapies, based on a cognitive-constructivist epistemology. A discussion about what we mean by sexuality is presented, as well as the characteristic features and the importance that sexuality assumes in human experience. The basic elements within traditional sex therapies are described, and the fundamental characteristics of the cognitive-constructivist psychotherapy approach are also mentioned with particular reference to the concept of symptom's functionality. In conclusion, the author aims to describe how cognitive-constructivist psychotherapy can apply to problems within the sexual field.

Keywords: *sexuality, cognitive-constructivist therapy, sexual symptom, sex therapy*

È strano come il carattere di una persona si rifletta nell'atto sessuale. Se uno è nervoso, timido, impacciato, pauroso, l'atto sessuale è lo stesso. Se uno è rilassato, l'atto sessuale è gradevole (Anaïs Nin, Il delta di Venere, 1978)

La sessualità è uno degli aspetti centrali dell'esistenza umana che comprende, oltre al sesso "agito", l'identità e i ruoli di genere, l'orientamento sessuale, l'erotismo, il piacere, l'intimità, la riproduzione ecc. Essa può esprimersi in pensieri, fantasie, desideri, credenze, preferenze, valori, comportamenti, ruoli, relazioni ed è influenzata dall'interazione concomitante di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, culturali, etici, legali, storici e religiosi.

La sessualità è un'area della vita di ogni persona particolarmente complessa, studiata da molteplici scienze, ognuna delle quali ha fornito un proprio contributo a partire dal proprio particolare punto di vista. Tra le tante la psicologia, come le altre discipline influenzata dal contesto storico-culturale di appartenenza, ha dedicato, fin dalla sua origine, studi e ricerche a questo tema, a volte con teorizzazioni maggiormente filosofiche, a volte con ricerche che si richiamavano epistemologicamente a concezioni positiviste (Arratia, 2009). All'interno delle scienze psicologiche anche la psicologia clinica e la psicoterapia si sono interessate alla sessualità, in primo luogo perché l'esperienza sessuale è uno dei numerosi elementi di narrazione all'interno di un percorso di cambiamento, in secondo luogo perché le difficoltà e i disagi nella sfera sessuale sono diventati sempre più oggetto di richiesta di aiuto clinico.

Nel presente lavoro, dopo aver fatto una disamina di ciò che si intende per sessualità e dato spazio alle psicoterapie sessuali tradizionali, verranno indicate le caratteristiche fondanti dell'approccio psicoterapeutico ad orientamento cognitivo-costruttivista con l'intento di sostenere come questo approccio può indirizzarsi alle difficoltà nella sfera sessuale, in quanto "alternativa" valida rispetto ad altre forme di terapia sessuale (Zumaya, Bridges & Rubio, 1999).

La sessualità

La sessualità, influenzando direttamente la percezione del benessere individuale, è una esperienza dinamica che si inserisce sia in contesti circoscritti, come il rapporto con se stessi o con il partner, sia in contesti sociali più ampi, come le interpretazioni, le credenze e i valori culturali sul comportamento sessuale e sulle relazioni affettive (Bridges & Neimeyer, 2005; Manciola, 2010). Viste le variegature sfumature e i molteplici modi di intendere la sessualità possiamo affermare che essa non è qualcosa di univoco né in termini teorici generali né individuali. Vi sono, infatti, aspetti legati al genere e al ruolo, all'erotismo, alla riproduzione, alla capacità di amare e di creare un legame interpersonale (Rubio, 1994; Zumaya, Bridges & Rubio, 1999), all'espressione di sé ecc. che, pur esistendo come sistemi autonomi, sono in relazione e si influenzano gli uni con gli altri. L'esperienza sessuale non è soltanto il sesso agito, che già di per sé si attua attraverso una serie di attivazioni emotive, modificazioni comportamentali e immaginativo-mentali in un ambito di relazione tra se stessi e uno o più partner reali o virtuali (Fossi & Mascari, 2004), ma esprime sfaccettature diverse quali l'espressione dell'affettività, la ricerca del piacere o della vicinanza, il controllo della distanza relazionale, l'assunzione di schemi di comportamento prevalenti ed è spinta da bisogni diversi e, talvolta, opposti fra loro.

La sessualità è, innanzitutto, filogeneticamente funzionale alla conservazione della specie e, da un punto di vista evolutivo, è andata consolidando gli aspetti piacevoli che portano alla reiterazione di comportamenti sessuali. Se da una parte sono presenti elementi di istintualità innata, di automatismi, di peculiarità e sequenzialità, dall'altra la risposta sessuale è frutto dell'accomodamento della persona al suo ambiente (Benoni Degl'Innocenti & Pesci, 2009;

Dettore, 2001). Per i comportamenti sessuali esiste, inoltre, un ventaglio di funzioni che variano dalla riduzione della tensione alla ricerca di piacere, dall'affermazione della propria femminilità o mascolinità all'esercizio di potere/dominio, dal rafforzamento o mantenimento della propria autostima alla creazione di relazioni diadiche e di un rapporto di intimità, dall'ottenimento di vantaggi materiali all'espressione di ostilità ecc. (Bancroft, 1989).

A tal proposito Bozon (2009) propone il concetto di "orientamento intimo", una formulazione teorica definita come un insieme di schemi che definisce il significato che la sessualità gioca nella costruzione del sé. Secondo l'autore la costruzione di questi "schemi" nasce dalle esperienze biografiche considerate processi eminentemente socioculturali e deve essere intesa come risultato dell'interazione tra aspetti sociali e ricerca di una coerenza interna del soggetto.

Veglia (1996), cercando di sintetizzare il campo di studio osservandolo da un punto di vista epistemologico di tipo cognitivo-costruttivista, enuclea tre modi, non indipendenti, con i quali si può leggere la sessualità: come sistema motivazionale interpersonale, come uno dei possibili modi di fare esperienza di sé e del mondo e, infine, come elemento dinamico collocabile all'interno della storia personale.

La sessualità come sistema motivazionale era stata descritta anche da Liotti (1996), il quale sottolinea che, oltre ad attivare il programma di accoppiamento finalizzato alla riproduzione, l'esperienza sessuale serve a favorire la costruzione e il mantenimento di legami di coppia e, pertanto, l'aspetto relazionale ha un preciso significato anche dal punto di vista evolutivo che, soprattutto in un contesto clinico, deve essere tenuto presente. Similmente agli altri modi di fare esperienza prevede l'attivarsi di costruzioni e comportamenti, soprattutto, ma non solo, all'interno di legami di coppia: il sesso può infatti permettere l'incontro, la conoscenza, la conferma o l'invalidazione di teorie su se stesso e sull'altro, al fine di prevedere il proprio e l'altrui comportamento.

Se la sessualità "serve" all'anticipazione al pari di qualsiasi altra forma o modalità di costruzione dell'esperienza, a sua volta si inserisce nella storia di vita e nelle narrazioni di sé (Liotti, 1994). Il suo significato, infatti, è collegato alle teorie relative a se stessi e al mondo circostante utilizzate per sviluppare la conoscenza nonché all'elaborazione delle informazioni derivanti dagli eventi accaduti, dal proprio stile di attaccamento, dal sistema di costrutti e di valori socioculturali ecc.

Se questo è vero su un piano sociale, è ancor più vero da un punto di vista individuale (Fossi & Mascari, 2004) dove ognuno costruisce di volta in volta i significati che dà all'esperienza sessuale. A tal proposito Mollen e Stabb (2010), in una ricerca relativamente recente, per indagare la complessità di significati in un campione di donne, hanno preferito ricorrere all'utilizzo della metafora come canale attraverso il quale le intervistate potevano meglio esprimere gli aspetti legati alla loro sessualità: ciò è indicativo rispetto alla complessità dell'argomento, tanto più se non si vuole ridurre l'esperienza sessuale a mero esame del comportamento.

Quanto sopra esposto trova maggiore complessità nel fatto che, se da un lato la sessualità contribuisce alla costruzione di sé ed è esperienza individuale nell'ambito sociale, le difficoltà inerenti la sfera sessuale, laddove non abbiano una spiegazione puramente biologica, si esprimono sempre all'interno di un contesto di coppia dove entrano in gioco non soltanto i significati individuali propri di ciascun elemento della coppia, ma anche i significati condivisi e quelli di relazione. Per "significati condivisi" si intende, più nello specifico, quelle costruzioni che in quella particolare partnership vengono esplicitamente o implicitamente giocate da entrambi, mentre per "significati di relazione" si intende come ognuno usa la sessualità in senso lato per mantenere la distanza relazionale ideale-per-sé con il partner (Arratia, 2009).

Le (psico)terapie sessuali tradizionali

Tre sono i principali riferimenti delle psico-terapie sessuali tradizionali: Masters & Johnson (1966; 1970), Kaplan (1974; 1979) e i Lo Piccolo (Heiman, Lo Piccolo & Lo Piccolo, 1977; Lo Piccolo & Lo Piccolo, 1978), dei quali occorre richiamare gli elementi caratterizzanti.

Il contributo principale di Masters e Johnson (1966) nel campo della sessualità riguarda gli studi di anatomia e fisiologia della risposta sessuale umana realizzati su un'ampia gamma di osservazioni di laboratorio. È da questi studi che si hanno le conoscenze relative al ciclo della risposta sessuale, un modello descritto in fasi, suddivise in base alle variazioni delle reazioni psicofisiologiche. Oltre a ciò si deve a loro la creazione di un metodo diretto e breve di trattamento indirizzato prevalentemente alle disfunzioni sessuali.

Per quanto riguarda la terapia sessuale, Masters e Johnson (1966), basandosi nuovamente sulle informazioni e i dati provenienti dai loro laboratori, hanno tentato di definire una serie di modalità cliniche.

Sebbene Masters e Johnson (1966) fossero tra i primi a integrare conoscenze biologiche e psicosociali, riferendosi ad aspetti che oggi potremmo definire ascrivibili al modello bio-psico-sociale, e che consideravano interagenti nel determinare la risposta sessuale, il loro modello di intervento clinico era prevalentemente centrato sulla "condotta" sessuale. Il focus sul comportamento era giustificato dal fatto che le "patologie" sessuali sono frutto di un apprendimento in qualche modo errato. In particolare ritenevano l'ansia il fattore eziologico fondamentale nella genesi e nel mantenimento dei disordini sessuali e la loro terapia, indirizzata alla coppia, intendeva il problema sessuale come problema "oggettivo".

Il "trattamento", condotto da due co-terapeuti di sesso opposto, è breve e intensivo, e il suo principale obiettivo è quello di alleviare i sintomi. Centrale nella terapia diviene la desensibilizzazione sistematica indirizzata a ridurre l'ansia e modellare il comportamento. Segue a questo la discussione su quanto accaduto nell'esecuzione dei compiti, ponendo l'accento sui modelli di interazione e di comunicazione tenuti durante lo svolgimento degli esercizi o attività.

Helen S. Kaplan (1974), una psichiatra statunitense, lavorando in questo campo a partire dalla metà degli anni '60, è, assieme a Masters e Johnson, uno dei grandi esponenti della psico-terapia sessuale tradizionale.

Il suo contributo più significativo è stato lo sviluppo del modello della risposta sessuale umana, aggiungendo la "fase del desiderio" alle fasi precedentemente evidenziate da Masters e Johnson (eccitazione e orgasmo).

H. S. Kaplan (1974) ritiene che il non aver considerato la fase del desiderio è stata in gran parte responsabile degli insuccessi terapeutici con i modelli precedenti. Il concetto alla base del modello terapeutico afferma che ciascuna delle fasi può essere "colpita" da fattori fisici e psicologici che causano i disturbi. La terapia sessuale della Kaplan (1974) si pone anch'essa come obiettivo di alleviare i sintomi e il modello clinico integra psicoanalisi e tecniche comportamentali in modo più flessibile.

Partendo dalla necessità di far presto per "salvare" la coppia e dalla ricerca del "come", la Kaplan (1974) propone una terapia breve che, attraverso un processo graduale di familiarizzazione con le situazioni erotiche (una serie di esercizi o, meglio, di giochi erotici) riesca a ridurre l'ansia, aiutando la coppia a trovare una propria sessualità serena e gratificante. I "compiti erotici" vengono prescritti in maniera progressiva e graduale e consentono una desensibilizzazione in vivo, finalizzata principalmente alla riduzione dell'ansia sessuale (Kaplan, 1979). Anche se la terapia è rigidamente programmata per durare il minor numero possibile di sedute, un aspetto teorico importante è rappresentato dalla possibilità che i giochi proposti hanno di integrarsi con altri modelli psicoterapeutici.

In aggiunta ai precedenti, occorre menzionare Joseph e Leslie Lo Piccolo (Heiman, Lo Piccolo & Lo Piccolo, 1977; Lo Piccolo & Lo Piccolo, 1978), i quali hanno lavorato dalla metà degli anni '70, a New York, nel Sex Therapy Center di Stony Brook, assieme ad altri ricercatori, sviluppando un approccio cognitivo-comportamentale ai disturbi sessuali.

Pur condividendo con i precedenti lavori i principi essenziali riguardanti l'eziologia dei disturbi sessuali e l'uso di mansioni combinate con sessioni psicoterapeutiche, i loro contributi principali sono legati alla considerazione di variabili cognitive nella genesi delle disfunzioni sessuali e allo sviluppo di strumenti per la diagnosi e la valutazione dei risultati, i quali tengono presenti, seppur minimamente, alcune variabili soggettive della risposta sessuale.

J. e L. Lo Piccolo (1978) richiamano l'attenzione sui correlati psicologici delle risposte fisiologiche, cioè sulle esperienze soggettive che si accompagnano alle varie fasi della risposta sessuale. Secondo loro l'esperienza soggettiva e l'esperienza fisica, componenti indipendenti dell'esperienza erotica, si possono influenzare reciprocamente; così aspettative e cognizioni possono alterare la percezione dell'esperienza fisica e viceversa.

Da qui nasce l'esigenza di prendere in considerazione la "correzione" degli errori di percezione, delle aspettative non realistiche e dei pregiudizi per regolare l'insieme di segnali che vengono interpretati come segni di eccitazione. Anche in questo caso il lavoro si concentra sui sintomi e la terapia, di tipo prevalentemente comportamentale, è di breve durata. Parlando di reciproca responsabilità all'interno della coppia, sostengono che entrambi i membri devono essere coinvolti nella soluzione del problema.

La psicoterapia cognitivo-costruttivista: aspetti caratterizzanti e lettura del sintomo

Se gli antecedenti filosofici della psicoterapia cognitivo-costruttivista possono essere ritrovati nel pensiero di Vico e degli empiristi inglesi (Locke, Berkeley e Hume), in psicologia il primo ad usare il termine "costruttivismo" è stato Piaget, riferendosi ad una mente che costruisce significati, la cui conoscenza è un processo ricorsivo che deriva dai meccanismi di assimilazione e accomodamento. Della stessa idea, ma con un accento maggiore sull'interazione sociale, sul contesto socio-storico-culturale e sull'attività, è lo psicologo russo Vygotskij, il quale sottolinea quanto il processo di costruzione della realtà si attui in un contesto di relazione e nelle esperienze sociali.

Si possono poi richiamare autori quali von Foerster che introduce in cibernetica il concetto secondo cui l'osservatore del sistema fa parte dell'universo che sta studiando; i biologi Maturana e Varela, che definiscono un sistema vivente come un sistema autopoietico, dotato cioè di una organizzazione in grado di mantenere e rigenerare nel tempo la propria individualità e autonomia rispetto alle variazioni ambientali; lo psicologo Bruner, secondo il quale qualsiasi realtà che costruiamo deriva dalla necessità di dare significato a ciò che stiamo osservando; Kelly, che pone in rilievo il principio secondo il quale interpretiamo la realtà per poterci costruire un sistema di conoscenza che ci permetta di anticipare il più possibile gli eventi (vedi Armezzani, 1995; Cionini, 1998, 1999a, 1999b; von Glasersfeld, 1984; Pesci, 2006).

L'adozione del costruttivismo tanto nella versione radicale (von Glasersfeld, 1984) quanto in quella ermeneutica (Chiari & Nuzzo, 1996) all'interno della psicoterapia cognitiva, cambiando in modo quasi antitetico i presupposti teorico-applicativi rispetto agli approcci cognitivo-comportamentali e razionalisti che rappresentano gli antecedenti storici del cognitivismo clinico, ha rappresentato una vera e propria rivoluzione sia riguardo alla concettualizzazione

della relazione terapeutica sia intorno alla interpretazione della sintomatologia (Cionini & Ranfagni, 2009a)

L'epistemologia costruttivista comporta l'idea di un soggetto unico e attivo in grado di stabilire e organizzare la propria esperienza con la capacità di auto-determinare i propri percorsi e le azioni, sempre a partire da una realtà interpersonale alla quale cerca di adattarsi. La realtà è una elaborazione individuale di significati rispetto a se stessi e al mondo, resa possibile attraverso il tentativo della persona di dare un senso alle esperienze cui via via va incontro. Il soggetto cresce e si evolve dalle interazioni che ha con gli altri e con l'ambiente e, intorno a questa dinamica relazione, l'individuo si organizza e conosce la realtà che lo circonda (Arratia, 2009).

La persona ordina le sue costruzioni in modo funzionale a mantenere un equilibrio nel proprio sistema di conoscenza sulla base della storia e delle esperienze vissute, da cui dipende la personale capacità di anticipare gli eventi (Kelly, 1955).

Nell'ottica cognitivo-costruttivista il terapeuta si propone di comprendere e spiegare le modalità con cui il paziente è arrivato a costruire la conoscenza che egli ha di sé e del mondo per poter lentamente, attraverso un processo terapeutico realizzato con la persona, produrre perturbazioni strategicamente orientate al sistema di conoscenza dell'altro tali da aiutarlo a "riattivare" il movimento personologico. Si passa da un concetto di "cura" ad un concetto di "cambiamento" inteso come un riavvio di questo movimento, che può nascere solo dall'interno della persona.

Comprendere significa entrare nella logica e nei significati strettamente soggettivi e peculiari del paziente e, pertanto, effettuare simultaneamente almeno tre "operazioni": vedere il mondo con gli occhi dell'altro, entrare in risonanza con le sue emozioni, i suoi stati affettivi e le sue sensazioni, cogliere il senso degli obiettivi fondamentali di vita cui il paziente tende in generale e in specifiche situazioni (Cionini & Ranfagni, 2009a).

La spiegazione è invece la costruzione professionale del terapeuta rispetto alla storia del paziente, alle sue modalità di organizzazione strutturale e funzionale e all'interpretazione del disturbo, finalizzata alla costruzione di ipotesi transitorie sulla genesi del problema e sulla funzionalità nel mantenimento dell'equilibrio sistemico (Cionini & Ranfagni, 2009a).

Il blocco del movimento può essere determinato da diversi fattori, quali, ad esempio, la tendenza all'utilizzo di modalità stereotipate di costruzione dell'esperienza, la difficoltà a cogliere le invalidazioni e ad usarle per complessificare il proprio sistema conoscitivo, la riduzione della capacità di discriminare differenze potenzialmente percepibili. Obiettivo terapeutico diviene la riattivazione della capacità di movimento del sistema, attraverso la promozione di una riorganizzazione autonoma (Cionini & Ranfagni, 2009a).

Alla fine di un percorso psicoterapeutico il sistema dovrebbe risultare più complesso e articolato e permettere alla persona di rendere prevedibile una gamma più ampia di esperienze e quindi mantenere maggiore stabilità e flessibilità nel rapporto con la realtà quotidiana (Cionini & Ranfagni, 2009b). Uno degli effetti del processo psicoterapeutico consiste, infatti, in una maggiore complessità del sistema di conoscenza che rende possibile al soggetto di trovare nuove vie percorribili di fronte a eventuali invalidazioni delle sue anticipazioni. La funzione fondamentale di ogni sistema di conoscenza è la capacità di costruire previsioni rispetto a ciò che potrà accadere dentro e intorno a sé, previsioni che sono utili per muoversi e orientarsi nel proprio mondo. Quando le previsioni vengono invalidate dai vincoli della realtà, l'invalidazione dà l'occasione di arricchire il sistema di conoscenza di nuove informazioni. Lo scompensamento, spesso rappresentato dal sintomo, risulta proprio dal non riconoscere l'invalidazione e mettere in atto processi ripetitivi di anticipazione che, in quanto costruiti funzionalmente come meccanismi di compenso, si scontrano costantemente con i vincoli imposti dalla realtà creando sofferenza e disagio (Cionini, 1998, 1999a, 1999b).

L'equilibrio non può, in questa prospettiva, essere raggiunto in modo definitivo, poiché deve costantemente ristrutturarsi in rapporto alle validazioni e invalidazioni cui va incontro nella sua relazione con il mondo, mantenendo integro il senso di identità personale: lo scompenso può verificarsi quando l'invalidazione riguarda schemi nucleari sovraordinati che richiederebbe un riordinamento complessivo talmente ampio da superare la loro stessa capacità di ristrutturazione (Cionini, 1999a).

In questa ottica la sintomatologia svolge un ruolo "adattivo". La causa della sofferenza, il determinarsi di un sintomo, assurgono a segnali di blocco del movimento personologico che procurano malessere al paziente e che rappresentano l'espressione di significati interni a lui funzionali, ma non più adatti al suo rapporto con la realtà, in quanto ripetutamente invalidati.

Solo dopo che la persona sarà riuscita a ricostruire quale funzione svolgono i sintomi ai fini del suo equilibrio interno sarà possibile che riesca a sostituirli con modalità nuove che, pur essendo ugualmente adattive, riescano a soddisfare meglio le rinnovate esigenze individuali (Cionini, 1999b).

L'ottica costruttivista propone un approccio al sintomo, inteso in senso lato come il problema presentato, in cui ogni manifestazione sintomatica, certo portatrice di sofferenza, è espressione visibile del disagio, ma non si esaurisce con il dolore che procura. Il sintomo deve essere letto come parte integrante di quella persona. Ne consegue che la sintomatologia non è qualcosa da combattere, debellare, estirpare, ma è qualcosa da decodificare e comprendere nella storia dell'individuo e del suo modo di porsi in relazione al mondo e a se stesso. Oltre a ciò riveste una funzione protettiva in quanto, pur con sofferenza emotiva, permette al sistema di mantenersi in un certo equilibrio. Comprendere la funzionalità adattiva significa passare da un'ottica del dolore da eliminare a elemento da cogliere, sia dal terapeuta che dal paziente, nella sua peculiare pregnanza di significato (Cionini & Ranfagni, 2009b)

Rispetto al cambiamento terapeutico, l'accettazione di un modello cognitivo-costruttivista ha almeno tre implicazioni fondamentali: il processo di cambiamento è visto come minaccia, in quanto comunque implica la perturbazione di un sistema che, per quanto portatore di sofferenza, è noto e abituale, e in qualche modo rassicurante; la persona del terapeuta è uno strumento di cambiamento perché svolge un ruolo cruciale al fine del processo clinico; la relazione terapeutica assume una importanza basilare e viene concettualizzata tenendo presente la metafora di base sicura di Bowlby (vedi Cionini & Ranfagni, 2009b).

La psicoterapia cognitivo-costruttivista di fronte alle difficoltà della sfera sessuale

La psicoterapia cognitivo-costruttivista ci suggerisce, nello specifico ambito della sessualità, di collegare i disturbi sessuali lamentati dal paziente agli elementi intorno ai quali si sono sviluppati, ovvero riconducendoli all'interno della rappresentazione professionale che abbiamo del sistema di conoscenza del cliente, rapportandoli agli schemi prevalenti e alla configurazione di attaccamento che gli servono da anticipazione della realtà (Veglia, 1996). Come si può facilmente capire, dal punto di vista costruttivista, l'individuo è concepito come costruttore della propria sessualità, a partire dalle proprie caratteristiche strutturali che consentono di impostare una posizione personale in merito al modo di vivere l'esperienza sessuale.

Può essere utile a questo punto confrontare il ciclo della risposta sessuale (figura 1) descritto da Masters e Johnson (1966) e perfezionato da Kaplan (1974) con quello che Kelly (1955) chiama "corollario dell'esperienza".

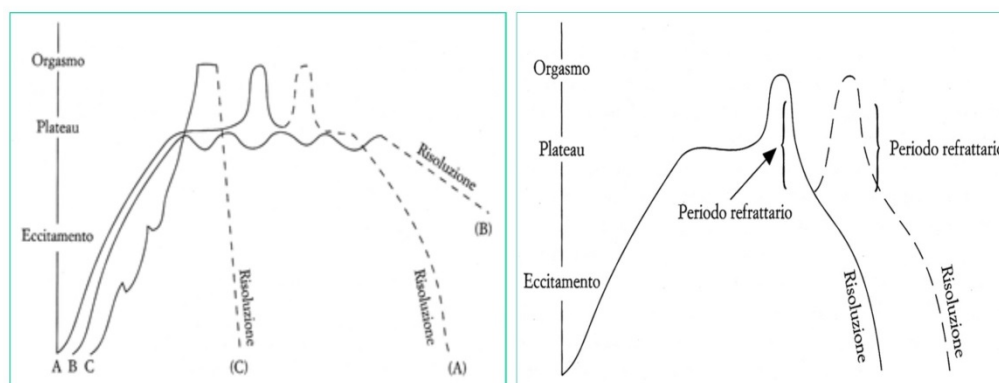


Figura 1 - Ciclo della risposta sessuale nella donna e nell'uomo secondo Masters e Johnson (1967; 1970). Nel riquadro a sinistra, che si riferisce alla risposta sessuale nella donna, la linea A indica la progressione verso la fase di "plateau" e poi l'orgasmo, con la possibilità di raggiungerne un secondo e quindi la fase di "risoluzione"; la linea B indica il non raggiungimento dell'orgasmo; infine, la linea C indica un passaggio diretto dalla fase di eccitazione all'orgasmo. Nel riquadro a destra, che si riferisce alla risposta sessuale nell'uomo, si vede che dopo l'eccitazione, l'uomo raggiunge la fase di "plateau", e quindi l'orgasmo; ma non può raggiungere un secondo orgasmo prima di essere passato attraverso un periodo "refrattario".

Nella fase dell'eccitazione si assiste alla crescita dell'attivazione psicofisiologica: aumento dei pensieri sessuali, maggiore sensibilità alla stimolazione delle zone erogene, aumento del battito cardiaco e della frequenza respiratoria, il sangue fluisce ai genitali causando così nell'uomo l'erezione, nella donna la lubrificazione vaginale ecc. Al termine di questa fase si arriva al massimo della tensione sessuale con un plateau che porterà alla fase successiva, l'orgasmo. Il periodo di tempo dopo la fine dell'orgasmo durante il quale i livelli dei parametri fisiologici ritornano alla condizione di partenza è chiamato "risoluzione" (Masters & Johnson, 1967, 1970). Kaplan (1974) perfezionò il modello aggiungendovi, prima della fase dell'eccitazione, quella del desiderio, durante la quale l'attivazione fisiologica riveste un ruolo di minore importanza rispetto all'attivazione psico-emotiva.

Per Kelly (1955) il sistema di costruzione di una persona varia a mano a mano che essa costruisce la replica degli eventi, pertanto l'individuo fa esperienza secondo un modello ciclico di tipo ricorsivo: anticipazione, impegno per la verifica dell'anticipazione, esperienza vera e propria ecc. È dall'esperienza che l'anticipazione può essere validata o invalidata e, in questo caso, richiedere una modifica dell'anticipazione stessa.

In accordo con Sewell (2005), possiamo usare il ciclo dell'esperienza per spiegare alcuni aspetti della sessualità, mettendolo a confronto con il ciclo della risposta sessuale. Nella fase del desiderio infatti l'individuo si costruisce anticipazioni erotiche e l'investimento in esse, ovvero l'impegno a verificarle, fa sì che venga perseguito l'incontro. È la fase di eccitazione che attribuisce un significato erotico-sessuale all'incontro, mentre la fase dell'orgasmo corrisponde alla validazione e la risoluzione è associata al cambiamento (revisione dell'anticipazione o validazione) che compone l'esperienza (Mancioli, 2010).

Come è possibile notare dal confronto e dall'integrazione dei modelli sulla risposta sessuale e alcuni assunti di tipo costruttivista, i disturbi sessuali possono essere concettualizzati tenendo ben presenti i costrutti che servono all'individuo per anticipare gli eventi. Ciò ha ovviamente implicazioni non soltanto sulla spiegazione "costruttivista" della sessualità, ma sull'osservazione e sulla clinica delle difficoltà nella sfera sessuale che devono essere messe in connessione con i sistemi individuali di conoscenza all'interno di un ambito prettamente rela-

zionale. È il caso, per esempio, di Alessio, che aveva problemi di eiaculazione precoce con la compagna e non con l'amante; nel corso della terapia è riuscito a comprendere che quando era con la moglie si sentiva "timido" e ciò gli procurava la comparsa del sintomo: il coinvolgimento emotivo, che non aveva con l'amante, lo rendeva "timido" in quanto si sentiva insicuro e poco amabile.

In ottica cognitivo-costruttivista, la psicoterapia delle difficoltà della sfera sessuale deve sostituire l'implicito assunto della sessualità problematica con una elaborazione e una ricostruzione dell'esperienza sessuale all'interno delle relazioni nelle quali è messa in atto. I problemi che in altri approcci e nella nosografia tradizionale possono essere inseriti all'interno della categoria dei disturbi sessuali non dovrebbero essere considerati come "sintomi da eliminare", ma come non più funzionali costruzioni dell'esperienza sessuale. Pertanto non ci possono essere standard normativi da considerare a priori come parametri di successo di un "trattamento psicoterapeutico", ma, come per ogni altra difficoltà che gli individui portano, gli obiettivi devono essere condivisi e confrontati con le aspettative del paziente. L'intento clinico non sarà quello di cambiare una persona per farla adeguare ad un modello di "normalità" e di efficienza, ma sarà quello, attraverso uno scambio reciproco, di favorire, in un cammino fatto insieme al cliente, l'emergere di nuovi scenari possibili.

Di fronte a difficoltà nella sfera sessuale il terapeuta che segue un modello cognitivo-costruttivista deve per forza tener presenti le relazioni di ruolo, ovvero ciò che ciascun partner fa in ragione della comprensione che ha dell'altro (Ortu, 1998). È, infatti, l'incomprensione che genera fraintendimenti e quindi diviene fondamentale che i partner si comprendano vicendevolmente, sapendo ciascuno come l'altro costruisce il mondo, e la relazione di coppia in particolare.

Il terapeuta, alla luce delle conoscenze acquisite nell'esplorazione dei sistemi di conoscenza, dovrebbe analizzare le situazioni di difficoltà nella sfera sessuale, aiutando i clienti ad inserirle nel contesto di quella particolare relazione in cui si attuano. L'elaborazione delle implicazioni personali che il problema comporta può richiedere tempo e impegno e può completarsi o perfezionarsi anche dopo che il sintomo stesso si sia "risolto". È il caso di Anna e Paolo, una coppia nella quale l'anorgasmia di lei era costruita come la possibilità che Anna si concedeva per "farla pagare" al compagno, sentito eccessivamente dominante e svalutante. Pure quando Anna, nel percorso clinico, era riuscita a "ritrovare" l'orgasmo (anche grazie al fatto che progressivamente si era concessa di esprimere più apertamente la rabbia) la terapia ha promosso l'obiettivo di ritrovare nella coppia nuove e diverse intese e un cambiamento personale di entrambe le componenti.

Detto questo, l'intervento psicoterapeutico dei problemi della sfera sessuale non necessariamente, in un ottica cognitivo-costruttivista, dovrebbe essere affrontato con un percorso di coppia anziché individuale; ma, essendo il sintomo stesso inserito in un contesto di relazione e avendo implicazioni non soltanto individuali, risulta essere preferibile la presa in carico della coppia (Arratia, 2009; Ortu, 1998).

Il processo psicoterapeutico deve comprendere sia tutto ciò che è "sessuale" sia aspetti non sessuali di un rapporto di coppia. Nelle terapie sessuali tradizionali (Masters e Johnson, 1996; Kaplan, 1974; Lo Piccolo & Lo Piccolo, 1978) l'approccio suggerisce di proporre alle coppie una serie di esercizi strutturati e pensati specificamente per il "trattamento delle disfunzioni sessuali": si tratta di un ricettario efficiente ed efficace, spesso, alla risoluzione del sintomo, ma non al cambiamento individuale e di coppia che possa favorire un reale sblocco del movimento, anche perché il focus è concentrato spesso sulla meccanica della prestazione sessuale (Zumaya, Bridges & Rubio, 1999).

Il punto però non è suggerire o meno homework mansionali. Il cambiamento di prospettiva, che deve essere colto non soltanto dal terapeuta ma anche dai pazienti, reca in sé il passaggio

Psicoterapia cognitivo-costruttivista delle difficoltà nella sfera sessuale

dalla proposta di esercizi all'invito a partecipare ad esperienze da condividere e comprendere all'interno di una relazione terapeutica.

Tabella 1. - Differenze tra approcci tradizionali ai disturbi sessuali e psicoterapia cognitivo-costruttivista delle difficoltà sessuali.

	APPROCCI TRADIZIONALI AI DISTURBI SESSUALI	PSICOTERAPIA COGNITIVO-COSTRUTTIVISTA DELLE DIFFICOLTÀ NELLA SFERA SESSUALE
Cosa si intende per sessualità	La sessualità è una esperienza umana, biologicamente fondata, ma rinforzata dall'apprendimento e finalizzata alla riproduzione e/o alla ricerca del piacere. È influenzata da fattori interpersonali, sociali e culturali.	La sessualità è una esperienza umana che assume all'interno della storia individuale, sociale e di coppia significati peculiari.
Atteggiamento di fronte al sintomo sessuale	Il sintomo è qualcosa da modificare, attenuare o debellare.	Il sintomo deve essere compreso nella sua funzionalità rispetto al sistema individuale di conoscenza e all'interno della relazione di coppia.
Ruolo del terapeuta	Esperto modificatore del sintomo sessuale, è colui che sa cosa è giusto fare per attenuare la sintomatologia.	Supervisore del processo, facilitatore (base sicura) dell'esperienza, è colui che conosce il metodo, ma non l'oggetto della ricerca.
Modalità di intervento	Esercizi precostituiti "validi" per i disturbi sessuali e, in qualche caso (Kaplan, 1979), interpretazione delle dinamiche inconsce e analisi delle resistenze.	Esperienze centrate sull'individuo e/o sulla coppia da provare e su cui riflettere all'interno della relazione terapeutica.
Indicatori di successo	Concetto di cura, eliminazione o attenuazione del sintomo.	Concetto di cambiamento, comprensione del sintomo e riavvio del movimento.

L'esercizio si rifà epistemologicamente ad una impostazione che ha nella pratica clinica connotati di ripetitività e circolarità, rappresentate spesso da formule precostituite che non tengono in considerazione la specificità e l'unicità di ogni singolo utente.

Attraverso l'esperienza la persona (o la coppia) può scoprire da sé l'adattamento necessario a rispondere meglio a quanto l'ambiente le chiede, una modalità che crea opportunità di costruzione di vie percorribili: significa esplorare gli elementi di volta in volta migliori nel raggiungimento dei propri obiettivi.

In termini maggiormente operativi potrebbe essere utile pensare una serie di incontri preliminari da dedicare all'osservazione e all'assessment della coppia, finalizzati a capire come le componenti costruiscono la sessualità, intesa nelle sue molteplici sfumature, sopra esposte. In questo processo occorre considerare attentamente la motivazione e le aspettative discriminando i termini di una domanda esplicita da quelli di una richiesta implicita. Occorre poi, concordando la necessità di un intervento, esplicitare gli assunti teorico-metodologici del percorso e formalizzare l'accordo sul contratto terapeutico.

Solo in una seconda fase, concettualmente non separata dalla prima, sarà possibile dedicarsi alla terapia vera e propria che potrà o meno, a seconda dei casi, considerare l'opportunità di perseguire anche il cambiamento sintomatico nel breve periodo. Qualsiasi scelta in questo senso deve essere fortemente e attentamente valutata al fine di non colludere con il cliente o con la coppia o, peggio, con uno solo dei due componenti della coppia.

Per meglio capire in che cosa consiste, in termini teorico-applicativi, il punto di vista cognitivo-costruttivista rispetto alla clinica dei problemi della sfera sessuale qui di seguito vengono presentati in tabella (tabella 1) cinque principali differenze fra approcci tradizionali ai disturbi sessuali e psicoterapia cognitivo-costruttivista delle difficoltà sessuali.

Conclusioni

Gli elementi di novità che l'adozione di un paradigma costruttivista in psicoterapia cognitiva porta con sé sono molti, anche nell'applicazione di quest'ultimo all'ambito sessuale. Innanzi tutto il sesso viene visto come sia costruzione individuale che reciproca all'interno della coppia: perciò si dà importanza non soltanto a come l'esperienza sessuale è andata costruendosi nel corso della storia di vita personale, ma anche al ruolo che gioca all'interno della particolare relazione che la persona sta vivendo. È da ciò che deriva a sua volta il superamento sia dell'ottica esclusivamente biologico-evoluzionista, la quale definisce la sessualità in base alla ricerca di piacere o di possibilità riproduttive, sia dell'ottica comportamentista-positivista, che vede il comportamento sessuale spiegabile con meccanismi di rinforzo o punizione, a favore di una concettualizzazione dell'esperienza sessuale che tenga conto dei significati individuali e relazionali, storicamente costruiti, i quali entrano in gioco non soltanto nell'espletamento degli atti sessuali quanto nella più globale intersoggettività. Lo scopo della sessualità viene pertanto ripensato come mezzo per definire e conservare la reciprocità, attraverso la ricerca di una costituzione e del mantenimento di legami con l'altro.

Da ciò consegue in modo diretto che anche il sintomo sessuale assume una funzione nella tutela dell'integrità del proprio sistema di conoscenza e nel mantenimento della relazione fra i due partner affettivo-sessuali. Correggere la disfunzione senza prendere in esame tale funzionalità può non risolvere il problema di relazione nel quale e dal quale nasce il sintomo stesso.

Infine, il concetto di "cambiamento", anche nell'ambito delle difficoltà nella sfera sessuale, sostituisce quello di "cura", in quanto obiettivo di un processo psicoterapeutico cognitivo-costruttivista diviene quello di riattivare la capacità delle persone di rispondere in modo flessibile alle invalidazioni possibili del proprio sistema di conoscenza.

Da quanto sopra esposto emerge come il sintomo sessuale rappresenti l'esito di una costruzione di sé, dell'altro e della sessualità in senso lato, necessaria, ma non più funzionalmente flessibile. Un approccio terapeutico alle difficoltà nella sfera sessuale centrato esclusivamente sul controllo esterno del sintomo, pertanto, potrebbe risultare efficace solo nel breve e medio termine, ma non tener conto della funzione che in un determinato contesto quel sintomo svol-

ge. L'ottica costruttivista può perciò aiutare a mettere a punto strategie terapeutiche più efficaci soprattutto nel lungo termine.

Riferimenti bibliografici

- Armezzani, M. (1995). *L'indagine di personalità: Modelli e paradigmi della ricerca*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Arratia, E. U. (2009). *Terapia sexual en pareja desde la perspectiva constructivista cognitivo*. Santiago: Università del Cile.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Edimburgh: Churchill Livingstone.
- Benoni Degl'Innocenti, V., & Pesci, S. (2009). Lo sviluppo psicosessuale nel percorso di vita. *Nuovi Orizzonti*, 1, 5-9.
- Bozon, M. (2009). *Sociologie de la sexualité: Domaines et approches*. Paris: Colin.
- Bridges, S. K., & Neimeyer, R. A. (2005). The relationship between eroticism, gender and interpersonal bonding: A clinical illustration of sexual holonic mapping. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 15-24.
- Chiari, G., & Nuzzo, M. L., (1996). Psychological constructivisms: A metatheoretical differentiation. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 163-184.
- Cionini, L. (a cura di) (1998). *Le psicoterapie: Modelli a confronto*. Roma: Carocci.
- Cionini, L. (1999a). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In O. Codispoti & C. Clementel (a cura di). *Psicologia clinica: Modelli, metodi, trattamenti* (pp. 287-299). Roma: Carocci.
- Cionini, L. (1999b). *Psicoterapia cognitiva: Teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Cionini, L., & Ranfagni, C. (2009a). Dal setting descrittivo al setting funzionale: regole d'improvvisazione nel gioco della terapia. In C. Loredano & F. Acri (a cura di), *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento* (pp. 172-222). Milano: Franco Angeli.
- Cionini, L., & Ranfagni, C. (2009b). Dire, fare, imparare: un modello di formazione alla psicoterapia in ottica cognitivo-costruttivista. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 42-62.
- Dettore, D. (2001). *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. Milano: McGraw-Hill.
- Fossi, G., & Mascari, P. (2004). *L'immaginario: Fantasie e sessualità*. Milano: Franco Angeli.
- Glaserfeld, E. von (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality: How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism* (pp. 17-40). New York: Norton. (trad. it. Una introduzione al costruttivismo radicale. In Watzlawick P., a cura di, *La realtà inventata*. Milano: Feltrinelli 1988)
- Heiman, J., Lo Piccolo, J., Lo Piccolo, L. (1977). *Becoming orgasmic: A sexual growth programme for women*. New York: Prentice Hall.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner-Mazel.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs (Vols 1-2)*. New York: Norton. (Reprinted ed. London: Routledge, 1991) (trad. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Cortina, 2004)
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia.
- Liotti, G. (1996). Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni. In B. G. Bara (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva: Patologie (Volume III)* (pp. 105-133). Torino: Bollati Boringhieri.

- Lo Piccolo, J., & Lo Piccolo, L. (1978). *Handbook of sex therapy*. New York: Kluwer Academic-Plenum.
- Mancioli, M. (2010). *Scorcio costruttivista alla sessuologia*. Pisa: Università di Pisa.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Brown.
- Mollen, D., & Stabb, S. D. (2010). Women's sexuality and meaning making. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 295-320.
- Ortu, M. C. (1998). Un approccio costruttivista alla terapia di coppia: illustrazione di un caso clinico con particolare attenzione alle modalità di relazione e di intervento. In G. Chiari & M. L. Nuzzo (Eds), *Con gli occhi dell'altro* (pp. 139-152). Padova: Unipress.
- Pesci, S. (2006). *La diagnosi transitiva: Il processo psicodiagnostico nella prospettiva costruttivista*. Unpublished Master's Thesis. Firenze: Università degli Studi di Firenze.
- Rubio, E. (1994). Introduccion al estudio de la sexualidad humana. In Conapo (Ed.), *Antologia de la sexualidad humana* (pp. 17-46). Mexico: Porrúa.
- Sewell, K. W. (2005). The experience cycle and the sexual response cycle: conceptualization and application to sexual dysfunctions. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 3-13.
- Veglia, F. (1996). I disturbi sessuali. In B. G. Bara (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva: Patologie (Volume III)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Zumaya, M., Bridges, S. K., Rubio, E. (1999). A constructivist approach to sex therapy with couples. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 185-201.

L'Autore

Simone Pesci, psicologo, psicoterapeuta specializzato presso il CESIPc con orientamento cognitivo-costruttivista, svolge attività clinica presso il Centro Studi Specialistici Kromos di Firenze, ed è ricercatore e formatore presso l'ISFAR-Istituto Superiore Formazione Aggiornamento e Ricerca.

Email: simonepesci@isfar-firenze.it



Citazione (APA)

Pesci, S. (2015). Psicoterapia cognitivo-costruttivista delle difficoltà nella sfera sessuale. *Costruttivismi*, 2, 112-124. doi: 10.23826/2015.01.112.124