

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

CAPITOLO 1 EVOLUZIONE DELLA SESSUOLOGIA

L'attenzione dell'uomo alle **problematiche sessuologiche** è presente fin dai primordi della storia.

L'approccio alle problematiche sessuali è andato evolvendosi con il progredire delle scienze e il modificarsi dei costumi. Lentamente la **sessuologia** e il trattamento dei disturbi sessuali sono entrati nel campo delle scienze, accanto alla psicologia, la sociologia e la medicina.

L'uomo si evolve, **la coppia** di oggi ha altre necessità e altri problemi, o meglio le stesse necessità e gli stessi problemi necessitano di soluzioni più complesse, il costume e l'organizzazione sociale diventano sempre più complessi, e lo stesso fanno anche i **problemi sessuali**.

CAPITOLO 2 L'APPROCCIO MANSIONALE INTEGRATO

La **Terapia Mansionale Integrata (TMI)** è una terapia strategica.

Lo scopo non è solo la scomparsa del sintomo ma anche il mantenimento del risultato raggiunto.

Perché la risoluzione del sintomo sessuale sia stabile, è necessario che cambino nella coppia i comportamenti, le emozioni, le convinzioni sulla sessualità, nonché che si modifichi l'interazione reciproca di questi elementi.

La TMI è una terapia sostanzialmente di coppia; i suoi principi possono essere applicati anche a terapie individuali, si verranno però a modificare alcune caratteristiche significative, la principale delle quali è la ricerca della cooperazione e dell'intimità di coppia.

I primi **colloqui** sono utilizzati per la ricostruzione del problema e la sua ridefinizione in termini adeguati alla terapia, per la formulazione del contratto o l'invio ad altro specialista. Ogni seduta inizierà con l'**analisi delle mansioni svolte** e terminerà con la **prescrizione delle mansioni successive**.

La terapia si struttura in **quattro fasi** che seguono l'ideale cammino della scoperta di sé alla scoperta della coppia.

La TMI è una **terapia breve**; la durata prevista è di solito compresa fra i 4 e i 12 mesi con sedute settimanali.

La TMI si articola su alcuni **temi principali**: la ricerca di un'intimità di coppia sempre maggiore e la costruzione di un rapporto di alleanza e cooperazione, l'esposizione graduale alle emozioni

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

sessuali, lo sviluppo dell'aspetto genitale della sessualità.

È infatti utile, più spesso di quanto non si supponga, fornire **informazioni tecniche anatomo-fisiologiche**, chiarimenti su comportamenti sessuali, seguendo una sorta di filo continuo che riconduca pregiudizi, paure, fantasmi su un piano di conoscenza e realtà.

Le TMI sono terapie esplicitamente direttive. Il terapeuta dovrà rappresentare la base sicura da cui la coppia può partire per compiere esplorazioni sempre più lunghe e complesse nel mondo della sessualità.

CAPITOLO 3 CENNI DI METAPSICOLOGIA

Nel rapporto dell'uomo con il mondo, possiamo distinguere due aspetti che funzionano in stretta correlazione influenzandosi reciprocamente: l'**aspetto valutativo** e l'**aspetto operativo**.

L'aspetto valutativo consiste nella tendenza a migliorare costantemente la propria capacità di fare previsioni su di sé e sull'ambiente.

Negli esseri umani il **sistema predittivo**, che funziona operando discriminazioni sempre più fini sulla realtà, si esprime a livello della coscienza attraverso pensieri ed emozioni:

- **Pensieri:** permettono previsioni molto precise e comunicabili agli altri attraverso il linguaggio.
- **Emozioni:** costituiscono un sistema valutativo più arcaico e probabilmente meno individualizzato.

Il sistema valutativo di ciascun individuo è determinato in parte **geneticamente**, in parte attraverso l'**apprendimento** e in parte attraverso l'**esplorazione**.

L'aspetto operativo consiste nelle azioni dell'individuo che tendono a modificare l'ambiente per renderlo a lui più favorevole, ovvero più comprensibile e gestibile.

L'aspetto operativo comprende **comportamenti** e **relazioni interpersonali**.

Tra i due aspetti (valutativo e operativo) **si crea un circolo di ricorsività** in cui le aspettative determinano i comportamenti e i comportamenti modificano le aspettative.

CAPITOLO 4 L'ATTACCAMENTO

La **massimizzazione della capacità predittiva** è il modo in cui un sistema vivente tende a permanere tale, in tutto o in parte, per un tempo più lungo possibile; tende cioè a sopravvivere, persistere e replicare.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

La relazione di attaccamento è selettivamente premiata perché è predittivamente vantaggiosa:

- Quanto più si scende nella scala biologica (animali), tanto più vale il **determinismo istintuale**: l'individuo nasce con un patrimonio fisso di costrutti, geneticamente determinati, che sostanzialmente non modifica durante la sua esistenza e trasmette immutato alla prole. Laddove tale patrimonio di costrutti si dimostri inadeguato, l'individuo muore.
- Al contrario, ai vertici della scala biologica (uomo), i geni codificano non soltanto una serie di costrutti ma la possibilità di apprendere e generare nuovi costrutti con un evidente vantaggio predittivo: **imparare dall'esperienza e poterla trasmettere**. Alla trasmissione genetica si affianca una nuova modalità di trasferimento trans generazionale dei costrutti: la **trasmissione culturale** attraverso, principalmente, il comportamento di attaccamento/accadimento.

L'attaccamento, dunque, costituisce il legame tra innato ed acquisito, in quanto è la tendenza innata ad apprendere da un adulto la capacità di apprendere autonomamente disposizioni non innate.

L'ATTACCOMENTO COME RELAZIONE INFORMATIVA

Consideriamo l'**attaccamento** una relazione privilegiata con un adulto che viene geneticamente previsto come fonte autorevole e attendibile di informazioni. È la relazione, in genere, con la madre o con un suo sostituto, all'interno della quale avviene la prima e fondamentale discriminazione tra **sé** e **altro**.

Tutto ciò che verrà costruito in seguito sarà necessariamente subordinato a questa primaria discriminazione.

Per sviluppare un buon comportamento di attaccamento, il bambino deve sperimentare di **essere amato** dagli altri e di **essere amabile**, cioè in grado di suscitare negli altri reazioni positive.

La principale necessità del bambino è dunque quella di sentirsi amato di un amore particolare che non dipende dalle sue prestazioni, dalla sua bellezza o simpatia ma è **assolutamente gratuito**, non lo deve conquistare e gli è dato per il solo fatto di esistere.

La convinzione circa la propria amabilità si sviluppa attraverso l'**esplorazione**: il bambino lasciato libero di avventurarsi nel mondo circostante sperimenterà di essere in gamba e forte, mentre se ciò gli viene impedito in nome di presunti pericoli incombenti si convincerà di essere debole e incapace e quindi cercherà sempre dei rapporti di dipendenza da cui ricevere la protezione che ritiene indispensabile.

Decisivi per lo sviluppo di un attaccamento soddisfacente sono la capacità dei genitori di fornire al bambino una **base affettiva sicura e stabile** e l'**incoraggiamento ad esplorare** proprio a partire da questa base.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

I CRITERI EPISTEMOLOGICI

Le due strategie di massimizzazione della capacità predittiva sono:

- **Conoscenza appresa:** sottolinea la disponibilità ad accettare per buone le previsioni fatte da un altro riconosciuto come autorevole (attaccamento).
- **Conoscenza speculativa:** pone l'accento sulla capacità autonoma del soggetto di sottoporre a verifica sperimentale le proprie previsioni (esplorazione).

Esiste tra le due un **rapporto di ricorsività**: la conoscenza appresa (inizialmente predominante) definisce come si ottiene e che valore abbia la conoscenza speculativa ma è poi quest'ultima a ridefinire il valore della conoscenza appresa.

Il rapporto che regola i due tipi di conoscenza può essere:

- **Simmetrico:** la conoscenza appresa rinforza la conoscenza speculativa che, a sua volta, valida la conoscenza appresa e così via (es. *Io credo in te, tu credi in me → Quindi io credo sia giusto credere in me → Questo mi spinge a credere ancora di più in te*).
- **Complementare:** una delle due strategie invalida l'altra e diviene assolutamente predominante e obbligata (es. *Io credo in te, tu non credi in me → Io credo in te ma non in me [la conoscenza appresa invalida quella speculativa]; io credo in me ma non credo in te qualsiasi cosa tu creda [la conoscenza speculativa invalida quella appresa]*).

LA CLASSIFICAZIONE DELL'ATTACCAMENTO

L'attaccamento è stato studiato direttamente nei bambini identificandone tre tipi principali:

- **Attaccamento sicuro:** c'è simmetria tra conoscenza appresa e conoscenza speculativa.
- **Attaccamento insicuro ambivalente:** c'è complementarietà tra conoscenza appresa e conoscenza speculativa, in particolare la conoscenza appresa invalida quella speculativa.
- **Attaccamento insicuro evitante:** c'è complementarietà tra conoscenza appresa e conoscenza speculativa, in particolare la conoscenza speculativa invalida quella appresa.

Attaccamento sicuro ad un modello di sé positivo corrisponderà un modello della figura di attaccamento altrettanto positivo: la fiducia nella figura di attaccamento genererà fiducia in se stessi in un circolo positivo di continuo, reciproco rinforzo.

Tale comportamento di attaccamento si fonda sulla **convinzione di essere amati e di essere amabili**. Sono persone che riescono a sopportare anche distacchi prolungati e non temono di essere abbandonati; il mondo è considerato buono e fonte di gratificazione e per questo l'esplorazione è facilitata.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Attaccamento insicuro ambivalente è il caso in cui ad un modello dell'altro positivo e affidabile corrisponde un modello di sé negativo e inaffidabile. Il soggetto si fida della figura di attaccamento la quale non si fida di lui e così il soggetto non si fida di sé: la conoscenza appresa invalida quella speculativa. **Il bambino si ritiene amato ma non amabile.**

Il piccolo non ha la certezza che il genitore sia disponibile o pronto a rispondere in caso di suo bisogno e per questo sperimenta un'intensa angoscia di separazione, tende ad aggrapparsi e l'esplorazione gli crea molta ansietà.

Tali soggetti vivono con estrema ansia i rapporti affettivi, nel costante timore di perderli e non sono mai certi della disponibilità degli altri nei loro confronti.

Richiedono continue prove di affetto, non sopportano neppure distacchi transitori e usano aggrapparsi ai loro partner e controllarli strettamente per impedire loro qualsiasi allontanamento.

Purtroppo non si rendono conto che proprio questo esasperato controllo **li conduce spesso ad essere abbandonati**, il che conferma la loro idea circa l'indisponibilità degli altri e li spinge nel rapporto successivo ad essere ancora più appiccicosi, creando così un circolo vizioso che si auto mantiene.

Tali individui, oltre a dubitare della disponibilità degli altri, **dubitano fortemente anche della loro capacità di affrontare la vita** senza un appoggio e si immaginano deboli e sprovveduti di fronte ad un modo pieno di insidie e minacce; ciò si sviluppa in seguito all'**iperprotettività** dei genitori che frustrano ogni comportamento esplorativo autonomo del bambino.

Hanno poca fiducia in sé e negli altri e **instaurano dei rapporti che sembrano perfetti**, tanto che i due sembrano una persona sola e vivono l'uno attraverso l'altro. In realtà tale **simbiosi** non è altro che un patto di solidarietà per sconfiggere il terrore della solitudine: **l'altro è utilizzato per soddisfare un proprio bisogno.**

L'emozione di fondo predominante è la **colpa**, intesa come sentimento di inidoneità nel senso di non essere mai come si dovrebbe essere.

Attaccamento insicuro evitante è quello in cui, ad un modello di sé positivo ed affidabile corrisponde un modello dell'altro negativo ed inaffidabile.

Il soggetto si fida solo di sé stesso, rifiuta di riconoscere in sé alcuna debolezza e non richiede mai soccorso agli altri. La conoscenza speculativa ha predominanza assoluta e invalida la conoscenza appresa. **L'individuo si ritiene non amato e si pone il problema della propria amabilità solo marginalmente** in quanto non c'è una figura di attaccamento disponibile a rispondere alle sue richieste di prossimità.

Tradizionalmente vengono diagnosticati come **narcisisti** o persone con un **falso sé**.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Questo tipo di attaccamento **è il risultato di una storia di rifiuti** opposti alle richieste innate di conforto e protezione del bambino.

Le emozioni predominanti in questo tipo di attaccamento sono la **tristezza** e il **dolore**.

ATTACCAMENTO E RELAZIONI AFFETTIVE

L'attaccamento tende a diminuire nel corso dello sviluppo sino ad estinguersi quando l'individuo ha imparato dall'altro ad imparare da solo e può quindi creare nuove ed originali risposte ai vecchi e, soprattutto, ai nuovi problemi.

L'adulto possiede **entrambe** le strategie di accrescimento della propria capacità predittiva (**conoscenza appresa e speculativa**) e le potrà usare con più o meno libertà congiuntamente oppure sarà costretto in modo coatto ad utilizzare una sola strategia, essendo l'altra non costruita e quindi impraticabile.

La differenza tra l'attaccamento infantile e le successive relazioni affettive sta:

- **Nell'unicità della fonte:** c'è un'unica figura di attaccamento (quasi sempre la madre).
- **Nella quasi inesistenza della conoscenza speculativa (esplorazione):** ciò rende l'attaccamento la sola strategia percorribile.
- **Nell'attesa geneticamente determinata di affidabilità:** la figura di attaccamento non viene scelta come invece vengono selezionati i partner futuri.

Nella scelta della strategia di interazione con l'altro, gli **individui con criteri epistemologici simmetrici** saranno portati alla **cooperazione** perché non vedono incompatibilità tra il proprio successo e quello dell'altro.

Al contrario, gli **individui con criteri epistemologici complementari** useranno come modello d'interazione privilegiato quello della **competizione**.

In particolare:

- L'individuo insicuro ambivalente porrà sé come debole e l'altro come forte.
- L'individuo insicuro evitante porrà sé come forte e l'altro come debole.

Queste modalità di rapporto tendono a perpetuarsi anche durante l'età adulta perché ognuno assimila le nuove persone con cui entra in contatto con le precedenti esperienze vissute e avrà nei confronti di queste persone aspettative e comportamenti che finiranno per ripetere la trama affettiva già vissuta, in una replica senza fine della stessa recita.

CAPITOLO 5 LE ESPERIENZE DELLA MATURAZIONE SESSUALE

Inizialmente il neonato vive in una simbiosi assoluta con la madre; non sa che la madre e il mondo sono al di fuori di lui, non sa che esiste qualcosa che non sia se stesso.

Questa prima fase viene superata grazie alle prime **frustrazioni** che sperimenta; ad esempio,

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

se ha fame e il seno non arriva questa è l'occasione per iniziare a operare una prima **discriminazione** tra sé e altro da sé.

Infatti, se la fame, per quanto desideri togliersela, resta, vuol dire che sta dentro di lui; mentre se il seno, nonostante lo voglia con tutto se stesso, non arriva, vuol dire che non fa parte di lui.

Dopo aver scoperto di non essere il tutto, il bambino evolve verso una fase di **egocentrismo assoluto**: ritiene di essere il centro del mondo ed egli vede il proprio punto di vista, i propri desideri, i propri bisogni come gli unici esistenti, le altre persone sono al suo servizio. Spesso è la nascita di un fratellino che lo sposta da questo ideale centro del mondo.

Più avanti, durante il periodo che precede la pubertà, l'egocentrismo si allarga ai compagni dello stesso sesso, diviene una sorta di **egocentrismo di genere**.

Gruppi di sesso diverso si fronteggiano, si prendono in giro, ma il contatto personale è evitato: l'altro sesso è troppo sconosciuto e fa paura. L'identificazione avviene per reciproca contrapposizione.

Con l'avanzare della pubertà e dell'adolescenza inizia il desiderio, ancora timoroso ma intenso, dell'altro sesso.

Con l'esperienza del **primo innamoramento** il ragazzo scopre la femminilità in generale, che è riassunta completamente nella ragazza che lo affascina: essa è l'universo donna, l'archetipo del totalmente altro, possiede tutte le meraviglie che gli erano sconosciute e tutte al massimo grado. Contemporaneamente si scopre "uomo" attraverso gli occhi di lei, che come tale lo vedono.

Più tardi, infine, **si delineano più nettamente i contorni dei singoli altri** per cui scopre non più la donna in generale ma tante ragazze, ognuna diversa dalle altre, e scopre inoltre che ognuno è qualcosa di specifico e originale e non semplicemente un maschio o una femmina.

N.B. Lo stesso vale, ovviamente, per lo sviluppo della ragazza.

LA PROGRESSIVA SCOPERTA DEL PROPRIO CORPO

Le prime **manipolazioni genitali** si hanno intorno ai 6 mesi, quando diventa possibile il controllo volontario dei movimenti, mentre auto stimolazioni vere e proprie si presentano intorno ai 2/3 anni con un forte incremento verso i 5/6 anni.

Durante il **periodo di latenza** (dai 6 anni fino alla pubertà) si verificano frequentemente **esperienze a carattere omosessuale** che tuttavia non hanno alcun significato per la successiva vita sessuale.

L'unico rischio è che il ragazzo le viva con un enorme senso di colpa e con la paura di avere tendenze omofile, di non essere normale e quindi eviti contatti con l'altro sesso anche durante

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

l'adolescenza. In realtà questi **giochi esplorativi** (es. *misura dei genitali, gare di potenza urinaria, masturbazione in gruppo*) rispondono semplicemente all'esigenza di un rafforzamento della propria identità sessuale nel confronto con coetanei dello stesso sesso.

Con la tempesta ormonale che dà inizio alla **pubertà** si assiste ad un'intensa accelerazione dell'accrescimento somatico, alla comparsa dei **caratteri sessuali secondari** e a complessi fenomeni psicologici caratterizzati dall'inizio del desiderio sessuale vero e proprio.

Per le ragazze la **prima mestruazione** è un'esperienza di grande importanza, in quanto sottolinea inequivocabilmente la loro femminilità e la possibilità di generare l'accettazione gioiosa o il rifiuto dell'essere donna si manifesta allora nettamente. Molte attendono serenamente tale evento e mostrano orgoglio all'idea di essere finalmente "grandi"; altre, invece, lo temono e pensano si tratti di qualcosa di vergognoso, impuro e persino pericoloso.

La preparazione ricevuta e l'atteggiamento degli adulti influenzano moltissimo il vissuto dell'adolescente.

La stessa preparazione è utile per i ragazzi che vanno incontro ai **primi sogni erotici** accompagnati da **polluzioni notturne** che, seppure non sgradevoli, possono essere motivo di ansie e interrogativi inespressi.

In questo periodo di tumultuoso sviluppo corporeo si ha una caratteristica **recrudescenza della masturbazione** che acquista il significato di un'esplorazione di questo nuovo corpo e delle nuove intense emozioni sessuali di cui è capace.

Nelle ragazze l'aspetto fisico della masturbazione è meno evidente che nei ragazzi seppure in costante aumento rispetto al passato; ciò dipende probabilmente dal fatto che i genitali sono sviluppati soprattutto internamente, e quindi una manipolazione casuale durante le pratiche igieniche è meno probabile, e dalla maggiore diffusione delle zone corporee in grado di provocare piacere erotico, che non sono concentrate nell'area genitale come nell'uomo. A ciò si aggiunga che, sin dalla primissima infanzia, le manifestazioni sessuali delle bambine sono decisamente scoraggiate molto più di quelle dei maschietti.

Recenti studi sistematici sulle fantasie masturbatorie hanno mostrato come esse rappresentino un cammino di progressivo avvicinamento al rapporto eterosessuale, desiderato e temuto a un tempo; in una prima fase **le fantasie riguardano dei sostituti genitoriali** (*insegnanti, parenti, adulti, educatori*) verso i quali si ha una riaccensione dei desideri edipici, più avanti acquistano un **carattere francamente omosessuale**, per giungere infine ad immaginare un vero **rapporto eterosessuale**.

In sintesi, **l'esperienza autoerotica non va considerata una patologia dello sviluppo** ma una tappa nella progressiva scoperta e appropriazione del proprio corpo in vista del rapporto reale con l'altro sesso e un momento significativo nella creazione di una propria intimità.

LA PROGRESSIVA INTEGRAZIONE DELLA SESSUALITÀ

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

All'interno del gruppo adolescenziale si sviluppano delle **amicizie privilegiate tra persone dello stesso sesso** (*l'amica/o del cuore*) che hanno l'aspetto di un vero e proprio **innamoramento** e costituiscono una sorta di prova generale per la successiva relazione di coppia eterosessuale.

Una sessualità matura è una sessualità integrata, che si esprime sia sul piano fisico, che affettivo, che cognitivo con la stessa intensità verso la stessa persona.

Durante l'adolescenza, al contrario, si assiste ad una **marcata frattura tra l'aspetto genitale e quello affettivo**. È frequentissimo, ad esempio, che la ragazza di cui un 13enne è follemente innamorato non sia l'oggetto dei suoi desideri sessuali, che sono invece rivolti verso altre ragazze per le quali non prova alcun effetto e stima.

Nella nostra cultura i ragazzi e le ragazze sembrano percorrere itinerari differenti. Il ragazzo, in linea di massima, sente prima e più intensamente la spinta genitale e solo più tardi vi integra l'affettività, mentre per la ragazza sembra avvenire esattamente l'opposto.

Una volta formatasi, la **coppia adolescenziale** si immerge nella meravigliosa esperienza dell'innamoramento che viene immaginato eterno e confuso con l'amore.

Trascorso il periodo intenso dell'innamoramento **raramente la coppia adolescenziale riesce a sviluppare una relazione amorosa** perché i due non sono ancora in grado di uscire da se stessi per occuparsi sinceramente del bene dell'altro e così, piano piano, **il rapporto si raffredda e termina**.

L'adolescente è capace soltanto di una **relazione captativa** in cui l'altro è desiderato per il piacere che ci dà e lo si vuole possedere per le sensazioni intense che suscita in noi, ma quando non è più in grado di provocare in noi tali emozioni perde d'improvviso ogni interesse.

Un altro motivo di fallimento delle coppie adolescenziali è la ben nota **instabilità** di questa età, durante la quale si vivono rapidi e intensi cambiamenti, si diventa diversi in pochi mesi, si scoprono nuove esigenze e si abbandonano continuamente vecchi interessi: l'adolescente non ha ancora trovato se stesso e per questo non può impegnarsi in relazioni durature.

IL PROGRESSIVO AUMENTO DELLA CAPACITÀ DI SCEGLIERE

Tre mutamenti cognitivi avvengono progressivamente **nel periodo pre-puberale e nella prima adolescenza** che rendono possibile la costruzione di una morale.

Primo mutamento: il bambino piccolo utilizza un **pensiero concreto** che tiene conto soltanto di oggetti e fatti reali, mentre l'adolescente è in grado di fare ricorso a **concetti astratti**.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Secondo mutamento: il bambino vive costantemente nel presente e non riesce ad immaginarsi lunghi periodi di tempo. La **capacità di vedersi nel tempo**, di immaginarsi nel futuro è, del resto, condizione indispensabile per organizzare un progetto per la propria esistenza.

Terzo mutamento: riguarda il **rapporto con le norme**.

- **Prima dei 5/6 anni si ha la fase dell'anomia** in cui il bambino vive ignorando del tutto le regole sociali, tanto che sono difficilissimi giochi organizzati tra i coetanei perché ognuno, di fatto, gioca per suo conto.
- **Dai 6 ai 10 anni sopraggiunge la fase dell'eteronomia** ed il bambino acquista la capacità di rispettare le regole dategli dagli adulti senza tuttavia comprendere il senso e lo scopo che le ha ispirate: in questa età riesce molto bene nei giochi di squadra anche con regole molto complesse, ma è del tutto incapace di inventare lui stesso un complesso di regole per un gioco.
- **L'adolescenza è il tempo della conquista dell'autonomia** e si apre con un palese rifiuto di tutte le regole fino ad allora apprese passivamente. Ma non c'è affatto da preoccuparsi: egli sta semplicemente riesaminando criticamente tutto il sistema normativo appreso senza capirlo per coglierne il senso e l'utilità ed appropriarsene definitivamente.

LA MATURITÀ SESSUALE

La **maturità** non è un punto di arrivo raggiunto una volta per tutte, non è stabilità ed equilibrio ma piuttosto capacità di cambiamento continuo alla ricerca di nuovi e migliori equilibri tra sé, il mondo e gli altri, tutti elementi che mutano nel tempo e non possono dunque rimanere tra loro nella medesima relazione.

Questo progressivo cammino si svolge lungo due dimensioni che non si finisce mai di conquistare: l'**autoconsapevolezza** e il **protagonismo**.

L'itinerario dell'autoconsapevolezza parte dal neonato che non sa neppure di esistere e non sa distinguersi dall'altro, e giunge fino al vecchio che serenamente riesce a guardare con soddisfazione i propri pregi e con benevolenza i propri difetti e può accettarsi senza maschere e senza finzioni.

Il protagonismo, vale a dire la capacità di autodeterminare la propria vita operando di volta in volta scelte coerenti al proprio progetto esistenziale, necessita di uno spirito critico e soprattutto dei criteri per operare le scelte.

Anche **essere coppia** non è un dato che vale una volta per tutte ma **una realtà dinamica** che va costruita giorno per giorno e ogni tappa di questa vicenda a due è punto di arrivo e di partenza contemporaneamente, in cui occorre reinventarsi il futuro; questo vale per il momento in cui ci si conosce, per l'innamoramento, il fidanzamento, il matrimonio, la nascita dei figli, il distacco dei figli, la morte.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

CAPITOLO 6 LA RELAZIONE DI COPPIA

Nella vita esistono due tipi di giochi:

- **I giochi a somma zero:** la vittoria di uno coincide con la sconfitta dell'altro, i due sono in competizione diretta e per vincere è necessario che l'altro perda (*es. i giochi con le carte*).
- **I giochi a somma diversa da zero:** o si vince insieme o si perde insieme e anzi, tentare di sopraffare l'altro conduce entrambi alla sconfitta (*es. relazioni di coppia*).

Molti guai nascono dal vivere le relazioni interpersonali come se fossero dei giochi a somma zero, ricercando quindi la propria vittoria sull'altro e costruendo in tal modo la comune sconfitta.

In molte coppie, ad esempio, due partner fanno di tutto per poter comandare, per essere superiori all'altro e quando ci riescono hanno l'impressione illusoria di aver vinto ma in realtà **hanno perso un partner e guadagnato uno schiavo** e la coppia non è più tale.

Tutte le relazioni sociali sono giochi a somma diversa da zero e basta guardare al di là del proprio interesse immediato per capire che l'altro non è un nemico ma un partner e il suo vantaggio non va a detrimento del proprio ma vi coincide esattamente.

VINCERE INSIEME O PERDERE

Essere **buoni**, cioè **cooperativi**, non significa essere deboli e permettere all'altro qualsiasi cosa, in quanto ciò non soltanto danneggia l'interesse del soggetto ma in qualche modo non è neppure educativo nei confronti dell'altro che, vedendo premiato il suo comportamento aggressivo, continuerà a utilizzarlo; **chi non reagisce mai si rende involontariamente corresponsabile del proliferare dell'aggressività perché rende vantaggiosa la prepotenza.**

Mentre nei giochi a somma zero è utile essere **imprevedibili**, tenere nascoste le proprie intenzioni per poter battere l'avversario con una mossa a sorpresa, nei giochi a somma diversa da zero la **sincerità** e la **prevedibilità** sono molto più efficaci, perché consentono all'altro di sapere cosa fare per cooperare: l'altro infatti non è un nemico da battere, ma un socio con cui dividere gli utili della comune impresa.

LA COMUNICAZIONE NELLA COPPIA

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Parlarsi non è affatto l'unico modo di comunicare: **ogni gesto, ogni comportamento, ogni movimento del corpo veicola un messaggio**, che lo si voglia o no.

L'aspetto di relazione è trasmesso più che con le stesse parole, attraverso i canali comunicativi non verbali: il tono di voce, lo sguardo, la postura del corpo, la vicinanza, la mimica facciale.

In una relazione più funzionale, sia essa di coppia o di gruppo, i partecipanti dedicano del tempo a **parlare esplicitamente della loro relazione e risolvere i conflitti**. Insomma, se c'è qualcosa nel comportamento di un altro che ci disturba, la cosa migliore è dirglielo, invece di comportarci in modo da farglielo capire, perché non è affatto detto che ciò avvenga.

CONFLITTO E DIALOGO NELLA COPPIA

Una coppia è tanto vitale quanto più sa vivere **il conflitto come occasione di confronto e mutamento della propria relazione**, ma spesso c'è il timore che il conflitto distrugga la coppia stessa e si preferisce **sopravvivere nell'insoddisfazione piuttosto che rischiare un cambiamento**.

Ci sono molti modi per evitare il cambiamento:

- **Negare l'esistenza stessa del disagio** sostenendo che tutti hanno problemi e bisogna sapersi contentare.
- **Interruzione progressiva della comunicazione in tutte quelle aree che potrebbero essere causa di disaccordo**, ma così facendo si finisce per avere una relazione superficiale e di circostanza su argomenti sempre più ristretti fino a che la coppia che non ha mai litigato cessa di esistere a poco a poco.
- **Spostare il conflitto su altre questioni**, per cui si litiga sempre su tutto tranne che su ciò che entrambi riterrebbero essenziale: il loro modo di stare insieme.
- **Attribuire sempre all'altro la responsabilità di come vanno le cose** e considerare il proprio comportamento come una conseguenza del comportamento dell'altro senza avvedersi che ne è contemporaneamente la causa: in tali discussioni sembra che si vada sempre alla ricerca di "chi ha cominciato per primo".

LA COMUNICAZIONE AMBIGUA

Se con le parole è facile mentire, molto più difficile è riuscirci con la **comunicazione non verbale**: il nostro corpo invia, a nostra insaputa, tutta una serie di messaggi che segnalano inequivocabilmente agli altri come ci sentiamo e cosa effettivamente pensiamo, al di là di ciò che stiamo dicendo a parole.

La **comunicazione ambigua** è frutto di disagio e di incomprensioni: spetta a chi se ne accorge per primo svelare il gioco e con sincerità dire: "Tu mi hai detto questo, ma mi sembrava invece che il tuo modo di fare volesse dire qualcos'altro".

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

CHI HA INIZIATO PER PRIMO?

Un padre e un figlio adolescente stanno discutendo. Il figlio sostiene di rispondere male perché il padre è noioso e brontola continuamente; il padre, al contrario, afferma di brontolare semplicemente perché il figlio risponde male. Chi dei due ha ragione? Tutti e due e nessuno allo stesso tempo.

Si crea in questo modo una spirale di attribuzione di colpa reciproca e il comportamento che fa soffrire i due si perpetua. Si può uscire da questo circolo vizioso iniziando a ragionare in modo diverso e invece di domandarsi: "Perché mi comporto in questo modo?" che porta alla solita risposta: "Perché lui si è comportato in questo modo con me", provare a chiedersi: "Quali effetti produrrà sull'altro questo mio comportamento, come reagirà? E quale comportamento mi conviene mettere in atto per ottenere ciò che voglio, dato che finora non ha funzionato il mio vecchio modo di fare?".

Questo significa guardare le cose dal punto di vista delle conseguenze future piuttosto che da quello delle cause passate.

CAPITOLO 7 PREMESSE E PROBLEMI

Distinzione tra:

- **Devianze/perversioni:** variabilità della pulsione sessuale e della sua estrinsecazione rispetto ad un convenzionale concetto di norma (sia quanto a oggetto di investimento sia quanto a modalità di espletamento).
- **Disfunzioni:** gamma di disturbi nel ciclo di risposta orgasmica, indipendentemente dalla modalità pulsionale.

È però chiaro che disfunzioni e devianze possono anche coesistere.

Si sono succeduti nel tempo tre modelli dell'attività sessuale:

- **Modello monobasico:** se la risposta sessuale umana viene vista nel suo complesso e nella sua totalità come un'unica entità psicofisiologica, unica e indifferenziata è da considerare anche la disfunzione sessuale, in qualsiasi modo essa si manifesti.
- **Modello bifasico:** la risposta sessuale è apparsa scomponibile in due fasi, l'eccitazione e l'orgasmo, da considerarsi diverse almeno biologicamente, in quanto governate da componenti biologiche ben distinte ed esse stesse qualitativamente diverse. Ne conseguì una classificazione delle disfunzioni in disfunzioni dell'eccitazione (impotenza e frigidity) e disfunzioni dell'orgasmo (disfunzione orgasmica e disturbi dell'eiaculazione);

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

con l'aggiunta di una terza categoria in cui la disfunzione appare essenzialmente legata all'elemento del dolore fisico (vaginismo e dispareunia).

- **Modello trifasico:** Kaplan codificò una concezione trifasica della risposta sessuale per il giusto rilievo da dare ad una fase del desiderio precedente, cronologicamente, quelle dell'eccitazione e dell'orgasmo. Ciascun disturbo è ascrivibile ad un'alterazione di una delle anzidette tre fasi (cui si aggiunge sempre la quarta categoria delle disfunzioni dolorose) e perciò per ogni disturbo si può risalire ad un differente insieme di cause; inoltre ciascun disturbo soggiace ad un meccanismo fisiopatologico diverso, ha una prognosi diversa e una terapia specifica.

Il modello trifasico è quello tuttora più seguito. Una quarta fase del ciclo di reazione sessuale, quella del ritorno ad uno stato psicofisico di quiescenza, pur se importante in termini relazionali durante un'attività di coppia, non sembra raccogliere significative e frequenti lamentele, come se per tale quarta fase non vi siano problemi disfunzionali; là dove ciò avvenga (come nei casi abbastanza rari di priapismo) la nota dominante sembra essere quella di una patologia organica più che una disfunzione sessuale.

Tuttavia, resta evidente come persistano alcuni **elementi di indeterminazione** che rendono difficile sia la classificazione che, a volte, lo stesso riconoscimento dell'esistenza di una disfunzione.

Parlare di **disfunzione di coppia** significa arricchire l'indagine eziologica, patogenetica, strumentale e diagnostica con lo studio delle dinamiche relazionali e includere queste anche nelle scelte terapeutiche.

LA FRIGIDITÀ

Con il termine **frigidity** si indica abbastanza concordemente un'incapacità femminile alla risposta sessuale.

Bisogna distinguere tra:

- **Anafrodisia:** generale mancanza di desiderio sessuale. Disturbo sia femminile che maschile e nosograficamente collegabile come un'alterazione della prima fase della risposta sessuale (fase del desiderio precedente).
- **Anedonia:** incapacità di sentire piacere nel rapporto sessuale. Disturbo sia femminile che maschile.
- **Frigidity:** è l'omologo dell'impotenza maschile. Riflette una situazione fisiopatologica di mancata o insufficiente vasocongestione e lubrificazione. Disfunzione della seconda fase della risposta sessuale (fase dell'eccitazione).

Con il termine **inibizione sessuale generale** si possono comprendere almeno 4 tipi di donne disfunzionali:

1. Quelle con avversione/repulsione verso la sessualità.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

2. Quelle che sono prive di sensazioni sessuali: non sensazioni, in nessuna parte del corpo, nessuna emozione.
3. Quelle che ricavano piacere dal contatto fisico ma non in forma di erotismo sessuale.
4. Quelle che soffrono soltanto di scarsa reattività allo stimolo o che hanno difficoltà ad eccitarsi sessualmente.

ORGASMO ED EIACULAZIONE

Vige la consuetudine di identificare l'**orgasmo** nell'uomo con il verificarsi dell'**eiaculazione**. I due eventi, in effetti, coincidono praticamente nella stragrande maggioranza dei casi ma non sono né sinonimi né fra loro assimilabili.

- L'**orgasmo** è un **evento sessuologico**.
- L'**eiaculazione** è anzitutto un **evento biologico**. Come tale essa è scomponibile in varie componenti e in varie fasi successive, dall'emissione del liquido seminale a opera delle vie spermatiche all'espulsione del liquido seminale con contrazioni muscolari bulbari e perineali.

Dovremmo quindi distinguere:

- Le **alterazioni dell'eiaculazione** che sono comunque connesse con disturbi dell'orgasmo e come tali rappresentabili.
- La possibilità di sperimentare l'**orgasmo senza eiaculazione**.
- La possibilità che l'**eiaculazione si verifichi ma manchi l'orgasmo**.

Una serie nosografica completa potrebbe essere la seguente:

- **Anorgasmia maschile pura non associata ad alterazioni eiaculatorie**.
- **Anorgasmia con eiaculazione anestetica**: manca, pur potendo esservene la possibilità, la percezione della connotazione piacevole delle contrazioni eiaculatorie.
- **Anorgasmia da mancata sensazione di pompa**: il liquido seminale viene emesso dal pene per sgocciolamento invece di essere eiaculato (emesso a brevi getti intermittenti con contrazioni muscolari).
- **Eiaculazione a pene flaccido**.
- **Eiaculazione precoce**.
- **Eiaculazione ritardata**.
- **Eiaculazione sejuncta**: la disgiunzione del fenomeno eiaculatorio consiste nell'impossibilità di eiaculare solo in alcuni casi, con eiaculazione normale in tutti gli altri.
- **Eiaculazione retrograda con o senza alterazioni dell'orgasmo**: in tale evenienza, che è determinata dall'incompetenza dello sfintere prostatico-vescicale al momento dell'orgasmo, il liquido seminale refluisce in vescica invece che fuoriuscire dall'uretra all'esterno (**orgasmo asciutto**).
- **Orgasmo aneiaculatorio**: mancanza della fase di emissione del liquido seminale dalle vie spermatiche (altra forma di **orgasmo asciutto**).

È intuibile come alcune condizioni (*es. anorgasmia da mancata sensazione di pompa*,

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

ejaculazione retrograda, orgasmo anejaculatorio) siano dovute a **determinanti patogenetiche** esclusivamente o quasi esclusivamente **biologiche** e altre (es. *ejaculazione sejuncta*), viceversa, esclusivamente **psicologiche**.

Distinzione tra:

- **Disfunzioni permanenti:** continuativamente presenti nel tempo.
- **Disfunzioni episodiche:** presenti soltanto saltuariamente, a tratti, e per intervalli di tempo vari.

Distinzione tra:

- **Disfunzioni assolute o totali:** si verificano con qualsiasi partner e/o tipo di modalità di rapporto sessuale.
- **Disfunzioni relative:** sono presenti solo nei rapporti con un determinato partner o in riferimento ad una determinata modalità di rapporto.

Distinzione tra:

- **Disfunzioni primarie:** si sono manifestate fin dall'inizio dell'attività sessuale di un individuo, o almeno fin dai primi suoi rapporti sessuali completi.
- **Disfunzioni secondarie:** insorgono dopo esperienze e attività considerate soddisfacenti.

LA CLASSIFICAZIONE DEL DSM III-R

I disturbi psicosessuali, nel DSM III-R sono così classificati:

- **Disturbi dell'identità sessuale:** transessualismo, disturbo dell'identità sessuale nella fanciullezza, disturbo atipico dell'identità sessuale.
- **Parafilie:** esibizionismo, feticismo, frotteurismo, pedofilia, masochismo sessuale, sadismo sessuale etc.
- **Disfunzioni sessuali:** disturbi del desiderio sessuale, disturbi dell'eccitamento sessuale, disturbi dell'orgasmo, disturbi da dolore sessuale, disfunzioni sessuali non altrimenti specificate.
- **Altri disturbi sessuali:** disturbi sessuali non altrimenti specificati.

Per i criteri diagnostici del DSM III-R per le disfunzioni sessuali, vedi **Scheda 1** allegata.

CAPITOLO 8 EZIOPATOGENESI GENERALE DEI DISTURBI SESSUALI

Disturbo sessuale: manifestazione cognitiva (di pensieri e di emozioni) e comportamentale (sia individuale che relazionale) che è considerata sgradevole dal soggetto stesso e che tende ad automantenersi.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

La **sgradevolezza** è una valutazione sperimentata normalmente in termini emotivi (*ansia, rabbia, depressione etc.*) che il soggetto fa del suo comportamento.

Non parliamo dunque di disturbo sessuale in quei comportamenti sessuali che, per quanto strani, minoritari, criticati dagli altri e persino perseguiti penalmente **non comportano un giudizio di sgradevolezza da parte del soggetto.**

La seconda caratteristica propria del disturbo sessuale è l'**automantenimento**. S'intende con ciò la creazione di un circolo vizioso tale che valutazioni e comportamenti, che si presentano come dirette conseguenze del sintomo, finiscono proprio per rinforzare il sintomo stesso (es. *il soggetto che considera fondamentale la sua prestazione sessuale e ha avuto un episodio d'impotenza si avvicinerà al rapporto successivo con un'ansia di prestazione certamente aumentata e le probabilità di fallimento saranno ancora maggiori*).

IL MECCANISMO PATOGENETICO ATTUALE

Tre impotenti possono avere alle spalle storie assolutamente diverse, esperienze opposte, atteggiamenti nei confronti di sé stessi, nei confronti del sesso e delle donne del tutto eterogenei (es. *l'uno può provare rabbia verso le donne, l'altro ansia di prestazione e un terzo senso di colpa*) eppure tutti e tre manifestano lo stesso sintomo: la mancanza di erezione. Ciò che li accomuna è il **meccanismo patogenetico attuale**.

È evidente che tale diversità comporterà una differenziazione nell'intervento terapeutico.

Ciò che caratterizza ogni **sindrome** è dunque il **meccanismo patogenetico attuale**.

- Sindrome: disturbi dell'eccitazione MPA: attivazione emotiva intensa che impedisce la vasodilatazione genitale.
- Sindrome: inibizione dell'orgasmo (anorgasmia, eiaculazione precoce/ritardata) MPA: tentativo di controllo cosciente del momento dell'orgasmo.
- Sindrome: vaginismo e dispareunia MPA: previsione di un rapporto doloroso.

LA TERAPIA

È chiaro, dopo quanto detto sopra, che **ogni singola terapia sarà originale** perché centrata sulla risoluzione di quegli specifici problemi, dell'individuo e della coppia, che innescano e mantengono il meccanismo patogenetico attuale e che le stesse mansioni acquisteranno un significato diverso e quindi saranno sottolineati aspetti diversi a seconda della problematica presentata.

La terapia sarà dunque centrata sulla risoluzione:

- Del circolo vizioso di automantenimento.
- Dell'evento patogenetico attuale.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

È evidente che **ogni coppia avrà il suo specifico trattamento** sia in termini di mansioni che di elaborazione psicoterapeutica e che sarà possibile fare un progetto preciso solo dopo un'accurata **comprensione del problema**.

CAPITOLO 9 COME SI OTTIENE IL CAMBIAMENTO

Nel secondo dopoguerra si sono sviluppate in America e rapidamente diffuse in tutto il mondo le **nuove terapie sessuali** che si caratterizzano per lo scopo che non consiste nella ristrutturazione profonda della personalità, come per la psicoanalisi e le terapie relazionali, ma direttamente nella **risoluzione del sintomo sessuale**.

Una tale scelta si basa sulla convinzione che i **problemi sessuali** non siano necessariamente fondati su disturbi profondi, ma il più delle volte su **problemi più superficiali** (es. *la previsione di una prestazione scadente, la paura di essere respinti, l'incapacità di controllare le proprie emozioni*).

Gli obiettivi delle terapie sessuali sono dunque la rimozione di questi ostacoli immediati ad una soddisfacente espressione sessuale.

I detrattori della **psicoterapia tradizionale** sostengono che il cambiamento ottenibile con queste terapie è **superficiale e come tale poco duraturo** e senza solide radici nella personalità del soggetto, e tendono dunque a relegare le terapie sessuali mansionali tra le terapie di serie B di cui si deve accontentare chi non ha il tempo, la preparazione e la disponibilità economica per affrontare una vera terapia del profondo.

Le **terapie mansionali integrate** sono attualmente la strategia terapeutica migliore per le disfunzioni sessuali, laddove queste non si radichino in problemi intrapsichici e relazionali più gravi di cui rappresentano soltanto l'espressione più evidente. Per migliore si intende che hanno una **maggiore probabilità di successo** e un **minor costo**, sia in termini economici che di tempo.

N.B. Il cambiamento ottenibile con le terapie sessuali si differenzia da quello prodotto dalla psicoanalisi soltanto per il modo con cui è ottenuto e non per stabilità, profondità o per altre qualità sue proprie!!!

DIVERSE STRATEGIE PER LO STESSO CAMBIAMENTO

La prima cosa da confutare è che le terapie sessuali si fondino esclusivamente su un modello comportamentale, per cui, senza assolutamente tener conto del mondo intrapsichico del paziente, lo si addestra a emettere certi comportamenti in certe situazioni facendoglieli apprendere con un gioco incrociato di premi e punizioni.

Le **mansioni sessuali** che vengono proposte dal terapeuta, e sperimentate dalla coppia

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

nell'intervallo tra le sedute, sono ampiamente discusse durante la successiva seduta, per esplicitare la risonanza interiore che hanno avuto, le paure che hanno sollevato, le nuove scoperte che hanno permesso.

Il **cambiamento** avviene dunque perché, comportandomi in maniera nuova e diversa, scopro che posso essere diverso, costruisco una parte di me stesso che era rimasta abortiva e quindi cambio l'idea che avevo di me stesso e degli altri.

Un'esperienza di successo tenderà ad accrescere l'autostima e la sicurezza e, di ritorno, un'accresciuta sicurezza in se stesso propizierà nuove esperienze di successo (es. per un uomo che si è sempre considerato impotente ed incapace di far felice una donna, accorgersi di poter mantenere un'erezione e di accompagnare all'orgasmo la sua partner non è semplicemente un apprendimento comportamentale, ma un'esperienza che può mettere in discussione tutta la precedente costruzione di sé come buono a nulla, che naturalmente tendeva ad automantenersi attraverso la riproposizione di esperienze fallimentari).

IL LIVELLO DI ESPRESSIONE DEL SINTOMO

Sicuramente il **sintomo**, anche il più lieve e banale, non si limita ad un comportamento, non si esaurisce in un'attività motoria, ma si accompagna ad un particolare vissuto emotivo e immaginativo e raggiungere il livello profondo delle convinzioni riguardanti il sé; per questo un **cambiamento**, perché sia duraturo, deve consistere in una modificazione del **comportamento identificato come sgradevole e patologico** ma contemporaneamente in una **modificazione del fondamento emotivo e cognitivo** sul quale il sintomo stesso si radica e che, a sua volta, non dimentichiamolo, rinforza.

Le diverse terapia si differenziano semplicemente per la **scelta di privilegiare un livello piuttosto che un altro**, di attacco del vecchio e disfunzionale modo di pensare/sentire/comportarsi; ma qualunque sia il punto di attacco scelto per iniziare il cambiamento, perché esso sia stabile si deve avere una sua **generalizzazione**, una sua induzione **a tutti i livelli**.

L'INDICAZIONE ALLA TERAPIA SESSUALE

Si assiste, talvolta, ad una patologia sessuale in **coppie con un grave disturbo relazionale di base** e qualsiasi tentativo di applicazione delle terapie mansionali risulta infruttuoso: in questo caso si pone l'indicazione per una **terapia relazionale**.

Al contrario, **altri problemi sono specifici dell'individuo** che li porta con sé per decenni, anche se finisce per attualizzarli in ogni relazione che vive: in questo caso l'approccio relazionale, pur utile, è un sentiero contorto e faticoso, rispetto ad un **intervento diretto e personale**.

Nelle terapie mansionali integrate il sintomo è al centro dell'attenzione ma non si trascurano,

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

oltre agli aspetti corporei, anche quelli intrapsichici, relazionali e culturali; si cerca infatti di capire, durante le sedute, il **significato del sintomo** a questi vari livelli, perché altrimenti ciò che non è compreso si ripresenta puntualmente, come una resistenza alla messa in atto delle **prescrizioni comportamentali** che vengono fatte alla coppia.

CAPITOLO 10 IL CONCETTO DI STRATEGIA E TATTICA TERAPEUTICA

Quando parliamo di **strategia** ci riferiamo alla scelta dei mezzi e dei tempi per il raggiungimento di scopi generali; quando invece parliamo di **tattica** lo scopo che ci prefiggiamo di raggiungere è soltanto parziale e di per sé non avrebbe significato se non costituisse una tappa intermedia verso l'obiettivo finale (*es. ipotizziamo che l'obiettivo strategico sia LAUREARSI IN MEDICINA, la tattica sarà ANDARE BENE AGLI ESAMI che a sua volta potrà articolarsi ulteriormente in SEGUIRE LE LEZIONI e STUDIARE MOLTO*).

LA SCELTA DEGLI OBIETTIVI E LA LORO GERARCHIA

In una **terapia per l'eiaculazione precoce** saranno da considerare **obiettivi strategici**:

- a. Acquistare il controllo eiaculatorio abituandosi ad una percezione più attenta del piacere sessuale.
- b. Aumentare la propria autostima e soddisfazione riconquistando una buona vita sessuale.

Al contrario, saranno **obiettivi tattici** per il raggiungimento dei precedenti:

- a. Accorgersi quando il piacere sessuale sta arrivando al culmine masturbandosi da solo e poi facendosi masturbare dalla partner.
- b. Sconfiggere l'idea che esista una durata fissa dell'erezione attraverso la lettura di testi e il dialogo con altri uomini.
- c. Riuscire a portare la partner riluttante in terapia parlandole di quanto il problema sia grave per lui.
- d. Scoprire che può far godere la partner in molti altri modi che non siano la penetrazione prolungata, al fine di demitizzare l'importanza e diminuire l'ansia di prestazione.

Una terapia strategica è una terapia con un progetto esplicito e condiviso dai contraenti del contratto terapeutico che sanno quali sono i rispettivi impegni, quali gli obiettivi che si tenta di raggiungere e quanto, orientativamente, il tempo necessario per farlo. Lavorare con un progetto vuol dire dunque avere degli obiettivi ben definiti e, per quanto possibile, concreti che **motivano esplicitamente quanto si va facendo in terapia e permettono quindi di valutarne l'efficacia**.

LE INFORMAZIONI NECESSARIE PER COSTRUIRE UN PROGETTO

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Prima di prendere la decisione di iniziare una terapia mansionale e di definire dunque un **contratto terapeutico**, il terapeuta devono chiarire, almeno in linea di massima, quattro aspetti:

- Cosa si vuole ottenere, sia nel senso delle attese del cliente, sia nel senso delle reali possibilità, e definire ciò nel modo più concreto possibile.
- Andranno definite le tappe intermedie che condurranno dalla situazione attuale, giudicata come insoddisfacente, alla situazione finale auspicata; si tratta quindi di frammentare l'obiettivo finale in obiettivi parziali e di stabilire in quale successione saranno perseguiti.
- Andrà precisato quali ostacoli si incontreranno presumibilmente e su quali risorse si potrà contare.
- Andranno definiti degli indicatori estremamente concreti sui quali misurare il procedere della terapia e il raggiungimento del risultato finale.

Questo stesso procedimento, sebbene semplificato (cosa voglio ottenere e come penso di farlo), **andrà ripetuto prima di ogni nuova seduta** che si raccorderà così al progetto generale dell'intervento.

È necessario non dare nulla per scontato, infatti il cliente stesso ha spesso le idee molto confuse. Quello che è certo è che le strade di risoluzione del problema fino ad allora tentate non hanno avuto buon esito e anzi, frequentemente, hanno rinforzato e mantenuto il problema. Anche questi tentativi di **auto-terapia** vanno conosciuti e analizzati perché ricchi di informazioni sul modo in cui il soggetto costruisce se stesso e la sua sessualità.

LA PROFONDITÀ DELL'INTERVENTO

Le terapie mansionali integrate sono mirate non ad una ristrutturazione complessiva della personalità ma alla **risoluzione stabile e duratura del sintomo**.

Il criterio che ci dovrà guidare sarà dunque quello economico del **minimo sforzo a fronte del massimo rendimento**: vale a dire che si dovrà cambiare solo ciò che è necessario per rimuovere il sintomo e soddisfare le richieste del paziente, ossia **ottenere il minimo cambiamento stabile possibile**.

Ovviamente, quanto più il sintomo è radicato nella personalità, tanto più l'intervento dovrà essere necessariamente profondo e ristrutturante ma, laddove non ce ne sia la necessità, non è opportuno procedere oltre.

Qualora poi il paziente avvertisse, a conclusione della terapia, la necessità di capire e migliorare altri aspetti di sé, si porrà eventualmente l'indicazione per un nuovo contratto e un'ulteriore psicoterapia.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

LE AREE LIMITROFE AL PROBLEMA PRESENTATO

La sessualità non è un settore staccato della persona ma parte integrante di tutto l'essere; è dunque inevitabile che, affrontando le tematiche sessuali, emergano problemi anche di altro genere. Si tratta di decidere di quali occuparci e quali invece trascurare. **Il criterio generale è quello di affrontare solo quelle difficoltà che ostacolano il procedere della terapia sessuale.**

Es. se il problema presentato è un'impotenza ma ci avvediamo che il terreno su cui si è sviluppata è quello di una grave depressione, non dovremo esitare a interrompere la terapia sessuale per rimandarla eventualmente a dopo la risoluzione della più grave patologia psichiatrica.

Se una paziente vaginismica mostra decise resistenze a fare gli esercizi proposti e ci rendiamo conto che è convinta che certe cose le facciano soltanto le "poco di buono" è chiaro che dovremo in primo luogo attaccare questa convinzione, altrimenti non si potrà procedere oltre.

Una focalizzazione sensoriale avrà ben poche probabilità di successo se tra i due partner esiste una grave disarmonia, rancori ed odi radicati, oppure se uno dei due ha una paura fobica del contatto fisico. In entrambi i casi dovremo quindi segnalare il problema e dedicarci alla sua risoluzione piuttosto che insistere con la prescrizione di mansioni impossibili nello stato attuale.

CAPITOLO 11

IL PRIMO COLLOQUIO E LA SCELTA TERAPEUTICA

L'inizio del **primo colloquio** dovrebbe essere considerato il momento del **primo contatto reale** (per telefono o in altro modo avvenga): è già da lì, infatti, che partono ipotesi e fantasie da parte del cliente e del terapeuta su cui si troveranno di fronte.

Tale contatto dovrebbe essere effettuato dal terapeuta stesso e non da una segretaria perché se ne possono ricavare tutta una serie di informazioni utili (es. a partire da come viene fatta la richiesta, dal suo carattere di urgenza etc.).

È molto importante il modo in cui viene dato il **primo appuntamento** o il grado di acquiescenza alle richieste. È così che si può già stabilire una regola: chi è che dà le regole, cioè chi dirige in pratica la relazione terapeutica che sta per iniziare.

Al **primo impatto visivo** noteremo se c'è o no una discrepanza tra l'immagine che ci siamo formati e la realtà dell'immagine in senso proprio. Il paziente viene da solo o è accompagnato? E da chi? Come è vestito, come si muove? Come ci dà la mano? Notare cosa passa in una stretta di mano è notare cosa passa attraverso un contatto fisico nella sua tangibilità.

Arriva il **colloquio verbale**. I suoi parametri sono diversi:

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- IL TEMPO:** in un colloquio professionale, a differenza di un colloquio amicale, il tempo è sempre limitato. Occorrerà dunque averne in testa un'idea anticipatamente; ciò saper suddividere, regolamentare e amministrare dentro di noi l'ora di colloquio.
- LA CONOSCENZA INIZIALE:** raccolta di dati concreti, anagrafici etc.
- L'ESPOSIZIONE DEL PROBLEMA DA PARTE DEL PAZIENTE.**
- LA SPIEGAZIONE DEL PROBLEMA DA PARTE DEL PAZIENTE.**
- LA DEFINIZIONE DEL PROBLEMA DA PARTE DEL TERAPEUTA.**
- LA CONCLUSIONE:** discussione della definizione data sopra, raggiungimento di un accordo su di essa fra terapeuta e paziente, proposta terapeutica, il contratto iniziale.

Il tutto avviene in parte sotto forma di **colloquio libero** (il terapeuta fornisce degli stimoli minimi e raccoglie invece i dati spontaneamente portati) e in parte sotto forma di **colloquio guidato** (il terapeuta fa domande esplicite e dirette e ricerca i dati che ritiene opportuni).

IL PRIMO COLLOQUIO E I SUOI CONTENUTI

Il colloquio in genere inizia con un **invito a parlare**.

Sarebbe bene cominciare con un'**offerta di aiuto**, ad esempio dire: "In che cosa la posso aiutare?"; ciò già definisce la relazione come un qualcosa in cui c'è qualcuno che chiede e qualcun altro che aiuta: non sono due amici, **è un rapporto professionale**.

Si dovrebbe poi lasciare, dopo tale inizio, che il paziente racconti, così come lui sente di esprimersi, non sollecitandolo troppo e limitandosi a prendere le informazioni che lui ci dà.

Una domanda fondamentale è quasi sempre: **"Tutto ciò come se lo spiega?"**. Equivale a cercare di capire sia **come** il paziente sta male e sia **perché** sta male e come mai proprio adesso decide di intervenire. Ognuno infatti ha una propria idea della vita. Non è detto che tale nesso sia il nesso reale ma è comunque una connessione importante per comprendere il paziente, in quanto è quello il punto di vista che quella persona ha su di sé, sulla vita etc.

Sono i parametri di conoscenza del mondo di questa persona.

IL LINGUAGGIO

Nelle terapie strategiche normalmente **la relazione è di tipo direttivo**. Ora, direttività non vuol dire affatto prevaricazione ma semplicemente tenere in mano le briglie del colloquio e quindi anche saperlo condurre verso una meta.

Si potrebbe dire che in mezzo al materiale fornito/raccolto si dovrebbe essere capaci di tenere un filo e via via seguirlo e dipanarlo, in mezzo ai molteplici altri fili offerti.

Per scendere più sul pratico del linguaggio del primo colloquio, si potrà ricordare che:

- Una domanda non è mai neutra.
- Vi è tutta una scala di passaggio dalle domande aperte a quelle chiuse.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- Le risposte che si ottengono sono direttamente collegate al modo in cui si fanno le domande, sia verbale che non verbale, mentre il vero proponimento dovrebbe essere quello di consentire alla persona di rispondere come vuole e non come vogliamo noi.

Il **tipo di linguaggio** usato dovrebbe essere ovviamente comprensibile e condivisibile dal paziente. Occorre peraltro precisare i termini anche al di là della loro correttezza e proprietà di uso; dovrebbe cioè essere chiaro, soprattutto, cosa significano per ambedue, paziente e terapeuta.

SPECIFICITÀ DI UN COLLOQUIO SU PROBLEMI SESSUALI

Nello specifico dell'Approccio Mansionale Integrato, il primo colloquio ha la finalità di:

- Stabilire la relazione terapeutica.
- Conoscere il problema nel suo aspetto comportamentale e successivamente nell'aspetto cognitivo e relazionale.
- Conoscere la definizione che i pazienti ne danno.
- Ridefinire il problema.
- Definire il contratto di terapia o consulenza, o inviare ad altri. Anche qualora il rapporto professionale si concludesse in una seduta si sarà stabilito un contratto.

Conoscere il problema Molto spesso le persone sono imbarazzate nel parlare della propria sessualità e dei propri genitali, tanto più se hanno sensazioni di inadeguatezza, tendono quindi a utilizzare termini generici e di uso comune e questo rende più difficile la raccolta dei dati. È molto importante affrontare con delicatezza le definizioni generiche ed esplorarle nel loro contenuto specifico.

Termini anche molto chiari e specifici come impotenza o eiaculazione precoce **vanno sondati attentamente per verificare se il loro significato è lo stesso per la coppia e per noi.**

Nella ricostruzione dell'aspetto comportamentale è utile iniziare da come il problema si presenta oggi, quasi fosse un fotogramma di una pellicola; una buona possibilità è offerta dal **racconto dell'ultimo rapporto sessuale**. Successivamente si ricostruiranno altri fotogrammi scelti fra i momenti importanti: **i primi rapporti della coppia, i primi rapporti problematici e la ricostruzione dell'evoluzione dei rapporti sessuali in funzione delle modificazioni della relazione** (fidanzamento, matrimonio, figli). Una tappa importante da indagare è il momento il cui il problema è stato riconosciuto come tale e il momento in cui la coppia ha deciso di chiedere aiuto.

Ultimata la ricostruzione, si dovrebbe avere una mappa a tre livelli in cui, idealmente, vi è tra i tre una corrispondenza punto per punto:

- **Livello comportamentale** (es. *lui eiacula ai primi momenti coitali*).
- **Livello cognitivo** (es. *lui pensa «devo resistere», rabbia, tristezza*).
- **Livello relazionale** (lui chiede perdono e lei lo consola).

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

La ridefinizione del problema La ridefinizione consiste nel fornire alla coppia una lettura del problema che tenga conto della ricostruzione, della teoria patogenetica e della modalità terapeutica. Il primo passo sarà quello di **ridefinire il problema come appartenente alla coppia**. Si pongono così le basi per impostare un rapporto di cooperazione in cui entrambi i pazienti avranno una parte attiva e di uguale responsabilità.

Si sottolinea come la ridefinizione del problema non riguarda tanto la realtà dello stesso, quanto l'individuazione di un angolo visuale che lo renda risolvibile.

Il sintomo è quindi un invito al cambiamento e pertanto molto utile anche se produce sofferenza!!

FINE DEL PRIMO COLLOQUIO

Come l'inizio del colloquio non coincide con l'entrare nella stanza ove si svolge, così la fine non coincide con l'uscirne: a ciò che è avvenuto si seguita a pensare, e sia il cliente che il terapeuta continuano, anche a distanza, a riorganizzare, ognuno per conto proprio, i dati emersi.

E se il primo colloquio non ci sembra sufficientemente conclusivo? Occorre chiedere che il primo colloquio prosegua; in tal senso il secondo colloquio non è cosa diversa ma sarà ancora un **secondo primo colloquio**.

LA SCELTA TERAPEUTICA

In questa fase il terapeuta deve rendersi conto di **qual è il problema che gli viene effettivamente presentato**, per decidere se gli strumenti a sua disposizione sono idonei ad affrontarlo oppure se deve inviare il cliente ad un altro collega.

Talvolta, seppure il sintomo presentato rientri nelle tradizionali disfunzioni psicosessuali, esso può essere solo un **epifenomeno di una più grave patologia sottostante**. Nel caso si tratti di una patologia psichiatrica o di una grave disfunzione di coppia, che va ben al di là dell'area sessuale, non è vantaggioso portare avanti un intervento mansionale integrato e sarà opportuno **inviare ad altri specialisti** o, se se ne ha la competenza, impostare una strategia di risoluzione globale del nodo problematico più grave.

Un ulteriore motivo di rinuncia all'intervento può essere un'**incompatibilità emotiva**, una mancanza di empatia **tra paziente e terapeuta** che, riconosciuta da quest'ultimo, è valutata come un ostacolo troppo grosso da affrontare e che renderebbe inutilmente lunga e farraginosa la terapia, a tutto danno del paziente.

Infine va considerata l'ipotesi di una sorta di **obiezione di coscienza del terapeuta** che,

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

secondo i suoi principi morali, non se la sente di collaborare al perseguimento degli obiettivi che il paziente propone. Le due libertà, proprio per rispettarci reciprocamente, possono trovarsi in una situazione tale per cui non vi sia possibilità di collaborazione (es. *problemi con minori implicati, situazioni di violenza etc.*).

Comunque vadano le cose, anche se si deciderà di **non prendere in carico il paziente**, è opportuno che dagli incontri avuti risulti per lui un giovamento derivante da una maggiore chiarezza sulla sua situazione e su quali strade intraprendere per affrontarla con successo. Per questo andrà messa in conto una **chiusura** in cui ci sia il tempo di spiegare quanto si è capito, di raccogliere le domande e soddisfarle, di dare **indicazioni esaustive sul da farsi**.

CAPITOLO 12 IL CONTRATTO TERAPEUTICO

Con il materiale raccolto nel **primo colloquio**, che, come già accennato, può durare più di una seduta, il terapeuta, una volta decisa l'indicazione per una **terapia mansionale integrata**, deve giungere a proporre ai clienti un **contratto terapeutico**.

Il contratto è un accordo tra persone adulte, i clienti e il terapeuta, rispetto ad un certo ambito. Esso definisce, in particolare:

- **La situazione:** vale a dire quali sono gli elementi da cambiare e che causano, nel presente, disagio o sofferenza.
- **Gli obiettivi:** cioè qual è lo stato desiderato che, attraverso la psicoterapia, si cercherà di ottenere.
- **Gli strumenti:** ovvero la metodologia che si metterà in atto per passare dalla situazione attuale allo stato desiderato.
- **Il rapporto:** vale a dire il ruolo che i contraenti si impegnano a giocare per rendere possibile il cambiamento concordato.

I TEMPI DEL CONTRATTO: QUANDO FARLO

Non esiste un solo contratto nella vicenda terapeutica: esso si definisce sempre di più dal momento del primo incontro fino alla chiusura della terapia.

Pre-contratto implicito: è ciò che ha in mente il cliente prima ancora di incontrare il terapeuta. È fatto di **aspettative**. Raramente c'è chiarezza sul tipo di male di cui soffre e persino sulla qualità del benessere che si dovrebbe raggiungere e tanto meno sul modo in cui il terapeuta può aiutare a risolvere il problema.

Prima o poi queste aspettative, piuttosto confuse, andranno esplicitate e discusse proprio in sede di definizione del contratto vero e proprio, per evitare che restino motivi latenti di costante incomprensione e insoddisfazione.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Contratto provvisorio: è ciò che si verifica già al termine della prima seduta, quando il terapeuta riassume ciò che ha capito fino a quel punto, chiede conferma al paziente, sottolinea gli aspetti del problema che ancora gli sono oscuri e dichiara il modo in cui intende procedere ulteriormente, che consiste, in genere, nel **riconvocare il cliente per qualche altra seduta**, al fine di completare il quadro e proporre quindi le indicazioni terapeutiche più adeguate.

Contratto vero e proprio: è possibile stipularlo dopo alcune sedute, quando il terapeuta ha fatto **sufficiente chiarezza sulla situazione e gli obiettivi perseguibili**, e il paziente concorda con lui e ha la sensazione di aver esposto tutto quanto lo fa soffrire.

Nuovo contratto: non è detto che il contratto vero e proprio sia definitivo, **lo si può cambiare in ogni momento** se una delle due parti non lo ritiene più utile o attuale. Ciò avviene, ad esempio:

- Quando, raggiunto un obiettivo, si punta ad un altro.
- Quando si scopre un obiettivo più urgente, il cui raggiungimento si evidenzia come una precondizione per il perseguimento degli obiettivi precedentemente fissati.
- Quando il rapporto tra i due contraenti lascia uno dei due insoddisfatto.

Spesso l'interruzione della terapia è spia di un contratto non negoziato bene e che ha fatto sopravvivere troppe delle attese magiche del pre-contratto implicito, per cui i due si trovano a lavorare con modalità diverse per obiettivi non condivisi e con conseguente reciproca insoddisfazione.

LE MODALITÀ DEL CONTRATTO: COME FARLO

Nello stipulare il contratto lo scopo che dobbiamo avere in mente è che ci sia una **effettiva comprensione reciproca** e, di conseguenza, un accordo reale. A tal proposito è opportuno utilizzare il vocabolario del paziente stesso ed essere estremamente chiari.

Un buon sistema per verificare la comprensione e l'accordo sul contratto è quello di farsi ripetere il contenuto del contratto dal cliente e talvolta può dimostrarsi utile persino **scriverlo e firmarlo**.

È utile altresì richiamarlo spesso nel corso della terapia, facendo di tanto in tanto il punto di dove si è arrivati (peraltro è incoraggiante prendere atto dei progressi fatti), giustificando le prescrizioni in base al contratto stesso e chiedendo al cliente se lo ricorda quando introduce materiale nuovo apparentemente incongruente con il problema sul quale si sta lavorando.

LE AREE DA CONTRATTARE

Vediamo ora cosa esattamente va definito nelle quattro aree inizialmente identificate per poter giungere ad un buon contratto.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

La situazione: è ciò che il cliente chiede di modificare perché la ritiene causa della sua sofferenza. L'analisi della situazione va fatta minuziosamente sia a **livello comportamentale** (cosa avviene in camera da letto), sia a **livello cognitivo** (pensieri ed emozioni) sia a **livello relazionale** (cosa avviene tra i due).

Successivamente sarà importante capire quale spiegazione il paziente stesso si dà della sua sofferenza.

Gli obiettivi: la teoria psicologica che il paziente più o meno consapevolmente adotta, va esplicitata e discussa al momento di stabilire gli obiettivi del trattamento.

L'obiettivo della terapia non può che essere una **modificazione del modo di comportarsi o delle emozioni che il soggetto sperimenta in certe situazioni**, e tale modificazione si rende possibile solo attraverso un cambiamento del modo di vedere le cose adottato dal soggetto.

Gli strumenti: il modo di lavorare in una terapia mansionale integrata prevede il **vivere alcune esperienze e la riflessione critica sulle stesse**, al fine di esplorare nuovi modi di agire e di pensare, per scoprire nuove possibilità e ampliare quindi il range delle scelte disponibili.

Nel discutere degli strumenti della terapia, può essere utile **indagare le altre soluzioni fino a quel punto tentate**: sia tecniche (altre terapie), che spontaneamente inventare, allo scopo di capire il perché del loro fallimento con il duplice vantaggio di superare il senso d'impotenza dovuto ad un insuccesso inspiegato, e di evitare di ripercorrere strade che si sono già dimostrate impraticabili.

Il rapporto: in tutti i modi va sollecitato nel cliente un ruolo attivo, collaborativo e critico. **Tra cliente e terapeuta deve crearsi una cooperazione costruttiva**: se è vero che il terapeuta è più competente sul modo di risolvere i problemi, è pur vero che del proprio problema il paziente sa più del terapeuta stesso.

Per questo è **utile fare spesso il punto sul lavoro svolto e da svolgere** e soprattutto farlo fare al paziente: chiedere conferma delle ipotesi che si avanzano, incoraggiare le sue ipotesi e le sue critiche, accettare di non capire e non aver timore di ammettere i propri errori.

Naturalmente occorre ricordarsi che il paziente, nel costruire la sua immagine del terapeuta, utilizza lo stesso modo di vedere gli altri che spesso è causa della sua sofferenza (es. *se è una persona che teme il giudizio degli altri, avrà timore anche del giudizio del terapeuta; se ricerca protezione e dipendenza, farà altrettanto in terapia, e così via*). Il rapporto terapeutico è dunque un ottimo terreno di analisi dal vivo di come il soggetto vede gli altri e sé stesso in rapporto con gli altri.

Perché tale analisi sia più attendibile possibile è necessario sgombrare il terreno da zone di

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

ambiguità, stabilendo regole chiare e precise che definiscano il rapporto sul piano di realtà: il **pagamento**, le **telefonate** al di fuori della seduta, i **ritardi** o le **assenze**.

Infine, c'è da aggiungere che **il terapeuta può non esplicitare alcune parti del contratto** se ritiene che per l'attuale punto di vista del paziente, che ha solo deciso di cambiare ma non è ancora cambiato, ciò comporterebbe un aumento della sofferenza o un ulteriore ostacolo alla terapia.

CAPITOLO 13 LA VALUTAZIONE COGNITIVA

Le **emozioni** che sperimentiamo sono estremamente connesse con i **pensieri** che abbiamo e viceversa. La realtà non si impone alla nostra coscienza, ma siamo noi a ricostruirla, a darle un significato positivo o negativo, a valutarla bene o male.

Di fronte allo stesso fatto, l'emozione provata va in concomitanza alle valutazioni diverse che ne abbiamo fatto: **non è dunque il fatto in sé a causare una certa emozione, ma siamo noi stessi a procurarcela valutando la realtà.**

IL COMPORTAMENTO

Pensiero ed emozioni costituiscono dunque il momento valutativo dell'esperienza umana; da esso seguirà conseguenzialmente il **momento operativo**: infatti il comportamento che il soggetto metterà in atto dipenderà proprio dai pensieri elaborati a commento della situazione in cui è implicato. Spesso si crea un circolo vizioso per cui il comportamento messo in atto e le reazioni degli altri confermano proprio le valutazioni iniziali.

IL DIALOGO INTERNO

Spesso le persone sostengono di non star pensando a nulla: non è vero! Semplicemente non se ne accorgono perché questo commento alle situazioni avviene ad un livello di coscienza inferiore a quello del ragionamento logico, ma è sempre presente.

In alcune persone il **dialogo interno** è fatto soprattutto di parole e di idee, in altri soprattutto di immagini, ma lo scopo è sempre lo stesso: valutare la situazione che stiamo vivendo e anticipare ciò che sta per avvenire per calcolare come comportarci.

UTILIZZO DEL MODELLO DI TERAPIA

Per avviare un buon lavoro terapeutico **è opportuno che il paziente conosca** questo modo di spiegare il funzionamento psichico e **il rapporto tra pensiero, emozioni e comportamenti** e si abitui ad utilizzarlo per capire cosa gli succede.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>



In primo luogo il paziente si renderà conto che **è il suo modo di pensare a determinare il suo stato d'animo e il suo comportamento** e che quel modo di pensare, seppur ormai a lui consueto, non è l'unico possibile.

In secondo luogo si abituerà ad **interpretare il comportamento degli altri come una reazione al suo stesso comportamento** invece che, come normalmente avviene, il proprio comportamento come causato da quello degli altri.

Entrambi questi cambiamenti vanno nella direzione dell'acquisizione di un maggior protagonismo del soggetto nella costruzione della propria esperienza.

LA RICOSTRUZIONE

Il primo passo è dunque quello di sviluppare la **capacità di autoservazione**.

Si può iniziare durante la seduta stessa interrompendo improvvisamente il discorso, meglio se con un rumore o un gesto brusco e inaspettato, e chiedendo subito dopo: "A cosa stava pensando in questo preciso momento?". Si dovrà invitare il paziente ad andare oltre per scoprire cosa stava facendo il "Cervello B", il quale osservava il "Cervello A" ascoltare attentamente il terapeuta.

Infine il soggetto si eserciterà tenendo un taccuino in cui appuntare durante la settimana gli episodi in cui ha sperimentato una certa emozione, abituandosi a ricostruire lì per lì i pensieri che l'hanno provocata.

In seduta poi il terapeuta aiuterà la coppia a ricostruire i **pensieri** che ciascuno dei due fa **prima, durante e dopo il rapporto sessuale**, e farà notare lo stretto legame esistente tra tali pensieri, le emozioni e il comportamento (*es. Non ho l'erezione → Questa donna non mi piace abbastanza → Andare con lei significa ingannarla → Ingannare una donna è disonesto → Sono colpevole e merito di essere punito*). Quello che suscita l'emozione è dunque una **catena di pensieri** che, partendo dal semplice fatto contingente, arriva a fare valutazioni assolute su di sé, sugli altri e previsioni più o meno catastrofiche sul futuro.

A questo punto è utile ricostruire la **storia di apprendimento del soggetto** rispetto a questa convinzione. È chiaro che in questo apprendimento avranno avuto un ruolo particolarmente importante i genitori, il loro esempio e la relazione che avevano tra di loro e con il paziente.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Oltre alle relazioni nella famiglia di origine, vanno esplorate anche quelle successive con le altre persone che sono state per il soggetto degli informatori autorevoli, e in questo campo rientrano tutte quelle con cui ha avuto una relazione sentimentale.

In questa prima fase di **ricostruzione del problema** e delle convinzioni che lo sostengono e di identificazione della storia di apprendimento non è opportuno attaccare criticamente tali convinzioni poiché il soggetto potrebbe in tal modo non sentirsi libero di esprimerle o dichiararsi d'accordo superficialmente con il terapeuta con il solo risultato di ottenere un quadro confuso della situazione.

Il momento della **ristrutturazione del problema** verrà dopo, quando quello della ricostruzione sarà completo e soddisfacente per il terapeuta e per i pazienti.

CAPITOLO 14 L'ANALISI DELLE RELAZIONI

Le **terapie mansionali integrate** sono terapie di coppia che tuttavia non si prefiggono come scopo il cambiamento della relazione tra i due partner se non per quanto ciò sia indispensabile alla risoluzione del sintomo.

Ciò non toglie che in tutto il suo operare il terapeuta deve tenere costantemente una particolare attenzione alla relazione di coppia e al suo modificarsi durante l'iter terapeutico.

DISTINGUERE I CONTENUTI DELLA RELAZIONE

In ogni comunicazione vi è un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione. L'**aspetto di contenuto** concerne l'informazione scambiata, mentre l'**aspetto di relazione** riguarda la reciproca definizione della relazione che i due danno e tale aspetto, meno evidente, diviene particolarmente importante nelle coppie che hanno delle difficoltà.

I due aspetti possono talvolta essere assolutamente incongruenti: così una frase che dal contenuto potrebbe connotarsi come un segno d'interessamento e di affetto (*es. ricordati di coprirti bene perché oggi fa freddo*) può significare, dal punto di vista della relazione, una svalutazione dell'altro (*es. se non ci fossi io non saresti in grado di badare a te stesso*).

Normalmente un osservatore esterno è più attento all'aspetto contenutistico dei messaggi ma un terapeuta deve avere costantemente un altro occhio aperto sul significato relazionale degli scambi che avvengono di fronte a lui, sia verbalmente che non.

UNA RECIPROCA CO-COSTRUZIONE

Non è facile fornire uno schema di osservazione standardizzato, si può tuttavia tentare di

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

rispondere per ciascun partner alle seguenti domande:

- Come si vede lui nella relazione? Quale spiegazione si dà del modo di comportarsi di lei, qual è secondo lui il ruolo che lei gioca?
- Come crede lui che lei lo veda? È questo un meta livello rispetto ai precedenti e può essere confrontato con la domanda precedente rivolta all'altro partner: in questo modo si può avere un'idea di quanto i due si costruiscono reciprocamente in maniera concorde. Quanto è precisa l'idea che lui ha circa il modo in cui lei lo percepisce?
- Come vorrebbe essere visto lui? Vale a dire, qual è l'immagine di sé che lui vorrebbe accreditare agli occhi di lei, in che modo vorrebbe apparire per potersi sentire a suo agio?

Tale mappa può rimanere a uso esclusivo del terapeuta e non c'è, in linea di principio, alcuna necessità che venga esplicitata ai pazienti, a meno che non ci si avveda di una barriera insormontabile che impedisce in ogni direzione la navigazione e che quindi richiede o la modificazione della relazione o la rinuncia al tentativo terapeutico.

CENTRALITÀ DEL SINTOMO NELLA RELAZIONE

Che il sintomo abbia sempre e comunque un significato relazionale è cosa talmente ovvia che non necessita di nessuna spiegazione. **Quello che si tratta di stabilire non è la pertinenza, ma la centralità del disturbo rispetto all'organizzazione relazionale.**

Se ci si avvede che il sintomo è indispensabile al mantenimento dell'equilibrio di coppia è evidente che la prognosi sarà più lunga e la terapia dovrà percorrere il sentiero della modificazione della relazione, almeno fino al punto in cui i due partner segnaleranno che preferiscono tenersi il sintomo e mantenere inalterata la relazione.

Nel caso, invece, in cui il sintomo non sia indispensabile all'organizzazione relazionale della coppia si potrà procedere più speditamente.

Inutile sottolineare che **non si deve tentare di modificare una relazione solo perché ai nostri occhi non va bene**, il che equivale a dire che non ci piacerebbe trovarci in quella situazione, se ai due partner invece piace e non è la causa principale del sintomo che i due hanno chiesto di rimuovere.

COSTRUZIONE E RICOSTRUZIONE DELLA STORIA

Ogni relazione ha la sua storia e questa andrà progressivamente ricostruita. Si partirà dunque dal **qui ed ora** del problema e della relazione come la si osserva in terapia per ricostruire poi come i due diversi stili di attaccamento abbiano fatto in modo che quelle due persone si scegliessero.

A partire dall'incontro e dalla scelta reciproca si esamineranno poi i **cambiamenti che la**

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

relazione ha avuto nel tempo, soprattutto in relazione agli eventi vitali più significativi: fidanzamento, matrimonio o convivenza, distacco dalle famiglie di origine, nascita dei figli, situazioni lavorative, distacco dei figli, altre relazioni affettive intercorrenti.

È ovvio che **il significato di tali mutamenti sarà spesso diverso per i due partner e non ci si dovrà accontentare della definizione che ne dà uno dei due**, anche se apparentemente parla come portavoce di entrambi, ma sarà necessario sollecitare la libera espressione di ambedue i partner; è spesso utile sottolineare come lo stesso evento può avere assunto per i due un significato molto diverso.

Poiché la terapia aumenta i gradi di libertà con cui il soggetto può costruire se stesso, i due usciranno da tale esperienza non soltanto con un futuro diverso ma anche con un passato diverso.

COMPETIZIONE, COOPERAZIONE E COLLUSIONE

Si è già detto precedentemente come i rapporti tra le persone possano essere di tipo **competitivo** o di tipo **cooperativo**.

È raro che una coppia in pieno clima competitivo si presenti in terapia, a meno che lo stesso andare in terapia non sia una mossa di guerra verso l'altro (es. *"Te lo farò vedere io chi è il malato!"*). Del resto è anche piuttosto improbabile che una coppia che vive un rapporto cooperativo richieda una terapia; non tanto perché non debba necessariamente presentare problemi, quanto piuttosto perché ha in sé gli strumenti per affrontarli autonomamente, magari avvalendosi semplicemente dei consigli degli amici o di una breve consulenza.

La creazione di un clima di cooperazione è uno degli obiettivi intermedi della terapia, necessario per il raggiungimento del goal finale.

Il tipo di **rapporto** che più di frequente si osserva all'inizio della terapia è quello **di tipo collusivo** nel quale ciascuno protegge le parti deboli dell'altro, in questo modo sperando di essere a sua volta non attaccato nelle proprie. È un'area di apparente cooperazione in una cornice di competizione.

La richiesta di terapia viene dall'area di apparente cooperazione ma non appena si propongono dei reali cambiamenti, un'effettiva cooperazione, emergono sabotaggi e resistenze di ogni genere che derivano dalla cornice di sostanziale competizione. **La coppia dunque sembra avere due anime, una che l'ha spinta in terapia, l'altra che fa di tutto per sabotarla.**

CAPITOLO 15

LA MANSIONE SESSUALE, LA SUA PRESCRIZIONE E LA COSTRUZIONE DI UN ITER TERAPEUTICO

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Le **mansioni sessuali** rappresentano le tecniche specifiche dell'approccio mansionale integrato. Sono essenzialmente delle prescrizioni di comportamento sessuale e forniscono il canovaccio della terapia; è infatti tramite esse che vengono affrontati i problemi, discusse le resistenze e valutati i miglioramenti.

Le mansioni sessuali sono organizzate in diversi **itinerari terapeutici** a seconda del disturbo sessuale affrontato. In ogni itinerario si possono individuare 4 tappe fondamentali:

- La conoscenza di sé.
- La conoscenza dell'altro e di sé tramite l'altro.
- La conoscenza del proprio piacere e delle proprie emozioni.
- La conoscenza del piacere di coppia e dell'intimità con condivisione di emozioni.

Queste 4 tappe sono comuni ad ogni iter terapeutico. La differenza si manifesta nello specifico delle mansioni per i diversi disturbi sessuali.

LA CONOSCENZA DI SÈ

S'intende in questo caso una conoscenza personale comportamentale, cognitiva e relazionale dal punto di vista sessuologico.

Conoscenza personale comportamentale: conoscenza del proprio corpo e delle proprie risposte sessuali a partire dall'esplorazione visiva e tattile fino alle modalità di stimolazione dei genitali.

Conoscenza personale cognitiva: consapevolezza dei pensieri, del dialogo interno, del proprio immaginario e dei propri contenuti emozionali ottenuta con il processo dell'autosservazione.

Conoscenza personale relazionale: riconoscimento dell'aspetto relazionale del proprio comportamento, e quindi la capacità di riconoscere il comportamento dell'altro come una risposta evocata da noi.

LA CONOSCENZA DELL'ALTRO E DI SÉ TRAMITE L'ALTRO

Il partner diventa una sorta di specchio in cui osservarsi.

Conoscenza dell'altro (e di sé tramite l'altro) comportamentale: si presterà attenzione alla tappa della conoscenza del corpo e delle risposte sessuali del partner e della percezione di sé attraverso il contatto con l'altro.

Conoscenza dell'altro (e di sé tramite l'altro) cognitiva: sarà significativo scoprire le risposte emotive e i desideri del partner come fonte di arricchimento e diversità e scoprire le proprie emozioni suscitate dal contatto con l'altro.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Conoscenza dell'altro (e di sé tramite l'altro) relazionale: si evidenziano i giochi della coppia, si analizzano i ruoli giocati e si esplicitano le richieste relazionali.

LA CONOSCENZA DEL PIACERE

Questa tappa rappresenta per il soggetto la possibilità di sperimentare il piacere sessuale, di scoprirlo nel suo aspetto individuale e di entrare in contatto con le proprie emozioni.

Conoscenza del piacere comportamentale: si tratterà di esporsi a livelli di piacere orgasmico in maniera egoistica, quindi con comportamenti rivolti unicamente al soddisfacimento di propri desideri.

Conoscenza del piacere cognitiva: sarà importante l'elaborazione delle emozioni e dell'arousal sessuale in un processo di controllo non controllato, ovvero la capacità di vivere pienamente l'esperienza emozionale, consci della sua non controllabilità.

Conoscenza del piacere relazionale: l'esperienza di provare piacere in presenza dell'altro facilita il processo di affidamento e delega il controllo come inizio di un processo di cooperazione in cui il piacere (dato e ricevuto) ha perso ogni significato di potere relazionale.

LA CONOSCENZA DEL PIACERE DI COPPIA E DELL'INTIMITÀ

Conoscenza del piacere di coppia e dell'intimità comportamentale: in questa fase si esplorano i comportamenti utili a procurare reciprocamente il piacere.

Conoscenza del piacere di coppia e dell'intimità cognitiva: si elaborano le esperienze di esposizione a livelli di intimità crescente con la condivisione delle emozioni sessuali. Si analizzano le esperienze emotive dei singoli.

Conoscenza del piacere di coppia e dell'intimità relazionale: è la tappa in cui si sperimenta l'affidamento reciproco come traguardo di un processo di cooperazione.

LE MANSIONI SESSUALI

Cosa sono: le mansioni sessuali sono prescrizioni di comportamento sessuale date a scopo terapeutico. Il loro fine intrinseco, pertanto, non è quello di provocare piacere sessuale ma quello di favorire un processo terapeutico.

È importante considerare che le mansioni, in quanto comportamenti richiesti dal terapeuta, non possono assolutamente avere il valore di atti spontanei.

Un'altra considerazione di base riguarda l'**imposizione di comportamenti intimi** alla coppia.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

I pazienti sono liberi di accettare o meno questo tipo di terapia e nessun terapeuta può esercitare una coercizione su una coppia di adulti.

Le mansioni prescritte sono dunque assimilabili a veri e propri compiti e in quanto tali, non devono essere spiacevoli per definizione, quindi tanto meglio se si riuscirà a coglierne gli aspetti gradevoli e ad utilizzare tale atteggiamento come base per ridefinire in positivo l'impegno e la collaborazione.

Lo scopo: la mansione sessuale ha lo scopo di fornire un territorio in cui il terapeuta può guidare la coppia all'**esplorazione della sessualità**.

Lo scopo specifico di ogni singola prescrizione sarà strategicamente valutato in relazione agli scopi (cognitivo, relazionale, comportamentale) della terapia stessa e al momento dell'iter terapeutico

Le modalità: la prescrizione si assegna a fine seduta, essendo la logica conseguenza della seduta stessa. **Si prescrive con linguaggio tale da essere percepiti in modo forte e chiaro:** precisi, diretti, senza orpelli.

Si verifica di essere stati compresi, eventualmente anche facendo ripetere, si constata la sua fattibilità e se ne analizzano le difficoltà eventuali. **Questa prassi è evidentemente tesa a limitare per quanto possibile fenomeni d'incomprensione.**

I contenuti: i contenuti della prescrizione saranno coerenti con gli scopi, saranno adeguati alla coppia e alla seduta.

Nell'ambito dei contenuti formali si può esercitare la vena creativa del terapeuta, considerando che **la semplicità è un criterio base**. L'esperienza nelle terapie mansionali ha messo a punto una serie di prescrizioni che compongono dei percorsi terapeutici sperimentati, estremamente utili come punti di riferimento.

La preparazione: ogni mansione rappresenta un ideale gradino della scala della terapia: si potranno salire solo uno dopo l'altro e dopo essersi sincerati di essere ben saldi sul gradino precedente.

La prescrizione va agganciata alla seduta, essendone, come già detto, una logica conseguenza.

L'esposizione: nell'esposizione della prescrizione si dovranno indicare i comportamenti che la coppia o i singoli dovranno mettere in atto. È necessario quindi specificare **come, dove, quanto e quando** nella maniera più precisa possibile.

Si ricorda ancora che una prescrizione di una mansione non è solo un invito rivolto alla coppia ad avere un incontro sessuale; è pertanto necessario specificare dettagliatamente i comportamenti richiesti (es. *non è sufficiente dire: "Accarezzatevi!", ma si dovrà anche*

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

specificare il come, dove etc.). Al termine dell'esposizione della nuova mansione si dovrà anche dire cosa fare delle precedenti (se ripeterle o abbandonarle).

La taratura: le prescrizioni devono essere calibrate sulle persone, sulla coppia, sulla terapia.

- **Taratura sulla persona:** nel rispetto del linguaggio, della cultura, dello stile di vita, dei valori etc.
- **Taratura sulla coppia:** ricordando i valori della stessa e tenendo presenti i suoi sistemi decisionali.
- **Taratura sulla seduta:** la prescrizione si adatta al momento della terapia oltre che ai contenuti della stessa. Di solito le prescrizioni sono più rigide e più dettagliate nelle fasi iniziali, per poi lasciare più spazio e autonomia nelle fasi finali, coerentemente con i diversi momenti di un comportamento esplorativo in previsione di uno svincolo e quindi di una maggiore autonomia decisionale.

L'analisi delle difficoltà: terminata l'esposizione, verificata la comprensione, **è necessario appurarne la fattibilità** in base alla valutazione che i pazienti faranno della difficoltà della prescrizione. Le difficoltà riferite saranno analizzate, analogamente alle resistenze.

L'utilizzazione delle mansioni e la discussione delle stesse in seduta: l'analisi dell'esecuzione delle mansioni deve essere molto attenta e precisa. Dovrà ovviamente seguire i criteri con cui è stata somministrata e andranno analizzati gli aspetti sui tre livelli.

È molto importante **raccogliere le valutazioni di entrambi i partner**, non allo scopo di accertare la verità, ma per mettere in luce i differenti criteri di valutazione, che talvolta non sono mai stati esplicitati.

Discutendo insieme la mansione svolta, si sottolineano le scoperte, si incoraggia ad affrontare le difficoltà e si rassicura sulla possibilità di superarle.

L'analisi delle mansioni occuperà sempre la prima parte della seduta e rappresenta uno dei momenti ristrutturanti. Consente inoltre di rendere la coppia consapevole del processo di cambiamento.

Con il progredire della terapia, **la coppia dovrà diventare sempre più attiva nell'elaborazione delle mansioni sessuali**, fino a che, filtrate dalla loro emotività, queste entreranno a far parte del loro repertorio comportamentale.

L'iter terapeutico sarà costruito in accordo con gli obiettivi strategici, non sarà quindi costituito dalla rigida applicazione di un protocollo, ma dalla sequenza di mansioni coerenti al raggiungimento degli scopi.

CAPITOLO 16 LA GESTIONE DELLA SEDUTA

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

La durata delle sedute è fissa e viene comunicata alla coppia al momento del contratto terapeutico. Normalmente il tempo ideale è di 50 minuti con un margine di oscillazione tra 45 minuti e 60 minuti.

Occorre mantenere questa regola soprattutto con quei pazienti che, proprio verso la fine della seduta, iniziano a portare molto materiale e sembrano finalmente decisi a dire cose importantissime: con gentilezza, ma anche con fermezza, si dirà loro che di ciò si parlerà la prossima volta.

Naturalmente, se la coppia arriva in ritardo, quale che sia il motivo addotto, la seduta sarà più breve terminando comunque all'ora prevista.

Da un punto di vista cronologico la seduta può essere divisa in tre parti:

- La parte iniziale di **verifica delle mansioni** di circa 20 minuti.
- La parte centrale di **elaborazione** di circa 20 minuti.
- La parte finale di **assegnazione delle prescrizioni** di circa 10 minuti.

La parte iniziale di verifica delle mansioni. Poiché l'ultima cosa con la quale ci si era lasciati la volta precedente era l'assegnazione delle prescrizioni, sarà proprio dal riesame del lavoro svolto a casa che si dovrà ripartire.

Trascurare questo significa trasmettere il messaggio che tutto sommato sono solo consigli che si possono o meno seguire. Anche se la coppia manifesta il desiderio di parlare di qualche altra cosa che ritiene importante, si dovrà insistere perché ciò sia rimandato a più tardi.

Ovviamente la verifica delle mansioni svolte andrà fatta meticolosamente.

In primo luogo vanno ricostruiti i fatti, cioè cosa esattamente è successo. In questa ricostruzione occorre essere molto scrupolosi e fare continuo riferimento ai particolari che erano stati suggeriti in sede di prescrizione.

Sulla descrizione dei fatti occorre dare spazio alla versione di entrambi i partner perché non è detto che siano coincidenti e, laddove tali incongruenze si presentino, sono senza dubbio un punto di aggancio molto utile per esplorare le divergenze tra i due.

Il secondo passo è la ricostruzione dei pensieri e delle emozioni. Si tratta in pratica di rispondere alla domanda: "Mentre succedevano questi fatti, lei cosa ne pensava e come si sentiva?".

Naturalmente questa parte sarà strettamente individuale.

Infine si tratta di **mettere in evidenza i comportamenti che ciascuno ha messo in atto** in conseguenza della sua valutazione dei fatti e le conseguenze relazionali che tali comportamenti hanno avuto.

Durante tutta questa fase di verifica della prescrizione è importante che il terapeuta:

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- Sottolinei marcatamente tutte le nuove scoperte che i due hanno fatto, sia individualmente che ciascuno nei confronti dell'altro.
- Solleciti l'esplorazione e la ripetizione dei nuovi modi di pensare, di sentire e di comportarsi che si sono manifestati durante la settimana.
- Incoraggi la coppia di fronte alle difficoltà.

La parte centrale o di elaborazione. È la parte più tipicamente psicoterapeutica.

L'intervento sarà mirato da un lato a **ristabilire una buona comunicazione** e dall'altro a proporre come tema del confronto proprio ciò che il terapeuta capisce essere il **nucleo patogenetico**.

La parte finale di assegnazione delle prescrizioni. Il terapeuta assegnerà la prescrizione con estrema decisione e fermezza, motiverà la coppia sul cammino percorso e su quello ancora da fare in vista degli obiettivi stabiliti nel contratto, userà termini chiari e si assicurerà che la prescrizione sia stata effettivamente compresa nei dettagli e infine, se avrà ancora tempo, esplorerà quali sono le difficoltà che la coppia immagina di incontrare di fronte al nuovo compito.

Se la prescrizione non è stata attuata non bisogna reagire con disappunto, ma sottolineare che anche questo è di aiuto alla terapia, poiché segnala un punto di difficoltà la cui comprensione è necessaria per il proseguimento della terapia stessa, e si dedicherà tutto il tempo necessario alla messa a fuoco della resistenza che la prescrizione stessa ha messo in evidenza.

È assolutamente sbagliato, in ogni caso, proporre ad una coppia di passare allo stadio successivo del programma comportamentale finché lo stato attuale non è stato completato con soddisfazione.

La coppia, infine, va adeguatamente responsabilizzata sul risultato della terapia, dicendo ai due componenti chiaramente che il risultato positivo e il tempo necessario per ottenerlo dipendono quasi esclusivamente dall'impegno che loro stessi metteranno nella terapia, e che quindi entrambi devono ritagliare ampi spazi nella vita di tutti i giorni per dedicarsi al lavoro terapeutico.

LA SINGOLA SEDUTA NELL'AMBITO DELLA STRATEGIA COMPLESSIVA

Non basta aver stabilito una volta per tutte la strategia terapeutica. Così come la coppia, anche il terapeuta ha da fare i suoi compiti per casa che consistono nella verifica della seduta conclusa e nella progettazione della successiva.

Verifica della seduta precedente. Si tratta di confrontare gli obiettivi cognitivi, comportamentali e relazionali che ci si era prefissati prima della seduta con quando

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

effettivamente ottenuto.

Contemporaneamente si annoverano quelle nuove prospettive di pensiero che si sono aperte e che promettono di poter essere sviluppate fino a sostituire il vecchio modo patogenetico di valutare la realtà.

Si rileveranno le difficoltà maggiori incontrate dalla coppia e i nuovi comportamenti che sono invece stati motivo di soddisfazione e su cui sarà possibile costruire le future prescrizioni.

Infine sarà opportuno riflettere su come:

- a) Il partner A vede il partner B.
- b) Il partner B vede il partner A.
- c) A vede il terapeuta
- d) B vede il terapeuta.
- e) Il terapeuta vede A e B.

I punti a e b riguardano la **relazione interna alla coppia**; i punti c e d riguardano il cosiddetto **transfert**; il punto e riguarda il cosiddetto **controtransfert**.

Verifica dell'ipotesi patogenetica attuale. Sulla base delle osservazioni fatte precedentemente, si tratta ora di riaggiustare o di approfondire e precisare meglio quella che si era ipotizzata essere la causa del sintomo.

Naturalmente **il terapeuta che cambia idea non deve vivere ciò come un insuccesso** ma anzi, positivamente, come attenzione ai nuovi dati emersi. Sulla base della nuova o più precisa ipotesi patogenetica si dovranno ora fare delle previsioni su cosa ci porterà la coppia nella seduta successiva e in particolare su come presumibilmente avrà reagito alla prescrizione assegnata.

Progettazione della seduta successiva. Progettare la seduta non significa necessariamente che tale progetto andrà poi seguito alla lettera, perché esso stesso si andrà riaggiustando a seconda del materiale che emergerà nella seduta stessa, ma semplicemente **avere un'idea più precisa possibile di cosa si vuole ottenere con la prossima seduta** in vista degli obiettivi finali della terapia tenendo conto dello stato attuale della situazione.

Strumento privilegiato resta comunque la **prescrizione** che si darà e che va prevista anticipatamente e dettagliatamente. Nella cartella clinica può essere utile scrivere in successione le prescrizioni assegnate in vista del raggiungimento degli obiettivi strategici. Per ogni prescrizione dovranno essere specificati gli scopi cognitivi, comportamentali e relazionali che si tenta di perseguire con quella particolare mansione.

CAPITOLO 17 LA RESISTENZA NELLE TERAPIE SESSUALI

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Resistenza: una sorta di opposizione del cliente verso l'evoluzione della terapia, quasi che fosse in qualche modo interessato a non guarire.

Il grande uso che si fa di questo termine è giustificato dal fatto che la resistenza costituisce un pietoso velo da stendere sui fallimenti terapeutici e sugli errori del terapeuta: **con essa il terapeuta scarica completamente sul cliente la responsabilità dell'insuccesso.**

La resistenza è dunque la grande consolatrice del terapeuta e l'utilizzo di questo concetto può tornare ad essere utile solo se lo si delimita esattamente e lo si utilizza per scegliere la strada che la terapia deve seguire, e non per giustificare a posteriori gli insuccessi.

COSA NON È RESISTENZA

Non considereremo resistenza la mancata collaborazione o l'aperto rifiuto del cliente di fronte ad una manovra errata del terapeuta; in tal caso, infatti, non si tratta di una resistenza alla guarigione, ma della salutare prevenzione di un peggioramento: è dunque una **resistenza salutare** che spinge il soggetto a non esporsi ad esperienze che sarebbero per lui destrutturanti.

Sbagliare nella conduzione di una terapia succede a tutti; riconoscerlo con sé stessi e con il cliente e cambiare direzione succede ad un numero molto inferiore di terapeuti. Molti sostengono che ciò incrinerebbe l'immagine del terapeuta agli occhi del paziente e la sua fiducia in lui, ma ciò è falso.

Se, infatti, **il terapeuta costituisce per il paziente un modello di come affrontare le difficoltà della vita**, è senza dubbio un modello più sano colui che è critico e sa apprendere dai propri errori e riconoscerli senza farne un dramma, piuttosto che colui che non sbaglia mai.

Un altro tipo di "non-resistenza" è quando la defezione di collaborazione avviene, almeno apparentemente, per motivi di forza maggiore (*es. il paziente si rompe una gamba, la vecchia madre sta morendo, il traffico ha paralizzato la città*). Abbiamo detto almeno apparentemente poiché è possibile che, almeno in una parte di tali casi, le motivazioni più o meno inconscie del paziente abbiano avuto un ruolo di concausa nell'avvenimento e quindi tali motivazioni necessiterebbero di una precisa messa a fuoco. **In questa sede, tuttavia, si rinuncia a considerare tali eventi delle resistenze.**

COSA È RESISTENZA

Nel corso del trattamento si manifesta una **resistenza** quando, a fronte di una manovra corretta e adeguata del terapeuta, il cliente agisce in **opposizione attiva o passiva** nei confronti della manovra stessa e avverte emozioni sgradevoli.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Le difficoltà a procedere si possono manifestare in molti modi. I due possono ripetutamente riferire un'incapacità a fare gli esercizi proposti, oppure la mancanza di tempo o la mancata comprensione delle istruzioni. In altri casi gli esercizi vengono regolarmente svolti ma sono giudicati sgradevoli o assolutamente insignificanti da un punto di vista emotivo. **Ritardi alle sedute o appuntamenti mancati, così come una manifesta ostilità nei confronti del terapeuta sono spesso segno di ostruzionismo più o meno consapevole e vanno accuratamente presi in considerazione.**

L'atteggiamento negativo del cliente di fronte alla manovra terapeutica è dovuto ad una serie di convinzioni su di sé, sugli altri e sul mondo, che sono le stesse che provocano il disturbo sessuale presentato in terapia (*es. il paranoico non accetta l'aiuto dello psichiatra perché vede in lui e nelle sue pratiche un'ulteriore persecuzione e quindi nella terapia non riesce a parlare della persecuzione ma semplicemente e nuovamente è perseguitato*). **L'importanza della resistenza consiste proprio in questo suo essere prodotto dello stesso nucleo patogenetico da cui ha origine il sintomo.**

LA RESISTENZA IN FASE DIAGNOSTICA

Si manifesta con una sorta di reticenza, da parte del paziente, di fronte alle domande del terapeuta che cerca di ricostruire come stanno le cose.

Sembra quasi che il paziente sia stato spinto in terapia contro la sua volontà (talvolta questo è vero, per cui è indispensabile indagare come è maturata la decisione di intraprendere la terapia) e quindi cerchi di sfuggire ad ogni definizione del problema, fino al punto di giungere a **negare che il problema stesso esista.**

Non risponde alle domande, o risponde con frasi smozzicate, fornisce informazioni confuse, incongruenti o addirittura false, cambia facilmente discorso, si disperde in particolari inutili e sembra non desiderare altro che il tempo a sua disposizione si esaurisca.

Le emozioni che il paziente sperimenta durante questa fase sono di ansia e ostilità. L'**ostilità** si accompagna a valutazioni negative sul terapeuta; l'**ansia** si fonda in genere sul timore di essere giudicato male dal terapeuta.

Naturalmente il terapeuta, anche se non lo esplicherà, dovrà tenere conto di come il paziente costruisce la situazione e quindi dimostrarsi accettante, rassicurante, comprensivo, disponibile ed astenersi da qualsiasi affermazione che potrebbe essere interpretata come un giudizio negativo.

RESISTENZA ALLE MODIFICAZIONI

In una fase più avanzata della terapia, quando il paziente inizia a sperimentare nuove modalità di pensare, di sentire e di comportarsi, si può improvvisamente manifestare **una resistenza e**

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

un arretramento su vecchi modelli.

In molti casi il paziente, giunto a questo stadio, sperimenta un'intensa ansia, che altro non è che la paura di fronte all'ignoto.

Il paziente conosce molto bene se stesso con il sintomo e sa prevedere esattamente come si comporterà in ogni situazione, e come reagiranno gli altri, anche se **il sintomo è motivo di sofferenza**; quando inizia a intravedere la possibilità di rimanere senza sintomo, subisce una riduzione della propria capacità predittiva, perché le situazioni che si troverà ad affrontare saranno del tutto nuove. Questa **paura del nuovo** sarà più accentuata in quei soggetti che ritengono di dover sempre mantenere un controllo su se stessi e le situazioni senza mai lasciarsi andare (*es. alcune pazienti anorgasmiche*).

Il paziente può sperimentare ansia anche per un altro motivo: **teme di perdere la propria identità**, di non essere più lo stesso, di diventare un'altra persona e questo, naturalmente, lo spaventa.

Infine, un'ulteriore resistenza a lavorare sul problema sessuale può derivare dal fatto che **il paziente non accetta di averlo** perché trova la cosa orribile: così un problema di ansia e di inefficienza sessuale può a sua volta dare origine ad un ben più grave problema depressivo.

COME E QUANDO MODIFICARE LA STRATEGIA

I **momenti di cambiamento** coincidono proprio con l'insorgere di difficoltà nel normale procedere della terapia. Difficoltà che segnalano che il modello che ci eravamo fatti della situazione è imperfetto, del tutto errato, o quanto meno incompleto.

La competenza del terapeuta sta proprio nella capacità di avvedersi dei propri errori e nel tenerne conto per modificare la propria strategia d'intervento. Se ogni tentativo di cambiamento risulta infruttuoso, **occorrerà prendere atto che non è possibile procedere oltre con una terapia sessuale e indirizzare la coppia o il singolo verso un'altra terapia** che abbia un'indicazione più specifica per il problema che si sarà nel frattempo chiarito e di cui il sintomo sessuale costituiva evidentemente soltanto un epifenomeno marginale.

In questo caso è opportuno non far sperimentare ciò come un fallimento: **una terapia non conclusa può essere comunque un'utilissima consulenza** e può indirizzare finalmente verso un trattamento specifico ed efficace.

CAPITOLO 18 LA CHIUSURA DELLA TERAPIA

La relazione terapeutica, proprio in quanto tale, è una relazione a termine. Ciò può

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

essere noto ai pazienti prima dell'inizio della terapia e viene loro esplicitamente ribadito nella formulazione del contratto terapeutico.

La chiusura è considerata un po' come una sorta di morte: un evento che in teoria si sa che avverrà, ma di cui non si tiene assolutamente conto nel procedere quotidiano.

CHIUSURE E INTERRUZIONI

Normalmente una terapia si chiude quando gli obiettivi che ci si era dati sono stati raggiunti in modo stabile.

Altre volte, tuttavia, **la terapia si interrompe prima del raggiungimento del risultato desiderato per volontà del terapeuta** che si avvede dell'inutilità di proseguire un intervento che non porta sostanziali cambiamenti. È il caso in cui resistenze molto intense comportano un sostanziale stallo della situazione e il terapeuta si rende conto che tali resistenze segnalano una situazione patologica di cui il sintomo sessuale costituisce soltanto un epifenomeno marginale.

I pazienti non devono vivere tale interruzione come fallimento e la terapia fatta come tempo sprecato, ma come una prima tappa di chiarimento verso la risoluzione del loro problema.

Altre chiusure precoci vengono imposte dai pazienti invece che dal terapeuta: è il caso del drop-out e delle guarigioni miracolose.

Drop-out: i pazienti interrompono la terapia, spesso senza dare spiegazioni e neppure più notizie di loro.

Un'interruzione nelle fasi iniziali della terapia può significare che l'andare in terapia non era motivato dal desiderio di guarire ma faceva parte dello stesso gioco di coppia che manteneva il disturbo, oppure l'approccio mansionale integrato mal si adattava alle aspettative dei clienti rispetto ad una psicoterapia. Ciò non toglie che **il terapeuta non si è accorto del problema, tant'è che il drop-out lo prende alla sprovvista.**

Interruzioni in fasi più avanzate della terapia sono indice che una manovra terapeutica ha smosso un punto di equilibrio del sistema, scatenando una resistenza radicale.

Guarigioni miracolose: la coppia rinuncia all'espressione sintomatica nell'area sessuale per interrompere una terapia che avvertiva come minacciosa per i propri equilibri più profondi. Per essere una resistenza è comunque sicuramente più gratificante per un terapeuta che un secco drop-out.

Naturalmente **non tutte le guarigioni rapide hanno il significato di una fuga dalla terapia:** a volte è sufficiente una ridefinizione ben fatta per risolvere un problema in una sola seduta.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

PROBLEMI DI DISTACCO

A volte la coppia, o uno dei due partner, **sembra boicottare la fine della terapia** con un inaspettato peggioramento, o tirando fuori nuovi problemi su cui lavorare, o proponendo nuovi obiettivi più o meno confusi e generali.

Da parte sua, **il terapeuta può esprimere le sue difficoltà rispetto al distacco** non essendo mai soddisfatto del risultato raggiunto e proponendo continuamente mete più profonde di cambiamento.

Se ciò avviene, bisogna interrogarsi sui problemi di distacco che la previsione della chiusura ha sollevato. Se questi riguardano i pazienti andranno affrontati in terapia, se riguardano il terapeuta dovranno essere esaminati in altra sede (supervisione).

COME CHIUDERE UNA TERAPIA

La chiusura va programmata con un certo anticipo e tale prospettiva va comunicata al paziente non appena il terapeuta ne preveda la possibilità. In tal modo ci sarà il tempo di rielaborare la possibile reazione senza dover spostare ulteriormente il termine prefissato.

Così come l'inizio della terapia è stato contrattato, ed è stato ricercato l'accordo di tutti i partecipanti, altrettanto va fatto per la chiusura. Non solo il terapeuta deve essere convinto che il lavoro è finito, ma anche i pazienti devono raggiungere tale convinzione per affrontare con sicurezza la separazione e le loro obiezioni vanno ascoltate e prese in seria considerazione.

Il tempo che trascorre tra la risoluzione del sintomo e l'effettiva chiusura della terapia (circa un mese) non è tempo perso. Esso va dedicato alla **stabilizzazione della guarigione**, alla **generalizzazione del cambiamento** alle aree limitrofe a quella sessuale e all'**elaborazione della separazione**.

In primo luogo **va richiamato il contratto iniziale e verificato il raggiungimento degli obiettivi** che ci si era prefissati sui tre livelli (cognitivo, comportamentale e relazionale). Sempre con la collaborazione dei pazienti, poi, si ricostruirà il percorso terapeutico effettuato, **sottolineando le scoperte e i cambiamenti avvenuti** in ognuno sia rispetto a sé che rispetto all'altro.

A tale proposito **è utile fissare una seduta di controllo** dopo uno o due mesi dall'interruzione della terapia, allo scopo di verificare il mantenimento del nuovo equilibrio, mentre non è consigliabile una progressiva rarefazione nel tempo delle sedute.

Il terapeuta può **rassicurare i pazienti** sulla loro possibilità di rivolgersi a lui anche in futuro

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

e di cercarlo per ogni problema di sua competenza, e può anche esternare i sentimenti positivi nei loro confronti e l'arricchimento personale che ha ricevuto dal lavoro terapeutico.

È invece importante **non far scivolare la relazione su un piano amicale**, proprio perché ciò renderebbe in futuro impossibile un ulteriore intervento terapeutico e priverebbe quindi i pazienti stessi di quel riferimento che tanto desiderano.

CAPITOLO 19 LA RELAZIONE TERAPEUTICA

La relazione terapeutica è una particolare relazione interpersonale che si distingue dalle altre relazioni significative per alcune caratteristiche peculiari:

- È regolata da **norme deontologiche** che indicano cosa è conveniente fare e non fare per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.
- È una **relazione asimmetrica**, nel senso che i partecipanti hanno ruoli diversi e complementari.
- È una **relazione** che nasce già col presupposto di essere **a termine**.

Un terapeuta non può mai tralasciare nel corso di una psicoterapia un'attenta riflessione su quali siano le emozioni che prova verso i pazienti e sui motivi di tali emozioni. L'ideale non sta nel non provare emozioni; questo significherebbe infatti un'incapacità di entrare in empatia con il mondo dei pazienti e sfocerebbe in un'impotenza terapeutica; importante è invece comprendere il perché di tali emozioni.

Da tale comprensione scaturiscono per il terapeuta utilissime informazioni sul proprio mondo interiore (arricchimento per il terapeuta) e su quello dei pazienti (efficacia terapeutica).

LE TAPPE DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

La relazione terapeutica evolve nel tempo, ha delle tappe.

Prima fase: il paziente deve riconoscere il terapeuta come fonte autorevole di informazioni; deve fidarsi di lui, stabilire in qualche modo una relazione di dipendenza. In questa fase il terapeuta deve essere sufficientemente abile da comprendere quali siano i criteri di autorevolezza del paziente, le sue aspettative e uniformarsi ad esse.

La prima fase è conclusa quando **il paziente si fida del terapeuta** e riconosce in lui un'autorità ben disposta nei propri confronti, dalla quale aspettarsi aiuto e non giudizi.

Seconda fase: è caratterizzata dall'**incremento dell'autostima del paziente**.

L'autorevolezza attribuita inizialmente al terapeuta rimbalza da questi al paziente stesso. Si incoraggiano l'esplorazione autonoma e la formulazione di ipotesi, si rinforza la capacità del paziente di costruire significati nuovi alla sua realtà, di fare scoperte e di criticare le vecchie convinzioni.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Terza fase: riguarda specificatamente la relazione di coppia. I due iniziano a sperimentare insieme, a riconoscersi reciprocamente come fonte autorevole di informazioni, ad ascoltarsi e confrontarsi non più come rivali o antagonisti ma come complici. Il ruolo del terapeuta diviene più marginale, una sorta di facilitatore dei processi di comunicazione della coppia. È la fase della **scoperta di sé attraverso l'altro**, un altro che finalmente è riconosciuto come attendibile e collaborativo.

Quarta ed ultima fase: è la **fase del distacco** che precede la chiusura della terapia. La delega della competenza e dell'autorevolezza inizialmente accettata, a fini strumentali, dal terapeuta, viene totalmente restituita non più al singolo ma alla coppia come tale.

Il percorso ideale qui descritto conduce dunque dalla dipendenza all'autonomia e segue per certi versi lo stesso itinerario che, durante lo sviluppo, porta dall'attaccamento all'esplorazione.

Il terapeuta inizialmente accetta la dipendenza, si pone come base sicura e affidabile non allo scopo di mantenere questa situazione ma, al contrario, per utilizzarla al fine di riattivare l'autonomia e l'esplorazione del singolo e della coppia.

Naturalmente, **non in tutti i casi si tratterà di partire dalla prima fase** perché molte coppie possono già trovarsi in una situazione più avanzata e in tal caso non è certo necessario indurre una sorta di regressione ad una fase di dipendenza che non è richiesta né necessaria.

Il punto di arrivo è dunque fissato ma il punto di partenza è diverso da caso a caso e così anche il percorso da compiere.

LE REGOLE DELLA RELAZIONE

Il terapeuta normalmente ha sperimentato varie relazioni terapeutiche, ne conosce le regole, i confini, l'andamento, le difficoltà. Per i pazienti non è così. Per questo **è importante che sia il terapeuta a dettare le regole della relazione** e ciò avviene normalmente nei primi momenti dell'interazione in maniera implicita, fin dal primo contatto telefonico.

Il terapeuta deve chiedersi immediatamente: "Qual è l'atteggiamento che il paziente ha nei miei confronti?".

Avere immediata coscienza del gioco relazionale che il paziente propone è utile sia per capire qual è il modo consueto di relazionarsi del paziente con l'altro, e quindi anche il suo modo di stare in coppia, sia per prevedere quali saranno le attese nei confronti del terapeuta e quindi i probabili ostacoli che s'incontreranno nella terapia.

Le prime osservazioni, seppure andranno in seguito aggiustate e perfezionate, sono le più libere dal condizionamento che il terapeuta stesso, con il suo modo di porsi, impone alla relazione e quindi, come tali, le più utili per valutare il modo in cui il paziente tende a costruire le proprie relazioni interpersonali. **Tale conoscenza va tenuta presente nell'elaborazione della strategia terapeutica.**

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

LE TRAPPOLE DELLA RELAZIONE

Il paziente non è un singolo, ma una coppia e questo non deve mai essere dimenticato.

Il terapeuta deve preoccuparsi del bene di entrambi senza mai accettare alleanze o collusioni con uno dei due membri.

Spesso la coppia cerca di trasformare la terapia in una sorta di tribunale e il terapeuta in un giudice che stabilisce chi ha ragione e chi ha torto. Accettare questo ruolo, anche se richiesto da entrambi, significa rinunciare ad avere una funzione terapeutica e decretare vita breve alla terapia, che sarà ben presto interrotta. **Tali tentativi vanno dunque stroncati esplicitamente e decisamente dal terapeuta, il quale deve spiegare di non credere nell'esistenza di un colpevole.** Si tratta piuttosto di due persone che soffrono e sono ugualmente responsabili della loro sofferenza. Ambedue devono rendersi conto che la situazione può essere modificata non tanto da un cambiamento dell'altro, quanto da un proprio cambiamento.

CAPITOLO 20

EZIOPATOGENESI DEI DISTURBI DELL'ECCITAMENTO SESSUALE

La **fase dell'eccitazione** consiste in una sensazione soggettiva di piacere accompagnata da caratteristiche modificazioni fisiologiche

- Nel maschio si ha la vasocongestione del distretto penieno che comporta l'erezione e la secrezione della ghiandola di Cowper.
- Nella femmina la vasocongestione è generalizzata a tutto il distretto pelvico e ciò comporta la lubrificazione vaginale e il turgore dei genitali esterni.

Contemporaneamente vi è la formazione della **piattaforma orgasmica**, che corrisponde al restringimento del **terzo esterno della vagina** per l'aumento di tensione del **muscolo pubococcigeo** e la vasocongestione che si estende anche alle **piccole labbra**; la tumescenza dei **seni** e l'allungamento e l'ampliamento dei **due terzi interni della vagina**.

Tale processo, come tutto il ciclo della risposta sessuale, è regolato da **centri riflessi spinali** che innervano l'area genitale e sono costituiti da **rami parasimpatici**, la cui azione prevale nella fase dell'eccitazione, e da **rami ortosimpatici**, la cui azione prevale invece nell'orgasmo.

Tali centri spinali sono supervisionati ad un livello superiore dal **lobo limbico**, che invia segnali inibitori e/o facilitatori.

Nell'**inibizione dell'eccitazione**, quello che sembra incepparsi è dunque il meccanismo della vasodilatazione, che è sotto il prevalente controllo del **sistema nervoso parasimpatico**.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Se nonostante un'adeguata stimolazione la vasodilatazione non si verifica, dobbiamo ipotizzare un meccanismo inibitorio che blocca la normale reazione riflessa spinale. Perché ciò si realizzi è sufficiente che la previsione o l'inizio del rapporto sessuale comporti un'attivazione emotiva intensa (es. *paura, rabbia, disgusto*) tale da suscitare una **reazione di allarme**.

L'attivazione simpatica che sostiene la reazione d'allarme inibisce il prevalere del parasimpatico necessario alla vasodilatazione genitale e quindi all'eccitazione.

Il meccanismo d'inibizione emotiva dell'eccitazione sessuale ha, peraltro, un evidente **valore evolutivo**. È chiaro che, di fronte ad un pericolo in cui è messa in gioco la sopravvivenza individuale, è inopportuno preoccuparsi della proliferazione e aumentare la propria vulnerabilità con attività come il coito, ed è invece più congruo un comportamento di fuga o di attacco che richiede che i distretti muscolari ben irrorati siano altri piuttosto che quello pelvico.

In sintesi, la possibilità del rapporto sessuale è vissuta come un evento pericoloso che suscita una reazione emotiva di allarme che impedisce la possibilità stessa del rapporto.

Il circolo vizioso di automantenimento ripercorre la stessa strada patogenetica e rafforza il disturbo. In esso non è più la possibilità di un imminente rapporto, ma piuttosto la constatazione del fallimento ad essere costruita come un evento pericoloso e a suscitare ulteriore ansia o rabbia o senso di colpa.

Gli **obiettivi strategici** della terapia saranno:

- L'aumento della stimolazione sessuale.
- La diminuzione delle emozioni disturbanti.

Mentre per il primo obiettivo il percorso mansionale sarà pressoché simile per tutti i casi, il secondo obiettivo necessita di un percorso terapeutico modellato sulla specifica coppia e va perseguito per tappe:

- Ricostruire il problema.
- Prescrivere esperienze concrete e proporre ristrutturazioni cognitive che modifichino il circolo di automantenimento.

Criticare e modificare quelle convinzioni che producono l'emozione disturbante al momento dell'imminenza del rapporto.

CAPITOLO 21 EZIOPATOGENESI DEI DISTURBI DELL'ORGASMO

L'orgasmo costituisce il momento culminante della risposta sessuale, un evento discontinuo rispetto al continuum di desiderio, eccitazione e risoluzione.

Nella donna si caratterizza per delle **contrazioni involontarie della piattaforma orgasmica**

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

vaginale che sono in numero da 3 a 12 e si susseguono circa ogni 0.8 secondi. Il tutto dura dai 3 ai 15 secondi ed è associato ad un lieve **ottundimento dello stato di coscienza** e ad un **innalzamento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca**.

Nell'uomo l'orgasmo è associato ad una serie di 3-7 **getti eiaculatori** che si succedono ogni 0.8 secondi circa. Questa è la fase in cui viene sperimentato il piacere più intenso. Immediatamente prima dell'eiaculazione c'è la **fase dell'emissione** durante la quale il **liquido seminale** si raccoglie nella **porzione bulbare dell'uretra** e l'eiaculazione diviene inevitabile.

Come per il meccanismo dell'eccitazione, anche il fenomeno dell'orgasmo è gestito da tre livelli di integrazione: spinale, limbico e corticale, strettamente interconnessi tra loro con meccanismi di reciproca inibizione e facilitazione.

Tuttavia, se l'eccitamento è caratterizzato principalmente da una reazione vasocongestizia sotto il controllo del sistema nervoso autonomo parasimpatico, **l'orgasmo è connotato da una reazione muscolare** (aumento del tono e contrazioni muscolari) che è sotto il controllo prevalente del **sistema nervoso autonomo ortosimpatico** e in parte anche del **sistema nervoso volontario**.

I disturbi dell'orgasmo sono dunque in qualche modo più alti come localizzazione che non quelli dell'eccitazione, e riguardano il controllo cosciente sull'automatismo spinale ed emotivo.

Nel DSM-III troviamo classificate:

- **L'inibizione dell'orgasmo femminile:** ricorrente e persistente inibizione dell'orgasmo, che si manifesta con un ritardo o con l'assenza dell'orgasmo, dopo una normale fase di eccitazione sessuale, durante un'attività sessuale che è giudicata clinicamente adeguata come obiettivo, intensità e durata.
- **L'inibizione dell'orgasmo maschile:** si manifesta attraverso un ritardo o l'assenza di eiaculazione, dopo una fase adeguata di eccitamento sessuale.
- **L'eiaculazione precoce:** caratterizzata dal verificarsi dell'eiaculazione prima che la persona lo desideri a causa di una ricorrente e persistente assenza di ragionevole controllo volontario dell'eiaculazione e dell'orgasmo.

Il giudizio ragionevole controllo è dato dalla valutazione da parte del medico dei fattori che influenzano la durata della fase di eccitazione, come l'età, l'eventuale novità del partner, la frequenza e la durata del coito.

È da notare **l'assenza del disturbo di precocità femminile** nel DSM III, e come esso compaia nel DSM III-R, ma soltanto tra le disfunzioni sessuali non altrimenti specificate, e ciò conferma che si tratta di una patologia emergente seppure ancora non di frequente osservazione.

Infine, la maggiore lentezza che le donne hanno nell'eccitarsi e nel raggiungere l'orgasmo fa connotare dall'esterno questo disturbo come una sorta di pregio, un po' come avviene, all'inverso, per l'eiaculazione ritardata negli uomini.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Il problema a cui dobbiamo ora dare risposta è: **come avviene che il tentativo di controllo cosciente dei tempi dell'orgasmo esiti esattamente nel suo opposto, cosicché lo sforzo di ritardare l'evento lo accelera e lo sforzo di accelerare lo ritarda?**

La precocità: si tratta in genere di soggetti con un'immaginazione molto intensa, che anticipa vivacemente la realtà, la precede e in qualche modo la sostituisce; l'eccitazione è legata più al **vissuto immaginativo** che non all'esperienza concreta che il soggetto sta vivendo e cresce a gradini improvvisi e molto elevati al variare dell'immaginazione con cui è in stretta relazione.

Contemporaneamente il soggetto sperimenta la sensazione di non riuscire a contenere tale eccitazione, di esserne travolto e quindi mette in atto strategie di evitamento: pensare ad altro, distrarsi, in qualche modo non esserci.

Il **circolo vizioso** ha origine proprio in questo tentativo di non sentire che inibisce la percezione delle afferenze sensoriali e instaura, di fatto, una sorta di automatismo che esclude ogni tipo di controllo volontario sull'innescio del riflesso orgasmico.

Tutta la terapia sarà centrata dunque in primo luogo sull'addestramento a concentrarsi sulle sensazioni corporee e avvertirle invece di evitarle, in secondo luogo sulla risoluzione dei circoli viziosi, soprattutto relazionali, che possono aggravare il problema (*es. diminuzione dei rapporti, ostilità del partner che si sente respinto, ansia di prestazione*).

Più raramente giungono all'osservazione del clinico degli **ejaculatori precoci** che non hanno le caratteristiche suddette. Si tratta di soggetti che esplicitamente non mostrano alcun interesse al piacere dell'eccitazione e sembrano esclusivamente interessati al momento consumatorio dell'orgasmo. In tali casi la motivazione alla terapia è fornita dal disagio manifestato dalla partner mentre il soggetto non vive come limitante la situazione.

Inibizione dell'orgasmo: questi soggetti si impegnano in ogni modo per accelerare l'evento **tentando di sentire quanto più possibile**. Sono in qualche modo molto attenti e proprio questa attenzione sembra impedire il lasciarsi andare all'immaginazione, il rapporto è ridotto alla sua concretezza, il **controllo cosciente** impedisce proprio quel lasciare fare alle emozioni che è premessa a quella sorta di momentanea perdita di coscienza che accompagna l'esperienza orgasmica.

L'obiettivo della terapia sarà di **risolvere i problemi relativi al controllo delle emozioni** che trovano origine nella storia del soggetto. Contemporaneamente si tratterà di **favorire nel qui ed ora la capacità immaginativa del soggetto**, capacità che peraltro gli permetterà di distrarsi dal controllo cosciente sul vissuto corporeo concreto. Infine, lo scopo sarà quello di **migliorare il livello di stimolazione sessuale** che non è mai da escludere sia inadeguato per la soglia del soggetto.

CAPITOLO 22 EZIOPATOGENESI DEI DISTURBI DA DOLORE SESSUALE

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

I disturbi da dolore sessuale comprendono il vaginismo e la dispareunia. In queste due disfunzioni il coito, o il tentativo di coito, diventa esperienza fisicamente dolorosa invece che piacevole.

Vaginismo: storia di ricorrenti e persistenti spasmi involontari della muscolatura perivaginale che rendono difficile o impossibile la penetrazione.

Dispareunia: il coito, sia nel maschio che nella femmina, è associato a persistente e ricorrente dolore ai genitali, senza che ciò sia causato da vaginismo o da una mancanza di lubrificazione.

Può trattarsi di una reale esperienza dolorosa sperimentata durante i primi tentativi di rapporto a motivo di una patologia somatica (es. *rigidità dell'imen e resti imeneali, endometriosi, flogosi pelviche, emorroidi etc.*), oppure dell'associazione della penetrazione con qualcosa di negativo, come il giudizio critico degli altri dovuto all'idea che una persona seria non fa certe cose o, ancora, dell'ignoranza rispetto all'anatomia e fisiologia dei propri genitali dovuta ad un'educazione repressiva, o della volontà, più o meno inconscia, di non soddisfare i desideri del partner e di non sottomettervisi.

Sta di fatto che tutte queste diverse vie finiscono in un unico modo: **la previsione della penetrazione come evento doloroso, sgradevole o impossibile.**

Allo stesso problema (la previsione della dolorosità e sgradevolezza della penetrazione) sia ha nel primo caso una risposta motoria di evitamento che la fa somigliare ad una soluzione di tipo fobico (vaginismo), mentre nel secondo caso si ha una risposta sensitiva tipo disturbo da dolore psicogeno (dispareunia).

In entrambi questi casi il tentativo di penetrazione o il prolungarsi del rapporto comportano effettivamente un'esperienza dolorosa che va a rinforzare la previsione iniziale, creando il consueto **circolo di automantenimento del disturbo.**

A seguito del dolore provato il soggetto può sperimentare una reazione di rabbia nei confronti del partner che viene identificato come la causa di questa sofferenza, con un netto peggioramento della relazione di coppia. Diversamente il soggetto può ritenere il proprio sintomo come un grave segno della propria inadeguatezza sessuale e personale, e perciò sviluppare sentimenti depressivi di autosvalutazione e di colpa che a loro volta fanno diminuire il desiderio sessuale; oppure può temere che, a motivo di questa sua inadeguatezza, sarà prima o poi abbandonato dal partner e finirà solo.

Anche il partner non portatore del sintomo reagirà a suo modo sentendosi insoddisfatto o addirittura rifiutato, o persino incapace e inadatto ad affrontare il problema e, a seconda dei casi, potrà dunque sentirsi arrabbiato e ostile verso il partner che lo rifiuta, o depresso per la propria incapacità o ansioso per la prestazione che crede di dover fornire o preoccupato per il futuro del rapporto di coppia.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Il modo in cui due partner costruiscono il sintomo dà dunque luogo ad una serie interminabile di equivoci nella relazione di coppia, che è compito della terapia chiarire sin dalle fasi iniziali, recuperando così una piena collaborazione di entrambi al trattamento.

CAPITOLO 23 LA TERAPIA

Forniremo qui la descrizione delle principali mansioni nelle 4 fasi della terapia, successivamente si descriveranno nel dettaglio i vari iter terapeutici.

La prima prescrizione il comportamento, o meglio, la mansione numero 0 è **l'organizzazione della serata**. Si chiede ai componenti della coppia di organizzare ciascuno una serata, o comunque un lasso di tempo di circa 3 ore da passare insieme. La coppia deve stare sola, senza amici, figli o parenti vari, si proibisce espressamente di parlare di problemi inerenti ai figli o famiglia d'origine, rappresentando questo momento una sorta di appuntamento speciale per l'incontro fra lui e lei.

Ciascuno deve organizzare la propria serata, deciderà in maniera autonoma cosa fare, dove etc. Si proibisce inoltre di concludere la serata con un rapporto sessuale. Lo scopo di questa prescrizione è quello di saggiare il livello di cooperazione della coppia e le modalità di decisione.

La proibizione dei rapporti sessuali ha un duplice scopo:

- Favorire l'intimità senza lo spettro di una sessualità che è necessariamente problematica.
- Evitare che il sesso rappresenti una via di fuga dai problemi di relazione.

PRESCRIZIONI DELLA PRIMA FASE

Prescrizione dell'autosservazione corporea: consiste nel chiedere ad entrambi i componenti della coppia separatamente di effettuare un'attenta osservazione del proprio corpo dapprima visiva, quindi tattile. Posti davanti ad uno specchio, devono osservarsi dalla testa ai piedi con molta attenzione in modo tale da poter rispondere mentalmente a domande del tipo: "Cosa non mi piace del mio corpo, cosa vorrei cambiare, cosa mi piace etc."

Solo al termine di questa fase si dovranno **osservare i genitali**, sempre con l'aiuto dello specchio. È opportuno sottolineare la necessità di scoprire il glande e di divaricare le grandi e le piccole labbra per poter osservare meglio la vulva.

Anche l'osservazione dei genitali dovrà essere accompagnata da un'attenta esplorazione tattile alla ricerca delle diverse sensazioni fisiche provocate da differenti tipi di contatto.

Dal punto di vista cognitivo l'autosservazione consiste nell'addestramento al **riconoscimento di propri stati interni**. Si chiede quindi d'iniziare a fare attenzione a cosa si prova e a cosa si pensa in situazioni, anche al di fuori dell'attività sessuale, che suscitano stati emotivi.

Nella fase della conoscenza di sé possono essere utili due ulteriori tecniche:

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- **Gli esercizi di Kegel:** consiste in una serie di contrazioni e rilasciamenti che hanno lo scopo di aumentare il tono del muscolo pubococcigeo. Si migliora così il controllo volontario dei gruppi muscolari particolarmente coinvolti nel coito e nell'orgasmo. Per prima cosa il paziente dovrà, mentre sta facendo pipì, interrompere per un momento il flusso dell'urina. Nel fare ciò dovrà fare bene attenzione a quale movimento sta mettendo in atto. Una volta che lo abbia ben compreso lo potrà ripetere in qualsiasi momento; facendolo, avvertirà una lieve contrazione seguita da un rilassamento.
- **La scoperta del punto di inevitabilità orgasmica:** consiste nell'indicare un esercizio di masturbazione (non in presenza del partner) in cui l'attenzione deve essere rivolta al riconoscimento delle sensazioni fisiche preorgasmiche, avvertite le quali si deve interrompere o modificare la stimolazione in modo tale da non raggiungere l'orgasmo, che potrà essere raggiunto, se desiderato, solo in un secondo momento. Si sottolinea come in questa fase della terapia lo scopo sia ancora di conoscere e non di provare piacere sessuale.

PRESCRIZIONI DELLA SECONDA FASE

Focalizzazione sensoriale (1-2): consiste in uno scambio di stimolazioni (carezze) a fini non erotici. È necessario che la prescrizione sia articolata su diversi punti cardine:

1. Lo scambio di carezze è un sistema di conoscenza e non un gioco erotico pertanto non è un prelude ad un atto sessuale.
2. I partner non devono accarezzarsi contemporaneamente, in modo tale che ognuno possa più facilmente concentrarsi sulle proprie sensazioni. Spesso si rileva nelle coppie un comportamento fortemente sbilanciato fra chi fa e chi riceve sensazioni che può rappresentare un certo punto di attrito. Con le carezze alternate si può evitare che ciò accada e talvolta mettere in evidenza come sia impossibile per alcuni stare fermi e godere di ciò che si riceve.
3. Le carezze devono riguardare tutto il corpo possono essere di diverse tipo.
4. È utile uno scambio di informazioni perché in termini positivi e non distraente.

Prescrizione: distendetevi nudi a letto, dopo una doccia o un bagno. Quindi lei, signora, si distenda sul ventre e lei (M) inizi ad **accarezzarla dalla testa ai piedi, esplorando ogni parte del corpo, ad eccezione delle zone genitali e del seno**, faccia quindi conto che lei (F) indossi un bikini. Carezzi a lungo il corpo della sua compagna; le carezze possono essere fatte con le labbra, con l'aiuto di una lozione etc. Nell'accarezzare si faccia guidare dalla curiosità e faccia attenzione alle sensazioni che riceve dal contatto fisico, e alle emozioni che prova. Lei, signora, dovrà restare immobile, senza ricambiare le carezze che sta ricevendo, concentrata sulle percezioni fisiche e sulle sensazioni, pensieri ed emozioni che sta provando. Sarà utile che lei (F) dia delle informazioni al suo compagno su come desidera essere accarezzata e dimostri quali carezze preferisce. Una volta che sarà ultimata l'esplorazione della parte dorsale, lei, signora si girerà e ripetete la stessa cosa per la parte ventrale, ricordando ovviamente il costume da bagno virtuale. Terminata questa seconda fase, sarà il signore ad essere accarezzato con le stesse modalità.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

In un secondo momento, espletata la prima fase, si chiederà alla coppia di "togliersi il costume da bagno" e si sottolineerà **che i genitali saranno accarezzati solo come una qualsiasi altra parte del corpo.**

Bisogna ricordarsi che è un esercizio di ricerca e non di erotismo, non bisogna accarezzarsi fino all'orgasmo. Qualora la tensione sessuale divenisse eccessiva, i due si potranno successivamente masturbarsi ognuno per conto proprio.

Tecnica dello stop-start associata alla tecnica della compressione: coricatevi a letto, nudi; lei, signora, accarezzerà il suo compagno fino a che non otterrà l'erezione, quindi inizierà a masturbarlo. Lei (M) starà disteso e immobile; non contraccambierà le carezze né farà movimenti atti a produrre eccitazione, si concentrerà unicamente sulle sensazioni che starà provando, su ciò che sta avvenendo momento per momento. Non appena sentirà che si sta avvicinando al punto di non ritorno le dirà di fermarsi. Lei (F) si fermerà e, se richiesto, allontanerà la mano dal pene. Lei (M) continuerà a fare attenzione alle **sensazioni di diminuzione dell'eccitazione**; questo è molto importante per bloccare "fughe in avanti" su stimolo immaginativo. Non tenti di fermarsi all'ultimo istante, prenda per sé un ampio margine di sicurezza. Qualora avesse difficoltà di controllo può chiedere alla sua compagna di aiutarlo. Allora lei signora stringerà il pene in questo modo (e si mostra la tecnica della compressione). Quando l'eccitazione sarà diminuita può chiedere di riprendere la stimolazione per interromperla di nuovo, e così per tre volte. **Alla quarta può eiaculare liberamente.** È importante a questo punto che se lei (F) lo desidera, possa trovare una soddisfazione sessuale chiedendo al suo compagno di farle raggiungere l'orgasmo. Ricordo che **non deve seguire a questo compito un coito** e che lei (M) deve assolutamente **concentrarsi sulle proprie sensazioni.**

Comunicazione 1: si chiede quindi ai componenti della coppia d'iniziare a **esplicitare i propri desideri in maniera chiara.** Può essere utile iniziare anche su territori meno pericolosi e utilizzare, ad esempio, il campo alimentare. Almeno una volta al giorno dovranno far presente al partner un proprio desiderio in maniera esplicita e osservare quindi l'interazione di coppia.

PRESCRIZIONI DELLA TERZA FASE

Le prescrizioni sono articolate su:

- Istruzioni per ampliare il repertorio di stimolazione fisica.
- Istruzioni per ampliare il repertorio di stimolazione psichica.

Focalizzazione sensoriale 3: S'invitano quindi entrambi i partner a **masturbarsi**, cercando di esplorare dapprima il proprio corpo e ricercando le aree erogene, e a sviluppare il **repertorio immaginativo.**

Prescrizione: vi chiedo di pensare a voi stessi e al piacere che state provando. Chiedete ciò che vi dà maggior piacere e insegnate al vostro partner la strada migliore per farvi eccitare. Non

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

ricambiate le carezze ma godete di ciò che vi viene fatto. Vi chiedo in un certo senso di essere **egoisti**, di una strana forma di egoismo che vi consentirà di dare molto al vostro partner. Solo se conoscerete il modo con cui provare piacere lo potrete successivamente riproporre al vostro partner e, d'altra parte, sapete bene come l'eccitazione possa essere contagiosa e quindi il piacere dimostrato da uno di voi possa trascinare l'altro.

La ricerca del piacere è un processo attivo che segue un'intenzionalità. Se l'immaginario sessuale risulta poco sviluppato si insegnerà a produrre **fantasie**, sia con l'uso di materiale iconografico che letterario, che, se occorre, erotico, fino a sviluppare un vero e proprio training di addestramento alla fantasia.

Si può arrivare così, per gradi, alla costruzione di fantasie che riguardano un atto sessuale.

Può spesso essere importante permettere le fantasie e spezzare la convinzione molto diffusa che esse rappresentino i nostri cattivi desideri. E **incoraggiare l'uso delle fantasie per aumentare il livello di eccitazione.**

Possono essere utili in questa fase alcune tecniche immaginative come:

- **L'amplificazione sensoriale:** tecnica di addestramento alla percezione e alle successive amplificazioni di stimoli fisici piacevoli.
- **Simulazione dell'orgasmo:** consiste nel chiedere al paziente di impegnarsi a simulare, durante un rapporto sessuale, un orgasmo come dovrebbe essere, quindi con tutte le grida, i movimenti etc.

Comunicazione 2: consiste nell'invitare la coppia a scambiarsi informazioni sui propri desideri sessuali. I partner vengono invitati quindi a **esplicitare quando hanno un desiderio sessuale** e a **prendere l'iniziativa.**

PRESCRIZIONI DELLA QUARTA FASE

Le prescrizioni di questa fase della terapia hanno lo scopo di far sperimentare alla coppia il piacere sessuale condiviso in un'intimità crescente.

Focalizzazione sensoriale 4: questa prescrizione consiste nel chiedere alla coppia di **scambiarsi carezze**, come per la focalizzazione sessuale 3 ma contemporaneamente di **masturbarsi reciprocamente fino al raggiungimento dell'orgasmo.**

Il coito inesigente: questa prescrizione consiste nel chiedere ai membri della coppia di avere una **penetrazione vaginale** allo scopo di percepire unicamente le sensazioni di contenere ed essere contenuti, **escludendo la possibilità di un orgasmo coitale.** I partner si muoveranno il minimo sufficiente per mantenere l'erezione.

Comunicazione 3: si invita la coppia a comunicarsi e a manifestare le emozioni e le sensazioni provate durante l'attività sessuale, a esprimere i propri desideri e le proprie

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

fantasie.

CAPITOLO 24

SPECIFICITÀ DEI PERCORSI TERAPEUTICI NELLE DIVERSE DISFUNZIONI

Per ogni disturbo verranno elencate le prescrizioni da assegnare e, tra parentesi, il partner al quale andranno assegnate. *Le prescrizioni fanno riferimento alle descrizioni già effettuate nel cap. 23.*

DISTURBI DELL'ECCITAMENTO SESSUALE

Scopo del trattamento è quello di ottenere la possibilità dell'eccitazione sessuale attraverso l'**incremento delle stimolazioni facilitanti** e la **riduzione delle inibizioni** sia comportamentali che emotive e relazionali.

Disturbo dell'eccitamento femminile (frigidità):

- **Prima fase**
 - Autosservazione (*donna*).
 - Esercizio di Kegel (*donna*).
 - Trasposizione di uno stimolo (*donna*): tecnica immaginativa con cui si addestra la paziente a trasportare uno stimolo piacevole da una parte del corpo più ricettiva ad un'altra (*es. una sensazione di piacevole calore provocata da una carezza sul viso può essere trasportata sulla vulva ed essere amplificata*).
- **Seconda fase**
 - Focalizzazione sensoriale 1 e 2 (*coppia*).
 - Comunicazione 1 (*donna*).
 - Continuare l'autosservazione (*donna*): coinvolgendo il partner allo scopo di comunicargli le scoperte e i progressi fatti nella ricerca del piacere.
- **Terza fase**
 - Masturbazione (*donna*): in casa da sola, almeno 2 volte a settimana per 45/60 minuti.
 - Focalizzazione sensoriale 3 (*coppia*).
 - Addestramento immaginativo (*donna*): scopo è la costruzione e l'utilizzazione di immagini sessualmente stimolanti.
 - Comunicazione 2 (*coppia*).
- **Quarta fase**
 - Focalizzazione sensoriale 4 (*coppia*).
 - Coito inesigente (*coppia*).

Disturbo dell'eccitamento maschile (deficit erettivo):

- **Prima fase**
 - Autosservazione (*uomo*): almeno una volta alla settimana per 30 minuti o più.
 - Esercizio di Kegel (*donna*): con lo scopo di aumentare la stimolazione del pene durante la penetrazione.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- Masturbazione (*uomo*): da solo in casa, almeno 2 volte alla settimana.
- **Seconda fase**
 - Focalizzazione sensoriale 1 e 2 (*coppia*).
 - Comunicazione 1 (*uomo*).
- **Terza fase**
 - Masturbazione (*uomo*): inizialmente da solo, successivamente in presenza della compagna e infine guidandole la mano.
 - Focalizzazione sensoriale 3 (*coppia*): 2/3 volte alla settimana.
 - Addestramento immaginativo (*uomo*): scopo è l'aumentare i livelli di eccitazione e di limitare la comparsa di pensieri distraenti.
 - Comunicazione 2 (*coppia*).
- **Quarta fase**
 - Focalizzazione sensoriale 4 (*coppia*).
 - Coito inesigente (*coppia*): fino alla scomparsa dell'ansia o alla sua tollerabilità.

DISTURBI DELL'ORGASMO

Alla base di questi disturbi si riconosce come punto comune l'**incapacità dell'individuo** (e della coppia) **a determinare quando e se avere un orgasmo.**

Il primo scopo della terapia sarà quindi quello di rendere la coppia consapevole che, per ottenere un orgasmo quando lo si desidera, è necessario un comportamento attivo.

Successivamente sarà necessario riconoscere e utilizzare i fattori che favoriscono quelli che inibiscono l'orgasmo, fattori di natura sia comportamentale che emotivo-relazionale.

Inibizione dell'orgasmo femminile:

- **Prima fase**
 - Autosservazione (*donna*).
 - Esercizio di Kegel (*donna*).
 - Ricerca del punto di inevitabilità orgasmica (*donna*): da sola in casa, da ripetere fino al raggiungimento dello scopo.
- **Seconda fase**
 - Focalizzazione sensoriale 1 e 2 (*coppia*): circa 1 ora o 1 ora e mezza.
 - Comunicazione 1 (*donna*)
 - Stop-start (*coppia*).
- **Terza fase**
 - Masturbazione (*donna*): da sola con amplificazione sensoriale.
 - Focalizzazione sensoriale 3 (*coppia*).
 - Comunicazione 2 (*coppia*).
- **Quarta fase**
 - Focalizzazione sensoriale 4 (*coppia*).
 - Coito inesigente (*coppia*).
 - Comunicazione 3 (*coppia*).

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Orgasmo precoce femminile:

Molto raro e, se presente, non considerato svantaggioso.

Eiaculazione precoce:

- **Prima fase**
 - Autosservazione (*uomo*): accurata e non frettolosa.
 - Ricerca del punto di inevitabilità orgasmica (*uomo*): fino a 3/4 volte a settimana.
- **Seconda fase**
 - Focalizzazione sensoriale 1 e 2 (*coppia*).
 - Stop-start (*coppia*): almeno 2 volte alla settimana.
 - Comunicazione 1 (*uomo*).
- **Terza fase**
 - Masturbazione (*uomo*): guastarsi lentamente le sensazioni erotiche.
 - Focalizzazione sensoriale 3 (*coppia*).
 - Comunicazione 2 (*coppia*).
- **Quarta fase**
 - Focalizzazione sensoriale 4 (*coppia*).
 - Coito inesigente (*coppia*): fino alla scomparsa dell'ansia o alla sua tollerabilità.
 - Comunicazione 3 (*coppia*).

Inibizione o assenza di orgasmo maschile:

- **Prima fase**
 - Autosservazione (*coppia*).
 - Esercizio di Kegel (*coppia*).
 - Ricerca del punto di inevitabilità orgasmica (*uomo*).
- **Seconda fase**
 - Focalizzazione sensoriale 1 e 2 (*coppia*).
 - Stop-start (*coppia*).
 - Comunicazione 1 (*uomo*).
- **Terza fase**
 - Masturbazione (*uomo*): attraverso l'uso di materiale erotico vengono incoraggiate le fantasie.
 - Focalizzazione sensoriale 3 (*coppia*).
- **Quarta fase**
 - Focalizzazione sensoriale 4 (*coppia*).
 - Coito inesigente (*coppia*).
 - Si stimola l'eiaculazione tramite masturbazione e, quando essa sta per avvenire, si introduce il pene in vagina continuando a stimolarlo per fare in modo che il pene eiaculi all'interno della vagina.

DISTURBI DA DOLORE SESSUALE

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

La **dispareunia** è un sintomo che richiede un'accurata diagnosi differenziale rispetto alla patologia a prevalente impronta somatica. Negli uomini è una patologia piuttosto rara ed è spesso parte di quadri psicosomatici più vasti. Nelle donne è più frequente ed è legata profondamente a legami inerenti alla relazione di coppia.

La richiesta di trattamento per **vaginismo** può presentarsi sotto 2 diversi aspetti:

- Impossibilità ad avere un rapporto coitale.
- Ottenere una gravidanza o salvare un rapporto che minaccia la crisi.

La metà sarà la risoluzione della contrazione involontaria della muscolatura perivaginale che impedisce la penetrazione e la modificazione dell'emozione disturbante (paura del dolore).

Vaginismo o dispareunia:

- **Prima fase**
 - Autosservazione (*donna*): almeno 2 volte alla settimana per 20 minuti.
 - Esercizio di Kegel (*donna*): verificare la contrazione e il rilassamento ponendo un dito sull'ostio vaginale. Compiere l'esercizio inserendo un dito in vagina.
 - Iniziare con l'introdurre oggetti estranei in vagina (assorbenti interni).
- **Seconda fase**
 - Focalizzazione sensoriale 1 e 2 (*coppia*): almeno 2 volte alla settimana per 30 minuti. Compiere l'esercizio di Kegel con l'inserimento del dito del partner in vagina guidato dalla mano della donna.
- **Terza fase**
 - Masturbazione (*donna*).
- **Quarta fase**
 - Coito inesigente (*coppia*): questo sarà il primo tentativo di penetrazione. Una volta avvenuta la penetrazione (che può anche essere dolorosa) l'uomo dovrà rimanere completamente immobile.

APPENDICE 1

LE DISFUNZIONI SESSUALI A PREVALENTE IMPRONTA SOMATICA

L'attività sessuale umana è un evento psicosomatico unitario. Perché essa possa aver luogo secondo parametri di normalità, essa presuppone l'integrità di circuiti psico-affettivi-relazionali da un lato e circuiti somatici bio-fisiologici dall'altro, e la reciproca integrazione degli uni con gli altri.

Qualsiasi evento lesivo o qualsiasi interruzione funzionale nell'uno o nell'altro tipo di circuiti può provocare una **disfunzione sessuale**.

Quando si parla della **indispensabilità funzionale**, per l'attività sessuale, di un **circuito biologico** ci si riferisce sia all'integrità anatomica genitale, che all'integrità fisiologica dei meccanismi biumorali, circolatori e neurologici.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

MALATTIE SOMATICHE E SESSUALITÀ

La noxa somatica che può introdurre o accentuare una disfunzione sessuale sarà qualsiasi patologia che riguardi una o più di queste 4 componenti: **anatomica, bioumorale, circolatoria, neurologica**.

A ciò vanno aggiunte altre due categorie di eventi:

- La presenza di **malattie generali defedanti**.
- L'uso di **sostanze chimiche esogene** (farmaci e droghe).

FARMACI, DROGHE E SESSUALITÀ

Gli effetti da sostanze chimiche esogene riscontrati sono vari:

- **Disturbi del desiderio:** sedativi, neurolettici, ansiolitici, ormoni ed antiormoni, oppiacei, antipertensivi, antidepressivi, antiparkinsoniani.
- **Disturbi dell'erezione:** neurolettici, antidepressivi triciclici, anticolinergici e farmaci dell'apparato digerente, ipotensivi, diuretici.
- **Modificazioni dell'eiaculazione:** farmaci anti MAO, tioridazina.
- **Altri disturbi:** come il priapismo da trazodone.

Per classificazione delle sostanze chimiche esogene, vedi **Scheda 2** allegata.

APPENDICE 2 GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

Lo scopo degli accertamenti diagnostici strumentali è molteplice:

- La definizione dell'**importanza della componente organica nel disturbo sessuale** o, viceversa, in caso di accertamento negativo, la sua esclusione.
- La possibilità di **oggettivare**, in alcuni casi in modo quantitativo, **la sindrome disfunzionale**.
- Il **rilevamento del/dei fattore/i patogenetici biologici** coinvolti a livello dei tre sistemi circolatorio, neurologico, bioumorale.
- La possibilità di **determinare la struttura anatomica** interessata e il livello di tale interessamento.

L'insieme di queste metodologie diagnostiche viene talora applicato, dopo il primo o i primi colloqui di orientamento e dopo aver raccolto un'anamnesi accurata ed un attento esame obiettivo somatico.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

AUTOFOTOGRAFIA

Si suggerisce al paziente che egli stesso fotografi il proprio pene in erezione usando un'apparecchiatura polaroid. **Il pene andrà fotografato dall'alto e di lato.**

Serve soprattutto per obiettivare quanto il paziente asserisce circa le deviazioni assiali, asimmetrie, deformità del pene eretto (es. *malattia di Peyronie, pene curvo congenito etc.*).

ECOTOMOGRAFIA PENIENA

Valuta lo **spessore dei corpi cavernosi**, la presenza, ed eventualmente la natura, di **placche** e di **fibrosi intracavernose**.

ACCERTAMENTO DELLA TUMESCENZA PENIENA

Il principio generale della NPT (**tumescenza peniena notturna**) consiste nel registrare e monitorizzare con apparecchio portatile di minimo ingombro, usabile e domicilio, gli **episodi erettili notturni**; si rilevano le variazioni di **circonferenza peniena** e le variazioni della **rigidità del pene**.

Nei normali meccanismi biofisiologici e in soggetti in età giovanile/media si verificano diversi episodi di erezione in una stessa notte (fino a 3-5) ciascuno di durata da 10 a 30 minuti circa. In linea di massima, tali episodi sono presenti anche in casi in cui è prevalente la determinante psicogena di un disturbo erettile. Viceversa, **in presenza o in predominanza di determinanti biologiche, l'attività erettile notturna spontanea è, in linea di massima, assente, incompleta oppure alterata.**

I **test di tumescenza spontanea** servono quindi ad uno screening di massima fra forme psicogene e forme organiche.

Nei **test di tumescenza provocata** la stessa apparecchiatura può essere applicata presso lo studio clinico durante la veglia. L'erezione può essere ottenuta, ad esempio con proiezione, in ambiente in cui il paziente sia solo e isolato, di materiale audiovisivo a carattere fortemente erotizzante. La metodica è utilizzabile quando si voglia **saggiare l'interferenza della vigilanza mentale**, oppure quando si tratti di **determinare l'entità e la dose di un supporto farmacologico aggiuntivo**.

ACCERTAMENTI RELATIVI ALLA FUNZIONALITÀ VASCOLARE DI TIPO NON INVASIVO

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

Misurazione della pressione sistolica peniena: tale misurazione si attua con l'impiego di un piccolo **manicotto per sfigmomanometria digitale** posto sul pene e di una **sonda Doppler** che registra il flusso sanguigno a valle del medesimo quando il manicotto viene gradualmente sgonfiato (come nella misurazione consueta della pressione al braccio).

Un'erezione richiede una pressione peniena almeno di 70-90 mm Hg. È tuttavia più importante il raffronto di tale pressione con quella branchiale.

Nel soggetto normale tale indice è pari a 0.75 o più. Un **indice superiore a 0.9** esclude in genere una genesi vascolare del disturbo erettile mentre è suggestivo per la sua genesi vascolare un **indice inferiore a 0.6**.

Ecovelocimetria o flussometria Doppler: la sonda Doppler consente di valutare la **morfologia dell'onda sfigmica** a livello di vari vasi e le sue variazioni sia quantitative che qualitative che sono indici di alterato circolo.

Le arterie che si esplorano sono quelle del distretto pelvico e femorale, le **arterie dorsali del pene** e le **arterie cavernose** seguite lungo il loro decorso. Quello che si ottiene è il cosiddetto **tracciato basale** a pene flaccido.

Con la somministrazione di 10 mg di **papaverina** (in media, o altro farmaco a dose equivalente) il tracciato Doppler è più leggibile e più affidabile.

Pletismografia: il pletismografo non indaga singoli vasi ma misura il **flusso totale di sangue circolante nel pene**, valutando le variazioni di volume dello stesso a seguito dell'onda sistolica. Questa metodologia è poco usata.

ACCERTAMENTI RELATIVI ALLA FUNZIONALITÀ VASCOLARE INVASIVI

Le arteriografie: possono essere di vario tipo e sono impiegabili a conferma di **arteriopatie** già altrimenti sospettate per meglio evidenziarle e delimitarle (es. *stenosi, displasie, anomalie anatomiche* etc.).

Le possibilità tecniche sono:

- Aortografia.
- Arteriografia selettiva (arterie iliache interne, arterie pudende).
- Arteriografia fallica digitalizzata.
- Cavernosografia.

Cavernosometria (test dell'erezione idraulica): consiste nell'introduzione di **soluzione fisiologica eparinizzata** nei corpi cavernosi, mediante una pompa per infusione con flusso adeguato nell'unità di tempo, e nel contemporaneo rilevamento della **pressione intracavernosa**. Con flusso di 90-120 ml/minuto compare di solito l'erezione. La richiesta di flussi e di pressioni molto superiori depone per l'esistenza di uno scarico venoso anormale.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

DOSAGGI BIOCHIMICI E ORMONALI

L'utilità di questi metodi è modesta e l'impiego è da riservare solo in casi di sospetto clinico di **endocrinopatia** (diabete compreso).

Uno **screening di tipo biochimico ormonico**, volto ad accertamenti della risposta sessuale, dovrebbe comprendere:

- Parametri di funzionalità epatica e di funzionalità renale.
- Gonadotropine (FSH e LH).
- Prolattina (PRL).
- Triiodotironina (T3).
- Tiroxina (T4).
- Tireotropina (TSH).
- Testosterone.
- Funzionalità surrenale.
- Glicemia (eventualmente da carico).
- Assetto lipidico.

ESAMI NEUROLOGICI

La **valutazione neurologica** in ambito di disfunzioni sessuali è particolarmente difficile perché, anche quando siano dimostrabili anomalie, è spesso difficile quantificare la loro reale importanza.

Nella pratica, ciò che conta maggiormente è:

- **Una anamnesi molto accurata.**
- **Una valutazione neurologica generale:** capacità motorie, sensoriali, propriocettive; valutazione sensitiva e motoria degli arti inferiori; esame dei riflessi crema sterici, bulbo-cavernoso, anale.

Riflesso bulbo-cavernoso: consiste nella contrazione del **muscolo bulbo-cavernoso** e dello **sfintere anale** esterno se si punge o si pizzica il glande. Il centro midollare relativo è situato in L2-L3.

Può essere quantificato stimolando elettricamente il glande e misurando il tempo intercorrente per la contrazione del muscolo bulbo-cavernoso, quale viene rilevata a mezzo di un elettrodo inserito in esso. **Normale: da 27 e 40 millisecondi.**

Risposte evocate sacrali (SER): questo tipo di risposte saggia l'integrità delle vie nervose. Ne esistono due tipi.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- Il primo tipo è un **riflesso pudendo/pudendo**, nel senso che lo stimolo è portato da elettrodi ad anello posti sul pene e viaggia lungo una via afferente somatica (nervo pudendo) fino al centro sito in S2-S4 e ritorna, sempre per via somatica efferente (nervo pudendo), allo sfintere anale esterno, dove è raccolto da un elettrodo di superficie posto nell'ano. Il tempo medio è di 31.5 millisecondi.
- Il secondo tipo è un **riflesso pelvico/pudendo** nel senso che lo stimolo è portato da un catetere stimolatore inserito nell'uretra posteriore e viaggia lungo una via afferente parasimpatica (nervo pelvico) fino al centro sito in S2-S4 e ritorna per via somatica efferente (nervo pudendo) allo sfintere anale esterno, ove è raccolto e misurato come il precedente. Il tempo medio è di 56 millisecondi.

Potenziali evocati somato-sensoriali (PESS): possono servire a differenziare una lesione neurologica periferica da un disordine a livello di sistema nervoso centrale confrontando i **PESS spinali** con i **PESS corticali**. Se quelli spinali sono normali e quelli corticali alterati allora il disordine è centrale.

Distinzione tra:

- **PESS spinali:** stimolo portato sul nervo dorsale del pene; si registra una risposta evocata con elettrodi tipo EEG o altri posti sulla cute a livello del midollo lombare. Ove aumenti il tempo di latenza vi è lesione periferica.
- **PESS corticali:** stimolo portato sul nervo dorsale del pene; la registrazione della risposta evocata si compie con elettrodi EEG posti sul cuoio capelluto. Un tempo di latenza normale depone per un'integrità delle vie sensitive afferenti fino alla corteccia cerebrale.

Cistoflussometria: consiste nella quantificazione della portata e delle altre caratteristiche del **flusso urinario**. È indice indiretto della funzione neurologica coinvolta nei meccanismi dell'erezione/eccitazione, in quanto **pene e vescica partecipano alle stesse innervazioni**.

APPENDICE 3 LA CONSULENZA SESSUOLOGICA (sex counseling)

Sex counseling: attività di sostegno capace di aiutare individualmente persone in difficoltà ad assimilare le loro conoscenze e trasformarle in stili di vita soddisfacenti e comportamenti responsabili.

Intendiamo il counseling come una relazione di aiuto che consenta all'utente la presa di coscienza della propria realtà e situazione, dei termini dei propri problemi, diventati più chiari, e consenta quindi una migliore gestione dei problemi stessi, con una possibilità di elaborare personalmente scelte più mature e responsabili.

Il counseling ha una valenza educativa e preventiva. Per altro verso, infatti, il counseling non si caratterizza solo per l'uso di informazioni passivamente riversate sull'utente ma per una

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

coscientizzazione, una maturazione, una responsabilizzazione, un processo di autonomia decisionale, una ricerca di soluzioni di valore in quanto comunque significative per la persona.

COSA SI INTENDE PER SEX COUNSELING

Sex counseling: relazione di aiuto, professionalmente condotta, che si svolge nell'ambito di un problema o un bisogno del richiedente perché questi ne possa affrontare adeguatamente la gestione, risolvendolo o quanto meno attenuando il disagio o la sofferenza che ne deriva.

È evidente, dunque, che la gamma della consulenza in ambito di sessualità può spaziare in campi notevolmente vasti: da quelli legati allo sviluppo sessuale dell'età evolutiva ai rapporti interpersonali in genere, e in particolare intergenerazionali e familiari, all'interazione sessuale di coppia, ai problemi della sessualità procreativa o di quella degli anziani, ai problemi dell'identità sessuale, a quelli di devianza e di varianza e così via.

E comunque **non è il tipo di problema quello che differenzia la scelta tra consulenza e terapia**: un omosessuale, ad esempio, potrebbe richiedere un'approfondita psicoterapia o un rapporto di consulenza più o meno protratto nel tempo, e ciò in base alle esigenze da lui stesso manifestate. **Diversa sarà soltanto la prospettiva in cui si muove l'intervento.**

Alcuni effetti caratteristici e peculiare del sex counseling potrebbero essere:

- Far sentire le persone più a loro agio nella propria sessualità.
- Portarle ad accettare tale specifica sessualità come parte naturale della loro vita e della loro persona almeno se e quando non è alla loro portata un cambiamento.
- Dare una possibilità di crescita qualitativa della sessualità.
- Fare sì che vi sia una maggiore e migliore comunicazione reciproca e un minore reciproco sfruttamento anche sul piano degli eventi sessuali.
- Fare migliorare le funzioni sessuali individuali e di coppia.

Nell'ambito più circoscritto delle problematiche di coppia, è utile fare ancora qualche distinzione perché si danno **evenienze di sex counseling** abbastanza differenziate fra loro ma che è possibile raggruppare per categorie:

- Possibilità di scelta tra consulenza e terapia nei casi di disfunzione le cui determinanti siano psicosessuali.
- Consulenza di sostegno quando la disfunzione sessuale è determinata da una patologia organica.
- Casi in cui si manifesta un problema sessuale di coppia senza tuttavia che questo assuma le caratteristiche e il grado di una classica sindrome disfunzionale.

Da ultimo è opportuno considerare che se è soprattutto l'utenza nel suo complesso a non avere ben chiaro il concetto di **consulenza sessuologica**, ciò non significa che essa non abbia già delle aspettative preformate. In effetti già nella fantasia di chi comunque cerca un rapporto professionale sessuologico c'è una certa prefigurazione del medesimo che fa sì che il paziente selezioni in partenza la domanda; selezione che poi potremmo confermare o correggere

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

professionalmente.

CONSULENZA O TERAPIA?

La scelta tra consulenza e terapia è legata a molteplici fattori:

- Una **lettura accurata della domanda** che possa far individuare correttamente gli obiettivi.
- Una serie di dati riferiti o rilevabili direttamente dall'operatore su cui **riscontrare se il caso è adatto all'una o all'altra**.
- **Le attitudini e la padronanza di tecniche** da parte dello stesso operatore, consulente o terapeuta.

Ma il confine tra consulenza e terapia è labile, tanto più se si entra nell'ottica che **la consulenza stessa è già, in qualche modo, terapia**; non una terapia minore, semplicemente una terapia diversa.

Differenza sull'obiettivo da conseguire:

- **Terapia**: è insita l'idea che occorra cambiare per guarire, o cambiare per mutare una situazione/problema.
- **Consulenza**: chiarire per aiutare. Da ciò, normalmente, deriva anche un cambiamento che però non era stato preventivamente individuato come tale e come obiettivo da perseguire.

Differenza in termini di contratto:

- **Contratto terapeutico**: è spesso, se non sempre, presente fin dall'inizio una finalità ultima oggettivabile (es. *mantenimento di un'erezione*).
- **Contratto di consulenza**: la finalità è la ricerca più che un risultato già definito (es. *capire cosa accade*).

LA SITUAZIONE DI CONSULENZA

Una situazione di consulenza si articola attorno ad una **richiesta**, ad un **bisogno del richiedente**; il lavoro del counselor consiste nel farne una elaborazione diagnostica (una lettura **della domanda**), nell'**individuare strategie di intervento** specifiche e su questa base proporre come risposta alla richiesta un **contratto di lavoro** a due, consultante-consulente, su obiettivi concordabili e raggiungibili.

Ovviamente la parola richiedente/consultante può indicare sia una singola persona, che una coppia, che in tal caso verrà comunque considerata come un'unica entità.

Anche il consulente deve porsi numerosi interrogativi:

- Qual è l'effettiva manifestazione del problema presentato?

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- Qual è, nella concretezza dei fatti, la situazione dell'utente, personale, relazionale e sociale?
- Quale il suo limite contingente (che serve a definire praticamente il cosa fare)?
- Quale la richiesta fatta, per quale bisogno espresso e per quali bisogni inespressi?
- Come costruisce l'utente la sua realtà?
- Come reagisce l'utente alla situazione?

GLI STRUMENTI DELLA CONSULENZA

Le **basi per instaurare una relazione d'aiuto** e una relazione collaborativa sono le seguenti:

1. Entrambi (consulente e consultante) devono essere disponibili a parlare ed ascoltare.
2. Una capacità di contatto reciproco, cioè l'instaurarsi di un meccanismo comunicativo non superficiale.
3. La capacità di instaurare un rapporto fiduciario (dare e ricevere fiducia).

Capacità di ascolto non è soltanto capacità di udire (e quindi anche tacere per permettere agli altri di parlare) ma è sentire non solo tutto ciò che viene detto ma anche tutto ciò che viene comunque manifestato con comportamenti verbali e non verbali; capacità di osservare la relazione; capacità di leggere l'inespresso mondo vitale dell'utenza.

Capacità di ascolto è anche capacità di accettare l'altro così com'è: un'accettazione di fondo indipendentemente dai giudizi di valore, propri o della società (**accettazione incondizionata**). Occorre prima accettare il cliente com'è e poi vedere come potrebbe essere.

Coscientizzazione: rendere conoscibile ciò che prima era nascosto; poter riconoscere i propri sentimenti, poterli esprimere e poter discutere le proprie idee, chiedere conferme e sottoporsi a verifica: tutto ciò porta a livelli di maggior coscienza, di maggior conoscenza di sé, di maggiore autonomia e responsabilità.

APPENDICE 4

LA PROGETTAZIONE DELL'INTERVENTO EDUCATIVO IN CAMPO SESSUALE

Educazione, consulenza e terapia hanno tra loro un particolare rapporto, tale che, quanto più si investe sul primo termine, tanto meno sarà necessario in futuro investire sugli altri due: **l'educazione è infatti il migliore strumento preventivo** anche nel campo delle sofferenze sessuali.

Si aggiunga a ciò che, mentre l'intervento di consulenza o di terapia è sollecitato direttamente sulla persona interessata (il suo stato di sofferenza costituisce una sorta di motivazione a collaborare con chi pensa possa aiutarlo), l'intervento educativo si rivolge a soggetti che non manifestano alcuna sofferenza e non richiedono nessun aiuto; in questo caso la motivazione a collaborare è tutta da costruire.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

LA COSTRUZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO

Per elaborare un progetto educativo occorre definire alcune tappe preparatorie che illustreremo sinteticamente:

- **La conoscenza degli utenti:** conoscere i ragazzi con cui si dovrà operare è il primo compito di ogni progetto. Nell'osservare i ragazzi vanno tenuti presenti tre aspetti: le loro esigenze, le loro richieste, le capacità.
- **La determinazione degli obiettivi:** un obiettivo è ciò che ci prefiggiamo di ottenere con il nostro intervento. Possiamo distinguere gli obiettivi in strategici e tattici (vedi cap. 10).
- **La valutazione delle risorse:** perché un progetto non sia velleitario occorre fare i conti accuratamente con ciò che abbiamo a disposizione in termini di strumenti, denaro, tempo, collaboratori, e soprattutto operatori, dei quali andrà valutata la competenza, la disponibilità e la motivazione.
- **La programmazione:** giunti a questo punto si hanno gli elementi sufficienti per stendere un programma operativo che consisterà nella:
 - Scelta delle realizzazioni da fare e dei mezzi da utilizzare.
 - Divisione del lavoro e delle responsabilità di ciascuno.
 - Definizione dei tempi.
 - Definizione degli indicatori.
- **La verifica:** è il momento del consuntivo che coincide di fatto con la scelta di nuovi obiettivi sulla base dell'esperienza fatta e il ciclo ricomincia senza soluzione di continuità.

IL PROGETTO: METODO DI LAVORO E CONTENUTO EDUCATIVO

In questo senso sarà da privilegiare un'educazione sessuale intesa come **trasmissione di strumenti critici in grado di sviluppare le capacità decisionali e il desiderio e la competenza ad autodeterminarsi**, piuttosto che un'educazione sessuale intesa come trasmissione di modelli che indica il dover essere e tende a mantenere e riprodurre la normativa vigente invece di promuovere il cambiamento e l'assunzione personale della responsabilità.

I TRE LIVELLI DELL'EDUCAZIONE SESSUALE

Programmare il nostro intervento, tenendo presente che esso si realizza sostanzialmente a 3 livelli:

- **Educazione sessuale esplicita:** comprende tutte quelle iniziative, attività, lezioni, giochi appositamente messi a punto allo scopo di trasmettere un determinato contenuto educativo ben definito.
- **Educazione sessuale occasionale:** scaturisce dalla sensibilità preconsua dell'educatore che coglie dalle occasioni della vita quotidiana, dai fatti imprevisti e imprevedibili che colpiscono l'interesse dei ragazzi, motivo per l'educazione sessuale.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
 Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. info@opsonline.it

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma

Vuoi scaricare appunti, articoli, temi per l'Esame di Stato senza più vincolo dei crediti?

Attiva subito **Liberamente** l'esclusivo abbonamento per Psicologi e studenti di Psicologia!

Scopri tutti vantaggi di Liberamente su <http://liberamente.opsonline.it/>

- **Educazione sessuale implicita:** consiste in quell'insieme di informazioni ed emozioni nei confronti della sessualità che trasmettiamo per il solo fatto di essere noi stessi delle persone sessuate.

IL RAPPORTO EDUCATIVO

In educazione non si può fingere, non si può recitare una parte. I ragazzi hanno una straordinaria sensibilità nel cogliere la falsità dei messaggi che fanno parte del bagaglio cognitivo dell'educatore ma non della sua esperienza esistenziale: **sono molto più attenti a ciò che una persona è e fa, piuttosto che a ciò che dice.**

Non si educa se non si è, quindi il problema per un educatore non sarà mai come comportarsi ma piuttosto come essere e come cambiarsi.

GLI OBIETTIVI IRRINUNCIABILI

Obiettivi dell'educazione sessuale:

- **Integrazione della sessualità nella totalità della persona:** consapevolezza del valore di questa dimensione che marca profondamente tutto il nostro essere.
- **Vivere con soddisfazione il proprio essere uomo o donna:** gioire della propria differenza sessuale, essere soddisfatti del proprio corpo.
- **Assunzione della sessualità all'interno del proprio progetto di vita:** porre il problema del senso della sessualità e fare in modo che l'educando ne trovi risposta.

www.opsonline.it – la principale web community italiana per studenti e professionisti della Psicologia
Appunti d'esame, Tesi di laurea, Temi per l'Esame di Stato, Articoli, Forum di discussione, Agenda Eventi, Annunci di lavoro, E-book e tante altre risorse. **info@opsonline.it**

Opsonline.it è gestito da Obiettivo Psicologia srl, via Castel Colonna 34, 00179, Roma