

## **Le disfunzioni sessuali femminili: vaginismo e anorgasmia**

### **LA PSICOTERAPIA**

Volendo definire la psicoterapia breve per differenza, si può dire che essa non si occupa della ricomposizione complessiva della personalità, ma seleziona e delimita le aree conflittuali su cui mirare il proprio intervento. Le caratteristiche peculiari del modello terapeutico breve sono la **focalizzazione** di un sintomo o di un'area conflittuale ben definita e l'individuazione della capacità del paziente di sfruttare le proprie risorse in modo da utilizzare il cambiamento ottenuto per operare ulteriori cambiamenti.

Il primo modello di psicoterapia breve fu elaborato da Ferenczi in alternativa ai tempi lunghi della psicoanalisi: avendo individuato nella passività propria dell'analista una delle cause del prolungamento del trattamento, propose una partecipazione attiva da parte del terapeuta; il ruolo attivo del terapeuta fu sostenuto anche da Rank che per primo individuò la necessità di limitare il numero di sedute per controllare e ridurre al minimo la regressione e la dipendenza del paziente. Queste due caratteristiche sono ancora oggi elementi fondamentali che contraddistinguono le psicoterapie brevi.

Una psicoterapia delle disfunzioni sessuali è la risposta ad una domanda per un sintomo sessuale e rimane quindi intervento circoscritto all'ambito specifico della sessualità individuale e/o di coppia: **il progetto terapeutico** individua quindi un campo specifico d'intervento, il "focus" e un "setting" che definisce la frequenza delle sedute.

La disfunzione deve essere risolta rapidamente, evitando che si strutturi una cattiva abitudine sessuale, altrimenti difficilmente eliminabile. Una psicoterapia sessuale può durare al massimo due anni: se dopo tale periodo il sintomo rimane, è probabile che nasconda aree di conflitto più profondo e quindi richieda altro tipo di intervento. Il sintomo sessuale deve cioè essere prioritario e non far parte di una personalità nel complesso disturbata.

Si potrà quindi intervenire su un'anorgasmia o un vaginismo che risultino sintomi a sè stanti, ma se questi rientrano in un quadro clinico più complesso, dove appaiano ad esempio una nevrosi fobico-ossessiva o una depressione, sarà preferibile un intervento più generale, seguito da una psicoterapia breve delle disfunzioni sessuali.

Dal territorio di competenza della terapia sessuologica si escludono tutti quei casi che per la loro collocazione nel quadro complessivo della personalità, richiedono un intervento psichiatrico o psicoanalitico (violenza sessuale, perversioni, disturbi dell'identità sessuale ecc.).

## L'ANAMNESI

Una psicoterapia avviata senza un valido accertamento organico ha molte probabilità di insuccesso ed è quindi importante impostare un buon approccio d'equipe che consenta di affrontare gli aspetti psicologici del problema senza il dubbio di una "interferenza" di natura organica.

Sostenendo un'origine multicausale del sintomo sessuale, si assegna all'anamnesi una funzione fondamentale nel dare indicazioni sulle aree complessivamente interessate della personalità, sia per quanto riguarda le difficoltà e le zone vulnerabili che per quanto concerne le potenzialità e le risorse dell'individuo. Lo scopo non è capire dove abbia origine il sintomo, ma fornire elementi basilari per il progetto terapeutico.

E' per questo che l'anamnesi costituisce un **processo continuo** e non si esaurisce nelle prime sedute: ogni dato assunto successivamente può cambiare il significato di quanto raccolto fino a quel momento.

L'indagine anamnestica riguarda le seguenti aree:

- organica
- intrapsichica
- relazionale
- familiare
- socioculturale

I contenuti espressi possono essere connotati emotivamente attraverso segnali che riguardano sia il linguaggio verbale che quello analogico: anche questi segnali consentono la formulazione di domande di verifica in relazione ai contenuti che sono stati connotati.

## IL TRATTAMENTO

Il trattamento è come l'anamnesi un processo continuo; anzi, si può affermare che anamnesi e trattamento iniziano e terminano contemporaneamente.

Le fasi che compongono la **relazione terapeutica** hanno come obiettivo comune la risoluzione del disagio: dal momento in cui arriva la prima telefonata, al riconoscimento, all'anamnesi, ogni atto compiuto dal terapeuta ha un valore o una potenzialità terapeutica, cioè una funzione di trattamento e concorre a raggiungere gli obiettivi.

Il trattamento delle disfunzioni sessuali trova origine nelle indicazioni di Masters e Johnson e di Kaplan, che avevano previsto una parte operativa, costituita da prescrizioni di comportamenti sessuali e una parte verbale, la seduta, destinata a raccogliere i dati, a rispondere ai quesiti del paziente e, soprattutto, ad analizzarne la vita sessuale e relazionale con il partner, fosse questi presente o meno.

A proposito delle prescrizioni comportamentali va detto che esse rappresentano una vera e propria invasione dello spazio del paziente: è infatti il terapeuta che indica tempi, modi e luoghi delle attività che non solo riguardano la vita del paziente, ma toccano la sua sfera più intima, la sessualità.

Le prescrizioni vanno a riempire i tempi tra una seduta e l'altra costituendo una sorta di terapia continua impostata su piccole unità di apprendimento disposte in sequenza logica e difficoltà crescente, in cui ognuna motiva l'apprendimento della successiva, la quale a sua volta rafforza l'acquisizione della precedente; le prescrizioni assolvono così ad una funzione didattica per l'apprendimento di un nuovo comportamento che va gradatamente a sostituirsi al vecchio, portatore di disagio.

La durata del trattamento varia da un soggetto all'altro ed è condizionata dal tipo di disfunzione, dalla qualità della collaborazione del partner e dalle resistenze messe in atto dal paziente. In genere si può avviare la conclusione del trattamento quando la disfunzione è passata sotto il controllo del paziente, cioè quando questi, oltre a prendere coscienza dei meccanismi e dei motivi che sottendono alla disfunzione, riesce ad esercitare un controllo su di essa.

E' in questa fase che il terapeuta restituisce progressivamente al paziente la titolarità della propria esistenza dandogli attestati di fiducia e facendogli riconoscere i progressi che ha saputo fare da quando ha iniziato la terapia. Il terapeuta compie una deroga alla regola secondo cui nella relazione il potere gli appartiene, rendendo partecipe il paziente di questo momento di scelta.

Questo segnale di restituzione del potere e insieme della fiducia impone un distacco progressivo e graduale perché il paziente abbia la possibilità di abituarsi e di elaborare il momento senza riportare danni: le sedute iniziano quindi a diradarsi fino ad esaurirsi nell'arco di un paio di mesi.